

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y
caries dental en niños de centro poblado de Huaschahura,
Ayacucho 2022**

Jorge Luis Flores Maldonado
Helí Gómez Solís
Sol María Quispe Leiva

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Dedicatoria

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerzas para seguir este proceso y cumplir nuestros sueños.

A nuestros amados padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

Los autores.

Agradecimientos

A la Universidad Continental, por darnos la oportunidad de desarrollar la investigación para optar el título profesional de Cirujano Dentista.

A la Mg. Janet Erika Vargas Motta, por su apoyo y asesoramiento.

Los autores.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
Capítulo I Planteamiento del Estudio.....	11
1.1. Planteamiento y Formulación del Problema.....	11
1.2. Objetivos	12
1.2.1. Objetivo General.....	12
1.2.2. Objetivos Específicos.....	12
1.3. Justificación.....	13
1.4. Hipótesis y Descripción de Variables.....	13
1.4.1. Hipótesis General	13
1.4.2. Hipótesis específicas	13
1.5. Variables.....	14
Capítulo II Marco Teórico	15
2.1. Antecedentes del Problema	15
2.2. Bases Teóricas.....	18
2.2.1. Caries de Aparición Temprana.....	18
2.2.2. Salud Bucal.	21
2.2.3. Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Salud Bucal de las Madres.	22
2.2.4. Riesgo Cariogénico.	22
2.3. Definición de Términos Básicos	24
Capítulo III Metodología	26
3.1. Métodos y Alcance de la Investigación.....	26
3.2. Diseño de la Investigación	26
3.3. Población y Muestra.....	26
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	27
Capítulo IV Resultados y Discusión	29
4.1. Resultados del Tratamiento y Análisis de la Información.....	29
4.2. Prueba de Hipótesis	35
4.3 Discusión de resultados.....	37
Conclusiones	39

Referencias Bibliográficas	40
Anexos	46

Índice de Tablas

Tabla 1. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral.	29
Tabla 2. Nivel de Actitud de las Madres sobre Salud Oral, según el Grado de Instrucción. .	29
Tabla 3. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral.	30
Tabla 4. Índice de caries dental en niños del centro poblado Huaschahura.	31
Tabla 5. Índice de Caries Dental, según el Género, en Niños.	32
Tabla 6. Índice de Caries Dental, según la Edad, en Niños.	33
Tabla 7. Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia sobre Salud Oral.	33
Tabla 8. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.	34
Tabla 9. Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.	35
Tabla 10. Relación entre Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia Sobre Salud Oral.	36
Tabla 11. Relación entre el Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.	36
Tabla 12. Relación entre el Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.	36

Índice de Figuras

Figura 1. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral.....	29
Figura 2. Nivel de Actitud de las Madres de sobre Salud Oral, según el Grado de Instrucción.	30
Figura 3. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral.....	30
Figura 4. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral, según el Grado De instrucción.	31
Figura 5. Índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura.....	32
Figura 6. Índice de Caries Dental, según el Género, en Niños.....	32
Figura 7. Índice de Caries Dental, según la Edad, en Niños.	33
Figura 8. Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia sobre Salud Oral.	34
Figura 9. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.	34
Figura 10. Nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños.	35

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huaschahura, Ayacucho 2022. Se utilizó el método científico, el tipo fue básico y el nivel correlacional. La población estuvo formada por 199 madres de familia y la muestra por 131 madres de niños de 3 a 5 años. Los resultados principales señala que las madres presentan actitud adecuada y práctica deficiente sobre salud oral. El índice de caries dental moderado fue el más frecuente; sin embargo, en los varones y niños de 3 años fue prevalente el índice bajo. En conclusión, se estimó que el 84 % de las madres presentan actitud adecuada, el 81,7 % práctica deficiente y el 38,9 % de los niños, índice de caries dental moderado.

Palabras clave: actitud sobre salud oral, práctica sobre salud oral, caries dental

Abstract

The objective of the study was to determine the attitudes and practices of mothers regarding oral health and dental caries in children in the town of Huaschura, Ayacucho 2022. The scientific method was used, the type was basic and the level was correlational. The population consisted of 199 mothers and the sample consisted of 131 mothers of children from 3 to 5 years of age. The main results indicate that the mothers have an adequate attitude and deficient practice on oral health. The moderate rate of dental caries was the most frequent; however, in boys and 3-year-old children the low rate was prevalent. In conclusion, it was estimated that 84 % of the mothers had an adequate attitude, 81.7 % had poor practice and 38.9 % of the children had a moderate rate of dental caries.

Keywords: oral health attitude, oral health practice, dental caries.

Introducción

La caries dental es un problema de salud con el mayor índice en la población, y a pesar que en los últimos años esta enfermedad ha disminuido en los países desarrollados, ha aumentado en los países menos desarrollados, provocando así, el interés de muchos investigadores por estudiar las causas y su prevalencia de caries dental. Se considera una enfermedad multifactorial vinculada con la dieta, bacterias intraorales, composición de la saliva, etc.(1).

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños. El presente trabajo de investigación dará a conocer aspectos sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral, relacionados con las actitudes de estos para con sus hijos, siendo los padres los responsables y educadores directos de la higiene bucal de sus menores, ya que en muchos casos se observa que los padres transmiten conocimientos que puedan ser perjudiciales, agravando el problema y dificultando el futuro tratamiento de la caries dental (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la caries dental es la enfermedad más común entre los niños de América Latina, que afecta aproximadamente del 60 al 90 % de los menores en edad escolar y que, además, existen factores de riesgo que podrían condicionar a la persona a estar más susceptible a desarrollarla (3, 4).

Se ha recorrido un largo camino para llegar a un concepto que pueda definir íntegramente a la caries dental, y aunque se reconoce que es una enfermedad multifactorial, los modelos que se centraron en aspectos estrictamente biológicos han sido cambiados por modelos más amplios y que distinguen su carácter dinámico (5).

Por ello, en la presente investigación se determinó las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huaschahura, Ayacucho 2022.

Los autores.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Planteamiento y Formulación del Problema

La caries dental se considera como un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia. Se pueden reconocer lesiones cariosas presentes en la cavidad bucal de un paciente y estas ser eliminadas mediante un tratamiento, pero se desconoce cuál de los factores de riesgo se encuentran causando el desequilibrio para que el paciente desarrolle dicha enfermedad; sólo así se podrá enfrentar adecuadamente a las secuelas y limitar las recidivas de la caries dental, al contrarrestar eficazmente las causas originarias (6,7).

Muchos factores, tanto locales como generales, influyen en la probabilidad del desarrollo de la caries y en su velocidad de avance (6). Vinculada a la interrelación de componentes como los carbohidratos de la dieta, las bacterias de la boca, la vida de dientes propensos o susceptibles, y además, el tiempo que permite esclarecer de una manera más rigurosa la formación de la caries dental (8).

Hay otros componentes personales que están afectando la alteración del pH, por consiguiente, provocan caries dental, como la porción y estructura del biofilm dental, el flujo salival, capacidad buffer y tiempo de supresión de la sustancia, entre otras. Al evaluar el potencial cariogénico de la dieta, se debería tomar en consideración el balance existente entre los componentes responsables de la patología y los componentes de protección. Si alguno de los componentes responsables prevalece o, alguno de los mecanismos de custodia está perjudicado, entonces el elemento dieta va a tener un intenso efecto en el desarrollo y progresión de la patología (9).

La valoración del riesgo de caries de la dieta en la práctica odontológica tiene gran importancia y pretende estimar los cambios cariogénicos causados por los carbohidratos y estudiar el valor nutritivo de la dieta. Se sabe que en el núcleo familiar se contribuye de forma directa en cada uno de sus integrantes, en particular el rol de las madres es indispensable ya que ellas muchas veces están destinadas a las labores del hogar, y aún más importante al cuidado de los niños, mediante sus experiencias personales, fortalezas y valores que se van adquiriendo a lo largo de la vida, permaneciendo en la etapa adulta de cada integrante de la

familia, así el conocimiento acerca de la salud de la madre, traerá como resultado actitudes y prácticas por parte de los niños (10,11).

Por todo lo expuesto anteriormente, se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la relación de las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General.

Relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

1.2.2. Objetivos Específicos.

1. Determinar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
2. Determinar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral, según el grado de instrucción, del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
3. Determinar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
4. Determinar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral, según el grado de instrucción, del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
5. Determinar el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
6. Determinar el índice de caries dental, según el género, en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
7. Determinar el índice de caries dental, según la edad, en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
8. Relacionar el nivel de actitudes y prácticas de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
9. Relacionar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
10. Relacionar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

1.3. Justificación

En la actualidad, el riesgo de padecer caries dental es muy elevado, más aún en los niños de edad preescolar, debido a que los padres o apoderados no brindan una adecuada importancia a dicha enfermedad. Un gran número de padres piensa que los niños no tienen caries y que no es importante el cuidado y la higiene de los dientes de leche, porque al final se caen y son sustituidos por los dientes permanentes. Sin embargo, la caries dental puede desarrollarse a cualquier edad, por eso es importante saber que el tipo y la calidad de los alimentos que ingieren los niños o personas en general pueden influenciar en el desarrollo y el progreso de la caries dental.

Tiene relevancia científica, porque son pocos los reportes que existen hasta el momento sobre el riesgo cariogénico de la dieta y el nivel de actitudes sobre salud oral de las madres a nivel nacional y regional.

Tiene importancia social y teórica, ya que con ello se podrá diseñar futuros programas educativos dirigidos a mejorar el nivel de actitudes sobre salud oral de las madres de familia y los hábitos dietéticos en la población escolar, que deben ser brindados en las instituciones educativas y establecimientos de salud.

1.4. Hipótesis y Descripción de Variables

1.4.1. Hipótesis General.

H_0 : no existe relación entre el nivel de actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

H_1 : existe relación entre el nivel de actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

1.4.2. Hipótesis Específicas.

1. H_0 : no existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
2. H_1 : existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
3. H_0 : no existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.
4. H_1 : existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

5. H_0 : no existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huaschahura, Ayacucho 2022.
6. H_1 : existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huaschahura, Ayacucho 2022.

1.5. Variables

Variable 1: nivel de actitud y práctica sobre salud oral.

La actitud es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones (12).

La práctica se entiende en primera instancia como la exposición reiterada una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de la respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada (13).

Variable 2: caries dental.

Enfermedad infecciosa, transmisible que ocasiona la destrucción progresiva de la estructura del diente por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia del azúcar encontrada en placa o biofilm dental (14).

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes del Problema

Sihuay K, et al. (15), tuvieron como objetivo relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres con la caries de infancia temprana de niños con anemia de la comunidad de Recuay. El estudio fue de nivel relacional, enfoque cuantitativo, diseño observacional, transversal y prospectivo. Participaron 52 niños de 0 a 6 años diagnosticados con anemia con sus respectivos padres. Se aplicó el índice de ceo-d e índice de higiene oral simplificado (IHO-S) a los niños; y un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal a sus padres. Se relacionó el índice de ceo-d con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Se encontró que el 69 % de niños presenta caries de infancia temprana, el índice de ceo-d promedio fue de 3,3, el cual aumentaba con la edad. El IHO-S promedio fue de 1,95. El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres fue regular, adecuado y regular respectivamente. El coeficiente de correlación de Spearman entre las prácticas en salud bucal y el índice de ceo-d fue de 0,375 ($p < 0,05$). Solo se encontró una relación significativa entre las prácticas en salud bucal de los padres con el índice de ceo-d de sus hijos.

De La Cruz H, (16), tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas maternas sobre salud oral infantil y su relación con el estado de salud bucal de niños preescolares, Junín - 2017. El estudio corresponde al tipo descriptivo y correlacional, prospectivo, transversal, y el método utilizado fue el científico; con un diseño no experimental. La población de estudio estuvo constituida por madres y sus niños de 3 a 5 años, 11 meses y 29 días de las instituciones educativas iniciales públicas de Junín, según nómina de matrícula; la muestra estuvo compuesta por 160 madres y sus niños; elegidos mediante muestreo probabilístico estratificado. El principal resultado del análisis estadístico demuestra que los conocimientos, actitudes y prácticas maternas tienen una correlación inversamente proporcional con la experiencia de caries en los preescolares con un ($p=0,004$), ($p=0,001$) y ($p=0,000$) respectivamente; asimismo, se correlaciona directamente con el nivel de higiene oral con ($p= 0,000$).

Ayala J, (17) determinó la relación entre el nivel de conocimiento, actitud y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano. El estudio fue analítico, observacional, transversal y prospectivo; la muestra fueron 51 niños seleccionados por un muestreo probabilístico. El estado de la higiene bucal de los niños en estudio, en un 72,5 % (37) fue de nivel regular. El nivel de conocimiento de la muestra fue aceptable 72,5 % (37). El tipo de actitudes fue favorable [84,3 % (43)], y las prácticas fueron pobres [60,8 % (31)]. Se halló relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños (tau b de Kendall = 0,347 y p = 0,020). No hubo relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal (tau b de Kendall = 0,084 y p = 0,300), de las actitudes de las madres ($X^2 = 3,590$ y p = 0,166) con el estado de higiene bucal de los niños en estudio, por lo que se aceptó la hipótesis nula. Existe relación entre las prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños en estudio, aceptándose la hipótesis de investigación.

Espinoza A, (18) tuvo como objetivo relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijo/as menores de 6 años que acudieron al programa de control y crecimiento (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa, EsSalud de Comas, durante el año 2017. La muestra estuvo conformada por 207 madres de hijos menores de 6 años, se utilizó un cuestionario de preguntas para medir las actitudes y prácticas sobre la salud bucal de sus hijos. El rango de edad prevalente de las madres fue de 26 a 35 años con un 45,4 %; el 57,5 % de las madres tenían más de un hijo, el 49,8 % eran trabajadoras del hogar, el grado de instrucción prevalente fue secundaria completa (43,5 %), la mayoría de madres presentaron actitudes buenas (51,7 %), y tuvieron prácticas regulares (60,4 %), y la relación entre ambas presentaron buenas actitudes, tuvieron buenas prácticas (19,8 %) y regular (29,5 %), y las madres con actitudes malas tuvieron prácticas malas (1,9 %) en un mayor porcentaje. Se concluye que existe relación entre las actitudes y prácticas de las madres de hijos menores de 6 años sobre el cuidado de la salud bucal.

Victorio J, (19) tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de los niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 “Casuarinas”, del distrito Ventanilla, año 2017. El diseño fue de tipo observacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por niños de 3 a 5 años de edad y los padres/cuidadores que aceptaron participar en dicha investigación. A los niños se les realizó exámenes bucales para determinar su experiencia pasada de caries (ceo-d) y el estado de su higiene bucal (IHO-S). A los padres/cuidadores se les aplicó un cuestionario para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas para relacionarlo con el examen clínico que se les realizó a los niños. Se encontró

un ceo-d de 5,24 e IHO-S de 1,56 en los niños. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los índices evaluados de los niños, excepto en algunas de las variables. Se concluye que en las tres variables se mostró respuestas regulares de los padres/cuidadores y en los niños con niveles altos y moderados en los índices de ceo- d e IHO-S respectivamente. Se encontró asociación en actitudes y el estado de salud bucal (índice ceo-d e IHO-S) en los niños de 3 a 5 años de edad.

Henostroza C, (20) tuvo como objetivo determinar la relación entre la prevalencia de caries y riesgo cariogénico de la dieta en preescolares, con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral. La muestra estuvo constituida por 125 madres y sus respectivos hijos. Se evaluó la prevalencia de caries y el riesgo cariogénico de la dieta de los niños. Se midió el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de las madres. El análisis e interpretación de los datos se hizo con prueba estadística Chi cuadrado, y significancia del 95 % de confianza. Se encontró prevalencia de caries de 92 %, un índice ceo-d de 4,28 y un riesgo cariogénico de la dieta moderado 55,2 %. En cuanto a las madres, el 56 % tuvo conocimiento bueno, el 78,4 % actitudes adecuadas, y el 70,4 % prácticas deficientes. Al relacionar la prevalencia de caries, se encontró relación estadística significativa con el nivel de conocimientos ($p < 0,05$) y relación altamente significativa con el nivel de prácticas ($p < 0,01$). Se concluye que existe asociación directa entre la prevalencia de caries y el nivel de conocimientos y prácticas, más no existe asociación con las actitudes y riesgo cariogénico de la dieta.

Velásquez C, (21) determinó la relación entre la prevalencia de caries de los niños de 3 a 5 años de edad con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de sus madres que asisten al Centro Médico Especializado Casagrande EsSalud en el 2015. La muestra estuvo conformada por 101 binomios madre-niño que acudieron al programa de crecimiento y desarrollo del centro médico y cumplieron los criterios de selección, a las madres se les aplicó un cuestionario estructurado autoadministrado para registrar los datos. La evaluación de la caries dental se realizó utilizando los criterios de ICDAS II. Los resultados fueron expresados de manera porcentual, y se aplicó la prueba de Chi-cuadrado. Se halló que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de las madres, no tiene relación con la prevalencia de caries de los niños. La prevalencia de caries dental de los niños según los criterios de ICDAS fue de 63,4 %. El nivel de conocimientos sobre salud total de las madres fue bueno 24,7 %, regular 41,6 % y malo 33,7 %. Al evaluar las actitudes de las madres respecto a la salud oral de los niños, el 25,6 % fue adecuado y el 61,6 % fue inadecuado. En relación a las prácticas sobre salud oral en niños que realizan las madres, fue buena en el 15,8 %, regular en el 51,5 % y malo en el 32,7 %. Se concluye que no existe relación

significativa entre la prevalencia de caries de los niños como el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de sus madres.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Caries de Aparición Temprana.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la caries de aparición temprana (CAT) como la presencia de uno o más superficies cariadas en dientes temporales (cavidades o no), perdidas por caries u obturadas en niños menores de 71 meses de edad (5 años y 11 meses). En niños menores de 3 años, cualquier signo de caries en una superficie lisa, es indicativo de presencia de caries severa de aparición temprana (CATS). Así mismo, se debe diagnosticar como caries de aparición temprana severa a todos los niños que presenten una o más lesiones cavitadas en piezas antero superiores o la pérdida de las mismas (por caries), así como un valor mayor a cuatro lesiones a los 3 años, mayor a cinco lesiones a los 4 años y mayor a seis lesiones a los 5 años (22).

Muchas eran las maneras que había para llamar esta clase de afección, por ejemplo: caries del lactante, caries circunferenciales o caries rampante específica del infante. A un enorme conjunto de autores, les parece más representativo el concepto caries de biberón, quizás ya que es el que mejor comprenden los papás, en el momento de explicarles, su etiología y procedimiento. No obstante, otros autores prefieren diferentes denominaciones por ser más definitorias de lo cual es la clínica y pues no es siempre el biberón la causa de su aparición (23-26).

La caries de aparición temprana, es un término que explica un proceso inmediatamente destructivo que perjudica a la dentición primaria de lactantes y chicos de corta edad. Se muestra más que nada en chicos con una ingesta de alimentos por biberón o materna prolongada y, por consiguiente, un retraso en la introducción a las comidas sólidas, además se asocia con el trabajo del chupete impregnado en sustancias azucaradas. Aunque la causa primordial, se ha atribuido al uso prolongado del biberón o del chupete endulzado, o bien, a lactantes alimentados al pecho más tiempo del recomendado, en la actualidad se estima que su etiología es multifactorial y, por consiguiente, más complicada que la fácil instauración del hábito. La existencia de una sustancia azucarada en la boca, la vida de microorganismos acidogénicos y la susceptibilidad del huésped son los diversos componentes que al interactuar conducen a la aparición de estas heridas cariosas (23,25).

Existen controversias acerca de que, si la caries rampante es similar a la caries de aparición temprana, por lo cual la caries rampante es definida como múltiples lesiones cariosas activas de ocurrencia en la misma persona. Está frecuentemente involucra superficies del

diente que no tienen usualmente experiencia de caries, como superficies lisas, áreas bucales y linguales. Puede presentarse tanto en niños como en adultos jóvenes (24).

Un óptimo estado de salud general es indicativo de bajo peligro, por otro lado, hay determinadas patologías que, al minimizar el flujo salival, involucran un peligro alto de caries dental. Entre ellas el síndrome de Sjögren y otras patologías como pacientes epilépticos, con diabetes mellitus, anemia perniciosa, con parálisis cerebral y discapacitados físicos y/o mentales; conforman pacientes con elevado peligro a la caries dental (27).

2.2.1.1. Etiología.

La etiología de la caries de aparición temprana es similar a otra caries coronal, incluyendo la interacción entre organismos patógenos, carbohidratos fermentables y susceptibilidad del huésped (28).

a. Dieta.

En los primeros meses de vida, la alimentación es básicamente líquida, y el bebé presenta gran frecuencia de ingestión. Hasta los 6 meses la alimentación materna exclusiva es suficiente para proveer al niño de los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo, además de constituir la mejor protección contra las dolencias del recién nacido. La alimentación materna exclusiva, hasta los 6 meses, además de permitir un desarrollo facial armónico, disminuye la posibilidad de ingesta de azúcar en su contenido (28).

Uso del biberón. La importancia del biberón en el desarrollo en las caries de aparición temprana depende fundamentalmente de la duración y características del contacto nocturno con el mismo. La aparición de caries en los incisivos superiores se ha explicado por la posición de la tetina del biberón, que bloquea el acceso de salida a esas piezas obstaculizando la remoción de glucosa (25,29).

La correlación entre el uso del biberón y la presencia de caries está confirmada por varias investigaciones, donde el biberón es un importante medio de ingestión de azúcar, ya que la mayoría de los alimentos ingeridos a través de ella presenta adición de azúcar (25,29).

El biberón no presenta restricciones sociales, tiene buena aceptación por los niños ya que su contenido generalmente es endulzado, es de fácil manipulación por el niño y puede ser utilizado a cualquier hora y es suministrado por la madre u otra persona (25,28,29).

Lactancia materna. Se ha demostrado que los niños alimentados con lactancia materna prolongada tienden a establecer hábitos alimentarios no adecuados, lo que constituye una situación de riesgo para el desarrollo de caries para una edad temprana, entretanto la mayoría de los trabajos que describe lesiones de caries asociados a la lactancia materna resaltan que el patrón de consumo de la leche es atípico, involucrando gran demanda muchas veces al día,

durante varios años, y principalmente con lactancias durante la noche. En la experiencia se observa que los niños con este tipo de lesión duermen en la misma cama de la madre y son amamantados cuando ellos quieren, siendo que este hábito se prolonga durante varios años más (26,28).

b. Microorganismos.

La colonización primaria del *S. mutans* llamada también ventana de infectividad, se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. La saliva es el vehículo de transmisión y los utensilios utilizados para alimentarlos, los besos en la boca, los dedos contaminados, el chupete limpiado en la boca materna, entre otros, se transforman en los intermediarios de la inoculación bacteriana (23,28).

En bebés, la microbiota bucal está siendo definida en la implantación de estreptococos del grupo *mutans* y es facilitada por la presencia de sacarosa en la dieta, estos microorganismos aparecen en la boca del niño transmitidos por la madre poco después de la erupción de los primeros dientes, aunque otros autores establecen su edad media de aparición a los 26 meses coincidiendo con la erupción de los primeros molares temporales; cuanto más temprana sea la colonización mayor es el riesgo de caries. La importancia de los lactobacilos es mucho menor, su papel es más importante en la progresión de la caries que en el inicio de esta (28,29).

c. Huésped.

Susceptibilidad del diente, factores salivales, sistémicos e inmunológicos (27).

2.2.1.2. Diagnóstico y Métodos de las Lesiones Iniciales de Caries Dental.

Los criterios de diagnóstico clínico para caries de aparición temprana son los siguientes: lesiones cariosas primarias (manchas blancas), generalmente en la superficie bucal de los incisivos superiores cerca del margen cervical, y desmineralización leve o manchado en la superficie del esmalte, poco después de la erupción del diente. Estas lesiones se tiñen rápidamente de color amarillo pálido a medida que se extienden lateralmente hacia la región proximal (30).

Esta entidad patológica presenta algunas características durante su evolución: las lesiones cariosas se desarrollan cronológicamente con la erupción de los dientes primarios; los incisivos mandibulares no son frecuentemente afectados debido al patrón muscular de succión del lactante, que se protege naturalmente sacando los dientes de la lengua, pero en estadios avanzados, pueden estar dañados. A medida que avanza la enfermedad se puede observar clínicamente pérdida de la integridad coronaria, daño pulpar y extensión de la lesión alrededor del diente; con mínimos traumatismos que conducen a fracturas coronarias patológicas y en muchos casos solo se aprecian muñones (30).

a. Método visual (cambio de coloración y textura).

La inspección clínica depende de la evaluación de los cambios en la translucidez del esmalte, es decir, pérdida del brillo y aspecto opaco. También podemos evaluar las pigmentaciones, la localización y la presencia o no de tejido blando, o los cambios en la textura del esmalte resultante del grado de desmineralización. Este último se ha señalado como el indicador más válido de caries activa (31).

b. Método táctil.

El explorador de punta aguda, no debe ser usado para el diagnóstico de lesiones iniciales de superficie lisas y de puntos y fisuras. En su lugar, podríamos utilizar un explorador de punta redondeada o una sonda periodontal para remover restos alimenticios antes de iniciar el examen clínico y luego, sin realizar ningún tipo de presión, podemos chequear la textura de la superficie sin penetrarla (31).

c. Método de transiluminación.

Este método está basado en la transmisión de la luz a través del diente, ésta es afectada por los índices de refracción y por el grado de turbidez dentro del medio. A través del tiempo se han desarrollado equipos para la transiluminación dentaria, y en la actualidad, se sabe de algunos de ellos, que permiten utilizar este método diagnóstico de caries con mayor precisión (31).

2.2.2. Salud Bucal.

Una buena nutrición no solo es necesaria para una buena salud general; también juega un papel importante en el desarrollo y la protección de una buena salud bucal. La salud bucal es esencial para tener una buena salud general, y una buena salud bucal es algo más que tener dientes sanos o no tener ninguna enfermedad; sino que significa tener dientes, encías y boca sana sin dolencias e incondicionalmente en buen estado (32,33).

La salud bucal también facilita una buena nutrición, necesitamos tener los dientes y las encías saludables para masticar y deglutir los alimentos eficazmente, y para absorber los nutrientes indispensables para que el organismo tenga salud general. Así mismo, la buena nutrición y costumbres de alimentación adecuadas fomentan una buena salud bucal disminuyendo el riesgo de desarrollar enfermedades bucales como la caries dental (32,33).

a. El Papel de la Alimentación en la Salud.

Conseguir y conservar un buen estado de salud a grado personal y colectivo es el primer objetivo de cualquier idea sanitaria. El grado de salud está condicionado prácticamente por componentes de los genes y del medio ambiente, en donde la variable externa de mayor relevancia es la ingesta de alimentos. Una ingesta de alimentos correcta debería saciar

diariamente cada una de las necesidades nutricionales e integrar valores culturales, gastronómicos y de satisfacción personal. En la sociedad de la cual formamos parte los desajustes alimentarios, son la primordial causa del desarrollo precoz de la mayoría de las patologías crónicas o degenerativas (cáncer, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión, anemias, etcétera.); e inclusive patologías bucales como la caries dental (32,34).

Por consiguiente, en nuestra mano está la probabilidad de integrar a los hábitos de vida un mejor perfil alimentario y lograr una disminución universal de los componentes de peligro cariogénico. Para este objetivo contamos con una fundamental pluralidad de alimentos con potencialidades protectoras y preventivas y además con la unión de determinados alimentos funcionales que tienen la posibilidad de contribuir a conseguir un correcto estado de salud bucal (32,34).

2.2.3. Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Salud Bucal de las Madres.

Es de suma importancia conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de la población o la comunidad antes de alguna intervención, porque cada grupo social difiere en los diferentes aspectos que forman parte de su cultura (35).

a. Conocimiento Hacia Salud Bucal.

El Ministerio de Salud de Colombia, define conocimientos a los conceptos y percepción que tienen las personas en relación con su salud bucal, sean estos significados formales o informales (36).

b. Actitudes hacia Salud Bucal.

Una actitud en salud bucal es la mezcla de creencias, pensamientos y sentimientos que predisponen a una persona a responder de manera positiva o negativa a los objetos, personas, instituciones, etc. Las actitudes pueden ser influenciadas por los factores internos (personalidad) y externos (medio ambiente) (37).

c. Prácticas hacia Salud Bucal.

Se define práctica o comportamiento en salud bucal a las actividades que se realizan en un grupo de personas con el fin de proteger, promover o mantener la salud bucal, previniendo las diversas enfermedades que lo acechan (38).

2.2.4. Riesgo Cariogénico.

La caries dental es una patología de procedencia multifactorial, dinámica y de progresión lenta (39).

El riesgo cariogénico corresponde a la probabilidad de un individuo de desarrollar un cierto número de lesiones cariosas en un periodo específico de tiempo; es la probabilidad

existente de que el paciente reúna las condiciones necesarias para que en su boca ocurra un desequilibrio iónico y químico que potencie la desmineralización de los tejidos dentarios (40).

Conocer el peligro cariogénico, posibilita promover el procedimiento de la patología en vez de los resultados de la patología; da una comprensión de los componentes de la caries dental para un paciente especial; individualiza, selecciona y establece la frecuencia de procedimiento preventivo y rehabilitador de un paciente; y anticipa la progresión o estabilización de la caries (41).

a. Riesgo.

Definimos riesgo como la probabilidad que algún evento dañino suceda. Para predecir si aparecerán nuevas lesiones de caries, o si la mancha blanca, surcos y fosas profundas se transformarán en nuevas caries, eso es evaluar el riesgo de caries. La importancia de predecir la ocurrencia de lesiones es obvia, puede dirigir futuras acciones preventivas a personas con alto riesgo de enfermedad y así utilizar los recursos disponibles necesarios (42,43).

b. Factores del Riesgo Cariogénico.

Los componentes de peligro no trabajan aisladamente sino en general, por lo cual a menudo fortalecen en gran medida su dañino impacto para la salud. Se tiene cálculos de la acción combinada de los componentes de peligro que muestra que su acción conjunta constantemente es más grande (44).

Factores de riesgo primarios. Los factores primarios son el huésped susceptible, microorganismos cariogénicos, sustrato y placa dental, los cuales con el tiempo suficiente empezarían a inducir lesiones de caries incipientes (45,46).

Factores de riesgo asociados. Diferentes autores han descrito el efecto que tienen diversos factores en la presencia y progresión de la caries dental. Algunos de estos, serían características como: nivel socioeconómico, situación familiar, conocimientos y creencias de los padres acerca de la enfermedad, nivel educacional de la madre, hábitos de higiene oral y hábitos de alimentación (46,47,48). A continuación, se describe algunos de estos factores:

Hábitos de alimentación (dieta cariogénica). Los hábitos alimenticios inadecuados son relevantes en el desarrollo de caries dental. Los ácidos generados por degradación de carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental. Esto incluye el consumo de cualquier carbohidrato fermentable: leche con sacarosa, agua azucarada, jugos y gaseosas. La dieta del infante debe contener tan escasa sacarosa como fuera viable. Hay una estrecha interacción entre el consumo de sacarosa y la formación de caries (49).

Hábitos de higiene. Las deficiencias en la limpieza bucal se traducen en más grande acumulación de placa dento-bacteriana, lo que disminuye el coeficiente de difusión de los

ácidos formados por los microorganismos fermentadores, lo cual conlleva a una disminución del pH salival y al proceso de desmineralización del esmalte elevando el peligro de caries dental, más que nada en personas con elevado número de microorganismo cariogénicos (49-52).

Edad. Es el tiempo transcurrido a partir del origen hasta entonces del análisis. En cuanto a la edad, según estudios a mayor edad existe mayor posibilidad de riesgo cariogénico. La caries ha sido descrita como una “enfermedad infantil” debido a que se observa a edades muy temprana de la vida (53).

Género. En cuanto al género la mayoría de los estudios realizados indican (aproximadamente el 90 %) que las niñas presentan una tasa de prevalencia de caries dental más alta. La erupción más temprana de dientes en mujeres a menudo se da como razón para la mayor incidencia de caries dental, pero varios estudios han encontrado que hay una diferencia entre sexos aun cuando se hace el descuento para la erupción más temprana (53).

Grado de instrucción de la madre. Años de escuela transcurridos por la mamá del infante. El grado de enseñanza de la mamá está estrechamente referente con la prevalencia de la caries dental. El peligro cariogénico es máximo entre chicos de condición social media y baja, aun si alguno tiene ingreso a un programa de cuidado dental gratuito o obtiene procedimiento preventivo en el colegio (43,53). El bajo grado de escolaridad de los papás puede condicionar el desconocimiento de las primordiales medidas preventivas en salud oral o la carencia de motivación para realizarlas (54).

Ocupación de la madre. Trabajo o actividad en el que la madre ocupa su tiempo. Los factores sociales no son considerados determinantes en el proceso de la caries dental, sino influyentes. Son aquellos factores que determinan la calidad de vida como:

Estrato socio-económico. Es la asociación entre nivel educativo, ingresos y ocupación de la persona. Los grupos de estrato socioeconómico alto en su mayoría tienden a tener mejor salud oral que otros miembros de la sociedad.

Estilo de vida. Se encuentra representado por un empleo y estatus ocupacional que nos determinan la facilidad o acceso a algún tipo de servicio de salud (43,53).

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Actitudes Sobre Salud Oral.

Es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones (12).

2.3.2. Caries de Infancia Temprana.

Es una forma de caries que se desarrolla en la dentición decidua en niños menores de 71 meses (56).

2.3.3. Caries Dental.

Enfermedad infecciosa, transmisible que ocasiona la destrucción progresiva de la estructura del diente por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia de la azúcar encontrada en placa o biofilm dental (14).

2.3.4. Dieta.

Es un régimen de vida, que alude al conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente (57).

2.3.5. Factor de Riesgo.

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (58).

2.3.6. Grado de Instrucción.

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (55).

2.3.7. Prácticas sobre Salud Oral.

La práctica se entiende en primera instancia como la exposición reiterada una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de la respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada (13).

2.3.8. Riesgo Cariogénico de la Dieta.

Es la probabilidad y capacidad que tienen los alimentos considerados como cariogénicos para la adquisición y desarrollo de la caries dental (59).

2.3.9. Riesgo de Caries Dental.

Método que se emplea para medir la necesidad de atención, ayuda a determinar prioridades de salud, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud en un periodo específico en una comunidad dada (59).

2.3.10. Riesgo.

Es la probabilidad que algún evento dañino suceda (60).

Capítulo III

Metodología

3.1. Métodos y Alcance de la Investigación

Se utilizó el método científico. El tipo fue básica (61), porque busca la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. El nivel fue correlacional (61), porque se proyecta como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño fue no experimental (61), porque el investigador no manipula ni tiene control sobre las variables. También fue prospectivo, transversal (61), porque implica tomar un grupo de sujetos y observarlos durante un periodo prolongado; además porque se realiza en un momento específico de tiempo.

3.3. Población y Muestra

La población de la investigación estuvo conformada por todas las madres de familia de los niños del centro poblado de Huaschahura, distrito de Ayacucho, que son 199.

La muestra de la investigación estuvo integrada por 131 madres de familia de niños de 3 a 5 años. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z^2 * p * q}$$

n = Tamaño de la Muestra.

N = Valor de la Población.

Z = Valor crítico correspondiente un coeficiente de confianza del cual se desea hacer la investigación.

p = Proporción proporcional de ocurrencia de un evento.

q = Proporción proporcional de no ocurrencia de un evento.

E = Error Muestral.

Cálculo de la fórmula.

$N = 199.$

$Z = \text{para un nivel de confianza del } 95 \% = 1,96.$

$p = 50 \% \text{ o } 0,50.$

$q = (1 - p) = (1 - 0,50) = 0,5.$

$E = 5 \% = 0,05.$

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1,96)^2 (199) (0,5) (0,5)}{(199 - 1) (0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$n = 131,31$

El tipo de muestreo que se empleó para determinar el tamaño de la muestra fue probabilístico aleatorio simple, que es una técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman la población tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Las técnicas empleadas en la presente investigación fueron la encuesta y la observación.

Encuesta; esta técnica pretende conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas realizadas por escrito y que puedan ser respondidas con la presencia del encuestador.

Observación; esta técnica consiste en obtener información mediante la percepción de un fenómeno determinado.

Los procedimientos para la recolección de datos fueron:

- Se solicitó el permiso correspondiente al responsable de la comunidad de Huaschahura, para que pueda brindar los permisos necesarios para la investigación y recolección de datos.
- La directora de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Continental, envió una carta de presentación al responsable de la comunidad.
- Seguidamente, las madres de familia fueron informadas sobre la presente investigación solicitándoles para su participación el llenado del consentimiento informado.
- Luego se les entregó un cuestionario sobre el nivel de actitud y prácticas de salud oral.

- Seguido se procedió al examen clínico de sus menores hijos, anotando los datos en la ficha de recolección de datos.
- Posteriormente la información fue editada en el programa Microsoft Excel.
- Por último, se empleó el programa IBM SPSS-25 para la categorización y operacionalización de variables.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron: cuestionario sobre actitudes y prácticas de salud oral, y ficha clínica.

El cuestionario sobre actitudes y prácticas de salud oral se utilizó para medir las actitudes y prácticas sobre salud oral, se empleó una parte del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) propuesto por Ríos T. (62) en el 2014. Este cuestionario que se refiere solamente a las actitudes contiene nueve preguntas y la puntuación se basa en la escala de Likert de 0 a 2 puntos, donde las alternativas son codificadas de la siguiente manera; muy en desacuerdo: 0, no sé: 1, muy de acuerdo: 2. Los valores para determinar el nivel de las actitudes fueron:

Nivel de actitud adecuada: 6 a 9 puntos.

Nivel de actitud inadecuada: 0 a 5 puntos.

El cuestionario que se refiere a las prácticas contiene 10 preguntas y la puntuación se basa en la escala de Likert de 0 a 3 puntos, donde las alternativas son codificadas de la siguiente manera; nunca:0, a veces: 1, frecuentemente: 2, siempre: 3. Los valores para determinar el nivel de las prácticas fueron:

Nivel de práctica adecuada: 6 a 10 puntos.

Nivel de práctica deficiente: 0 a 5 puntos.

El cuestionario tuvo dos partes:

Datos personales: edad y grado de instrucción de la madre de familia.

Datos en relación a las actitudes y prácticas sobre salud oral en niños.

Ficha clínica de evaluación para medir el índice de caries dental: se utilizó una ficha clínica (odontograma) elaborada específicamente para esta investigación que contó con tres partes, datos de filiación, odontograma e índice ceo-d.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

4.1. Resultados del Tratamiento y Análisis de la Información

Tabla 1. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral.

Nivel de actitud sobre salud oral	f_i	h_i %
Adecuada	110	84,0
Inadecuada	21	16,0
Total	131	100,0

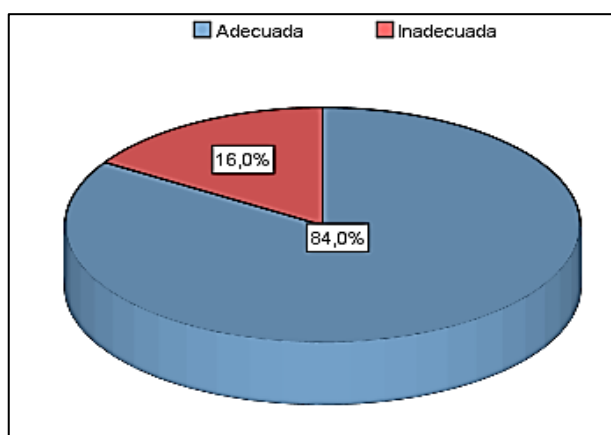


Figura 1. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral.

En la tabla y figura 1, se observa que, de las 131 madres que se evaluó el nivel de actitud, el 84,0 % (110) presentaron actitud adecuada y el 16,0 % (21) presentaron actitud inadecuada.

Tabla 2. Nivel de Actitud de las Madres sobre Salud Oral, según el Grado de Instrucción.

Grado de instrucción de la madre	Nivel de actitud sobre salud oral				Total	
	Adecuada		Inadecuada		f_i	h_i %
	f_i	h_i %	f_i	h_i %		
Sin instrucción	2	1,8 %	0	0,0 %	2	1,5 %
Primaria	31	28,2 %	5	23,8 %	36	27,5 %
Secundaria	38	34,5 %	11	52,4 %	49	37,4 %
Superior no universitario	31	28,2 %	2	9,5 %	33	25,2 %
Superior universitario	8	7,3 %	3	14,3 %	11	8,4 %
Total	110	100,0 %	21	100,0 %	131	100,0 %

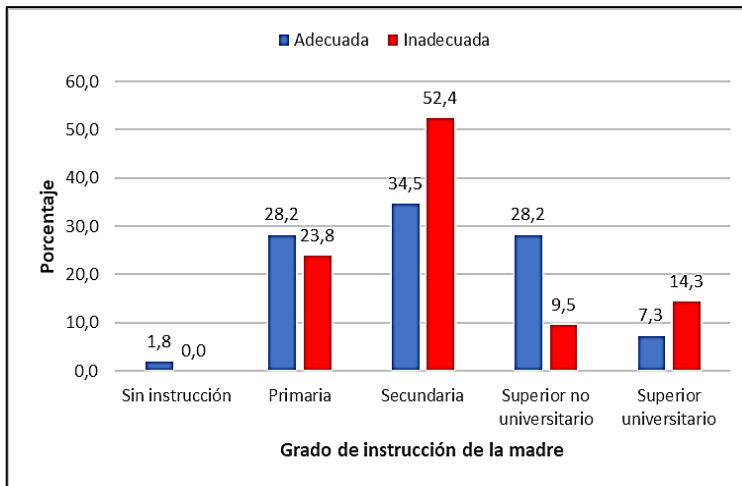


Figura 2. Nivel de Actitud de las Madres de sobre Salud Oral, según el Grado de Instrucción.

En la tabla y figura 2, se observa que el nivel de actitud adecuada e inadecuada más frecuente se halló en madres que contaban con un grado de instrucción secundaria, con un 34,5 % (38) y 52,4 % (11) respectivamente.

Tabla 3. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral.

Nivel de práctica sobre salud oral	f_i	h_i %
Adecuada	24	18,3
Deficiente	107	81,7
Total	131	100,0

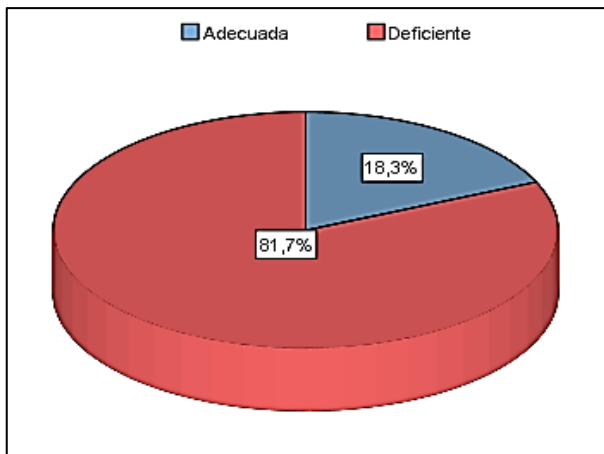


Figura 3. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral.

En la tabla y figura 3 se observa que, de las 131 madres que se evaluó el nivel de práctica, el 81,7 % (107) presentaron práctica deficiente y el 18,3 % (24) presentaron práctica adecuada.

Tabla 4: Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral, según el Grado de Instrucción

Grado de instrucción de la madre	Nivel de práctica sobre salud oral				Total	
	Adecuada		Deficiente		f_i	$h_i \%$
	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$		
Sin instrucción	0	0,0 %	2	1,9 %	2	1,5 %
Primaria	5	20,8 %	31	29,0 %	36	27,5 %
Secundaria	11	45,8 %	38	35,5 %	49	37,4 %
Superior no universitario	8	33,3 %	25	23,4 %	33	25,2 %
Superior universitario	0	0,0 %	11	10,3 %	11	8,4 %
Total	24	100,0 %	107	100,0 %	131	100,0 %

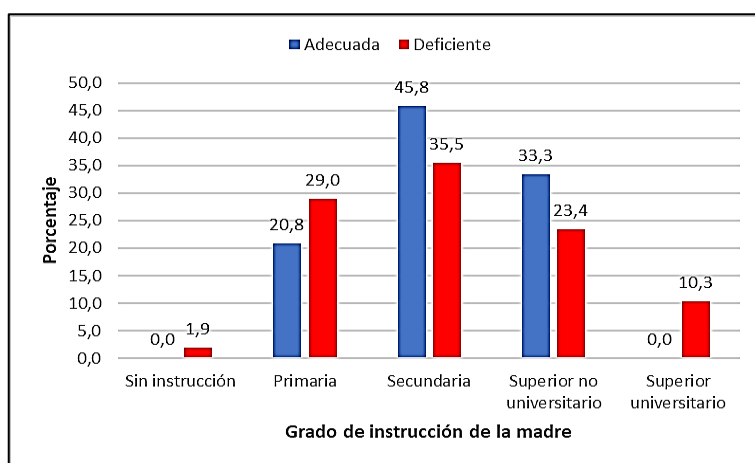


Figura 4. Nivel de Práctica de las Madres sobre Salud Oral, según el Grado De instrucción.

En la tabla y figura 4, el nivel de práctica adecuada y deficiente más frecuente se halló en madres que contaban con un grado de instrucción secundaria, con un 45,8 % (11) y 35,5 % (38); respectivamente.

Tabla 4. Índice de Caries Dental en Niños del Centro Poblado Huasachura.

Índice de caries dental del niño	f_i	$h_i \%$
Muy bajo	13	9,9
Bajo	44	33,6
Moderado	51	38,9
Alto	21	16,0
Muy alto	2	1,5
Total	131	100,0

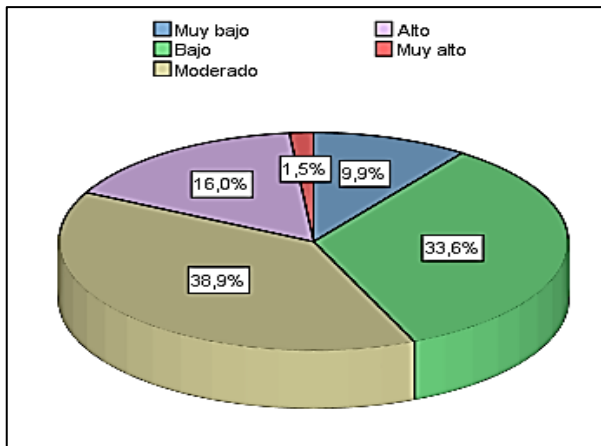


Figura 5. Índice de Caries Dental en niños del Centro Poblado Huaschahura.

En la tabla y figura 5 se observa que, de los 131 niños que fueron evaluados el índice de caries dental, el 38,9 % (51) presentaron índice moderado, el 33,6 % (44) índice bajo, el 16,0 % (21) índice alto, el 9,9 % (13) índice muy bajo y el 1,5 % (2) índice muy alto.

Tabla 5. Índice de Caries Dental, según el Género, en Niños.

Género del niño	Índice de caries dental del niño										Total	
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		fi	hi %
	fi	hi %	fi	hi %	fi	hi %	fi	hi %	fi	hi %		
Masculino	7	53,8 %	21	47,7 %	21	41,2 %	10	47,6 %	1	50,0 %	60	45,8 %
Femenino	6	46,2 %	23	52,3 %	30	58,8 %	11	52,4 %	1	50,0 %	71	54,2 %
Total	13	100,0 %	44	100,0 %	51	100,0 %	21	100,0 %	2	100,0 %	131	100,0 %

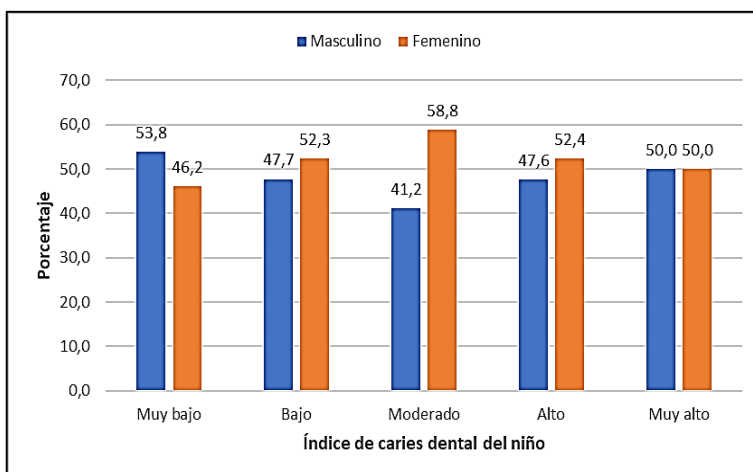


Figura 6. Índice de Caries Dental, según el Género, en Niños.

En la tabla y figura 6 se observa que, el índice de caries dental más frecuente en los varones fue bajo con una frecuencia de 21 (47,7 %) y en las mujeres el índice de caries dental más frecuente fue moderado con 30 (58,8 %), seguida del índice moderado en hombres con 21 (41,2 %) y 23 (52,3 %) en mujeres.

Tabla 6. Índice de Caries Dental, según la Edad, en Niños.

Edad del niño (años)	Índice de caries dental del niño										Total	
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto			
	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %
Tres	9	69,2 %	20	45,5 %	8	15,7 %	1	4,8 %	0	0,0 %	38	29,0 %
Cuatro	3	23,1 %	16	36,4 %	24	47,1 %	6	28,6 %	0	0,0 %	49	37,4 %
Cinco	1	7,7 %	8	18,2 %	19	37,3 %	14	66,7 %	2	100,0 %	44	33,6 %
Total	13	100,0 %	44	100,0 %	51	100,0 %	21	100,0 %	2	100,0 %	131	100,0 %

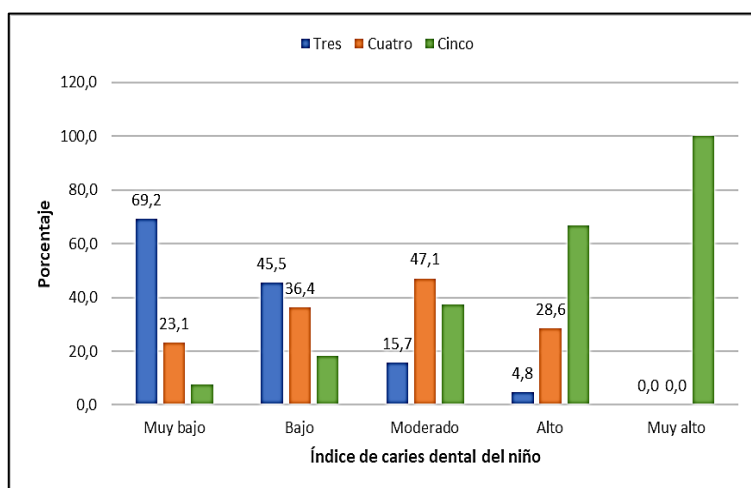


Figura 7. Índice de Caries Dental, según la Edad, en Niños.

En la tabla y figura 7 se observa que, el índice de caries dental más frecuente a los 3 años fue bajo, con una frecuencia de 20 (45,5 %), a los 4 y 5 años el índice de caries dental más frecuente fue moderado, con una frecuencia de 24 (47,1 %) y 19 (37,3 %); respectivamente.

Tabla 7. Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia sobre Salud Oral.

Nivel de práctica sobre salud oral	Nivel de actitud sobre salud oral				Total	
	Adecuada		Inadecuada			
	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %	<i>f_i</i>	<i>h_i</i> %
Adecuada	20	18,2 %	4	19,0 %	24	18,3 %
Deficiente	90	81,8 %	17	81,0 %	107	81,7 %
Total	110	100,0 %	21	100,0 %	131	100,0 %

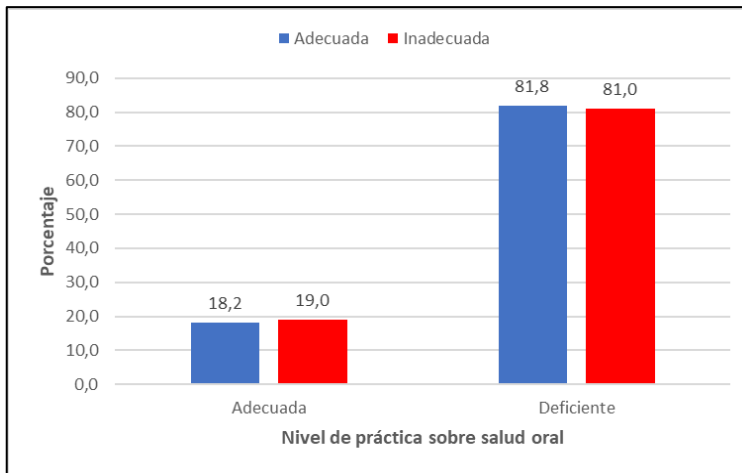


Figura 8. Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia sobre Salud Oral.

En la tabla y figura 8 se observa que, el 81,8 % (90) presentaron un nivel de actitud adecuada y práctica deficiente; mientras que el 18,2 % (20) presentaron un nivel de actitud y práctica adecuada.

Tabla 8. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

Índice de caries dental del niño	Nivel de actitud sobre salud oral				Total	
	Adecuada		Inadecuada		f_i	h_i %
	f_i	h_i %	f_i	h_i %	f_i	h_i %
Muy bajo	13	11,8 %	0	0,0 %	13	9,9 %
Bajo	35	31,8 %	9	42,9 %	44	33,6 %
Moderado	43	39,1 %	8	38,1 %	51	38,9 %
Alto	17	15,5 %	4	19,0 %	21	16,0 %
Muy alto	2	1,8 %	0	0,0 %	2	1,5 %
Total	110	100,0 %	21	100,0 %	131	100,0 %

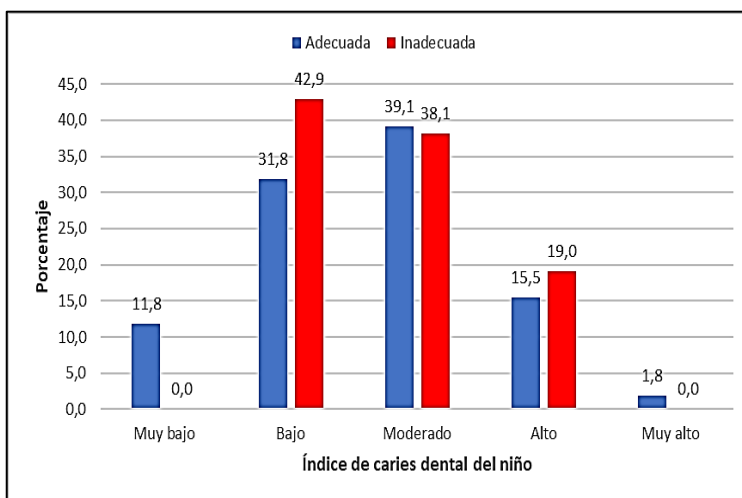


Figura 9. Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

En la tabla y figura 9 se observa que, el 39,1 % (43) presentaron un nivel de actitud adecuada y un índice de caries dental moderado; mientras que el 42,9 % (9) presentaron un nivel de actitud inadecuada y un índice de caries dental bajo.

Tabla 9. Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

Índice de caries dental del niño	Nivel de práctica sobre salud oral				Total	
	Adecuada		Deficiente			
	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$
Muy bajo	1	4,2 %	12	11,2 %	13	9,9 %
Bajo	10	41,7 %	34	31,8 %	44	33,6 %
Moderado	9	37,5 %	42	39,3 %	51	38,9 %
Alto	4	16,7 %	17	15,9 %	21	16,0 %
Muy alto	0	0,0 %	2	1,9 %	2	1,5 %
Total	24	100,0 %	107	100,0 %	131	100,0 %

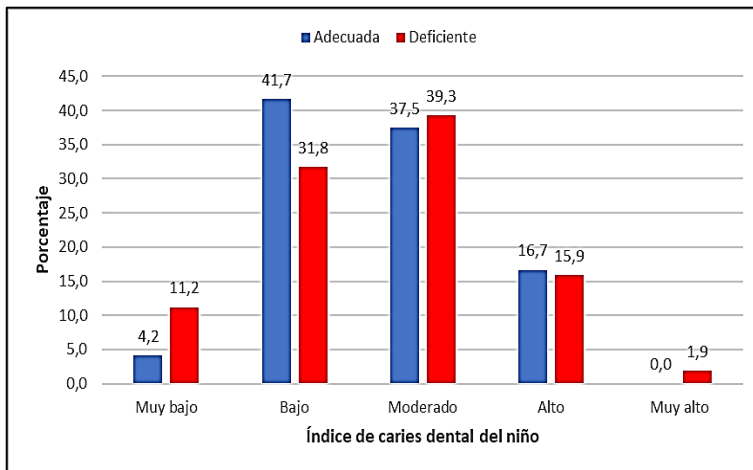


Figura 10. Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

En la tabla y figura 10 se observa que, el 41,7 % (10) presentaron un nivel de práctica adecuada y un índice de caries dental bajo; mientras que el 39,3 % (42) presentaron un nivel de práctica deficiente y un índice de caries dental moderado.

4.2. Prueba de Hipótesis

a. *Relación entre nivel de actitud y práctica sobre salud oral.*

H_0 . No existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huaschura, Ayacucho 2022.

H_1 Existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huaschura, Ayacucho 2022.

Tabla 10. Relación entre Nivel de Actitudes y Prácticas de las Madres de Familia Sobre Salud Oral.

	Prueba de Chi cuadrado	Valor p
Actitud sobre la salud oral – Práctica sobre salud oral en la madre	0,008833	0,925120

De acuerdo con la prueba de chi cuadrado, se acepta la H_0 , por lo que estadísticamente no existe relación entre el nivel de actitud y el nivel de práctica sobre salud oral.

b. Relación entre el nivel de actitud y sobre salud oral.

H_0 : No existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

H_1 : Existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

Tabla 11. Relación entre el Nivel de Actitud de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

	Prueba de Chi cuadrado	Valor p
Nivel de actitud sobre la salud oral de la madre – índice de caries dental del niño	3,649897	0,455455

De acuerdo con la prueba de chi cuadrado, se acepta la H_0 , por lo que estadísticamente no existe relación entre el nivel de actitud y el índice de caries dental.

c. Relación entre el nivel de práctica sobre salud oral y el índice de caries dental en niños.

H_0 : No existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

H_1 : Existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

Tabla 12. Relación entre el Nivel de Práctica de las Madres de Familia sobre Salud Oral y el Índice de Caries Dental en Niños.

	Prueba de Chi cuadrado	Valor p
Nivel de práctica sobre la salud oral de la madre – índice de caries dental del niño	2,023794	0,731382

De acuerdo con la prueba de chi cuadrado, se acepta la H_0 , por lo que estadísticamente no existe relación entre el nivel de práctica y el índice de caries dental.

4.3. Discusión de resultados

Sihuay et al. (15) mostró que el nivel de actitudes y prácticas de los padres fue adecuado (84,3 %) y regular (49 %) respectivamente. Estos resultados son similares, pero a su vez difieren con la presente investigación donde se halló un nivel de actitud adecuada con un 84 % y práctica deficiente en un 81,7 %.

De La Cruz (16) evidenció que el 51,9 % presentan actitudes adecuadas, mientras que el 48,1 % presentan actitudes inadecuadas. El 63,1 % tienen prácticas consideradas regulares, 25 % malas y solo el 11,9 % realiza buenas prácticas en salud oral infantil. De acuerdo al índice ceod individual se observa que 120 niños (75 %) entre varones y mujeres tienen un índice ceod considerado alto (4,5 a más); así mismo 21 niños (13,1 %) considerado bajo (0 a 2,6) y 19 niños (11,9 %) considerado moderado (2,7 a 4,4). Existe relación entre las actitudes y prácticas maternas sobre salud oral infantil según la experiencia de caries de los preescolares. Estos resultados guardan similitud, pero a su vez discrepan, ya que el 84 % presentaron actitud adecuada y un 16 % actitud inadecuada. El 81,7 % presentaron práctica deficiente y un 18,3 % práctica adecuada. El 38,9 % presentaron índice moderado de caries dental, el 33,6 % índice bajo, el 16 % índice alto, el 9,9 % índice muy bajo y un 1,5 % índice muy alto. No existe relación de las actitudes y prácticas sobre salud oral y el índice de caries dental.

Ayala (17) reportó que el tipo de actitudes fue favorable en un 84,3 % (43) y las prácticas fueron pobres en 60,8 % (31). Resultado parecido y discrepa ya que se encontró que el nivel de actitud fue adecuado en un 84 % y prácticas deficientes en 81,7 %.

Espinoza (18) halló que la mayoría de madres presentaron actitudes “buenas” (51,7 %) y tuvieron prácticas “regulares” (60,4 %), afirmando la existencia de una relación entre las actitudes y prácticas de las madres de hijos menores de 6 años sobre el cuidado de la salud bucal. Los resultados discrepan con nuestro estudio, donde el 84 % de las madres presentaron actitud adecuada y el 81,4 % práctica deficiente sobre salud oral. No se halló relación estadística entre el nivel de actitud y el nivel de práctica sobre salud oral.

Victorio (19) en relación al tipo de actitud de los padres/cuidadores sobre salud bucal de sus niños, halló que la mayoría de las mujeres (62,7 %) tuvieron actitudes inadecuadas. Según el grado de instrucción de los padres/cuidadores, presentaron actitudes adecuadas en su mayoría los de instrucción primaria y técnica, e inadecuadas en su mayoría los de grado de instrucción analfabeto, secundaria y superior. Se encontró asociación en actitudes y el estado de salud bucal (Índice ceo-d e IHO-S) en los niños de 3 a 5 años de edad. Estos resultados discrepan con lo encontrado, ya que de 131 madres que se les evaluó el nivel de actitud, el 84 % presentaron actitud adecuada y el 16 % presentaron actitud inadecuada. Así mismo el nivel de actitud adecuada e inadecuada más frecuente se halló en madres que contaban con un

grado de instrucción secundaria, con un 34,5 % (38) y 52,4 % (11) respectivamente. No existe relación entre el nivel de actitud y el índice de caries dental.

Henostroza (20) evidenció que el 78,4 % tuvo actitudes adecuadas y prácticas deficientes en un 74 %. Al relacionar la prevalencia de caries dental, se encontró relación estadística significativa con el nivel de prácticas, más no existe asociación con las actitudes. Estos resultados son similares y discrepan, ya que el nivel de actitud fue adecuado en un 84 % y el nivel de práctica deficiente en un 81,7 %. No se encontró relación de las actitudes y prácticas sobre salud oral con el índice de caries dental.

Velasquez (21) mostró que el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral de las madres no tiene relación con la prevalencia de caries de los niños. Al evaluar las actitudes de las madres respecto a la salud oral de los niños, el 25,6 % fue adecuado y el 61,6 % fue inadecuado. En relación a las prácticas sobre salud oral en niños que realizan las madres esta fue buena en el 15,8 %, regular en el 51,5 % y malo en el 32,7 %. Resultados semejantes, pero a su vez diferentes, ya que el nivel de actitud fue adecuado en un 84 % y el nivel de práctica deficiente en un 81,7 %. No se encontró relación de las actitudes y prácticas sobre salud oral con el índice de caries dental.

Conclusiones

1. La actitud adecuada sobre salud oral es la más frecuente en las madres de familia.
2. El nivel de actitud adecuada e inadecuada más frecuente se halló en madres que contaban con un grado de instrucción secundaria.
3. La práctica deficiente sobre salud oral es la más frecuente en las madres de familia.
4. El nivel de práctica adecuada y deficiente más frecuente se halló en madres que contaban con un grado de instrucción secundaria.
5. El índice de caries dental moderado es el más frecuente en los niños.
6. El índice de caries dental bajo es más frecuente en los varones.
7. El índice de caries dental bajo es más frecuente en niños de 3 años.
8. No existe relación entre el nivel de actitud y el nivel de práctica sobre salud oral en las madres de familia.
9. No existe relación entre el nivel de actitud y el índice de caries dental en las madres de familia.
10. No existe relación entre el nivel de práctica y el índice de caries dental.

Referencias Bibliográficas

1. Gato I, Duque de Estrada J, Pérez J. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Rev Cubana Estomatol.* 2008; 45(1).
2. Henostroza C. Prevalencia de caries y riesgo cariogénico de la dieta en preescolares y su relación con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral en niños. Hospital Distrital Laredo 2015. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
3. Suárez L, Nayhua L, Paredes G, Roldán L, Et Al. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. 1° ed. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
4. Calle M. Salud Bucal. Lima: MINSA. 2013.
5. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for the disease. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 1997;25(5):5-12.
6. Cisneros M, Tijerina L, Cantú P. La dieta y su importancia en la caries dental. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2012; 13(3).
7. Cázares L, Ramos E, Tijerina L. Incremento del riesgo de padecer caries dental por consumo de hidratos de carbono con alto potencial cariogénico. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2009; 10(3).
8. Hidalgo I, Duque J, Pérez J. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Rev. Cubana Estomatol.* 2008; 45(1).
9. Seif T. Cariología, prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas; 1997.
10. Arés P. Familia y convivencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
11. Capote M, Campello L. Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología* 2012; 49(1): 47-54.
12. Guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia 2012.

13. Guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia. 201
14. Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. 2ª ed. España: Editorial Ripano; 2007.
15. Sihuay K, López M, Cigüeñas E, Mezarina J. Relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres con la caries de infancia temprana de niños con anemia de la comunidad de Recuay. *Odontol Pediatr* 2020; 19(2): 43-50.
16. De La Cruz H. Conocimientos, actitudes y practicas maternas sobre salud oral infantil y estado de salud bucal en niños preescolares, Junín -2017. Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud. Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2018.
17. Ayala J. Conocimientos, actitudes y practicas de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018.
18. Espinoza A. Actitudes y prácticas que tienen las madres sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos menores de 6 años. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
19. Victorio J. Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 “Casuarinas”, distrito de Ventanilla, año 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
20. Henostroza C. Prevalencia de caries y riesgo cariogénico de la dieta en preescolares y su relación con el nivel de conocimientos, actitudes y practicas de sus madres sobre salud oral en niños. Hospital Distrital Laredo 2015. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
21. Velásquez C. Relación entre la prevalencia de caries de los niños de 3 a 5 años de edad con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de sus madres que asisten al Centro Médico Especializado Casagrande Essalud en 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Odontopediatría. Universidad Nacional de Trujillo; 2016.

22. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Journal of Pediatric Dentistry*. USA 2014; 37(6): 50-52.
23. Gusy W. Early Childhood Caries: Current evidence for a etiology and prevention. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2006; 42: 37-43.
24. Guzmán-Armstrong S. The Journal of School Nursing. Rampant Caries 2005; 21(5): 272-278.
25. Lamas M, Gil F, González J. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profesión Dental* 1999; 2(6): 362-368.
26. Chun-Hung CH. Management of early childhood caries. *Journal of Oral Health Research* 2001; 23-30.
27. Maceo N. Morbilidad por caries dental asociada a factores de riesgo en niños de 5 a 14 años del Consultorio M-11 del Policlínico Universitario #2 “Leonilda Tamayo Matos” Isla de la Juventud 2007. Tesis para optar por el título de Especialista en Estomatología General Integral. Facultad de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud; 2007.
28. De Figueiredo L, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebe: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los tres años. 1ª ed. Brasil: Artes Médicas; 2000.
29. Cesetti D. Caries de biberón. *Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para niños* 2000; 29(4).
30. Díaz M, Encinas M. Caries de infancia temprana Una nueva clasificación de caries dental de infantes. *Revista Estomatológica Peruana Visión Dental* 2011.
31. Balda R, Solórzano A, González O. Lesión inicial de caries Parte II Métodos de diagnóstico. *Acta Odontológica Venezolana* 1999; 37(3).
32. Boyer L. Promoviendo la Salud Bucal Infantil. San Francisco – California; 2007.
33. Castro M. La salud de nuestros hijos. España: Ceac; 2007.
34. Aranceta J. Guía práctica sobre hábitos de Alimentación y Salud. España: Fundación Puleva; 2002.

35. Gonzáles F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública Mexico* 2011; 53: 247-257.
36. Ministerio de Salud -Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas – ENFREC II. Oficina de Comunicación Minsalud 1999; 6(1):1-67.
37. Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing Attitudes in Dental Education: Is it Worthwhile? *British Dental Journal* 2002; 193(12):1-5.
38. Mc Goldrick PM. Principles of Health Behaviour and Health Education. En: Pine CM. *Community Oral Health* 200; 12(1):1-5.
39. Guillen C, Huapaya O, Loayza R, Torres G, Chein S, Garibay P, Anticono C, Pum J. Odontología para el Bebé: Modelo de atención en Salud Pública – Perú. *Odontología Sanmarquina* 2004; 8(2): 32-40.
40. Lingstrom P, Van Houte J, Kashket S. Food starches and Dental Caries. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine* 2000; 11(3): 366-380.
41. American Academy of Pediatrics Dentistry. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents. Council on Clinical Affairs 2011; 37(6): 132-139.
42. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. Cuba; 2002.
43. Iruretagoyena M. Salud dental para todos. Argentina; 2018.
44. Leake J, Jazzy S, Uswak G. Severe Dental Caries, Impacts and determinants among children 2-6 years of age in Inuvik region, Northwest territories, Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*. USA 2008; 74: 519-522.
45. Zafar S, Harnekar S, Siddiqi A. Early childhood caries: etiology, clinical considerations, consequences and management. *International Dentistry SA* 2009; 11(4): 24-36.
46. Prashanth P, Subramaniam P, Durguesh B, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *European Journal of Dentistry* 2012; 6: 141-151.

47. Hallett K, O'Rourke P. Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Australian Dental Journal* 2003; 48(1): 27-33.
48. Zaror C, Pineda P, Orellana J. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños Chilenos de 2 y 4 años. *International Journal of Odontostomatology* 2011; 5(2): 171-177.
49. Dahlén G. Microbiological diagnostics in oral diseases. *Acta Odontológica Scandinavica*. USA 2006; 64(3): 164-168.
50. Aguilera L, Padilla P, Sánchez C, Neri C, Aceves M. *Streptococcus mutans* en saliva y su relación con caries dental en una población infantil de la Comunidad de Tacoaleche Guadalupe, Zacatecas. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. México 2009; 65(6): 48-56.
51. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
52. Arango M, Baena G. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. *Revista Estomatológica*. Colombia 2004; 12(1): 59-65.
53. Guerrero V, Godinez A, Melchor C, Rodriguez M, Luengas E. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. *Revista ADM* 2009; LXV(3): 10-20.
54. Al Ghanim N, Adenubi J, Wyne A, Khan N. Caries prediction model in pre-school children in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Paediatric Dentistry*. USA 1998; 8(2): 115-122.
55. Pardo M. Proyecto de salud bucodental en la educación infantil. Trabajo de final de grado en Maestro de Educación Infantil. España: Universitat Jaume; 2015-2016.
56. Ismail A. The international caries detection and assessment system (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. Brasil 2007; 35: 170-178.
57. Pinto J, Carbajal A. La dieta equilibrada, prudente o saludable. *Nutrición y Salud* 1. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid; 2006.

58. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. 2014.
59. Lipari A, Andrade P. Factores de riesgo cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría 2002; 13: 7-8.
60. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. Cuba. Editorial Ciencias – Médicas; 1992.
61. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 7ma edición. Venezuela: Editorial Episteme; 2016.
62. Ríos T. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares en el Policlínico Pacasmayo ESSALUD, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.

Anexos

Anexo 1. Evidencias Fotográficas



centro poblado de Huaschahura, lugar de la recolección de datos ubicado en la ciudad Huamanga Departamento de Ayacucho.



Bachiller investigadora Gómez Solís Heli, haciendo la recolección de datos en el centro poblado de Huaschahura



Bachiller investigador Flores Maldonado Jorge Luis haciendo la recolección de datos en el centro poblado de Huaschahura



Bachiller investigador Quispe Leiva sol Marí haciendo la recolección y brindando información a las madres y recolectando datos en el centro poblado de Huaschahura.



Bachilleres investigadores Gómez Solís Heli y Quispe Leiva Sol María haciendo la recolección de datos en el centro poblado de Huaschahura.

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos



Cuestionario Actitudes sobre salud oral

1. Datos personales

Edad: _____

Grado de instrucción:

Sin instrucción ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior no universitario ()

Superior universitario ()

2. Cuestionario para medir el nivel de actitudes sobre salud oral en niños

o	Items	Muy de acuerdo	No se	Muy en desacuerdo
	Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios para comer			
	Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del niño			
	Considero que alimentar al bebe por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries			
	Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries			
	Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados			
	Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por si mismo			
	Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño			
	Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años			
	Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes			

3. Cuestionario para medir el nivel de prácticas sobre salud oral en niños

◦	ITEMS	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
	¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño?				
	¿Con que frecuencia realiza un examen oral al niño?				
	¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño?				
	¿Qué tan seguido le da líquidos dulces al niño?				
	¿Qué tan seguido le da agua pura al niño después de las comidas?				
	¿Empezó a darle al niño alimentos semisólidos antes de los 6 meses?				
	¿Qué tan seguido realiza higiene oral en el niño?				
	¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes del niño es del tamaño de una arveja?				
	¿Usó el biberón con algún líquido dulce para el niño cuando era bebé?				
0	¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud oral?				

Ficha de recolección de datos

La presente ficha es parte de la investigación “ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DEL CENTRO POBLADO DE HUASCAHURA, AYACUCHO 2022”, la información recolectada es de uso académico y científico basados en los principios de bioética y la debida confidencialidad.

Género: Masculino () Femenino ()

Edad:

10 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Anexo 3. Consentimiento Informado

El presente estudio es conducido por Jorge Luis Flores Maldonado, Helí Gómez Solís, Sol María Quispe Leiva, estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Continental. El objetivo de la investigación es relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.

En función de ello, lo invitamos a participar de este estudio a través de una encuesta / revisión clínica, que se estima tendrá una duración máxima de una media hora.

Su participación es absolutamente voluntaria. Todos sus datos personales se mantendrán en estricta confidencialidad: se codificarán con un número para identificarlos de modo que se mantenga el anonimato. Además, no serán usados para ningún otro propósito que la investigación. Cuando la entrevista se haya transcrito, los registros de la grabación serán eliminados.

Todas las consultas o dudas que tenga sobre la investigación pueden ser atendidas en cualquier momento durante su participación. Así mismo, puede retirar su participación en el momento que lo desee sin ningún perjuicio. Si durante la entrevista alguna de las preguntas le resulta incómoda, puede decírselo al entrevistador y también puede, si así lo desea, no responderla.

Muchas gracias por su participación.

Firma de la participante

DNI:

Ayacucho, _____ de _____ del 2022

Anexo 4. Solicitud de Autorización para aplicar el instrumento

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Sr. Presidente del centro poblado de Huascahura:

Maldonado Espinoza Juan

Presente:

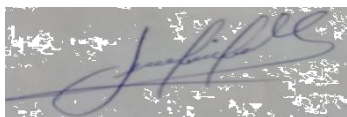
De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitar su autorización y apoyo a los bachilleres, egresado en la escuela de profesional de Odontología del curso de Taller en investigación en Salud, quienes están desarrollando el trabajo de investigación previo a obtener nuestro grado de Cirujano Dentista, con el tema de investigación “ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DEL CENTRO POBLADO DE HUASCAHURA, AYACUCHO 2022”, por lo que estaría muy agradecido de contar con el apoyo de su representado, a fin de autorizar a quien corresponda, el acceso al centro poblado de Huascahura para poder recolectar datos concerniente a nuestra investigación.

Esperando la aceptación, propicia la ocasión para expresar nuestra estima y deferencia.

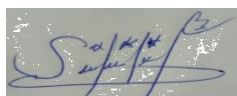
Atentamente.

Ayacucho 24 de enero de 2022



Flores Maldonado Jorge Luis

Gómez Solís Heli



Quispe Leiva Sol María

Anexo 5. Autorización de Aplicación del Instrumento



COMUNIDAD CAMPESINA DE HUASCAHURA

COMUNIDAD CAMPESINA DE HUASCAHURA
Reconocido Oficialmente Mediante R.S. S/N del 22 de Enero de 1937. Inscrito en el Asiento: 10,
Tomo: I, Folio: 51, En Los Registros Públicos de Ayacucho

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huascahura, 29 de enero del 2022

SEÑORES : JORGE LUIS FLORES MALDONADO
SOLIS HELI GOMEZ
SOL MARIA QUISPE LEIVA

ASUNTO : AUTORIZACION

Estimados estudiantes de la Universidad Continental reciban el saludo cordial. Por medio del presente tengo el placer de comunicarles que la Junta Directiva comunal de la Comunidad Campesina de Huascahura, se identifica con los estudiantes de toda índole en razón a ello se les autoriza a realizar sus trabajos de investigaciones en tema de "ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y CARIES DENTAL, EN NIÑOS DEL CENTRO POBLADO DE HUASCAHURA EN EL PRESENTE AÑO". Así mismo les deseamos éxitos en la investigación a emprender en nuestra comunidad.

Sin más que agregar, aprovecho la ocasión para expresarle las muestras de mi estima y consideración

Atentamente;

JRME/leq.



Oficina de la Directiva Comunal: Av. HUASCAR S/N Sector Central, Comunidad Campesina de Huascahura

Anexo 6. Carta de Apoyo a la Comunidad Solicitando Apoyo



Sr. presidente del Centro Poblado de Huaschura:
Maldonado Espinoza Juan



Presente:

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitar su autorización y apoyo a los bachilleres, egresado en la escuela de profesional de Odontología del curso de Taller en investigación en Salud, quienes están desarrollando el trabajo de investigación previo a obtener nuestro grado de Cirujano Dentista, con el tema de investigación "ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD ORAL Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DEL CENTRO POBLADO DE HUASCAHURA, AYACUCHO 2022", por lo que estaría muy agradecido de contar con el apoyo de su representado, a fin de autorizar a quien corresponda, el acceso al Centro Poblado de Huaschura para poder recolectar datos concerniente a nuestra investigación.

Esperando la aceptación, propicia la ocasión para expresar nuestra estima y deferencia.

Atentamente.

Ayacucho 24 de enero de 2022

Flores Maldonado Jorge Luis

Gómez Solís Heli

Quispe Leiva Sol María

Anexo 7. Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Tipo	Indicador	Índice	Escala
Nivel de actitud sobre salud oral	Es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.	Cualitativo Politómico	Adecuada Inadecuada	Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral (Ríos T, 2014)	Ordinal
Nivel de práctica sobre salud oral	La práctica se entiende en primera instancia como la exposición reiterada una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.	Cualitativo Politómico	Adecuada Deficiente	Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral (Ríos T, 2014)	Ordinal

Anexo 8. Matriz de consistencia

Título. Actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado de Huascahura, Ayacucho 2022

Formulación del problema	Objetivos	Formulación de Hipótesis	Clasificación de variables	Metodología	Población muestra y muestreo	Técnica e instrumentos
¿Cuál es la relación de las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022?	<p>Objetivo general</p> <p>Relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Objetivo específicos</p> <p>Determinar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Determinar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral, según el grado de instrucción, del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Determinar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Determinar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral, según el grado de instrucción, del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Determinar el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H₀ No existe relación entre el nivel de actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₁ Existe relación entre el nivel de actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H₀ No existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₁ Existe relación entre el nivel de actitud y práctica de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₀ No existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de actitud y práctica sobre salud oral</p> <p>Variable 2:</p> <p>Caries dental</p>	<p>Método científico</p> <p>Tipo básica</p> <p>Nivel correlacional</p> <p>Diseño no experimental, prospectivo, transversal</p>	<p>La población de la investigación estuvo conformada por todas las madres de familia de los niños del centro poblado de Huascahura, distrito de Ayacucho, que son 199.</p> <p>La muestra de la investigación estuvo integrada por 131 madres de familia de niños de 3 a 5 años.</p>	<p>Las técnicas empleadas en la presente investigación fueron la encuesta y la observación.</p> <p>Los instrumentos para la recolección de datos fueron cuestionario sobre actitudes y prácticas de salud oral y ficha clínica</p>

Formulación del problema	Objetivos	Formulación de Hipótesis	Clasificación de variables	Metodología	Población muestra y muestreo	Técnica e instrumentos
	<p>Determinar el índice de caries dental, según el género, en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Determinar el índice de caries dental, según la edad, en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Relacionar el nivel de actitudes y prácticas de las madres de familia sobre salud oral del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Relacionar el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>Relacionar el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p>	<p>poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₁ Existe relación entre el nivel de actitud de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₀ No existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p> <p>H₁ Existe relación entre el nivel de práctica de las madres de familia sobre salud oral y el índice de caries dental en niños del centro poblado Huascahura, Ayacucho 2022.</p>				