



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

PREFERENCIAS DE PADRES PARA EL TRATAMIENTO DE CARIES
SEGÚN CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CREENCIAS
RELACIONADAS A LA DENTICIÓN PRIMARIA EN UN HOSPITAL
NACIONAL EN EL AÑO 2024

PARENTAL PREFERENCES FOR CARIES TREATMENT BASED ON
SOCIODEMOGRAPHIC CONDITIONS AND BELIEFS RELATED TO
PRIMARY DENTITION IN A NATIONAL HOSPITAL IN 2024

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ODONTOPEDIATRÍA

AUTORA

INGRID MARÍA VALCÁRCEL CASTRO

ASESOR

GUIDO ALBERTO PERONA MIGUEL DE PRIEGO

CO-ASESOR

ABEL ALEX RIVADENEYRA RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ

2025

JURADO

Presidente: MG. ESP. MIGUEL BENJAMIN PEREA PAZ

Vocal: MG. ESP. MONICA JANET VALDIVIESO VARGAS MACHUCA

Secretario: MG. ESP. DENISSE JACKELINE ASIAN NOMBERTO

Fecha de Sustentación: 14 de marzo de 2025

Calificación: Aprobado con Honores

ASESORES DE TESIS

ASESOR

MG. ESP. GUIDO ALBERTO PERONA MIGUEL DE PRIEGO

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA DEL
NIÑO Y ADOLESCENTE (DAENA)

ORCID: 00000003-4092-7364

CO-ASESOR

MG. ESP. ABEL ALEX RIVADENEYRA RODRIGUEZ

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILO
FACIAL

ORCID: 0000-0002-4132-834X

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a **los niños** que confiaron en mí para cuidar su salud bucal y a aquellos que, con valentía, enfrentan grandes desafíos de salud, cuya sonrisa inspira mi compromiso con su salud bucal.

A mis padres, **Esther Castro y Néstor Valcárcel**, por ser mi mayor inspiración y guía en cada paso de mi vida, gracias por su amor incondicional, sacrificios y constante apoyo que me han permitido alcanzar mis sueños. A **mis hermanos** y a **mi familia** por su motivación y fuerza en cada momento de la investigación.

A **nuestro bebé estrella**, cuyo breve paso por nuestras vidas nos unió aún más como familia. Siempre en nuestro recuerdo y corazones.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con todo mi corazón a **Dios**

Infinitas gracias al **Dr. Guido Perona**, mi estimado asesor, por su tiempo, guía y consejos que fueron fundamentales en la realización de esta investigación.

A mis queridas **Dra. Rocio Contreras** y **Dra. Karla Rocca** porque son pilar importante de mi formación y mi gran ejemplo durante mis años de formación como residente y a todo el equipo de odontopediatría en el Hospital Rebagliati.

Al **Dr. Abel Rivadeneyra** por su apoyo y compromiso que fueron fundamentales para que pudiera dar lo mejor de mí en este proceso.

A **Pilar Vásquez**, por tu amistad en estos años de especialidad. Tu fortaleza, dedicación y apoyo constante fueron fundamentales y siempre estaré agradecida.

A **Víctor Isla**, quien ha sido mi compañero y motivación durante este proceso. Gracias por creer en mí y por soñar conmigo en construir un futuro juntos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Declaro que la presente investigación no tiene ningún conflicto de interés que pudiera influir en los resultados o conclusiones. No tengo relación alguna ni financiera, comercial, laboral o de otro tipo con alguna organización, empresa o individuo que genere un conflicto de interés en el contenido de la presente investigación.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

PREFERENCIAS DE PADRES PARA EL TRATAMIENTO DE CARIES
SEGÚN CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CREENCIAS
RELACIONADAS A LA DENTICIÓN PRIMARIA EN UN HOSPITAL
NACIONAL EN EL AÑO 2024

PARENTAL PREFERENCES FOR CARIES TREATMENT BASED ON
SOCIODEMOGRAPHIC CONDITIONS AND BELIEFS RELATED TO
PRIMARY DENTITION IN A NATIONAL HOSPITAL IN 2024

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ODONTOPEDIATRÍA

AUTORA

INGRID MARÍA VALCÁRCEL CASTRO

ASESOR

GUIDO ALBERTO PERONA MIGUEL DE PRIEGO

CO-ASESOR

ABEL ALEX RIVADENEYRA RODRIGUEZ

LIMA - PERÚ

2025

10% Similitud estándar

Filtros

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet	hd.handle.net	2%
16 bloques de texto 134 palabra que coinciden		
2 Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
6 bloques de texto 61 palabra que coinciden		
3 Internet	www.researchgate.net	<1%
6 bloques de texto 58 palabra que coinciden		

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y Métodos	5
IV. Resultados	9
V. Discusión	15
VI. Conclusiones	26
VII. Referencias Bibliográficas	32
VIII. Tablas	42
Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: La caries dental en niños preescolares está influenciada por condiciones sociodemográficas y creencias de los padres o cuidadores. La falta de información adecuada sobre dentición primaria y los tratamientos, puede retrasar la búsqueda de atención dental oportuna. **Objetivo:** Determinar las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental (sintomática o asintomática) y su asociación según condiciones sociodemográficas y creencias sobre la dentición primaria de niños preescolares en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 317 padres de niños de 2 a 5 años. Se aplicó un cuestionario que evalúa condiciones sociodemográficas, creencias sobre la dentición primaria, experiencia de atención odontológica del niño y las preferencias de tratamiento para caries sintomática y asintomática. Se utilizó el análisis de regresión de Poisson para identificar la asociación entre las variables. **Resultados:** Para caries asintomática, la preferencia fue mayor por tratamientos conservadores (76.0%). En casos sintomáticos, predominaron los tratamientos no conservadores (52.1%). Las madres con educación secundaria presentaron menor probabilidad de preferir un tratamiento conservador (RP=0.69 en casos asintomáticos y RP= 0.71 en casos sintomáticos). Mantener creencias inadecuadas, como subestimar la importancia de los dientes primarios o creer que no necesitan tratamiento, se asoció con una mayor probabilidad de preferir el tratamiento no conservador ($p < 0,05$). **Conclusión:** Las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental están asociadas con sus condiciones sociodemográficas, como el nivel educativo, edad y ocupación de los padres, así como con sus creencias sobre la dentición primaria.

Palabras claves: Padres, Cultura, Caries dental, Niños Preescolares (DeCS).

ABSTRACT

Background: Dental caries in preschool children is influenced by sociodemographic conditions and parental or caregiver beliefs. A lack of adequate information about primary dentition and its treatments may delay the timely pursuit of dental care. **Objective:** To determine parents' preferences for the treatment of dental caries (symptomatic or asymptomatic) and its association with sociodemographic conditions and beliefs about primary dentition in preschool children at Edgardo Rebagliati Martins National Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 317 parents of children aged 2 to 5 years. A questionnaire was used to assess sociodemographic conditions, beliefs about primary dentition, the child's dental care experience, and treatment preferences for symptomatic and asymptomatic caries. Poisson regression analysis was used to identify associations between variables. **Results:** For asymptomatic caries, conservative treatments were preferred (76.0%). In symptomatic cases, non-conservative treatments predominated (52.1%). Mothers with a secondary education level were less likely to prefer a conservative treatment (PR=0.69 for asymptomatic cases and PR=0.71 for symptomatic cases). Holding inadequate beliefs, such as underestimating the importance of primary teeth or believing they do not require treatment, was associated with a higher likelihood of preferring non-conservative treatment ($p<0.05$). **Conclusion:** Parents' preferences for the treatment of dental caries are associated with their sociodemographic conditions, such as educational level, age, and occupation, as well as their beliefs about primary dentition.

Keywords: Parents, Culture, Dental Caries, Preschool Children (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un determinante fundamental de la calidad de vida. La presencia de enfermedades bucales, como la caries de la primera infancia, puede impactar de manera significativa la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los niños y sus familias. Esto puede llevar a problemas como la pérdida de peso, un crecimiento deficiente y afectar el desarrollo cognitivo del niño, lo que a menudo resulta en hospitalizaciones y visitas odontológicas de emergencia. Además de impactar la salud física, también se ve afectada la salud emocional y social de los niños; muchos se sienten avergonzados por la pérdida o el cambio en el color de sus dientes, lo que influye en su vida diaria y bienestar general, aumentando la urgencia de abordar esta problemática (1).

Debido a su gran impacto, la caries dental es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y puede manifestarse con distintos niveles de gravedad. Por ello, es fundamental conocer su prevalencia a nivel global y regional para determinar su relevancia (2).

A nivel global la caries de la primera infancia afecta al 49% de preescolares, la prevalencia varía notablemente según la región: en Europa, Albania reporta la tasa más alta con un 84.1%; en África, Angola alcanza el 57.9%; en América del norte, los EE.UU. presentan un 53.0% y en América del sur, en Argentina tiene un 85.8%, seguida de Perú con un 81.5% (3). Según dos estudios epidemiológicos nacionales sobre caries en dientes primarios realizados en Perú, el primer estudio entre los años 2001 y 2002 encontró la prevalencia de caries a los 6 años de 87.3% y en el segundo

estudio entre los años 2012 y 2014, la prevalencia se identificó en el 76.2% en niños entre los 3 a 5 años. Un estudio en niños de 1 a 3 años mostró una prevalencia de 65.8%(4, 5).

Al ser una enfermedad multifactorial existen condiciones sociodemográficas, prácticas y creencias que se desarrollan y transmiten entre las generaciones, independientemente de la cultura y situación económica, incrementando la probabilidad de desarrollar caries de la primera infancia para aquellos que viven en entornos desfavorecidos, con un impacto negativo en su calidad de vida.(6)

Las opciones de tratamiento de las lesiones de caries dental se presentan siguiendo diversos enfoques según la sintomatología o extensión de la lesión. La elección entre los procedimientos tanto invasivos como no invasivos (remineralización, odontología restauradora, terapia pulpar, exodoncias) varía según la finalidad de conservar o no conservar el diente en la cavidad oral. (4, 5, 7, 8)

Naturalmente los niños tienen padres o cuidadores quienes influyen directamente sobre su salud bucal, pudiendo verse afectada por las características sociodemográficas (particularidades de la población) y el comportamiento que éstos tienen según sus creencias(fuerte sentimiento de que algo existe o es verdadero) y experiencia dental previa de los niños, así como también el conocimiento sobre la salud bucal, y los hábitos adquiridos, representando un aspecto importante que puede influir en la toma de decisiones que los padres tendrán sobre la salud bucal y la preferencia de los tratamientos que deben recibir sus niños.(6)

Es por ello que al contar con información escasa o errónea sobre a la dentición primaria y las opciones de tratamiento de la caries dental, se puede minimizar la

importancia de la búsqueda oportuna de atención dental por parte de los padres o cuidadores, limitando las estrategias preventivas que ofrecen los profesionales para el mantenimiento de la salud bucal.(9) Si bien la mayoría de los padres confía en la decisión del odontólogo respecto al tratamiento a realizar, existe una decisión previa de acudir a la consulta con el niño y depende únicamente de los padres o cuidadores. Debiendo considerar entonces a las preferencias que tienen los padres para el tratamiento dental, como una parte importante de la atención odontológica. (8)

Estudios previos hablan sobre actitudes y preferencias de los padres hacia los tratamientos de la dentición primaria con caries dental (10, 11, 12); sin embargo, no se asocia la variable creencias como un factor que podría influir en su decisión de la búsqueda oportuna de la atención odontológica. Diel y cols (2022) destacan que su estudio es el primero en abordar esta asociación. (8)

Surge la necesidad de llevar a cabo el presente estudio en nuestro país, con el fin de comprender las preferencias de los padres en relación con el tratamiento de la caries dental según sus condiciones sociodemográficas y creencias sobre la dentición primaria de los niños preescolares. Para ello, se utilizó un cuestionario previamente validado y aplicado en una población similar en la región norte de Brasil (8), adaptado a la realidad peruana, que se aplicó a los padres que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Así, podemos indagar acerca de sus preferencias en un entorno que recibe población de diversas partes del país.

Este estudio nos proporciona información valiosa para mejorar la atención odontológica y guiar políticas de salud pública que fomenten la prevención eficaz

y el tratamiento oportuno de la caries dental en niños preescolares. Asimismo, ofrece un panorama confiable de esta problemática multifactorial, contrastando resultados en diversos contextos geográficos y sociodemográficos. Por otro lado, resalta la importancia del rol de los padres como tomadores de decisiones y la necesidad de implementar estrategias de concientización que les permitan tomar decisiones informadas sobre la salud bucal de sus hijos.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar las preferencias de los padres para el tratamiento de la caries dental (sintomática o asintomática) y su asociación según las condiciones sociodemográficas y creencias sobre la dentición primaria de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características de la muestra según sus condiciones sociodemográficas, creencias, experiencias dentales previas y preferencias para el tratamiento de caries dental sintomática y asintomática de los padres de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.
2. Identificar las condiciones sociodemográficas y creencias asociadas a la preferencia de los padres para el tratamiento de caries dental asintomática

en niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

3. Identificar las condiciones sociodemográficas y creencias asociadas a la preferencia de los padres para el tratamiento de caries dental sintomática en niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.
4. Determinar la relación entre las experiencias dentales previas de los niños y las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental sintomática y asintomática en niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2024.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. La población fue estimada según las estadísticas anuales de consulta externa de la unidad de odontopediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (N=1728). Se estableció un tamaño muestral de 317 padres o cuidadores de niños preescolares (2 a 5 años), con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Debido a que por consulta externa se atienden pacientes nuevos y pacientes continuadores, la selección de la muestra se realizó usando el muestreo no probabilístico por conveniencia hasta llegar a la cifra total de muestra estimada.

Se consideró en los criterios de inclusión, la participación de todos los padres de niños preescolares y de ambos sexos que acudieron a su primera consulta en el área

de odontopediatría durante el periodo de junio hasta septiembre del 2024; y se consideró en los criterios de exclusión a aquellos padres de niños que no pertenecen a la Red Rebagliati, que acudieron por interconsulta de hospitalización pediátrica y emergencia o que no firmen el consentimiento informado para su participación en el estudio. Siendo la unidad de análisis la madre, el padre o tutor del niño que fue atendido por consulta externa de odontopediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y que cumplió con los criterios de inclusión.

El cuestionario recolectó datos acerca de las siguientes variables: condiciones sociodemográficas de las familias, experiencia de atención odontológica del niño, creencias de los padres sobre la dentición primaria y preferencias de los padres por el tratamiento de caries sintomática y asintomática (anexo 1).

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario (anexo 2) el cual fue dividido en IV secciones para su mejor comprensión: *la sección I* (proporciona datos sobre condiciones sociodemográficas de los niños (edad, género), de la familia (quiénes viven en casa, número de hijos y lugar que ocupa el niño y cuidador principal) y de los padres (edad, escolaridad, ocupación); *la sección II* (proporciona datos sobre la experiencia de atención odontológica del niño); *la sección III* (consta de 8 preguntas de las creencias de los padres sobre la dentición primaria (“dientes de leche”) y se categorizaron como adecuadas o no adecuadas; *la sección IV* (considerada el resultado del cuestionario sobre las preferencias de tratamiento para caries dental, proporciona dos escenarios en los que se plantea un diente con caries dental sintomática y un diente con caries dental asintomática. Se muestran 5 opciones de tratamiento para cada escenario clínico: 3 tratamientos cuyo fin es conservar el diente en cavidad oral (aplicar flúor al diente, curar el diente y quitar el nervio

dental) y 2 tratamientos cuyo fin es no conservar el diente en cavidad oral (exodoncia y no realizar tratamientos dentales).

El presente cuestionario tuvo como base un cuestionario usado en una investigación previa en la región norte de Brasil, aplicado en una población similar de padres de niños de 2 a 5 años, publicado originalmente en inglés (8). El cuestionario fue traducido y adaptado al contexto peruano para usarlo en la presente investigación, se sometió a una revisión por juicio de expertos conformado por siete odontólogos con grado de magíster y con especialidad en odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se tomaron en cuenta las sugerencias realizadas por los expertos como el cambio de algunas palabras por otras más fáciles de entender por los padres, hacer preguntas cerradas para facilitar la respuesta por los participantes de la investigación, considerar un ítem de la experiencia de atención odontológica previa del niño y adicionar algunas creencias que presentan los padres peruanos en consulta. Se realizó una prueba piloto que corresponde al 5 % de la muestra, la cual no formó parte del estudio de impacto. Una vez lograda la comprensión y equivalencia del instrumento, se obtuvo la versión final, que presentó también buena consistencia interna. (alfa de Cronbach de 0.78).

Se aplicó el cuestionario de forma presencial a todos los padres o cuidadores que acudieron al consultorio de odontopediatría del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El cuestionario fue completado en la sala de espera del block G de pediatría o dentro del consultorio, antes de la evaluación oral de los niños y de la orientación brindada a los padres o cuidadores por parte de las odontopediatras. Esto evitó que las respuestas proporcionadas por los padres estuvieran influenciadas por el diagnóstico o las opciones de tratamiento recomendadas en la consulta. La

duración máxima del cuestionario era de 5 minutos, posterior a la obtención del consentimiento informado de cada participante (anexo 3).

Inmediatamente al término del cuestionario, la investigadora brindó a cada padre según sus respuestas, información sobre cómo influyen sus creencias y condiciones sociodemográficas en la elección de los tratamientos odontológicos para caries dental sintomática o asintomática pudiendo ayudar o no, a conservar un diente en la boca.

La presente investigación se llevó a cabo luego de contar con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Código SIDISI: 213475) y del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Código CEI: 1847).

El análisis estadístico se realizó usando el programa Excel de donde se exportó la base de datos al programa SPSS 26.0. Se analizaron los datos construyendo tablas descriptivas de cada una de las preguntas registradas en el cuestionario, éstas se describieron según datos sociodemográficos, creencias de los padres sobre la dentición primaria y su asociación con las preferencias de los padres por los tratamientos de caries dental (sintomática y asintomática). Para analizar la asociación de estas variables entre sí, se utilizó el análisis de regresión de Poisson, en donde se obtuvo razones de prevalencia (PR) y sus intervalos de confianza (IC del 95%). Posteriormente se realizó un modelo de regresión ajustado, considerando estadísticamente significativas aquellas variables que tuvieron un valor de $p \leq 0.05$.

IV. RESULTADOS

En el presente estudio se encuestó a 317 padres o cuidadores de niños preescolares que acudieron a la consulta externa del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, los cuales completaron el cuestionario y firmaron el consentimiento informado, representando el 100% de participación. Los niños tuvieron edades comprendidas entre 2 a 5 años, con una media de 3.9 años (± 1.23). Ambos géneros estuvieron bien representados, aunque se observó un leve predominio del género masculino con 58.7% frente al femenino con 41.3%. (Tabla 1)

La tabla 2 muestra datos de la estructura familiar, donde se encontró un predominio de familias nucleares (50.5%), seguida de familias conjuntas (37.2%) y monoparentales (12.3%). La distribución de los hijos en las familias se mostró relativamente equilibrada, siendo las familias con un hijo (30.9%), dos hijos (37.2%) y tres hijos a más (31.9%). Predominaron los hijos primogénitos (40.1%), seguido de los segundos hijos (33.1%) y terceros hijos a más (26.8%).

En relación con los cuidadores principales, en la mayoría de las familias fue la madre (72.2%), seguido de otros cuidadores (24.6%) y la participación de los padres fue más baja (3.2%). La mayoría de los cuidadores procedían de la costa (66.9%), seguidos de la sierra (26.5%) y la selva (6.6%).

La tabla 3 muestra las características de los padres. La mayoría de los padres (59.6%) y las madres (76.3%) tienen edades comprendidas entre 18 y 39 años, mientras que el grupo de 40 a 59 años incluyó al 39.7% de padres y 23.7% de las madres. Solo 2 padres (0.6%) de 60 años o más, sin registro de madres en este rango. En relación con el nivel educativo, predominó la educación secundaria en

padres (37.9%) y madres (34.4%), seguida de la educación superior (padres 33.4%, madres 32.8%) y la educación técnica (padres 26.8%, madres 28.1%). La educación primaria fue menos frecuente (padres 1.9%, y madres 4.07%). En cuanto a la ocupación, los padres trabajan principalmente en servicios, comercio y mercados (36.3%), seguido de los operadores y conductores de vehículos (18.3%) y las profesionales científicas (17.7%). Las madres principalmente realizan labores no remuneradas del hogar (46.1%), seguidas de trabajos en servicios, comercio y mercados (27.4%), y profesionales científicas (12.3%). Otras ocupaciones fueron menos frecuentes para ambos grupos.

La tabla 4 muestra las preferencias de los padres por los tratamientos para caries dental. Para caries asintomática, predominó la preferencia por tratamientos conservadores, principalmente la curación dental (76.0%), mientras que tratamientos no conservadores como la extracción dental (10.4%) o solo observar el diente (7.3%) fueron opciones menos comunes. La topicación de flúor (4.1%) y la terapia pulpar (2.2%), fueron menos preferidas por los padres.

En casos de caries sintomática, se observó un cambio significativo por tratamientos no conservadores, con la extracción dental como la preferencia principal (52.1%), seguida de tratamiento conservadores como la curación dental (29.3%) y la terapia pulpar (17.7%). Las opciones de observar el diente (0.3%) y topicación de flúor (0.6%) tuvieron baja preferencia.

La tabla 5 presenta las creencias de los padres sobre los dientes primarios. El 82.6% cree que los dientes primarios necesitan tratamiento dental; sin embargo, un porcentaje significativo (64.7%) no cree que los dientes primarios puedan requerir

tratamiento pulpar. Respecto al origen de la caries dental, el 66.2% de los padres cree que el uso de antibióticos puede causarla, mientras que el 56.1% cree que la caries es hereditaria. Además, el 53.0% cree que los dientes primarios no tienen raíces y el 54.3% no cree que los dientes primarios puedan nacer con caries. En relación con el uso del flúor, el 81.1% de los padres no cree que sea dañino para los dientes primarios. Finalmente, el 76.0% de los padres cree que son importantes los dientes primarios.

La tabla 6 muestra la experiencia dental previa de los niños. La mayoría de los niños (65.3%) ha experimentado dolor dental en algún momento, mientras que el 34.7% no ha tenido esta experiencia. Un porcentaje significativo de los niños (76.0%) a recibido tratamiento dental previo, mientras que el 24.0% no recibió tratamientos previos. Los tratamientos dentales más comunes que los niños recibieron fueron la aplicación de flúor (42.9%) y la curación dental (25.9%), con menos frecuencia recibieron tratamiento de retiro del nervio dental (6.3%) y la extracción dental (4.4%). Un 20.5% de los niños no recibió tratamiento. En cuanto a la atención dental, más de la mitad de los padres (54.3%) calificaron la atención como negativa, mientras el 31.2% la calificó como positiva y el 14.5% como regular.

La Tabla 7 presenta las asociaciones entre las condiciones sociodemográficas, las creencias y la preferencia de los padres para el tratamiento conservador y no conservador de caries dental asintomática.

En el análisis ajustado de variables con significancia, se evidenció que las madres con *educación secundaria* tenían un 31% menos de probabilidad de preferir un tratamiento conservador (Razón de prevalencia [RP]=0.69; Intervalo de confianza

95% [IC]= 0.49 - 0.97; $p < 0,05$) comparadas con aquellas con educación superior (categoría referencial). Por el contrario, los padres con ocupaciones *técnicas* tenían un 24% más de probabilidad de preferir un tratamiento conservador (PR= 1.24; IC 95%= 1.05 - 1.46; $p < 0,05$) comparados con los operadores de maquinarias y conductores de vehículos (categorial referencial). Estos resultados evidencian la influencia del nivel educativo de la madre y la ocupación de los padres en su preferencia por el tratamiento que ayude a conservar los dientes primarios frente a la caries dental asintomática.

Además, los padres con creencias inadecuadas, como aquellos que *creían que los dientes primarios no son importantes* (PR=0.81; IC 95% = 0.68 – 0.95) o que *no necesitan tratamiento dental* (PR=0.83; IC 95% = 0.69 - 1.00), presentaron un 23.5% y 20.5% mayor probabilidad de preferir un tratamiento no conservador ($p < 0,05$). Estas asociaciones son estadísticamente significativas y destacan el impacto que tienen las creencias en las preferencias por el tratamiento odontológico de sus niños, siendo de gran importancia educar a los padres en salud bucal para fomentar decisiones informadas.

En la Tabla 8 se muestra la asociación entre las características sociodemográficas y creencias sobre los dientes primarios con las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental sintomática.

En el análisis ajustado de variables con significancia, se evidenció que las madres con *educación secundaria* tenían un 29% menos de probabilidad de preferir un tratamiento conservador (RP=0.71; IC 95%= 0.53 - 0.97; $p < 0,05$) comparadas con aquellas con educación superior (categoría referencial). Por el contrario, los padres

con *edades entre 18 a 39 años*, tenían un 33% más de probabilidad de preferir un tratamiento conservador (PR= 1.33; IC 95%= 1 - 1.77; $p<0,05$) comparados con los de 40 a 59 años (categorial referencial). Estos resultados evidencian la influencia del nivel educativo de la madre y la edad de los padres en su preferencia por el tratamiento que ayude a conservar los dientes primarios frente a la caries dental sintomática.

Además, los padres con creencias inadecuadas, como aquellos que *creían que los dientes primarios no tienen raíces* (PR=0.75; IC 95% = 0.6 – 0.98), *que no son dientes importantes* (PR=0.17; IC 95% = 0.08 – 0.35) o que *no se les puede realizar terapia pulpar* (PR=0.74; IC 95% = 0.6 - 0.91), presentaron un 33.33%, 488.24% (casi cinco veces más) y 35% respectivamente, mayor probabilidad de preferir un tratamiento no conservador ($p<0,05$). Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas y resaltan cómo las creencias inadecuadas de los padres influyen en la toma de decisiones por el tratamiento odontológico, enfatizando en su educación para asegurar un enfoque más conservador en el cuidado dental de los niños.

En la tabla 9 y 10 se muestra la asociación entre la experiencia dentales previas del niño y las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental asintomática y sintomática.

En el análisis ajustado, los niños con experiencia previa de dolor dental tienen una probabilidad ligeramente mayor de que sus padres prefieran tratamientos no conservadores, con una diferencia de 4.17% para caries asintomática y 2.04% para caries sintomática en comparación con aquellos sin experiencia de dolor dental (RP= 0.96 Y 0.98 respectivamente). Por otro lado, los niños con acceso a la atención

dental tuvieron 1.04 y 2.01 veces más probabilidad (caries asintomática y sintomática, respectivamente) de que sus padres prefieran un tratamiento conservador (RP=1.04, 2.01). Sin embargo, estas asociaciones pierden significancia tras el ajuste, lo que sugiere su influencia limitada en las preferencias de los padres.

En cuanto al tipo de tratamiento dental previo, en casos de caries asintomática, los niños sometidos a extracciones dentales presentaron 9% más probabilidad de preferencia de tratamientos conservadores (RP=1.09; IC 95%: 0.87–1.35), en comparación aquellos que recibieron terapia pulpar previa. Por otro lado, la ausencia de tratamiento dental previo en caries asintomática aumenta la probabilidad de preferir un tratamiento no conservador hasta en un 20.48% (RP= 0.83), mientras que, en caries sintomática, la ausencia de tratamiento previo aumenta la probabilidad de preferir un tratamiento conservado en un 25% (RP= 1.25), mostrando significancia estadística inicial que se perdió tras el ajuste.

Finalmente, la percepción de los padres sobre la experiencia dental de sus hijos ya sea positiva o negativa redujo en 5% y 12% respectivamente la probabilidad de preferir un tratamiento conservador (caries asintomática; RP=0.95 y 0.88). En caso de caries sintomática, la percepción positiva aumentó 6% (RP= 1.06) la probabilidad de preferir tratamiento conservador y la percepción negativa redujo en un 22% (RP= 0.78) la probabilidad, aunque sin significancia estadística en ambos casos. Estos hallazgos sugieren explorar más a fondo el impacto de las experiencias dentales en la toma de decisiones de los padres sobre el tratamiento.

V. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que los factores sociodemográficos y las creencias de los padres, tienen un papel importante en sus preferencias sobre el tratamiento de caries dental en niños preescolares. La salud bucal infantil en los primeros cinco años de vida está muy relacionada al conocimiento y creencias de los cuidadores. Sin embargo, sus percepciones inadecuadas sobre los dientes primarios y experiencias dentales previas de los niños pueden llevarlos a tomar decisiones que agraven sus problemas bucales (13).

Un hallazgo importante en el presente estudio, es que los padres prefieren tratamientos no conservadores como la extracción dental (52.1%), como primera opción frente a caries sintomática e incluso como segunda opción en casos asintomáticos (10.4%), además una opción menos frecuente fue solo observar el diente en casos asintomáticos y sintomáticos (7.3% y 0.3% respectivamente). Esta decisión se toma sin permitir una evaluación odontológica previa que identifique la gravedad de la lesión, superando los hallazgos de Diel LC et al., quienes indicaron que el 26.4% de los padres preferían la extracción dental en presencia de dolor. Adicionalmente, otro estudio revela que un tercio de los padres prefirió no realizar ningún tratamiento para dientes asintomáticos, mientras el 37% prefirió la extracción en casos de dientes sintomáticos (8, 10).

Esto se debe, en gran parte, a la creencia de que los dientes primarios no requieren atención o que serán reemplazados por dientes permanentes, minimizando su importancia, según un estudio previo que reportó esta creencia en el 55% de los padres (10). En el presente estudio, la mayoría de los padres tuvieron creencias

adecuadas respecto a la importancia y necesidad de tratamiento de los dientes primarios coincidiendo con el estudio de Patil AN et al., quienes reportaron que el 49% de los padres reconoce la importancia de los dientes primarios (14), sin embargo, se encontró también que un 23.9% cree que éstos no son importantes y un 17.3% cree que no necesitan tratamiento dental. Estas creencias inadecuadas podrían estar asociadas a una mayor probabilidad de preferir tratamientos no conservadores.

Sin embargo, los tratamientos conservadores (terapia con flúor, curaciones o terapia pulpar) también fueron preferidos por los padres para caries dental asintomática (82.3%) y sintomática (47.6%), permitiendo conservar la estructura dental; importante en el mantenimiento del espacio adecuado para la erupción de dientes permanentes, evitar maloclusiones; como consecuencia de la pérdida de las dimensiones y la longitud del arco (15), evitar interferir en la eficiencia de la función masticatoria y la deglución; las cual se afectan ante un mayor número de extracciones dentales (16, 17), evitar afectar la fonación; por distorsión en el habla e incluso afectar la estética dental y facial (18, 19). La falta de conocimiento sobre estos tratamientos conservadores y de las consecuencias de la pérdida de los dientes primarios, limita la preferencia y aceptación de estas alternativas conservadoras, lo que conduce a la pérdida prematura de dientes primarios.

Si bien hoy en día contamos con más alternativas de tratamiento ante la presencia de dolor dental en niños, los estudios coinciden en que muchos padres consideran la extracción como la única alternativa viable, a menudo por falta de información. Esto explicaría la baja aceptación de los tratamientos pulpares y el impacto de la

educación de los padres en esta decisión. En este estudio un gran porcentaje (64.7%) de los padres cree que no se pueden realizar tratamientos pulpares en dientes “de leche” con caries, y otro gran porcentaje (53.0%) cree que no tienen raíces. Esta percepción inadecuada refuerza esta preferencia hacia tratamientos no conservadores para caries sintomática, limitando la búsqueda oportuna de atención odontológica para identificar a tiempo la enfermedad o al no acudir a controles preventivos favoreciendo el progreso de ésta (8, 10, 15, 20). Pese a ello, cada vez son más padres los que reconocen que la odontología actual es menos dolorosa y más amigable, facilitando la aceptación de tratamientos que conservan los dientes primarios acompañándolo hasta su exfoliación fisiológica.

El nivel educativo de los padres también influye significativamente en las decisiones relacionadas con la salud dental de sus hijos. Estudios previos han demostrado que los niños con padres de mayor nivel educativo tienen 2.5 veces más probabilidades de asistir regularmente al odontólogo, y aceptan con mayor facilidad el uso de flúor, incluso en ausencia de dolor dental. Además, se ha observado que la mayor educación y ocupación de las madres están asociadas con un mejor conocimiento, actitudes y creencias de salud bucal, promoviendo hábitos saludables de higiene y alimentación en sus hijos, reduciendo la incidencia de caries. (14, 21, 22). Contrariamente, en el presente estudio, predominan las madres con educación secundaria (34.4%) y un alto porcentaje eran amas de casa (46.1%), asociando significativamente la baja educación de las madres con una menor probabilidad de preferir tratamientos conservadores para caries asintomática y sintomática. Estos resultados destacan la importancia de la educación materna y su rol como cuidadoras principales, para promover una atención preventiva eficaz de sus hijos

y refuerza la necesidad de promover programas de educación en salud bucal para ambos padres (8, 14, 23).

En cuanto a la edad de los padres, los estudios también mencionan que influye en la adopción de comportamientos preventivos, incluso en ausencia de dolor en los dientes primarios. En este estudio, la mayoría de las madres (76.4%) con edades entre 18 a 39 años mostraron más probabilidad de preferir un tratamiento conservador para caries asintomática y menos probabilidad para caries sintomática; aunque sin un impacto estadísticamente significativo. En contraste, los padres de 18 a 39 años tenían más probabilidad de preferir un tratamiento conservador para caries sintomática y asintomática, alcanzando significancia estadística solo en casos de dolor. Estos hallazgos refuerzan que estas características sociodemográficas de ambos padres están asociadas con mejoras en los conocimientos, creencias sobre salud bucal y búsqueda de tratamiento dental para sus hijos, destacando la importancia de implementar estrategias educativas específicas dirigidas a este grupo poblacional (8).

Otros cuidadores principales como abuelos, hermanos, tíos o incluso cuidadores contratados también pueden influir en las decisiones sobre la salud bucal infantil. Un estudio reportó que el 76.7% de las abuelas eran responsables del cuidado dental de un nieto, y el 56% de ellas demostró conocimiento sobre la importancia de la frecuencia del cuidado dental (24). En este estudio, el 24.6% de niños estaba bajo el cuidado principal de familiares distintos a la madre. Aunque se encontró que las madres tendían a preferir menos un tratamiento conservador para caries asintomática y sintomática frente a otros cuidadores, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Este hallazgo resalta la importancia de considerar a los abuelos y otros cuidadores en las estrategias educativas en salud bucal. A pesar de posibles limitaciones en su conocimiento o falta de actualización en tema de salud bucal, su participación y el acceso a información adecuada son esenciales para mejorar la prevención y el cuidado bucal de los niños. Sin embargo, los bajos niveles de educación de los padres o cuidadores principales impiden el uso adecuado de los servicios de salud dental, ya que dificultan tanto el acceso como la comprensión de la información disponible. Lo cual, a su vez, se asocia con creencias inadecuadas que obstaculizan el manejo oportuno de las condiciones bucales de los niños y afectan la calidad de la relación entre el odontólogo y el paciente (24, 25).

En el presente estudio también se encontró, que algunos padres mantenían creencias inadecuadas sobre la etiología de la caries dental, y atribuían la salud bucal de sus hijos a factores externos. Un grupo de padres (66.2%) relacionó el uso de antibióticos con la aparición de caries dental, coincidiendo con el estudio de Lotto M. et al., en el cual algunos padres creían que los antibióticos aumentan la fragilidad dental, haciendo que los dientes sean más vulnerables a la caries. En otro estudio, el 82% de las madres tenía un conocimiento deficiente sobre la etiología de caries de infancia temprana. Por el contrario, Patil AN et al. mencionan que 52.2% de padres tenían conocimientos adecuados sobre caries dental. Este aspecto es relevante, ya que nos ayuda a identificar aquellas áreas a reforzar mediante los programas preventivos, para la corrección de las creencias inadecuadas que pueden comprometer las prácticas de salud bucal de los padres y niños (14, 24, 25).

Las visitas odontológicas preventivas, son fundamentales para conocer las preferencias de los padres sobre el cuidado de salud bucal de sus hijos. En el

presente estudio, un porcentaje significativo de niños (76.0%) asistió previamente a una atención odontológica y el 65.3% de ellos había experimentado dolor dental en algún momento de su vida. Estos resultados se alinean a los hallazgos de Duruck et al., quienes encontraron que la tasa de visita a la clínica por caries y dolor dental son altas, y serían los principales motivos de consulta (26). Al igual que Patil AN et al. y Nassar AA et al., reportaron respectivamente que el 51.8% y 42.2% de los padres llevaron a sus niños por primera vez al odontólogo sólo cuando presentaron dolor o caries dental (14, 26, 27).

En estudios previos, van Spreuwel PCJM et al. y Opydo-Szymaczek, J. et al., informaron que el 80% y el 33.6% de padres, respectivamente, estaba dispuesto a llevar a sus niños a visitas odontológicas preventivas dos veces al año. Asimismo, consideraban que sus conocimientos y comportamiento sobre salud bucal eran suficientes, lo cual explicaría la baja disposición para buscar atención odontológica con más frecuencia. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones conductuales en niños suelen requerir visitas odontológicas regulares, especialmente durante las primeras etapas de desarrollo. En ese contexto, es importante prestar atención a las creencias y el nivel de conciencia de los padres sobre la prevención desde edades muy tempranas (21, 28).

En el presente estudio, el 54.3% de los padres calificaron como negativa la experiencia dental previa de sus hijos, lo cual podría estar asociado con la baja frecuencia de visitas preventivas y en consecuencia aumentar la probabilidad de que las lesiones dentales se agraven, limitando la elección de tratamientos más conservadores. De ahí la importancia de mejorar la experiencia dental y fomentar visitas periódicas desde la primera infancia para garantizar una percepción positiva

tanto en los niños como en sus padres.

Además, al igual que en el estudio de Diel et al., el presente estudio también reportó que los padres cuyos niños pasaron por tratamientos no conservadores como extracciones dentales, en las posteriores visitas tienden a priorizar la atención dental y son más receptivos a aceptar tratamientos conservadores (8). Lo cual sugiere que enfrentar procedimientos más complejos en los niños, genera en los padres más conciencia sobre la importancia del cuidado dental, prefiriendo tratamientos preventivos y conservadores.

Por otro lado, solo un 24% de padres indicó que su niño no había recibido atención odontológica previa. En contraste con los hallazgos de Agostini BA. et al., quienes informaron que más del 74% de los niños de edad preescolar nunca había utilizado los servicios de salud bucal, a pesar de la recomendación de la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) de acudir antes de los 12 meses de edad a la primera visita odontológica (29). Hoy se sabe que aquellos niños que son atendidos antes de los dos años de forma preventiva tienen menos procedimientos dentales invasivos después de los dos años. Sin embargo, una gran parte de las personas aún mantiene la creencia de que los niños no necesitan ir al odontólogo durante el periodo de dentición primaria, lo cual retrasa la posibilidad de atención preventiva en la infancia (30, 31).

Por otro lado, aunque la experiencia dental previa de los padres no fue evaluada en el cuestionario del presente estudio, surgió como un hallazgo relevante durante el proceso de recolección de datos, ya que varios padres mencionaron sus experiencias al justificar sus respuestas. Este factor podría tener un gran impacto en la elección

de los tratamientos para sus hijos. Similar a lo reportado por Tiwari T. et al., algunos padres prefieren tratamientos preventivos basados en sus propias experiencias previas, para evitar que sus hijos enfrente problemas dentales similares a los que ellos experimentaron en su infancia. Este comportamiento se alinea con la teoría de las creencias en salud, la cual establece que la percepción de que los niños son susceptibles a desarrollar caries y que puede presentar consecuencias graves, motiva a los padres a tomar medidas preventivas, como la búsqueda de atención odontológica temprana, para cuidar la salud bucal de sus niños (32).

En el presente estudio, el 56.1% de los padres justifican la mala salud bucal de sus niños, con la creencia inadecuada de que la caries dental se hereda de padres a hijos. Aunque esta percepción de los padres no mostró un impacto significativo en la elección del tratamiento para caries asintomática o sintomática, su alta prevalencia resalta la necesidad de abordarla mediante estrategias educativas. Si bien algunos estudios sugieren que factores genéticos, como alteraciones en el esmalte y dentina, composición de la saliva, la respuesta inmunitaria o el microbioma oral pueden aumentar la susceptibilidad al desarrollo de la caries dental, esta es una enfermedad multifactorial y la salud oral depende en gran medida de las conductas como hábitos alimentarios, higiene bucal y exposición a fluoruros. Por ello, es crucial sensibilizar a los padres sobre la importancia de estos factores modificables para prevenir la caries, más allá de posibles predisposiciones genéticas (33, 34, 35, 36).

Los estudios mencionan que los padres suelen confiar en las decisiones del odontólogo al elegir los tratamientos dentales, porque como profesionales generalmente intentan mantener los dientes el mayor tiempo posible mediante tratamientos conservadores. Sin embargo, el deterioro avanzado de las lesiones

muchas veces los obliga a elegir un tratamiento no conservador para proteger la salud bucal futura del niño. Según, Muñoz V. et al., aunque los padres reciban información de parte de los odontólogos, no cambian sus actitudes respecto a la atención odontológica en niños, lo que sugiere que las creencias y experiencias de los padres influyen más que la información que puedan recibir (37). Por esta razón, las intervenciones se deben enfocar en modificar las creencias, actitudes y prácticas que los padres tienen sobre la salud bucal, como parte integral de la prevención y atención odontológica en niños (10, 8).

Por otro lado, el número de hijos en una familia es otro factor sociodemográfico que puede influir en las decisiones sobre el tratamiento dental de los niños. En este estudio, aunque no mostró influencia significativa, se observó que los padres con tres hijos a más suelen optar por tratamientos conservadores en casos asintomáticos y sintomáticos. Este hallazgo coincide con estudios como el de Ansari et al. quienes encontraron que los padres con más hijos suelen tener una actitud y conocimiento más positivos hacia la salud dental, posiblemente por la experiencia acumulada con sus hijos mayores, lo que les permite comprender mejor la importancia de mantener la salud dental desde una edad temprana (13).

La situación laboral de los padres refleja el nivel socioeconómico de la familia, lo que influye en la salud bucal infantil y la toma de decisiones sobre el tratamiento para caries dental en los niños. Según Jamshidi M. et al., los niños de familias con uno o ambos padres desempleados, presentan mayores tasas de caries dental (38). Por otro lado, Adil AH. et al., señalan que los padres con empleo y un estatus socioeconómico elevado acceden con más facilidad a programas de educación y promoción de la salud bucal (39). En este estudio, se observó una amplia gama de

ocupaciones con diferentes características para ambos padres; sin embargo, sólo la ocupación de los padres resultó significativa en la toma de decisiones para tratamientos de caries dental asintomática. Todos los padres cuentan acceso a un seguro social familiar, mediante el cual pueden recibir atención dental, y disponen de un ingreso básico en la familia. Los resultados indican que los niños de padres con ocupaciones técnicas y profesionales (científicos intelectuales, administrativos, del sector construcción y telecomunicaciones), tienden a preferir tratamientos conservadores. Posiblemente debido a un mayor nivel profesional y una mayor conciencia sobre la importancia del cuidado dental de sus hijos (40), lo que les permite tomar decisiones informadas sobre los tratamientos.

Ellakany P. et al., señalan que la ausencia de seguro médico puede afectar la prevalencia de caries debido a problemas financieros y el alto costo de los tratamientos. En zonas rurales, donde el acceso a odontopediatras es limitado y el transporte puede ser difícil, se añaden barreras financieras adicionales para el tratamiento dental (41). Este estudio muestra que muchos pacientes provienen de diversas regiones del Perú (Costa, Sierra y Selva), debido a la falta de especialistas en los centros de salud cercanos a sus hogares. Por lo tanto, para recibir atención especializada necesitan acudir al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, enfrentando dificultades adicionales: localización centralizada, costo del transporte y prolongados tiempos de espera, que pueden retrasar el tratamiento oportuno, influyendo en las decisiones de los padres sobre la atención bucal de sus hijos.

Respecto a la ubicación geográfica, se encontraron diferencias que podrían influir en las decisiones sobre el tratamiento dental de los niños. En el presente estudio, los cuidadores de la costa y sierra mostraron menor probabilidad de preferir

tratamientos conservadores en comparación con los cuidadores de la selva, aunque esta asociación no fue significativa. Esta diferencia podría estar influenciada por la falta de homogeneidad de la población estudiada entre regiones y por barreras de acceso a los servicios de salud principalmente en la selva. De manera similar Aravena-Rivas y et al., observaron que la región de la selva tuvo una menor proporción de niños que acudieron a los servicios de salud, en contraste con los niños de la región de la costa. Estas desigualdades podrían atribuirse al acceso limitado a los recursos y servicios odontológicos, la falta de conciencia sobre el momento adecuado para una atención oportuna, las creencias culturales sobre los dientes primarios, la ausencia de programas que promuevan e informen sobre la atención dental en la primera infancia. Prestar la atención debida a estos factores es relevante para reducir las brechas y promover el cuidado dental desde edades tempranas (42, 43).

Este estudio presenta varias fortalezas metodológicas destacables. En primer lugar, emplea el análisis de regresión de Poisson, un enfoque estadístico robusto para estimar asociaciones con precisión y controlar factores de confusión, garantizando resultados confiables. Asimismo, aborda un tema crucial en salud pública al integrar los factores sociodemográficos, creencias de los cuidadores provenientes de la costa, sierra y selva, y la experiencia dental previa del niño. Estos elementos permiten identificar variaciones relevantes en la población estudiada y ofrecen una base para diseñar intervenciones específicas que contribuyan a reducir desigualdades en el acceso y cuidado dental de los niños preescolares.

Este estudio tiene algunas limitaciones, que deben ser consideradas al interpretar los resultados. Primero, la población de estudio no fue homogénea entre las regiones

geográficas, pudiendo influir en la representatividad de los resultados. Además, al ser un estudio transversal, no se pueden establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Otra consideración es la posibilidad de sesgo de información, ya que los datos son basados en reportes de los cuidadores, lo cuales podría estar influenciado por sus percepciones o creencias personales. Finalmente, aunque se controlaron factores de confusión en el análisis, es posible que algunas variables no medidas haya influido en los resultados, limitando la generalización a otras poblaciones o contextos.

VI. CONCLUSIONES

- Las preferencias de los padres o cuidadores para el tratamiento de la caries dental tanto sintomática como asintomática, están significativamente asociadas con sus condiciones sociodemográficas, como el nivel educativo, edad y ocupación de los padres, así como con sus creencias sobre la dentición primaria de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- La mayoría de los padres evaluados son jóvenes, con un nivel educativo medio a alto y ocupaciones diversas. Sin embargo, presentan algunas creencias erróneas, como la percepción de la herencia de caries, la asociación de los antibióticos con el desarrollo de caries, la creencia de que los dientes primarios no tiene raíces y que la terapia pulpar no es necesaria en niños preescolares. Estas creencias pueden influir negativamente en las

decisiones sobre los tratamientos y retrasar la búsqueda de atención oportuna por parte de los padres o cuidadores de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

- Dado el impacto significativo de las creencias erróneas en las decisiones sobre los tratamientos para la caries dental, es fundamental implementar estrategias educativas específicas dirigidas a este grupo poblacional. Basadas en la teoría del comportamiento planeado, estas deben abordar actitudes, normas subjetivas y control percibido, y ejecutarse en centros de salud e instituciones educativas con un enfoque multinivel, que involucren tanto a padres o cuidadores como a profesionales de la salud. El objetivo es corregir las creencias erróneas y fomentar decisiones informadas a favor de tratamientos conservadores en los padres o cuidadores de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- En casos de caries asintomática, las madres con niveles educativos más bajos, los padres con ocupaciones técnicas, y las creencias inadecuadas sobre la importancia de los dientes primarios y la necesidad de tratamiento de estos dientes, influyen en la preferencia para el tratamiento conservador, para caries dental en niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- En casos de caries sintomática, las madres con niveles educativos más bajos, los padres más jóvenes y con creencias inadecuadas sobre la anatomía de los dientes primarios (como la presencia de raíces), la subestimación de la importancia de los dientes primarios y la creencia de que la terapia pulpar no es necesaria, influyen en la preferencia para el tratamiento no

conservador para caries dental en niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

- La experiencia de atención dental previa del niño no mostró una influencia significativa en las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental. Sin embargo, se identificaron algunas tendencias: las familias con niños que reportaron dolor dental previo y experiencias negativas tendieron a preferir tratamientos no conservadores. En contraste, aquellas con acceso a atención dental y tratamientos previos no conservadores mostraron una mayor preferencia por opciones conservadoras. A pesar de estas tendencias, las asociaciones perdieron significancia tras el ajuste, lo que resalta la necesidad de investigar más a fondo cómo las experiencias dentales previas pueden influir en las decisiones de los padres que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

RECOMENDACIONES

Propuesta de programa para transformación de creencias y prácticas en salud bucal infantil (44, 45, 46, 47)

Con base en los hallazgos del presente estudio, se propone un programa con enfoque multinivel, dirigido a padres y cuidadores que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con potencial para ser implementado en otros centros de salud e instituciones educativas.

Este programa busca corregir creencias inadecuadas y fomentar decisiones informadas sobre el tratamiento de la caries dental en niños preescolares, priorizando los tratamientos conservadores de dientes primarios, mediante las siguientes estrategias clave:

- 1. Integración de la salud bucal en controles prenatales y consultas pediátricas**, mediante la colaboración de pediatras y obstetras, transmitiendo la importancia de la dentición desde el embarazo y la primera infancia. Lo cual garantizará que la información que reciban los padres y cuidadores esté basada en evidencia científica y respaldada por otros profesionales de la salud.
- 2. Rutas obligatorias de salud bucal en el programa CRED**, integrando la evaluación odontológica en las consultas de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en coordinación con las licenciadas en enfermería, asegurando que los niños acudan a visitas preventivas desde la primera infancia, donde

los odontólogos y odontopediatras desempeñan un rol importante como orientadores clave, desmitificando creencias inadecuadas y promoviendo la conservación de los dientes primarios.

3. **Talleres educativos interactivas**, implementando sesiones participativas en la consulta odontológica, centro de salud e instituciones educativas, donde se brindarán herramientas prácticas para el cuidado de la salud bucal infantil. Las estrategias educativas tendrán como base los tres componentes clave de la Teoría del Comportamiento Planeado:

- **Actitudes positivas:** modificando creencias inadecuadas y promoviendo actitudes favorables hacia el cuidado de los dientes primarios y la elección de tratamientos conservadores.
- **Normas subjetivas:** fortaleciendo la influencia positiva del entorno familiar y profesional en la toma de decisiones sobre salud bucal, promoviendo buenas prácticas mediante testimonios de otros padres y cuidadores con experiencia en tratamientos conservadores, junto con la orientación y respaldo de odontólogos y otros profesionales de la salud.
- **Control percibido:** empoderando a los padres con recursos prácticos que faciliten hábitos saludables y toma de decisiones informadas, como tarjetas de control preventivo, acceso a productos de higiene bucal, guías para detección temprana de caries dental y orientación sobre la cobertura de tratamientos odontológicos de los seguros de salud.

La evidencia menciona que a partir de cuatro sesiones se optimiza la comprensión y adherencia a prácticas preventivas, maximizando su efectivas.

Monitoreo de efectividad

La efectividad del plan se medirá mediante indicadores clave:

- Reducción del impacto de creencias inadecuadas, evaluadas a través de encuestas de seguimiento, para verificar el impacto de las estrategias implementadas.
- Aumento de las visitas odontológicas, con mayor preferencia por tratamientos conservadores y preventivos, reflejando el compromiso de los padres y cuidadores.
- Disminución de extracciones dentales innecesarias, con mayor preferencia de terapias pulpares.

Conclusiones

La implementación de este plan multinivel contribuirá a mejorar la salud bucal infantil, fomentando la adopción de tratamientos conservadores y promoviendo decisiones informadas en los padres y cuidadores, para asegurar el bienestar de los niños en etapa preescolar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pakkhesal, M., Riyahi, E., Naghavi Alhosseini, A. et al. Impacto de la caries dental en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños en edad preescolar: percepciones de los padres. *BMC Salud Bucal* 21, 68 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01396-4>
2. Hiratsuka VY, Robinson JM, Greenlee R, Refaat A, Hiratsuka VY, Robinson JM, et al. Oral health beliefs and oral hygiene behaviors among parents of urban Alaska Native children. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2019;78(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1586274>
3. Maklennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. *BMC Oral Health*. 2024 Jul 24;24(1):835. doi: 10.1186/s12903-024-04605-y.
4. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. Dirección de Salud Bucal - Lima: Ministerio de Salud; 2017.
5. Castillo JL, Palma C, Cabrera-Matta A. Early childhood caries in Peru. In: Folayan MO, El Tantawi M, Ramos-Gomez F, Sabbah W, editors. Country

profile of the epidemiology and clinical management of early childhood caries. *Front Public Health.* 2020 Apr 30;8:141. doi: 10.3389/fpubh.2020.00141.

6. Salama F, Alwohaibi A, Alabdullatif A, Alnasser A, Hafiz Z. Knowledge , behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. 2020;103–9. doi: 10.23804/ejpd.2020.21.02.03.
7. Schwendicke F, Splieth C, Breschi L, Banerjee A, Fontana M, Paris S, Burrow MF, Crombie F, Page LF, Gatón-Hernández P, Giacaman R, Gugnani N, Hickel R, Jordan RA, Leal S, Lo E, Tassery H, Thomson WM, Manton DJ. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement. *Clin Oral Investig.* 2019;23(10):3691-3703. doi: 10.1007/s00784-019-03058-w.
8. Diel LC, Abanto J, Ferreira Antunes JL, et al. Parental preferences for dental caries treatment in preschool children according to socio-demographic conditions and beliefs about the primary dentition. *Eur J Paediatr Dent.* 2022; 23(2):147-152. DOI: 10.23804/ejpd.2022.23.02.07.
9. Rengifo Reina HA, Muñoz Ordóñez LM. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a salud bucal en Popayán, Colombia. *Univ Odontol.* 2019 ene-jun; 38(80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.ccpm>

10. Al-Batayneh OB, Al-Khateeb HO, Ibrahim WM, Khader YS. Parental knowledge and acceptance of different treatment options for primary teeth provided by dental practitioners. *Front Public Health*. 2019;7(7):322. doi: 10.3389/fpubh.2019.00322.
11. Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT, Alkhaibari YR, Albaraki ASM, Alghanim AF. The influence of oral health knowledge on parental practices among the saudi parents of children aged 2-6 years in riyadh city, saudi arabia. *j int soc prev community dent*. 2018;8(6):565-571. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_341_18.
12. Sanguida A, Vinothini V, Prathima GS, Santhadevy A, Premlal K, Kavitha M. Age and reasons for first dental visit and knowledge and attitude of parents toward dental procedures for puducherry children aged 0-9 years. *J Pharm Bioallied Sci*. 2019;11(2):S413-S419. doi: 10.4103/JPBS.JPBS_54_19.
13. Aiuto, R, Dioguardi M, Caruso S, Lipani E, Re D, Gatto R, Garcovich, D. What do mothers (or caregivers) know about their children's oral hygiene? An update of the current evidence. *Children* 2022;9(10): 1215. doi: 10.3390/children9101215
14. Patil AN, Karkare S, Jadhav HS, Damade Y, Punjari BK. Knowledge,

attitude, and practice of parents toward their children's oral health and its influence on the dental caries status of 5-10-year-old schoolchildren in Nashik, Maharashtra: A cross-sectional study. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2022;15(Suppl 2):S126-S130. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2137.

15. Gandhi JM, Gurunathan D. Short- and long-term dental arch spatial changes following premature loss of primary molars: A systematic review. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2022 Jul-Sep; 40(3): 239-245. doi: 10.4103/jisppd.jisppd_230_22.
16. Souto-Souza D, Soares MEC, Primo-Miranda EF, Pereira LJ, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. The influence of malocclusion, sucking habits, and dental caries in the masticatory function of preschool children. *Braz Oral Res.* 2020 Jun 19;34:e059. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0059.
17. Khong JSY, Goh AT, Sim YF, Lai BWP, Forde CG, Hong CHL. Masticatory function after comprehensive dental treatment in children with severe early childhood caries. *Int J Paediatr Dent.* 2022 May;32(3):295-303. doi: 10.1111/ipd.12854. Epub 2021 Jul 16.
18. Nadelman P, Bedran N, Magno MB, Masterson D, de Castro ACR, Maia LC. Premature loss of primary anterior teeth and its consequences to primary dental arch and speech pattern: A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2020 Nov;30(6):687-712. doi: 10.1111/ipd.12644. Epub 2020

Apr 20.

19. Gomes MC, Perazzo MF, Neves ÉTB, Siqueira MBLD, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Premature primary tooth loss and oral health-related quality of life in preschool children. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 26;19(19):12163. doi: 10.3390/ijerph191912163.
20. Ansari SH, Alanazi AQ, Alqahtani M, Alharbi AO, Hodan FM, Alshaye RA. Perception of Saudi parents towards the problems related to primary dentition of their children residing in Riyadh city. *J Family Med Prim Care*. 2020 Nov 30;9(11):5559-5563.
21. Opydo-Szymaczek J, Borysewicz-Lewicka M., Andrysiak K., Witkowska Z, Hoffmann-Przybylska A, Przybylski P, Walicka E, Gerreth K. Clinical consequences of dental caries, parents' perception of child's oral health and attitudes towards dental visits in a population of 7-year-old children. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2021; 18(11):5844. doi:10.3390/ijerph18115844.
22. BaniHani A, Tahmasebi J, Zawaideh F. Maternal knowledge on early childhood caries and barriers to seek dental treatment in Jordan. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021 Jun;22(3):433-439. doi: 10.1007/s40368-020-00576-0.
23. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, et al. Early childhood caries

- epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29:238-248.
24. Williams SE, Rainchuso L, Boyd LD, Vineyard J. Oral health considerations of children: Grandparent caregiver perceptions, behaviors, and knowledge. *Matern Child Health J.* 2021 May;25(5):759-768. doi: 10.1007/s10995-020-03087-y.24.
 25. Lotto M, Strieder AP, Ayala Aguirre PE, et al. Parental perspectives on early childhood caries: A qualitative study. *Int J Paediatr Dent.* 2020; 30:451–458. doi.org/10.1111/ ipd.12622.
 26. Duruk G, Akküç S, Gümüşboğa ZS. Children’s primary dental treatment needs according to their parents. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr.* 2021; 21:e0201. doi: 10.1590/pboci.2021.059.
 27. Nassar AA, Fatani BA, Almobarak OT, Alotaibi SI, Alhazmi RA, Marghalani AA. Knowledge, attitude, and behavior of parents regarding early childhood caries prevention of preschool children in the western region of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Dentistry J.* 2022; 10(12):218. doi: 10.3390/dj10120218.
 28. Van Spreuwel PCJM, Jerković-Ćosić K, van Loveren C, van der Heijden GJMG. Parents’ willingness to invest in primary oral health prevention for

- their preschool children. *Int. J Environ. Res Public Health*. 2021; 18(21):11437. doi: 10.3390/ijerph182111437.
29. Agostini BA, Emmanuelli B, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Tendencias en el uso de los servicios odontológicos por los preescolares brasileños considerando el efecto Edad-Período-Cohorte. *Int J Paediatr Dent*. 2019; 29(4):413-421. doi: 10.1111/IPD.12481.
30. Hung M, Licari FW, Lipsky MS, Moffat R, Cheever VJ, Mohajeri A, Stewart M, Orton D, Stewart D. Early preventive dental visits: Do they reduce future operative treatments? *Dent J*. 2022; 10(4):53. doi: 10.3390/dj10040053
31. Gao X, Ding M, Xu M, Wu H, Zhang C, Wang X, Feng X, Tai B, Hu D, Lin H, Wang B, Zheng S, Liu X, Rong W, Wang W, Wang C, Si Y. Utilization of dental services and associated factors among preschool children in China. *BMC Oral Health*. 2020 Jan 8;20(1):9. doi: 10.1186/s12903-019-0996-x.
32. Tiwari T, Rai NK, Wilson AR, Gansky SA, Albino J. What can we learn from parents of caries-free and caries-active Hispanic children? *JDR Clin Trans Res*. 2021 Jan;6(1):47-58. doi: 10.1177/2380084420904043.
33. American Dental Association. Genetics and Oral health [Internet]. Chicago: ADA; 2023 [citado 2024 Oct 19]. Available from: <https://www.ada.org/resources/research/science-and-research-institute/oral->

health-topics/genetics-and-oral-health.

34. Sharma D, Bhandary S. Role of genetic markers in dental caries: a literature review. *J Health Allied Sci NU*. 2023;14:10.1055/s-0043-1771387.
35. Blostein F, Zou T, Bhaumik D, et al. Bacterial Community modifies host genetics effect on early childhood caries. *J Dent Res*. 2023;102(10):1098-1105. doi:10.1177/00220345231175356.
36. Zou T, Foxman B, McNeil DW, Weinberg SM, Marazita ML, Shaffer JR. Genome-wide analysis of dental caries variability reveals genotype-by-environment interactions. *Genes*. 2023;14(3):736. doi:10.3390/genes14030736.
37. Muñoz Valeria, Valenzuela Patricia M., Rasse Alejandra. Imaginarios, creencias y actitudes que influyen en la consulta odontopediátrica en menores de 3 años. *Int. j interdiscip. dent.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Oct 10] ; 13(1): 6-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000100006>.
38. Jamshidi M, Naghibi Sistani MM, Boushehri N, Hamzeh M. Prevalence of early childhood caries and the related factors among 3-5- year-old children

- in Babol, Iran. *J Dent (Shiraz)*. 2022 Jun;23(2):137-143. doi: 10.30476/DENTJODS.2021.88122.1313.
39. Adil AH, Eusufzai SZ, Kamruddin A, Wan Ahmad WMA, Jamayet NB, Karobari MI, Alam MK. Assessment of parents' oral health literacy and its association with caries experience of their preschool children. *Children*. 2020; 7(8):101. <https://doi.org/10.3390/children7080101>.
40. Kato H, Tanaka K, Shimizu K, Nagata C, Furukawa S, Arakawa M, Miyake Y. Parental occupations, educational levels, and income and prevalence of dental caries in 3-year-old Japanese children. *Environ Health Prev Med*. 2017 Dec 13;22(1):80. doi: 10.1186/s12199-017-0688-6.
41. Ellakany P, Madi M, Fouda SM, Ibrahim M, AlHumaid J. The Effect of parental education and socioeconomic status on dental caries among saudi children. *Int. J. Environ. Res Public Health*. 2021 Nov 12;18(22):11862. doi: 10.3390/ijerph182211862.
42. Gonçalves IDC, Coelho VS, Ramos-Jorge J, Mourão PS, Soares KH, Ramos-Jorge ML, Fernandes IB. Utilization of dental services by preschool children: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res*. 2024 Sep 2;38:e081. doi: 10.1590/1807-3107bor-2024.vol38.0081.
43. Aravena-Rivas Y, Carbajal-Rodríguez G. Geographical and socioeconomic

inequalities in dental attendance among children in Peru: Findings from the Demographic and Family Health Survey 2017. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021 Feb;49(1):78-86. doi: 10.1111/cdoe.12580. Epub 2020 Oct 5.

44. Pranitha V, Mounika PBN, Dwijendra KS, Nagarjuna G, Ramana PU, Meghana C. Medical-Dental Alliance: An Oral Health Model. *J Datta Meghe Inst Med Sci Univ.* 2022;17(2):280-284. doi: 10.4103/jdmimsu.jdmimsu_117_21.
45. Einolahzadeh K, Fallahi A, Gharibi F, Bahmani A. Effects of parents' education on dental fissure sealant rate of preschool children based on the Theory of Planned Behavior in Iran. *J Pediatr Perspect.* 2021;9(2):13021-30. doi: 10.22038/ijp.2020.49398.3957.
46. Rajeh MT. Modeling the Theory of Planned Behavior to predict adults' intentions to improve oral health behaviors. *BMC Public Health.* 2022;22:1391. doi: 10.1186/s12889-022-13796-4.
47. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, Setyowati D, Zulfiana AA, Nor NAM, et al. Effectiveness of school-based oral health promotion programs from preschool to high school: a systematic review. *PLoS One.* 2021;16(8):e0256007. doi: 10.1371/journal.pone.0256007.

VIII. TABLAS

Tabla 1 Distribución de la muestra según la edad y género de los niños.

Características sociodemográficas	N (%)
Edad del niño	
2 años	70 (22.1%)
3 años	45 (14.2%)
4 años	48 (15.1%)
5 años	154 (48.6%)
Total	317 (100%)
Media (DE)	3.90 (\pm 1.23)
Género del niño	
Masculino	186 (58.7%)
Femenino	131 (41.3%)
Total	317 (100%)

Tabla 2 Distribución de la muestra según la estructura familiar.

Características sociodemográficas	N (%)
Estructura familiar	
Familia nuclear	160 (50.5%)
Familia conjunta	118 (37.2%)
Familia monoparental	39 (12.3%)
Total	317 (100%)
Número de hijos	
Con 1 hijo	98 (30.9%)
Con 2 hijos	118 (37.2%)
Con 3 hijos a más	101 (31.9%)
Total	317 (100%)
Número de orden al nacimiento del niño	
Primogénito	127 (40.1%)
Segundo hijo	105 (33.1%)
Tercer hijo a más	85 (26.8%)
Total	317 (100%)
Cuidador principal del niño	
Madre	229 (72.2%)
Padre	10 (3.2%)
Otros	78 (24.6%)
Total	317 (100%)
Lugar de origen del cuidador principal	
Costa	212 (66.9%)
Sierra	84 (26.5%)
Selva	21 (6.6%)
Total	317 (100%)

Tabla 3 Distribución de la muestra según los datos de los padres.

Características sociodemográficas	N%
Edad del padre	
18 – 39 años	189 (59.6%)
40 – 59 años	126 (39.7%)
60 años a más	2 (0.6%)
Total	317 (100%)
Edad de la madre	
18 – 39 años	242 (76.3%)
40 – 59 años	75 (23.7%)
60 años a más	0
Total	317 (100%)
Educación del padre	
Primaria	6 (1.9%)
Secundaria	120 (37.9%)
Técnica	85 (26.8%)
Superior	106 (33.4%)
Total	317 (100%)
Educación de la madre	
Primaria	15 (4.7%)
Secundaria	109 (34.4%)
Técnica	89 (28.1%)
Superior	104 (32.8%)
Total	317 (100%)
Ocupación del padre	
Trabajador no remunerado del hogar	0 (0.0%)
Profesional	56 (17.7%)
Técnico	19 (6.0%)
Administrativo	20 (6.3%)
Servicios, comercio y mercados	115 (36.3%)
Agricultura, pesca y minería	19 (6.0%)
Construcción, electricidad y telecomunicación	30 (9.5%)
Operadores y conductores	58 (18.3%)
Total	317 (100%)
Ocupación de la madre	
Trabajador no remunerado del hogar	146 (46.1%)
Profesional	39 (12.3%)
Técnico	10 (3.2%)
Administrativo	19 (6.0%)
Servicios, comercio y mercados	87 (27.4%)
Agricultura, pesca y minería	9 (2.8%)
Construcción, electricidad y telecomunicación	7 (2.2%)
Operadores y conductores	0
Total	317 (100%)

Tabla 4 Distribución de la muestra según las preferencias de los padres para el tratamiento de caries asintomática y sintomática.

Preferencia para el tratamiento	N (%)
caries dental ASINTOMÁTICA	
Observar el diente	23 (7.3%)
Topicación de flúor	13 (4.1%)
Curación dental	241 (76.0%)
Terapia pulpar	7 (2.2%)
Extracción	33 (10.4%)
Total	317 (100%)
caries dental SINTOMÁTICA	
Observar el diente	1 (0.3%)
Topicación de flúor	2 (0.6%)
Curación dental	93 (29.3%)
Terapia pulpar	56 (17.7%)
Extracción	165 (52.1%)
Total	317 (100%)

Tabla 5 Distribución de la muestra según las creencias de los padres sobre dientes primarios.

Creencias sobre dientes primarios	N (%)
¿Cree que su hijo heredó la caries dental?	
Si	178 (56.1%)
No	139 (43.8%)
¿Cree que los dientes de niño tienen raíces?	
Si	149 (47.0%)
No	168 (53.0%)
¿Cree que los dientes de niño necesitan tratamiento dental?	
Si	262 (82.6%)
No	55 (17.4%)
¿Cree que los dientes de niño pueden necesitar el tratamiento para quitarle el nervio?	
Si	112 (35.3%)
No	205 (64.7%)
¿Cree que el uso de antibióticos causa caries dental?	
Si	210 (66.2%)
No	107 (33.8%)
¿Cree que el uso de flúor es dañino para los dientes?	
Si	60 (18.9%)
No	257 (81.1%)
¿Cree que los dientes de niño pueden nacer con caries?	
Si	145 (45.7%)
No	172 (54.3%)
¿Crees que los dientes de niño son importantes?	
Si	241 (76.0%)
No	76 (24.0%)

Tabla 6 Distribución de la muestra según la experiencia dental previa de los niños.

Experiencia dental previa	N (%)
Experiencia de dolor dental	
Si	207 (65.3%)
No	110 (34.7%)
Total	317 (100%)
Recibió tratamiento dental previo	
Si	241 (76.0%)
No	76 (24.0%)
Total	317 (100%)
Tipo de tratamiento dental recibido	
Le colocaron flúor	136 (42.9%)
Le curaron el diente	82 (25.9%)
Le quitaron el nervio dental	20 (6.3%)
Le sacaron el diente	14 (4.4%)
No le realizaron tratamiento dental	65 (20.5%)
Total	317 (100%)
Experiencia en la atención dental	
Negativa	172 (54.3%)
Positiva	99 (31.2%)
Regular	46 (14.5%)
Total	317 (100%)

Tabla 7 Asociación entre características sociodemográficas y creencias de dientes primarios con las preferencias de los padres para el tratamiento de caries asintomática.

Características sociodemográficas	Análisis sin ajuste		Análisis ajustado		Análisis ajustado CON SIGNIFICATIVAS	
	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value
Edad del niño						
2 años	1.01 (0.879 - 1.159)	0.893	1.02 (0.89 - 1.16)	0.82		
3 años	1.046 (0.9 - 1.216)	0.558	1.08 (0.92 - 1.28)	0.34		
4 años	0.933 (0.778 - 1.118)	0.452	0.95 (0.79 - 1.15)	0.6		
5 años	1		1			
Genero del niño						
Maculino	1.076 (0.965 - 1.198)	0.187	1.05 (0.94 - 1.17)	0.41		
Femenino	1		1			
Estructura familiar						
Nuclear	0.958 (0.81 - 1.133)	0.617	0.94 (0.8 - 1.11)	0.48		
Conjunta	0.998 (0.842 - 1.183)	0.983	0.95 (0.8 - 1.12)	0.52		
Monoparental	1		1			
Número de hijos						
1	1.191 (1.023 - 1.385)	0.024	1.02 (0.81 - 1.28)	0.89	1.05 (0.84 - 1.31)	0.7
2	1.192 (1.029 - 1.381)	0.019	1.05 (0.87 - 1.28)	0.6	1.04 (0.86 - 1.25)	0.71
3 a más	1		1		1	
Orden de nacimiento del niño						
Primogénito	1.23 (1.047 - 1.445)	0.012	1.08 (0.83 - 1.41)	0.56	1.08 (0.83 - 1.4)	0.59
Segundo hijo	1.212 (1.026 - 1.431)	0.024	1.14 (0.91 - 1.43)	0.27	1.13 (0.9 - 1.42)	0.29
Tercer hijo a más	1		1		1	
Cuidador principal						
Mamá	0.93 (0.83 - 1.05)	0.24	0.95 (0.83 - 1.09)	0.48		
Otros	1		1			
Lugar de origen del cuidador principal						
Costa	0.899 (0.771 - 1.048)	0.173	0.97 (0.82 - 1.14)	0.7		
Sierra	0.829 (0.688 - 0.998)	0.048	0.9 (0.74 - 1.09)	0.29		
Selva	1		1			
Edad de la madre						
18 - 39	1.178 (1.008 - 1.378)	0.04	1.05 (0.88 - 1.25)	0.6	1.09 (0.91 - 1.3)	0.33
40 - 59	1		1			
Educación de la madre						
Primaria	0.981 (0.795 - 1.211)	0.858	1.16 (0.91 - 1.46)	0.23	0.45 (0.15 - 1.35)	0.16
Secundaria	0.815 (0.71 - 0.935)	0.003	0.88 (0.75 - 1.03)	0.12	0.69 (0.49 - 0.97)	0.03
Técnica	0.903 (0.796 - 1.024)	0.112	0.94 (0.8 - 1.1)	0.43	1.26 (0.95 - 1.68)	0.1
Superior	1		1		1	
Ocupación de la madre						
No remunerado del hogar	0.909 (0.664 - 1.245)	0.553	0.98 (0.7 - 1.36)	0.89		
Administrativo	1.044 (0.743 - 1.466)	0.804	0.97 (0.67 - 1.4)	0.86		
Servicios, comercio y mercados	0.906 (0.656 - 1.252)	0.549	1.02 (0.73 - 1.43)	0.91		
Agricultura, Pesca y Minería	1.037 (0.709 - 1.517)	0.851	1.16 (0.8 - 1.68)	0.44		
Profesional tecnico	0.933 (0.605 - 1.439)	0.755	1 (0.62 - 1.6)	0.99		
Profesional científico e intelectual	1.017 (0.735 - 1.408)	0.919	0.97 (0.68 - 1.38)	0.85		
Construcción, electricidad y telecomunicaciones	1.00		1.00			
Edad del padre						
18 - 39	1.157 (1.025 - 1.305)	0.018	1.12 (0.97 - 1.29)	0.13	1.11 (0.96 - 1.28)	0.16
40 - 59	1		1			
60 a más						
Educación del padre						
Primaria	0.462 (0.157 - 1.354)	0.16	0.56 (0.18 - 1.75)	0.31	0.53 (0.17 - 1.63)	0.27
Secundaria	0.863 (0.759 - 0.981)	0.03	1 (0.83 - 1.21)	0.97	0.99 (0.83 - 1.18)	0.92
Técnica	0.95 (0.84 - 1.075)	0.42	1 (0.83 - 1.21)	0.98	0.99 (0.84 - 1.18)	0.94
Superior	1		1.00		1.00	
Ocupación del padre						
Administrativo	1.077 (0.857 - 1.352)	0.525	1.06 (0.84 - 1.35)	0.62	1.07 (0.84 - 1.35)	0.58
Servicios, comercio y mercados	0.922 (0.774 - 1.098)	0.364	0.96 (0.8 - 1.14)	0.61	0.93 (0.78 - 1.11)	0.45
Agricultura, Pesca y Minería	0.8 (0.553 - 1.157)	0.235	0.81 (0.57 - 1.15)	0.24	0.88 (0.62 - 1.24)	0.47
Profesional tecnico	1.267 (1.108 - 1.448)	0.001	1.25 (1.04 - 1.52)	0.02	1.24 (1.05 - 1.46)	0.01
Profesional científico e intelectual	1.152 (0.983 - 1.349)	0.08	1.14 (0.93 - 1.41)	0.21	1.17 (0.95 - 1.44)	0.14
Construcción, electricidad y telecomunicaciones	1.098 (0.904 - 1.333)	0.346	1.08 (0.87 - 1.35)	0.47	1.08 (0.88 - 1.32)	0.45
Operadores de maquinaria y conductores de vehículos	1.00		1		1	
Creencias - reformuladas (A-I)						
Análisis sin ajuste						
Análisis ajustado						
Análisis ajustado CON SIGNIFICATIVAS						
Creencia 1 - herencia						
Inadecuado	0.931 (0.835 - 1.038)	0.198	0.967 (0.861 - 1.085)	0.567		
Adecuada	1		1			
Creencia 2 - raíces						
Inadecuado	0.917 (0.823 - 1.023)	0.122	0.978 (0.88 - 1.086)	0.673		
Adecuada	1		1			
Creencia 3- necesidad de tto						
Inadecuado	0.829 (0.686 - 1.001)	0.05	0.859 (0.715 - 1.032)	0.10	0.83 (0.69 - 1)	0.05
Adecuada	1		1.00		1.00	
Creencia 4 - terapia pulpar						
Inadecuado	0.916 (0.823 - 1.02)	0.112	0.981 (0.881 - 1.093)	0.732		
Adecuada	1		1			
Creencia 5 - ATB						
Inadecuado	0.886 (0.798 - 0.985)	0.024	0.828 (0.833 - 1.034)	0.17	0.93 (0.83 - 1.03)	0.16
Adecuada	1		1.00		1.00	
Creencia 6 - Fluor						
Inadecuado	0.94 (0.805 - 1.096)	0.43	0.981 (0.839 - 1.147)	0.81		
Adecuada	1		1.00			
Creencia 7 - Nacer con caries						
Inadecuado	0.885 (0.79 - 0.992)	0.04	0.922 (0.821 - 1.036)	0.17	0.91 (0.81 - 1.02)	0.11
Adecuada	1		1.00		1.00	
Creencia 8 - importantes						
Inadecuado	0.769 (0.647 - 0.915)	0.003	0.802 (0.676 - 0.95)	0.011	0.81 (0.68 - 0.95)	0.01
Adecuada	1		1.00		1.00	

Tabla 8 Asociación entre las características sociodemográficas y creencias de dientes primarios con las preferencias de los padres para el tratamiento de caries sintomática.

Características sociodemográficas	Análisis sin ajuste		Análisis ajustado		Análisis ajustado con significativas	
	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value
Edad del niño						
2 años	1.093 (0.812 - 1.47)	0.558	1.03 (0.77 - 1.39)	0.84		
3 años	1.058 (0.742 - 1.51)	0.755	1.2 (0.85 - 1.69)	0.3		
4 años	1.201 (0.878 - 1.643)	0.252	1.19 (0.88 - 1.61)	0.26		
5 años	1		1			
Genero del niño						
Maculino	1.201 (0.96 - 1.51)	0.117	1.27 (1.01 - 1.59)	0.04	1.19 (0.95 - 1.49)	0.12
Femenino	1.000		1		1	
Estructura familiar						
Nuclear	1.061 (0.715 - 1.574)	0.768	0.91 (0.62 - 1.35)	0.65		
Conjunta	1.157 (0.776 - 1.724)	0.475	0.95 (0.64 - 1.41)	0.81		
Monoparental	1		1			
Número de hijos						
1	0.997 (0.727 - 1.367)	0.985	0.66 (0.37 - 1.17)	0.15		
2	1.245 (0.944 - 1.642)	0.121	0.98 (0.61 - 1.58)	0.94		
3 a más	1		1			
Orden de nacimiento del niño						
Primogénito	1.125 (0.827 - 1.530)	0.452	1.27 (0.7 - 2.31)	0.43		
Segundo hijo	1.214 (0.891 - 1.655)	0.22	1.28 (0.77 - 2.11)	0.34		
Tercer hijo a más	1		1			
Cuidador principal						
Mamá	0.934 (0.727 - 1.201)	0.596	0.95 (0.71 - 1.27)	0.73		
Otros	1		1			
Lugar de origen del cuidador principal						
Costa	0.789 (0.529 - 1.175)	0.244	0.74 (0.5 - 1.1)	0.14		
Sierra	0.896 (0.586 - 1.371)	0.612	0.92 (0.6 - 1.41)	0.72		
Selva	1		1			
Edad de la madre						
18 - 39	0.918 (0.707 - 1.191)	0.519	0.69 (0.5 - 0.95)	0.02	0.74 (0.54 - 1.01)	0.06
40 - 59	1		1		1	
Educación de la madre						
Primaria	0.361 (0.128 - 1.018)	0.054	0.46 (0.15 - 1.36)	0.16	0.41 (0.15 - 1.17)	0.1
Secundaria	0.707 (0.519 - 0.962)	0.027	0.74 (0.49 - 1.11)	0.15	0.71 (0.53 - 0.97)	0.03
Técnica	1.169 (0.911 - 1.499)	0.221	1.38 (0.98 - 1.94)	0.07	1.2 (0.94 - 1.55)	0.15
Superior	1		1		1	
Ocupación de la madre						
No remunerado del hogar	1.079 (0.451 - 2.584)	0.864	1.13 (0.41 - 3.07)	0.81		
Administrativo	1.842 (0.759 - 4.469)	0.177	1.56 (0.56 - 4.37)	0.39		
Servicios, comercio y mercados	0.992 (0.408 - 2.415)	0.986	0.97 (0.35 - 2.73)	0.96		
Agricultura, Pesca y Minería	0.519 (0.117 - 2.305)	0.388	0.59 (0.12 - 2.82)	0.51		
Profesional tecnico	0.933 (0.297 - 2.929)	0.906	0.72 (0.21 - 2.48)	0.6		
Profesional científico e intelectual	1.316 (0.536 - 3.234)	0.549	1.24 (0.43 - 3.56)	0.69		
Construcción, electricidad y telecomunicaciones	1.00		1.00			
Edad del padre						
18 - 39	1.233 (0.964 - 1.578)	0.096	1.38 (1.04 - 1.83)	0.02	1.33 (1 - 1.77)	0.05
40 - 59	1		1		1	
Educación del padre						
Primaria	0.764 (0.257 - 2.269)	0.63	1.26 (0.45 - 3.52)	0.66		
Secundaria	0.859 (0.656 - 1.124)	0.27	0.95 (0.64 - 1.41)	0.81		
Técnica	0.876 (0.653 - 1.176)	0.38	0.73 (0.5 - 1.06)	0.10		
Superior	1		1.00			
Ocupación del padre						
Administrativo	1.235 (0.824 - 1.852)	0.307	1.21 (0.78 - 1.87)	0.39		
Servicios, comercio y mercados	0.833 (0.604 - 1.150)	0.267	1.01 (0.72 - 1.43)	0.94		
Agricultura, Pesca y Minería	0.6 (0.296 - 1.216)	0.156	0.7 (0.37 - 1.33)	0.27		
Profesional tecnico	1.1 (0.697 - 1.735)	0.682	1.24 (0.77 - 1.99)	0.37		
Profesional científico e intelectual	0.804 (0.591 - 1.263)	0.45	0.79 (0.51 - 1.23)	0.3		
Construcción, electricidad y telecomunicaciones	0.95 (0.615 - 1.467)	0.817	0.83 (0.55 - 1.26)	0.38		
Operadores de maquinaria y conductores de vehiculos	1.00		1			
Creencias - reformuladas (A-I)						
Análisis sin ajuste						
Análisis ajustado						
Análisis ajustado con significativas						
Creencia 1 - herencia						
Inadecuado	0.86 (0.684 - 1.083)	0.20	0.959 (0.777 - 1.183)	0.69		
Adecuada	1		1.00			
Creencia 2 - raíces						
Inadecuado	0.654 (0.516 - 0.829)	0.00	0.735 (0.588 - 0.918)	0.01	0.75 (0.6 - 0.94)	0.01
Adecuada	1		1.00		1.00	
Creencia 3 - necesidad de tto						
Inadecuado	0.828 (0.586 - 1.168)	0.28	1.095 (0.836 - 1.435)	0.51		
Adecuada	1		1.00			
Creencia 4 - terapia pulpar						
Inadecuado	0.601 (0.481 - 0.75)	0.00	0.729 (0.591 - 0.898)	0.00	0.74 (0.6 - 0.91)	0.00
Adecuada	1		1.00		1.00	
Creencia 5 - ATB						
Inadecuado	0.764 (0.609 - 0.96)	0.02	0.867 (0.708 - 1.061)	0.17	0.9 (0.74 - 1.09)	0.28
Adecuada	1		1.00			
Creencia 6 - Fluor						
Inadecuado	0.949 (0.699 - 1.288)	0.74	1.027 (0.778 - 1.356)	0.85		
Adecuada	1		1.00			
Creencia 7 - Nacer con caries						
Inadecuado	0.953 (0.755 - 1.203)	0.69	1.163 (0.951 - 1.423)	0.14		
Adecuada	1		1.00			
Creencia 8 - importantes						
Inadecuado	0.156 (0.076 - 0.318)	0.00	0.169 (0.083 - 0.344)	0.00	0.17 (0.08 - 0.35)	0.00
Adecuada	1		1.00			

Tabla 9 Asociación entre la experiencia dental previa del niño y las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental asintomática.

Experiencia de atención odontológica del niño	Análisis sin ajuste		Análisis ajustado		Análisis ajustado CON SIGNIFICATIVAS	
	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value
Síntomas						
Si	0.994 (0.886 - 1.115)	0.922	0.96 (0.85 - 1.08)	0.5		
No	1		1			
Acceso a la atención dental						
Si	1.178 (1.008 - 1.378)	0.04	1.04 (0.81 - 1.35)	0.75	1.04 (0.8 - 1.34)	0.78
No	1		1		1	
Tipo de tratamiento dental						
Le colocaron flúor al diente	0.95 (0.79 - 1.14)	0.57	0.93 (0.76 - 1.12)	0.43	0.95 (0.79 - 1.14)	0.58
No recibió tratamiento	0.8 (0.64 - 1.01)	0.06	0.84 (0.59 - 1.18)	0.31	0.83 (0.59 - 1.17)	0.28
Le curaron el diente de leche	0.95 (0.78 - 1.15)	0.59	0.94 (0.77 - 1.14)	0.5	0.95 (0.78 - 1.15)	0.6
Le sacaron el diente de leche	1.08 (0.87 - 1.34)	0.48	1.11 (0.89 - 1.38)	0.37	1.09 (0.87 - 1.35)	0.46
Le quitaron el nervio dental	1		1		1	
Percepción de la experiencia de atención dental						
Positiva	0.951 (0.823 - 1.098)	0.49	0.95 (0.83 - 1.1)	0.5		
Negativa	0.886 (0.771 - 1.018)	0.09	0.9 (0.78 - 1.04)	0.17		
Regular	1		1			

Tabla 10 Asociación entre la experiencia dental previa del niño y las preferencias de los padres para el tratamiento de caries dental sintomática.

Experiencia de atención odontológica del niño	Análisis sin ajuste		Análisis ajustado		Análisis ajustado con significativas	
	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value	PR (95% CI)*	P-value
Síntomas						
Si	0.988 (0.775 - 1.259)	0.923	0.98 (0.76 - 1.26)	0.87		
No	1		1			
Acceso a la atención dental						
Si	1.367 (0.994 - 1.880)	0.05	2.11 (0.89 - 4.96)	0.09	2.01 (0.86 - 4.71)	0.107
No	1		1		1	
Tipo de tratamiento dental						
Le colocaron flúor al diente	0.75 (0.52 - 1.08)	0.12	0.73 (0.51 - 1.06)	0.1	0.77 (0.54 - 1.11)	0.159
No recibió tratamiento	0.63 (0.41 - 0.97)	0.04	1.38 (0.55 - 3.43)	0.49	1.25 (0.5 - 3.1)	0.636
Le curaron el diente de leche	0.83 (0.57 - 1.21)	0.34	0.81 (0.56 - 1.18)	0.27	0.85 (0.58 - 1.23)	0.39
Le sacaron el diente de leche	0.42 (0.17 - 1.03)	0.06	0.48 (0.19 - 1.19)	0.11	0.45 (0.18 - 1.12)	0.085
Le quitaron el nervio dental	1		1		1	
Percepción de la experiencia de atención dental						
Positiva	1.033 (0.752 - 1.419)	0.843	1.06 (0.78 - 1.45)	0.69		
Negativa	0.758 (0.55 - 1.043)	0.09	0.78 (0.57 - 1.08)	0.14		
Regular	1		1			

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Tratamientos de caries dental	Son procedimientos realizados para el manejo de caries dental sintomática o asintomática.	Ayudan a preservar el diente en cavidad oral.	- Remineralización dental. - Tratamiento restaurador. - Terapia pulpar.	Nominal	0: Colocar flúor al diente 1: Curar el diente de leche 2: Quitar el nervio dental 3: Exodoncia 4: No realizar tratamientos dentales
		No ayudan a preservar el diente en cavidad oral	- Exodoncia. - No realizar tratamientos dentales.		
Condiciones sociodemográficas	Características sociales y demográficas de los niños y padres	Edad de los niños	- Edad en años cumplidos	Nominal	0: 2 años, 1: 3 años, 2: 4 años, 3: 5 años
		Género	- Características sexuales primarias	Nominal	0: Femenino 1: Masculino
		Estructura familiar	- Personas que integran la familia	Nominal	0: Nuclear, 1: Conjunta, 2: Monoparental
		Número de hermanos	- Cantidad de hijos vivos en la familia	Ordinal	0: 1, 1:2 , 2: 3 a más
		Número de orden de nacimiento	- Número que ocupa el niño entre los hermanos nacidos vivos	Ordinal	0: Primogénito, 1: Segundo hijo, 2: tercer hijo a más
		Cuidador principal	- Persona que pasa mayor tiempo con el niño	Nominal	0: papá, 1: mamá, 2: otros
		Lugar de origen del cuidador principal	- Lugar donde creció	Nominal	0: Costa, 1: Sierra, 2: Selva
		Edad de los padres	- Edad en años cumplidos	Nominal	0: 18-39, 1: 40-59, 2: 60 a más
		Escolaridad	-Instrucción educativa del usuario	Nominal	0: Primaria, 1: Secundaria, 2: Técnica, 3: Superior, 4: Ninguno
		Ocupación de los padres	- Actividad que realiza cada padre	Nominal	0: No remunerado del hogar 1: Profesional 2: Técnico 3: Administrativo

					4: Servicios, comercio y mercados, 4: Construcción, electricidad y telecomunicación 5: Operadores y conductores
Creencias	Conceptos empíricos que los padres de familia tienen de la dentición primaria	Creencias sociales sobre la dentición primaria	Respuesta a cada pregunta del cuestionario	Nominal	0: Creencias adecuadas 1: Creencias No adecuadas
CO VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADO	ESCALA	CATEGORIAS
Experiencia de atención odontológica del niño	Interacciones que un niño ha tenido con el servicio de salud dental, que incluye desde las visitas al dentista hasta los tratamientos recibidos.	Síntomas	- Odontalgia por caries dental	Nominal	0: Presente 1: Ausente
		Acceso a la atención dental	- Acudió a consulta dental	Nominal	0: Presente 1: Ausente
		Tipo de tratamiento dental	- Tratamiento conservador de pieza dental	Nominal	0: Colocar flúor al diente 1: Curar el diente de leche 2: Quitar el nervio dental
			- Tratamiento no conservador de pieza dental.	Nominal	0: Exodoncia 1: No recibió tratamientos dentales
		Percepción de la experiencia de atención dental	- Interpretación de la atención dental	Nominal	0: Positiva 1: Regular 2: Negativa

ANEXO 2

PREFERENCIAS DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO DE CARIES DENTAL

A continuación, se presentan una serie de preguntas para conocer sus preferencias para el tratamiento de caries dental según sus condiciones sociodemográficas y creencias relacionadas a la dentición primaria de su menor hijo. Por favor responda a cada pregunta según las indicaciones.

1. RESPONDA SEGÚN LOS DATOS DEL NIÑO

- A. Edad del niño(a): 2 a () 3 a () 4 a () 5 a ()
B. Género del niño(a): masculino () femenino ()

2. RESPONDA SEGÚN LOS DATOS DE LA FAMILIA

- C. Quiénes viven en casa: papá () mamá () hermanos () otros () _____
D. Número de hijos : 1 () 2 () 3 a más (). ¿Qué número de hijo es el niño?: _____
E. Quién cuida a al niño(a) la mayoría del tiempo: papá () Mamá () Otros () _____
F. Lugar (ciudad) donde pasó su niñez el cuidador principal: _____

3. RESPONDA SEGÚN LOS DATOS DE LOS PADRES

- A. Edad de la madre: _____
B. Educación de la madre : primaria () secundaria () técnica () superior () ninguno ()
C. Ocupación de la madre: _____
D. Edad del padre : _____
E. Educación del padre : primaria () secundaria () técnica () superior () ninguno ()
F. Ocupación del padre : _____

4. MARQUE CON UNA "X" SEGÚN LA EXPERIENCIA DENTAL DE SU NIÑO

- A. ¿Su hijo alguna vez ha tenido dolor en un diente?: sí () no ()
B. ¿Su hijo alguna vez recibió un tratamiento dental?: sí () no ()
C. ¿Qué tratamiento dental le realizaron a su hijo?:
 Le colocaron flúor al diente
 Le curaron el diente de leche
 Le quitaron el nervio dental
 Le sacaron el diente de leche
E. ¿Cómo fue la experiencia en la atención dental de su hijo?: positiva () regular () negativa ()

5. MARQUE CON UNA "X" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: ¿USTED CREE QUE...?

- A. ¿Su hijo ha heredado la caries dental de alguien en casa? Sí () No ()
B. ¿Los dientes de leche tienen raíces? Sí () No ()
C. ¿Los dientes de leche necesitan tratamiento dental? Sí () No ()
D. ¿Los dientes de leche pueden necesitar el tratamiento para quitar el nervio dental? Si () No
E. ¿El uso de antibióticos causa caries dental? Sí () No ()
F. ¿El uso de flúor es dañino para los dientes de leche? Sí () No ()
G. ¿Pueden los dientes de leche nacer con caries? Sí () No ()
H. ¿Los dientes de leche son importante? Sí () No ()

6. MARQUE CON UNA "X" A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGÚN SU PREFERENCIA

A. ¿Qué tratamiento preferiría si su hijo tuviera un diente con CARIES DENTAL que NO DUELE?

- Observar el diente de leche (no realizarle tratamiento)
- Colocarle flúor al diente de leche
- Curarle el diente de leche
- Quitar el nervio al diente de leche
- Sacar el diente de leche

B. ¿Qué tratamiento preferiría si su hijo tuviera un diente con CARIES DENTAL que SI DUELE?

- Observar el diente de leche (no realizarle tratamiento)
- Colocarle flúor al diente de leche
- Curarle el diente de leche
- Quitar el nervio al diente de leche
- Sacar el diente de leche

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)

Título del estudio: “Preferencias de padres para el tratamiento de caries según condiciones sociodemográficas y creencias relacionadas a la dentición de preescolares en Hospital Nacional”.

Investigador (a): C.D. Ingrid María Valcárcel Castro

Institución: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar de un estudio para determinar las preferencias de padres para el tratamiento de caries según condiciones sociodemográficas y creencias sobre la dentición primaria de niños preescolares que acuden al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 2024. Con la finalidad no solo de tener un panorama confiable e importante de esta problemática multifactorial, sino que además nos permite reconocer el rol de los padres como tomadores de decisión, de gran relevancia para lograr un cambio en la implementación de medidas preventivas y el tratamiento oportuno de la enfermedad en los preescolares.

Procedimientos:

Se le pedirá que responda preguntas de un cuestionario que consta de 4 secciones donde se recolectará información de 4 aspectos: I. datos sociodemográficos; II. Experiencia de atención odontológica del niño; III. Preferencias de los padres o cuidadores por los tratamientos de caries dental; IV. Creencias de los padres sobre la dentición primaria. La duración promedio del cuestionario será de 5 minutos.

Riesgos:

Existe la posibilidad de que alguna de las preguntas de la encuesta acerca de aspectos sociodemográficos, experiencia dental previa del niño y sus creencias sobre la dentición primaria, pueda generarle alguna incomodidad. Sin embargo, usted es libre de contestarlas o no. Su participación es completamente voluntaria y puede omitir cualquier pregunta que no desee responder sin que esto afecte su participación en el estudio.

Beneficios:

Inmediatamente al término de la respuesta del cuestionario, la investigadora le entregará un boletín informativo donde podrá conocer como influyen sus creencias y condiciones sociodemográficas en la elección de los tratamientos odontológicos pudiendo ayudar o no, a conservar un diente con lesión de caries en la boca de su niño.

Costo y compensación:

No deberá pagar nada, ni recibirá una compensación por participar en el estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información recogida por el cuestionario aplicado con códigos y no con nombres. Solo el investigador y su equipo podrán tener acceso a las bases de datos. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información personal que permita la identificación de las personas que formaron parte del estudio. Previamente al uso de sus datos el proyecto de investigación contará con la revisión y permiso del comité de ética del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

PERMISO PARA RECONTACTO EN FUTURAS INVESTIGACIONES

Deseamos almacenar sus datos de contacto (correo electrónico) por 5 años, para en un futuro invitarlo a nuevas investigaciones relacionadas a salud bucal pediátrica. Si no desea que lo recontactemos para invitarlo a futuras investigaciones puede seguir participando del presente

estudio. En ese caso, sus datos de contacto serán utilizados únicamente para el seguimiento durante este estudio y terminada esta investigación sus datos de contacto serán eliminados.

Autorizo a que almacenen mis datos de contacto por 5 años para que me recontacten e inviten a futuros estudios. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán los datos de contacto).

SI () NO ()

USO FUTURO DE INFORMACIÓN

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación por 20 años. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras.

Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso de un Comité Institucional de Ética en Investigación.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 20 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI () NO ()

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento. Si tiene alguna duda adicional, por favor póngase en contacto con CD. Ingrid Valcárcel Castro, llame al teléfono [REDACTED]

o escriba al correo electrónico: [REDACTED] Cuando usted considere que sus derechos son vulnerados o ante cualquier duda, Ud. Puede contactarse con el Comité de Ética del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Av. Edgardo Rebagliati 490-Jesús María-Lima. Teléfono: 2654901 Anexo: 3080, correo electrónico: comitedeetica.hreb@essalud.gob.pe

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<hr/> Nombres y Apellidos Participante	<hr/> Firma	<hr/> Fecha y Hora
<hr/> Nombres y Apellidos Testigo (si el participante es analfabeto	<hr/> Firma	<hr/> Fecha y Hora
<hr/> Nombres y Apellidos Investigador	<hr/> Firma	<hr/> Fecha y Hora