

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE  
SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DEL SECTOR I GRUPO  
7 DEL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR – 2021

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. YACKELYN MILAGROS, SERRANO SALVADOR

ASESOR:

MG. DURAND VASQUEZ, ANTONIO AURELIO

LIMA PERÚ

2021

A mis padres por su amor incondicional, por ser mi ejemplo y guía, por enseñarme lo importante de la vida.

A mis hermanos por su apoyo desinteresado y su fuerza de motivación para seguir adelante y lograr nuestros objetivos juntos.

A mi asesor Mg. Esp. Jaime Okumura,  
Roberto por guiarme en la elaboración del  
presente estudio, a mis padres por su  
apoyo incondicional.

A Dios, por darme salud y fuerza para  
cumplir la misión.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1 Problema principal	14
1.2.2 Problemas específicos	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo principal	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	15
1.4.2 Viabilidad de la investigación	16
1.5. Limitaciones del estudio	16
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.1.1 Internacionales	17
2.1.2 Nacionales	18
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Definición de términos básicos	29

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1.	Formulación de hipótesis principal y específicas	30
3.2.	Variables	30
3.2.1	Definición de las variables	30
3.2.2	Operacionalización de las variables	31

### **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

4.1.	Diseño metodológico	32
4.2.	Diseño muestral	32
4.3.	Técnicas de recolección de datos	33
4.4.	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	34
4.5.	Aspectos éticos	34

### **CAPÍTULO V: RESULTADOS**

5.1.	Análisis descriptivo	36
5.2.	Análisis Inferencial	40
5.3.	Comprobación de hipótesis	42
5.4.	Discusión	43

<b>CONCLUSIONES</b>	45
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	46
------------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	47
-----------------------------------	----

### **ANEXOS**

ANEXO: 1	Consentimiento informado
ANEXO: 2	Ficha de recolección de datos
ANEXO: 3	Matriz de consistencia
ANEXO: 4	Base de datos

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1: Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo	36
Tabla N° 2: Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad	37
Tabla N° 3: Actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador	38
Tabla N° 4: Nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador	39
Tabla N° 5: Relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo	40
Tabla N° 6: Relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad	41

Tabla N° 7: Comprobación de relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021	42
---	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo	36
Gráfico N° 2: Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad	37
Gráfico N° 3: Actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador	38
Gráfico N° 4: Nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador	39

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021. Se diseñó un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional cuya muestra fue 245 egresados de estomatología, utilizándose cuestionarios para evaluar las variables. En los resultados observamos que la actitud presentó un mayor porcentaje de 66,3% de actitud buena sobre salud bucal mientras que la práctica presentó un mayor porcentaje de 51,6% de práctica regular sobre salud bucal. En referente al sexo observamos que presentó un mayor porcentaje de actitud buena sobre salud bucal en el sexo femenino con 59,8% y la práctica presentó un mayor porcentaje de práctica regular sobre salud bucal en el sexo femenino con 43,9%. En referente a la edad observamos que presentó un mayor porcentaje de actitud buena sobre salud bucal en las edades < 20 años con 34,6% y la práctica presentó un mayor porcentaje de práctica regular sobre salud bucal en las edades >20 años con 26,0%. No obstante según la prueba de correlación de Spearman existe una correlación moderada positiva (0,416) aceptando la hipótesis alterna. Concluyéndose que existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

**Palabras clave:** Actitud, salud bucal, padres.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine if there is a relationship between attitudes and practices on oral health in parents of Sector I Group 7 of the Villa El Salvador district - 2021. A non-experimental, descriptive, cross-sectional, prospective and correlational study was designed. The sample was 245 graduates of stomatology, using questionnaires to evaluate the variables. In the results, we observed that the attitude presented a higher percentage of 66.3% of good attitude about oral health while the practice presented a higher percentage of 51.6% of regular practice on oral health. Regarding sex, we observed that the female presented a higher percentage of good attitude about oral health with 59.8% and the practice presented a higher percentage of regular oral health practice in the female sex with 43.9%. In reference to the observed age, which presented a higher percentage of good attitude about oral health in the ages <20 years with 34.6% and the practice presented a higher percentage of regular practice on oral health in the ages > 20 years with 26, 0%. However, according to the Spearman correlation test, there is a moderate positive correlation (0.416) accepting the alternative hypothesis. Concluding that there is a relationship between attitudes and practices on oral health in parents of Sector I Group 7 of the district of Villa El Salvador – 2021.

**Keywords:** Attitude, oral health, parents.

## INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un constituyente integral del bienestar general que desempeña un rol primordial en la subsistencia de un infante. La caries dental es uno de los problemas de salud bucal pertinentes que están presentes universalmente. En la mayoría de los países en desarrollo, los niveles de caries dentales aumentan constantemente.

El dolor crónico de los dientes cariados puede tener un impacto significativo en el bienestar de un niño y de su familia. Afecta su capacidad para aprender, prosperar y desarrollarse, todos pueden verse comprometidos debido a la interrupción del sueño y la dificultad para comer debido al dolor. Esto afectará a toda la familia; por ejemplo, los padres o cuidadores pueden tener que ausentarse del trabajo para llevar a sus hijos al dentista y los niños pueden perder días escolares debido a dolor de muelas y necesidades de tratamiento dental. La caries dental también puede ser un signo inicial de problemas más amplios de atención social y de salud, como mala nutrición, obesidad y, en algunos casos, puede indicar la protección y negligencia del niño.

La caries dental es una enfermedad prevenible y la identificación temprana puede reducir el impacto de estas lesiones cariosas en la subsistencia de los menores y las familias. Por lo tanto, la prevención primaria de la caries dental es una prioridad para los comisionados de salud pública, ya que la caries sigue siendo la enfermedad de salud bucal más prevalente entre los niños en todo el mundo.

Los primeros años del desarrollo de un niño pueden tener un impacto profundo en su experiencia futura de salud y bienestar. Por lo tanto, es esencial concentrar los esfuerzos en programas efectivos para los primeros años. Se ha sugerido que los servicios prestados a través de los servicios de visitas médicas pueden ser una vía importante para facilitar los beneficios de salud bucal tanto para la madre como para los niños pequeños.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La salud bucal en escolares a nivel mundial es la base sobre la cual se debe construir la educación preventiva y el cuidado dental para mejorar la oportunidad de estar libre de por vida de enfermedades bucales prevenibles. Los padres son los que toman las decisiones en materia de atención de la salud de los niños; por lo tanto, juegan un papel importante en el logro de los mejores resultados de salud bucal para sus hijos pequeños. Por lo tanto, se espera que el comportamiento preventivo de bienestar oral de los padres en referencia a los niños influyendo en el comportamiento de sus hijos al adaptar las prácticas preventivas de salud bucal a medida que crecen.

Dado que los padres o tutores están comprometidos en casi todas las problemáticas de salud relacionados con sus hijos, su rol de modelar a sus hijos para que practiquen la salud bucal preventiva a lo largo de la vida es crucial, sin embargo, cuando los padres o tutores no reciben una educación sobre la atención del bienestar oral de sus hijos desde que nacieron se convierte en una problemática latente en todas las etapas de su vida.

En la totalidad de naciones en desarrollo, los problemas bucodentales están en aumento siendo uno de ellos la caries dental, del cual la aparición de está es debido a los malos hábitos de higiene bucal sobre todo en lo que concierne a técnicas de cepillado. Por lo cual la inapropiada salud bucal impone amenazas importantes al bienestar físico, psicológico y social de los niños pequeños, como el dolor dental y la consiguiente pérdida de dientes, lo que provoca dificultades para comer, hablar, dormir y socializar. Dado que los bebés y los niños pequeños no pueden cuidar de sí mismos y dependen de sus padres. Las madres en particular son el modelo principal para desarrollar la conducta. Durante los primeros años de la vida; el niño adquiere las rutinas y hábitos de la primera infancia. Por lo tanto, iniciar buenos hábitos básicos de salud bucal es esencial para establecer normas dentales adecuadas que se mantendrán en la vida adulta. Las madres suelen enseñar a los niños habilidades de higiene adecuadas, hábitos alimentarios y prácticas

saludables. Por lo cual se ha demostrado que la conciencia dental de las madres tiene un impacto importante en el bienestar oral de sus hijos y en los comportamientos relacionados con la salud bucal.

Sin embargo existe diversos métodos de promoción de salud para impedir los padecimientos bucales en los escolares y eso va depender de la óptima higiene oral que va evitar los daños en los tejidos duros y blandos y lograr un restablecimiento de la salud oral. Dentro de los métodos de prevención para una óptima salud oral, podemos mencionar el cepillado dentario, la ingesta de fluoruro, que es el constituyente más empleado en el ámbito dental por ser responsable de la disminución de caries globalmente. Su visibilidad constante en boca permitirá que actúe de forma dinámica en los procesos de remineralización dental, siendo el método más utilizado y eficaz; este elemento ha sido empleado ampliamente a nivel tópico y sistémico a lo largo de la historia.

Es por ello, que período escolar es el momento crítico en el que se establecen habilidades, actitudes, hábitos bucales nocivos, patrones y factores de riesgo de enfermedades bucodentales en este segmento inocente de la sociedad. Los niños en edad escolar brindan la oportunidad más temprana cuando es posible un examen clínico completo y no solo aprenden rápido y están ansiosos por adquirir nuevas habilidades, sino que también corren el riesgo de desarrollo de problemas de salud bucal generando una problemática en ese ámbito.

Dado que estos primeros años de la vida involucran socialización primaria, es fundamental iniciar hábitos básicos de salud bucal en esta etapa, de modo que se pueda establecer el comportamiento adecuado de salud bucal en el momento adecuado y mantenerlo en la vida adulta. La familia es el primer nivel que puede influir en el desarrollo general y el comportamiento del niño. Los niños en crecimiento necesitan la orientación adecuada de las madres o los cuidadores para un crecimiento saludable, el mantenimiento y la higiene de la cavidad bucal. La educación en salud dental comienza con los pasos de conciencia de los padres sobre la salud bucal. Por lo tanto, su conocimiento de la salud bucal y su actitud hacia el cuidado dental actúa como un predictor significativo del bienestar bucodental de sus hijos.

Por lo tanto, la evaluación de la actitud y prácticas de los padres sobre bienestar bucal de los niños es esencial antes de desarrollar un programa educativo apropiado para la población. Asimismo, la realidad de los niños peruanos es que no se cuidan adecuadamente los dientes lo cual generará una problemática sobre todo en etapa escolar por su precariedad en salud oral. Es por ello que ante lo expuesto se determinó si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema principal**

¿Existe relación entre las actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres de familia sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021?

### **1.2.2. Problemas secundarios**

¿Cuál es el tipo de actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021?

¿Cuál es el nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021?

¿Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según sexo?

¿Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según edad?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo Principal**

Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

### **1.3.2. Objetivos secundarios**

Determinar el tipo de actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

Determinar el nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según sexo.

Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según edad.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

Este estudio se justificó de manera teórica porque generó una reflexión y debate sobre el conocimiento existente del tema, contrastando con los resultados de nuestro estudio donde se buscó demostrar la relación entre el entre las actitudes y prácticas sobre bienestar bucodental en padres de familia del distrito de Villa el Salvador respectivamente.

La presente investigación presentó justificación práctica porque permitió resolver y/o dar solución a una realidad problemática latente del cual pudieron desarrollarse estrategias para solucionar problemas reales en base a las variables investigadas.

Presentó justificación metodológica debido a los pocos estudios realizados actualmente sobre el tema en nuestro país, por lo cual generó un conocimiento validado y confiable que sirvió para reforzar como bases teóricas para las próximas investigaciones.

Presentó justificación social basada en la necesidad de implementar, ratificar y fortalecer medidas preventivas. Además, se logró educar a las personas adultas que se encuentran alrededor de un infante para intervenir en el control de caries dental y por tanto prevenir el desarrollo de la misma y así optimizar la condición de la salud bucal.

##### **1.4.1. Importancia de la investigación**

Este estudio presentó importancia teórica porque generó conocimiento concreto y real en base a los resultados del estudio.

Esta investigación presentó importancia clínica porque nos brindó un apoyo para que el profesional odontólogo tenga noción para optimizar las actitudes y prácticas sobre bienestar oral en padres respectivamente.

Esta investigación fue fundamental para la sociedad en general ya que se pudo lograr un mayor conocimiento en relación a la salud bucal en escolares, la frecuencia adecuada de higiene oral para obtener un estado saludable y evitar las futuras patologías bucales.

#### **1.4.2. Viabilidad de la investigación**

Este estudio fue factible porque se contó con el tiempo para recolectar la información y los recursos humanos requeridos para su ejecución completa.

El actual estudio presentó viabilidad financiera, porque el investigador se hizo responsable del financiamiento y también disponibilidad de información que permitió una clara comprensión de las variables investigadas.

#### **1.5. Limitaciones de estudio**

El presente estudio presentó restricciones significativas en su desarrollo para las relativas evaluaciones de manera presencial debido a la pandemia del COVID - 19 del cual estamos en un aislamiento social, sin embargo se utilizó medios virtuales para recopilar datos del estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Singhal K, Shashidhar A, Arun S. (2017)** realizó un estudio para examinar el bienestar oral de los infantes en edad preescolar está vinculada a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucal materna en Anganwadi y Udupi. Se realizó una encuesta de cuestionario transversal entre 825 madres de preescolares niños, 422 de los centros Anganwadi y 403 de la guardería de Udupi. En los resultados las madres anganwadi, el 53,6% tenía poco conocimiento, el 69,2% exhibió una actitud negativa y el 61,4% sigue malas prácticas con respecto a la dentición temporal de sus hijos en edad preescolar. Entre las madres de guarderías, la mayoría de las madres de niños en guarderías tenían un nivel medio (40,7%) o puntajes de conocimiento altos (42,4%). Más de dos tercios de las madres de guardería (68,2%) tenían una actitud positiva y el 62,8% de las madres de guardería tenían puntuaciones de buenas prácticas. Concluyendo que las madres de guardería tenían mejores conocimientos, actitudes positivas y seguían buenas prácticas en comparación con las madres anganwadi, todavía existe la necesidad de iluminarlas y concienciarlas sobre la importancia de la dentición decidua.<sup>1</sup>

**Asmaa A, Morawala A. (2018)** se realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas asociadas a las madres de menores en etariedad preescolar sobre bienestar bucodental en Qatar. Con una muestra de 400 madres de niños que asistían a 16 nidos de infantes. El cuestionario incluyó 38 preguntas cerradas agrupadas en nueve categorías, que abordan diferentes estipulaciones del conocimiento y las prácticas relacionadas con el bienestar oral en la primera infancia. En los resultados el 48% de las madres pensaba que los niños deberían cepillarse los dientes posteriores a tres años y 42% eligió a los niños menores de dos años como edad de inicio para el cepillado. Más de la mitad (54%) de las madres pensaba que a los niños no se les debería limpiar los dientes con hilo dental. La única excepción fue si el niño había visitado al dentista o no (razón de posibilidades = 2,51, intervalo de confianza del 95%: 1,091–5,774). Concluyendo

que a raíz de existir un óptimo conocimiento de la atención del bienestar bucodental, existen deficiencias en la atención del bienestar oral que se brinda a los niños.<sup>2</sup>

**Mahmoud N. (2017)** realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, actitud y prácticas de las madres hacia la salud bucal de sus hijos en Sharjah, Emiratos Árabes Unidos (EAU). La metodología fue transversal basado en entrevistas entre 383 madres de niños en edad preescolar. Resultados: Se encontró conocimiento adecuado entre el 58.2% de las madres, el 99% exhibió una actitud excelente y solo el 20% siguió las buenas prácticas hacia el bienestar oral de sus hijos. El conocimiento y práctica deficientes de las madres se asociaron significativamente con las labores y la educación de las madres. Las madres empleadas tenían una puntuación de conocimientos significativamente más alta. Las madres con educación secundaria y calificaciones universitarias obtuvieron puntajes de práctica significativamente más altos en comparación con las madres con educación primaria. Concluyendo que las madres tenían un conocimiento mejor que el promedio y una actitud excelente hacia los problemas de bienestar bucodental de sus hijos; la mayoría llevó a cabo prácticas inadecuadas. Los antecedentes educativos y laborales de las madres fueron factores de influencia importantes.<sup>3</sup>

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Victorio J. (2017)** realizó un estudio que presentó como finalidad definir la asociativa entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estatus de bienestar oral de los menores de 3 a 5 años que asisten a la institución Inicial N° 120 “Casuarinas”, Distrito Ventanilla, año 2017. Metodología observacional, prospectivo y transversal. En los resultados el nivel de conocimiento de los padres/cuidadores según aspectos sociodemográficas se visualizan que alrededor de  $\frac{3}{4}$  partes de las damas tuvieron niveles regulares (73.1%) y en el caso de los varones, la mitad ostenta niveles malos. En asociativa a la clase de actitud de los padres/cuidadores sobre bienestar oral en sus infantes, la totalidad de las damas (62.7%) expresaron actitudes inapropiadas, en varones la totalidad de ellos expresaron actitudes óptimas (58.3%). Con referente a niveles de prácticas, 62.7% de damas exhibieron prácticas regulares en desacuerdo con los

varones donde el 41.7% exhibieron niveles de prácticas óptimas y la misma proporcionalidad con niveles regulares. Concluyendo que las tres variables exhibieron contestaciones regulares de los padres/cuidadores.<sup>4</sup>

**Espinoza A. (2017)** realizó un estudio que tuvo como objetivo relacionar las actitudes y prácticas de las madres sobre la atención en bienestar oral de sus hijo/as inferiores a 6 años que asistieron a programas de control y crecimiento (CRED) del Hospital Marino Molina Scippa- ESSALUD Comas - 2017. La muestra fue 207 madres de hijos inferiores a 6 años. En los resultados se exhibieron intervalos etareos de las madres de 26-35 años con 45.4%; 57.5% de las madres presentan más de 1 hijo, 49.8% son empleadas de casa, el grado instructivo más predominante es la secundaria entera (43.5%), la totalidad de madres exhiben actitudes “buenas” (51.7%) y ostentan prácticas “regulares” (60.4%) y la asociativa entre ambas evidencian que las madres que ostentaro actitudes “buenas” exhibieron prácticas “buenas” con 19.8% y “regular” con 29.5% en porcentaje superior y madres con actitudes “malas” exhibieron prácticas malas con 1.9% en una totalidad porcentual. Concluyendo que subsiste correlación entre actitudes y prácticas de las madres de hijos inferiores a 6 años sobre la atención del bienestar oral.<sup>5</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Actitudes hacia salud bucal**

Es la combinación de costumbres y sentimientos que disponen a un individuo a contestar de forma positiva o negativa ante los objetos, individuos, instituciones, etc. Las actitudes exhiben ser afectadas por los constituyentes internos (personalidad) y externos (entorno ambiental).<sup>6</sup>

La actitud es la variable mayormente explorada en psicología social debido a que abarca un valioso constituyente para predecir conductas.<sup>6</sup> Las actitudes sociales están conformadas por variables intercurrentes, conformadas por tres componentes a saber:

El componente cognitivo.<sup>7</sup>

El componente afectivo.<sup>7</sup>

El componente asociado a la conducta.<sup>7</sup>

### **2.2.2. Prácticas en salud oral**

Son hábitos, cuidados rutinarios que cada individuo debe de llevar acabo para mantener sana la cavidad oral.<sup>8</sup>

### **2.2.3. Salud bucal**

La OMS lo conceptualiza como “la ausencia de padecimientos orofaciales, cáncer de boca o garganta, afecciones y aftas orales, padecimientos periodontales, lesiones cariosas, ausencia dental y otros padecimientos y modificaciones que restringuen a los sujetos perjudicados la capacidad de morder, triturar, sonreír y hablar, al tiempo que reflejan en su satisfacción psicosocial”.<sup>9,10</sup>

#### **a) Mantenimiento de la salud bucal**

La totalidad de programas preventivos están referidas en la remoción mecánica del biofilm, ya sea por aseo profesional o cepillado dental proseguida de un específico examen clínico intrabucal y su resultado anotado en la ficha clínica del atendido, en la secuencia se ejecuta un empleo tópico de flúor bucal, la aplicación de sellantes en las facetas oclusales de molares, ya sean temporarios o definitivos.<sup>11,12,13</sup>

#### **b) Factores de riesgo**

Son exposiciones de un sujeto que incrementa la probabilidad de crear un padecimiento, en este caso, bucodentario.<sup>14,15</sup>

Entorno ambiental.<sup>14,15</sup>

Estilos de vida.<sup>14,15</sup>

Factores hereditarios.<sup>14,15</sup>

#### **c) Enfermedades bucales**

### **a) Caries dental**

Conceptualizado como padecimientos multifactoriales por afecciones patógenas en los tejidos sólidos dentales.<sup>16</sup>

Los constituyentes a tener en referencia en la etiopatogenia son: elemento dentario, flora microbiana, huésped y dieta.<sup>16</sup>

### **b) Signos de la caries dental**

Pérdida de translucidez del esmalte.<sup>17</sup>

La afección primaria es designada como mancha blanca, figura oval, apariencia opaca, planos rugosos y relacionado con biofilm.<sup>17</sup>

Comienza una cavidad y afección se torna de matiz amarillo-café.<sup>17</sup>

Esmalte ablandado adyacentemente al área que se está investigando y que exhibe ser removido.<sup>17</sup>

Hallazgo imagenológico de caries.<sup>17</sup>

Ablandamiento en la base de la fisura (observado con un explorador fino y presión tenue).<sup>17</sup>

Pigmentaciones marrones claros a oscuros cuando la afección es profunda superior de 0,5mm, no hay compromiso pulpar.<sup>17</sup>

### **c) Síntomas asociados a la caries dentinaria**

Padecimiento generado por estímulos, específicamente frío y dulce.<sup>17</sup>

Padecimiento a la exploración y fondo duro.<sup>17</sup>

Padecimiento localizado y agudo.<sup>17</sup>

Padecimiento rápido que termina al excluir los estímulos.<sup>17</sup>

Subsiste un padecimiento dentario latente o padecimiento que da como replica a estímulos fríos o calientes exhibiéndose una inflamación aguda leve, probablemente debido a que el calor irradiado a la pulpa proyecta una mayor hiperemia y a incremento en la presión.<sup>18</sup>

#### **d) Dolor asociado con la pulpa y periápice**

Padecimiento espontáneo y incitado habitualmente por desigualdad de temperatura.<sup>19</sup>

Padecimiento sordo, a veces pulsátil, difuso e irradiado, a veces intenso.<sup>19</sup>

Clínicamente se visualiza una cavidad honda.<sup>19</sup>

Subsiste comunicación pulpar.<sup>19</sup>

Padecimiento extenso que continua posterior a ser eliminado el estímulo.<sup>19</sup>

Padecimiento a la percusión que visualiza compromiso peri apical y refiere inflamación del ligamento periodontal.<sup>19</sup>

Padecimiento a la examinación que permanece al eliminarse el estímulo.<sup>19</sup>

Clínicamente se visualiza una cavidad honda.<sup>19</sup>

#### **e) Clasificación de caries dental**

##### **En función del tejido afectado**

Caries del esmalte: comienza sin llegar a fase de cavitación. Visible como una mancha blanca, opaca y sin lucidez. Habitualmente la caries emplea imperfecciones en las facetas del esmalte para implantarse pudiendo quedar retenida, remineralizándose y/o por el contrario proseguir.<sup>20</sup>

Caries de dentina: Si la caries prosigue, perjudica la capa adjunta del diente designada dentina.<sup>20</sup>

Caries de cemento: Si subsiste recesión gingival el cemento destinatario queda comprometido el ámbito oral, a la agresión de la placa Inicialmente se disgrega una película orgánica que cubre las facetas.<sup>20</sup>

Caries radicular: Si la caries sigue prosiguiendo llega hasta la pulpa abarcando por el canal de la raíz dando espacio a la destrucción y visibilidad de los abscesos en la misma.<sup>20</sup>

Caries Recurrente: Esta clase de caries provoca por abajo de la periferia marginal de una obturación preexistente, se da habitualmente por alojar residuos o por inadecuada creación de cavidades o sellado defectuoso de obturaciones.<sup>20</sup>

Caries Rampante: ostenta espacio en atendidos s que exhiben xerostomía con reducción elevada del flujo salival provocada por radiaciones en cabeza y cuello, padecimientos autoinmunes como Síndrome de Sjörger y fármacos.<sup>20</sup>

Caries Rampante o de Biberón: Esta clase de caries se genera en infantes de edad prematura entre los 2 años y medio y los 4 habitualmente, destruyendo velozmente el esmalte dentario y posterior los demás tejidos dentales.<sup>20</sup>

### **2.2.2. Cepillado dental**

Son técnicas bucales que ayuda a eliminar la película bacteropatogena de las dentaduras, así poder evitar lesiones cariosas o problemas periodontales.<sup>21</sup>

En nuestros días se dispone en el comercio cuantiosas dentífricos con particularidades definidas y en cuantiosas ejecuciones en las dentaduras. Frecuentemente, es transcendental para la preocupación de higienización de las dentaduras son las técnicas de cepillado dental siendo educada y efectiva en separación de película patógena.<sup>21</sup>

Las características necesarias para la selección son:

Un tamaño conveniente de la parte superior para poder maniobrarla dentro en la cavidad oral.<sup>22</sup>

El largo de las superficies activsa para abarcar dos dientes vecinos.<sup>22</sup>

La textura de las cerdas, que deben ser flexibles y redondeadas.<sup>22</sup>

El número de hileras de penachos que va de acuerdo del ancho de la cabeza, deben ser espaciosas entre sí.<sup>22</sup>

Para la eficiencia de cepillados dentales es transcendental por segmento de tradición diaria. En realidad, los cepillados apropiados llevan al menos dos minutos 2, por lo que se aconseja de una plena conciencia de su transcendencia, a raíz de ello explora la forma de entrenarse en su apropiada ejecución.<sup>23,24</sup>

Las características de los cepillos para los niños son:

La parte superior del cepillo debe exhibir contronos protectores y ser de tamaño idóneo del menor, de manera que posibilite la llegada a las piezas dentarias de la cavidad oral (los molares y los premolares).<sup>23,24</sup>

Los filamentos son suaves o regulares y de puntas redondeadas.<sup>23,24</sup>

Los mangos de los cepillos son antideslizantes.<sup>23,24</sup>

Se aconseja renovar cada tres meses el cepillo dental, o cada vez que los filamentos se encuentren en mal estado.<sup>23,24</sup>

### **a) Técnica de cepillado dental**

Presenta como propósito habitual: impedir la creación de película bacteriopatógena.<sup>25</sup> Las cuantiosas tácticas de cepillados dentales que coexisten es las siguientes:

#### **Técnica Horizontal o de zapatero**

Este cepillado se coloca las cerdas en una angulación de 90° sobre la cara vestibular, lingual, palatina y oclusal de las piezas dentarias y se produce desplazamientos de rozamiento horizontal.<sup>20</sup> Esta técnica es aconsejable para infantes hasta los 3 años de edad o personas con dificultades motrices considerables que les impide realizar otras técnicas más complejas y hay que tener la precaución de no causar abrasiones en las piezas dentarias.<sup>20</sup>

#### **Técnica deslizante o de barrido**

Con la apertura bucal entreabierta, se ubican las cerdas en una angulación de 90° respecto a los planos de la pieza dentaria conduciendo dichas cerdas hacia la gingiva, y se efectúa un desplazamiento vertical hacia las superficies oclusales de las piezas dentarias. Para las superficies oclusales se realizan las técnicas con desplazamientos horizontales. Esta técnica se aconseja en jóvenes y en personas de buen estado periodontal.<sup>25</sup>

### **Técnica fisiológica o de Smith- Bell**

Esta técnica se coloca las cerdas del cepillo dental en una angulación de 90° respecto a la cara de la pieza dentaria para producir un desplazamiento vertical desde las facetas oclusales y los contornos incisales de las piezas dentarias hacia la gingiva.<sup>25</sup>

### **Técnica rotacional o de fones**

Esta técnica está practicada en infantes que todavía no van a la escuela, es decir en etapa pre escolar. Su aprendizaje aborda un período mínimo de enseñanza y es de sencillo entendimiento, siendo encomendado a los niños pocos hábiles, que sean menos motivados o interesados, o incluso también, cuando el tiempo es corto para enseñar. Visualizamos, que ésta técnica es de fácil ejecución, cuando es bien desarrollada posibilita un óptimo aseo bucodental.<sup>26</sup>

### **Técnica de Charters**

Este cepillado se aplica a 45° en referencia al eje, mayor de la pieza dentaria con los filamentos dirigidos hacia oclusal. A partir de esa ubicación los filamentos se presiona hacia la zona interdental con un leve desplazamiento circular vibratorio desde oclusal hacia la gingiva (Charters, 1932). Los lados de los filamentos ingresan en fricción con el margen de la encía y realiza un leve masajeo que se reitera en cada pieza dentaria. Las caras oclusales se higienizan con leve desplazamiento circular que fuerza los filamentos hacia las depresiones. En las superficies linguales y palatinas se ubica el cepillo en posición vertical y solo laboran los filamentos de la punta.<sup>27</sup>

### **Técnica de Stillman**

El cepillo se localiza con los extremos de sus puntas reposando, parte sobre la zona cervical de las piezas dentarias, y la zona sobre la encía contigua, desarrollando, en orientación apical, ángulo 45° con el eje mayor de las piezas dentarias. Este cepillado se ubica más alto que en la de Bass; realiza los movimientos vibratorios en dirección vertical desde la encía hacia la corona. Este cepillado es recomendado para la higienización de las superficies con recesión gingival y exhibición radicular.<sup>28</sup>

### **Técnica de Bass**

Será la táctica inicial de cepillado dental que ostentó concretamente de exclusión en película bacteriopatógena del fondo gingival.<sup>29</sup>

Aplicar las cerdas a 45° con respecto al eje mayor de la pieza dentaria, dirigiendo el extremo libre hacia el cuello de la pieza dentaria.<sup>29</sup>

Una ligera presión en la gingiva y en el espacio interdental.<sup>29</sup>

Desplazar de atrás hacia delante de manera vibratoria por 10 a 15 segundos en el mismo sitio para desordenar la placa.<sup>29</sup>

Para las superficies oclusales se indica desplazamientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior.<sup>29</sup>

### **Técnica de Bass modificada**

La totalidad de los odontólogos concuerdan en concretar como técnica ideal de cepillado dental en excluir la película bacteriopatógena de la dentadura. El régimen de Bass radica en estacionar el cepillo dental en una convergencia de 45 con referente a la dentadura, apretando el surco gingival. Luego se realiza giros muy pequeños en orientación antero- posterior y de agitación.<sup>29</sup>

### **Técnica de higiene interproximal**

El interés de la remoción periódica del biofilm del espacio interdentario está dada por el hecho de que la zona está más dispuesta a las bacterias periodontales. El cepillado dental no elimina la placa bacteriana. Por lo que se ha desarrollado diversas técnicas para conseguirlo.<sup>29</sup>

### **2.2.3. Pasta dental**

La utilización del cepillo suele combinarse con una pasta dental con el objetivo de favorecer la remoción de la placa bacteriana y colocar sustancias a las superficies dentarias por razones terapéuticas y preventivas.<sup>30</sup>

En estos tiempos el fluoruro constituye el aditivo de los dentífricos más eficaces para la prevención de las patologías orales.<sup>30</sup>

Durante la década de los 60, se hicieron diferentes estudios clínicos que recomendaba la utilización de monofluorofosfato de sodio (MFP),  $\text{Na}_2\text{PO}_3\text{F}$ , en un dentífrico coopera mucho al control de la caries dental. El primer producto, Colgate MFP, usaba el metafosfato de sodio insoluble como sistema abrasivo y se reveló que reducía la incidencia de caries en infantes hasta 34%. Con base en dichas investigaciones, este dentífrico fue aprobada por La FDA como seguro y efectivo en 1967 y aceptado por la ADA en 1969.<sup>30</sup>

### **2.2.4. Niveles de flúor en pasta dental**

Los niveles de flúor en las pastas dentales para los niños son:

Se debe utilizar pasta dental fluorada, para infantes menos de 6 años, 250ppm a 550ppm (partes por millón), para infantes mayores de 6 años se debe utilizar pasta dental fluorada de 1100ppm a 1500ppm.<sup>31</sup>

La cantidad de flúor está indicado en la parte posterior del envase o tubo de pasta dental.<sup>31</sup>

La cantidad adecuada a utilizar en infantes menores de 6 años es una cantidad diminuta (tamaño de un arroz) y su utilización debe ser controlado por adultos.<sup>31</sup>

La cantidad correcta a utilizar en infantes mayores de 6 años es una proporción pequeña (tamaño de una lenteja).<sup>31</sup>

#### **a) Fluoruros empleados en las pastas dentales**

##### **Fluoruro de sodio (FNa)**

FNa Peso Molecular (PM) =42

El fluoruro de sodio incentiva que el esmalte descalcificado se remineralice, interfiriendo en el crecimiento y generación de patógenos de biofilm dental. En los preparados de 1000 ppm de flúor, el fluoruro de sodio abarca el 0.22% del dentífrico.<sup>32</sup>

### **Monofluorurofosfato de sodio (NaMFP)**

**Peso Molecular (PM)= 143.95**

Designado como fluoruro fosfato de sodio, monofluorofosfato sódico. Es casi inodoro, higroscópico, se exhibe de forma de cristales incoloros o como polvo cristalino blanco, con sabor salino. Cada grano presenta 69mmol (mEq) de fluoruro, soluble. 1 parte de 2 de agua, es insoluble en alcohol en un elemento de 2% de agua, su pH es de 6.5 a 8.<sup>33</sup>

### **b) Mecanismo de acción del fluoruro en los dientes**

En los estadios prematuros de lesiones cariosas subsiste un balance entre mineralización y desmineralización y este exhibe impulsarse a cualquier trayectoria.<sup>33</sup>

## **2.3. Definición de términos**

**Cepillado dental:** Son técnicas bucales que ayuda a eliminar la película bacteropatogena de las dentaduras, así poder evitar lesiones cariosas o problemas periodontales.<sup>21</sup>

**Pasta dental:** Implemento que se utiliza con el cepillo suele combinarse con que favorecer la remoción de la placa bacteriana y coloca sustancias a las superficies dentarias por razones terapéuticas y preventivas.<sup>30</sup>

**Técnica de cepillado dental:** Ostenta como propósito habitual impedir la creación de película bacteropatogena.<sup>25</sup>

**Caries de dentina:** Lesión cariosa que perjudica la capa del diente denominada dentina.<sup>20</sup>

**Actitud en salud bucal:** Combinación de costumbres y sentimientos que predisponen a un individuo a contestar de forma positiva o negativa a los objetos, sujetos, instituciones, etc.<sup>6</sup>

**Técnica de Bass:** Es la técnica donde el cepillo se emplea las cerdas a 45° con referente al eje mayor de la pieza dentaria, dirigiendo el extremo libre hacia el cuello de la pieza dentaria.<sup>29</sup>

**Niveles de flúor en pasta dental:** Son los niveles designados de flúor en cada pasta dental según la edad.<sup>26</sup>

**Salud bucal:** ausencia de padecimientos dentales y trastornos que restringen a los sujetos perjudicados la capacidad de morder, triturar, sonreír y hablar, al tiempo que reflejan en su satisfacción psicosocial.<sup>6,7</sup>

**Caries dental:** Se define como una enfermedad multifactorial por la afectación bacteriana en los tejidos duros dentarios.<sup>10</sup>

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

##### 3.1.1. Hipótesis principal

H1: Existe relación significativa entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Grupo 7 Sector I del distrito de Villa El Salvador – 2021.

H0: No existe relación significativa entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Grupo 7 Sector I del distrito de Villa El Salvador – 2021.

#### 3.2. Variables, definición conceptual y operacional

**V<sub>1</sub>** Actitud sobre salud bucal.

Definición conceptual: es la combinación de costumbres, pensamientos y sentimientos que predisponen a un individuo a contestar de forma positiva o negativa a los objetos, sujetos, instituciones, etc.<sup>6</sup>

**V<sub>2</sub>** Práctica sobre salud bucal.

Definición conceptual: Son las acciones prácticas sobre la ausencia de padecimientos orofaciales.<sup>6,7</sup>

### Operalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
<b>Actitudes sobre salud bucal</b>	Actitudes de los padres de familia sobre el cuidado de la salud bucal de sus hijos	Encuesta virtual	Cuantitativo  Ordinal	Bueno: 18-13  Regular: 12-7  Malo: 0-6
<b>Prácticas sobre salud bucal</b>	Prácticas de los padres de familia sobre el cuidado del bienestar bucal de sus hijos	Encuesta virtual	Cuantitativo  Ordinal	Bueno: 20-14  Regular: 13-8  Malo: 7-0

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño metodológico**

El tipo de investigación según Hernández Sampieri fue no experimental u observacional porque no se maniobró ninguna variable del estudio.<sup>34</sup>

Según el objetivo fue descriptiva porque se limitó a describir la presencia, características de un fenómeno estudiado.<sup>34</sup>

En referencia con la planificación de la medición de la variable de estudio fue prospectivo, porque las evaluaciones se realizaron a medida que suceda.<sup>34</sup>

En referencia con las mediciones de la variable estudiadas fue transversal, porque los instrumentos fueron ejecutados en un instante específico de tiempo.<sup>34</sup>

Según el nivel de investigación fue correlacional porque midió la relación entre una o más variables de estudio.<sup>34</sup>

### **4.2. Diseño muestral**

#### **Población**

La población estuvo conformada por padres de familia con hijos de 3 a 5 años del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

#### **Muestra**

La fórmula para calcular el tamaño muestral cuando se desconocío el tamaño de la población es la siguiente:

$$N = \frac{Z^2 * P * Q}{e^2}$$

N = Tamaño muestral

Z = Nivel de confianza al 99% es 2.575.

e = Error de estimación se admitirá un margen de (e = 5%).

p = Probabilidad esperada (en este caso 5% =0,05).

q = Probabilidad en contra 1-p (en este caso 1 - 0.25 = 0,75).

Se realizó el cálculo reemplazando con los valores de la formula dando como resultado

$$N = \frac{2.575^2 * 0.05 * 0.75}{0.05^2}$$

$$N = 100$$

La muestra estuvo conformada por 100 por padres de familia con hijos de 3 a 5 10 años del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

### **Criterios de Selección**

#### **Criterios de inclusión:**

Padres de familia con hijos mayores de 3 y menores de 5 años de edad.

Padres de familia que residan en el Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

Padres de familia de ambos sexos.

Padres de familia que acepten de manera voluntaria que sus hijos participarán en el estudio mediante un consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

Padres de familia con hijos mayores de 5 años.

Padres de familia con problemas neurológicos.

Padres de familia que residan en otro distrito durante el año 2020.

Padres de familia que no acepten de manera voluntaria en el estudio.

### **4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### **A. Técnica de recolección de datos**

La técnica para ejecutar en este estudio fue encuesta que ya ha sido validado en otros estudios, este instrumento recogió información mediante la preguntas cerradas la respuesta de los pacientes en base a la actitud y práctica sobre salud oral respectivamente.

## **B. Procedimiento para la recolección de datos**

Se creó un documento virtual donde consignó en la primera sección el consentimiento informado en el cual se les manifestó de forma clara y sencilla sobre el objeto estudiado y a su vez que su colaboración fue voluntaria, además se detalló sobre el procedimiento a seguir, objetivos, los riesgos, beneficio y que toda información fue de absoluta confidencialidad y seguidamente los datos del encuestado como: DNI, correo electrónico, sexo y edad, en la segunda sección se confeccionó los cuestionario que evaluaron el estudio. Luego se envió la encuesta mediante un enlace de documentos de google forms al sujeto de estudio por medio de aplicaciones como Facebook, WhatsApp, Instagram, etc

Se aplicó una encuesta de manera virtual, que contiene nueve preguntas dirigidas a padres de familia de menores de 3 a 5 años de edad sobre actitudes hacia la salud oral y diez preguntas sobre las prácticas en salud oral en sus hijos que estuvieron en etapa escolar respectivamente.

### **4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Se ejecutó en el paquete estadístico IBM SPSS Statistic 25 en español, aplicandose estadística descriptiva de tablas de frecuencia para la distribución de los datos y gráficos para interpretar los resultados alcanzados y para comprobar la hipótesis del estudio se aplicará pruebas no paramétricas como Rha de Spearman.

### **4.5. Aspectos éticos**

Se cumplió los lineamientos establecidos por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú donde todo investigador debió hacerla respetando la normativa internacional y nacional que reguló la investigación con seres vivientes.

En toda estudio en seres humanos debe requeridamente disponer del consentimiento informado en individuos competentes.

Al presentar la información procedente de un estudio, para su divulgación, independientemente de los resultantes, sin incurrir en falsificación ni copia y declarando si presenta o no conflicto de interés.

Se desarrolló la presente investigación preservando el anonimato de los colaboradores.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc

**Tabla N° 1**

**Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo**

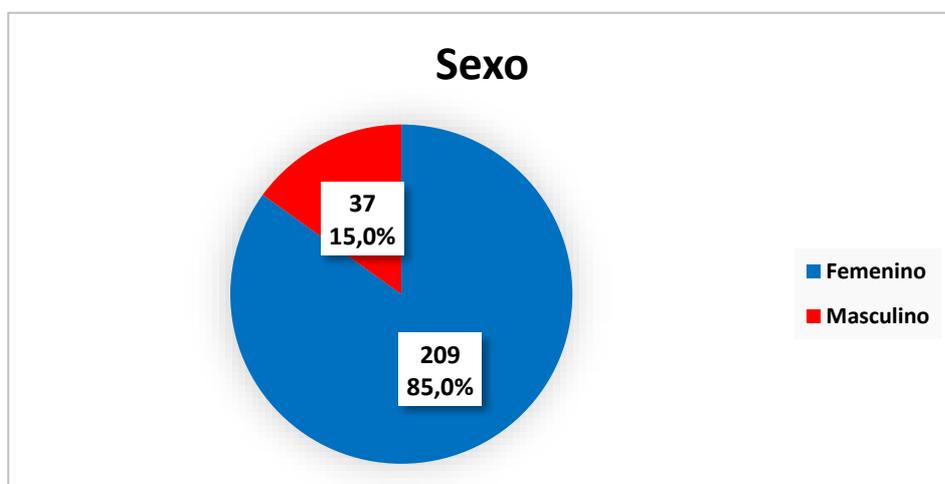
<b>Sexo</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	209	85,0
Masculino	37	15,0
Total	246	100,0

**Fuente: propia del investigador**

Los resultados según sexo de los encuestados, con un mayor porcentaje en el sexo femenino con un 85,0% en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador.

**Gráfico N° 1**

**Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo**



**Tabla N° 2**

**Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad**

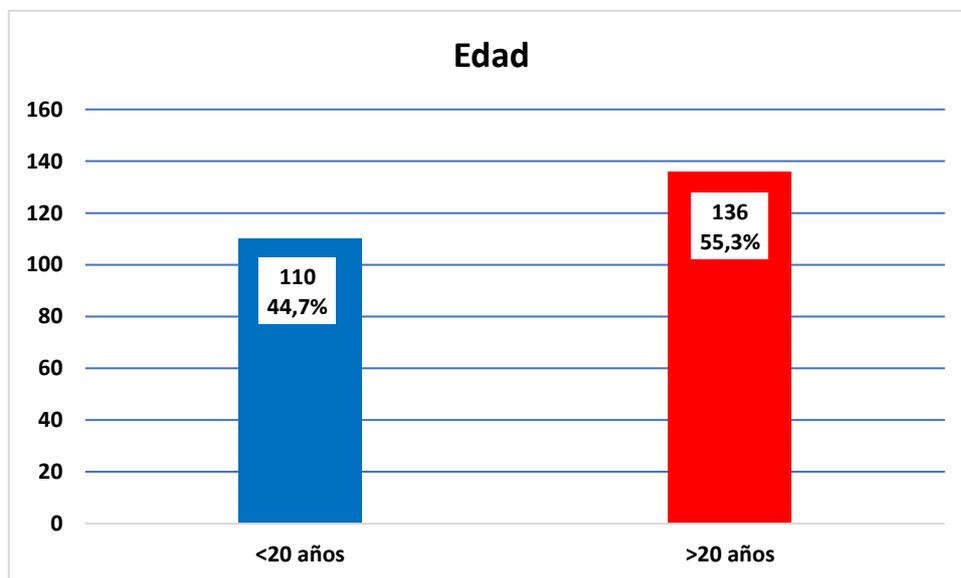
<b>Edad</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<20 años	110	44,7
>20 años	136	55,3
Total	246	100,0

**Fuente: propia del investigador**

La muestra según la edad de los encuestados con un mayor porcentaje de 55,3% en >20 años en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador.

**Gráfico N° 2**

**Padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad**



**Tabla N° 3**

**Actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador**

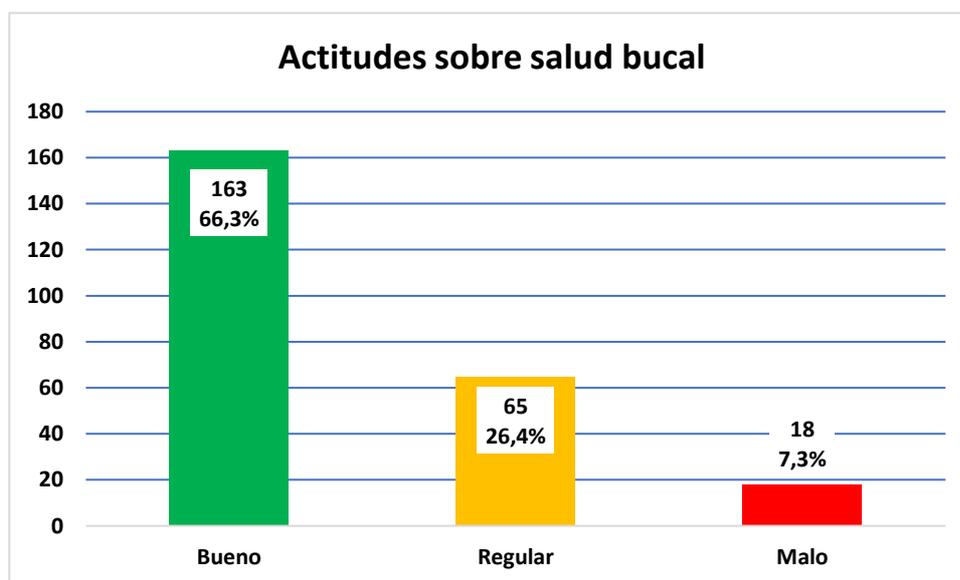
<b>Actitudes sobre salud bucal</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	163	66,3
Regular	65	26,4
Malo	18	7,3
Total	246	100,0

**Fuente: propia del investigador**

La muestra de los encuestados con mayor porcentaje de 66,3% que presenta una actitud buena sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador.

**Gráfico N° 3**

**Actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador**



**Tabla N° 4**

**Nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador**

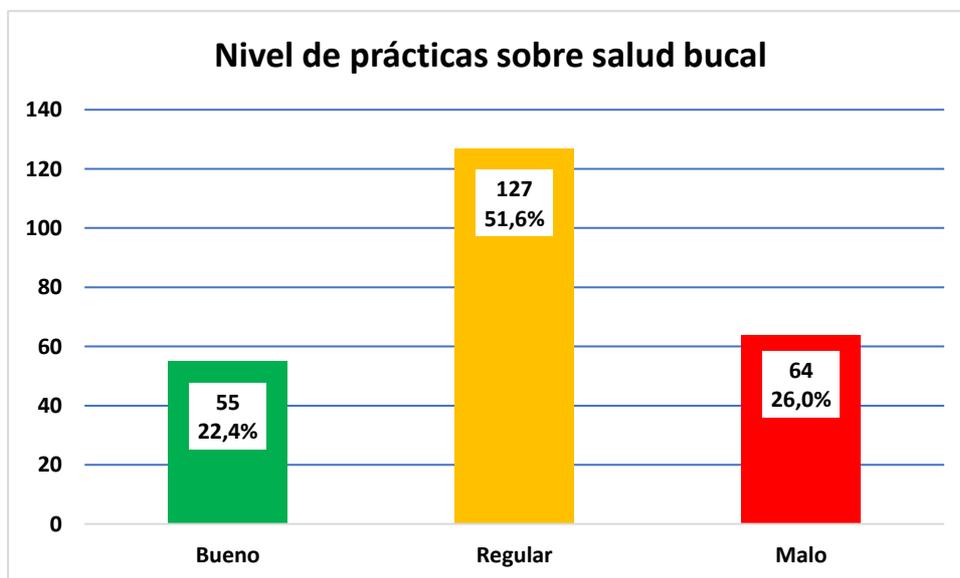
<b>Nivel de prácticas sobre salud bucal</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	55	22,4
Regular	127	51,6
Malo	64	26,0
Total	246	100,0

**Fuente: propia del investigador**

La muestra de los encuestados con mayor porcentaje de 51,6% que presenta un nivel de práctica regular sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador.

**Gráfico N° 4**

**Nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador**



**5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras**

**Tabla N° 5**

**Relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según sexo**

Estadístico						
			Sexo		Total	P valor
			Femenino	Masculino		
Actitudes sobre salud bucal	Bueno	Recuento	147	16	163	0,000
		%	59,8	6,5	66,3	
	Regular	Recuento	44	21	65	
		%	17,9	8,5	26,4	
	Malo	Recuento	18	0	18	
		%	7,3	0,0	7,3	
Nivel de prácticas sobre salud bucal	Bueno	Recuento	55	0	55	0,000
		%	22,4	0,0	22,4	
	Regular	Recuento	108	19	127	
		%	43,9	7,7	51,6	
	Malo	Recuento	46	18	64	
		%	18,7	7,3	26,0	
Total		Recuento	209	37	246	
		%	85,0	15,0	100,0	

\*chi-cuadrado \*Sig. (p<0,05)

**Fuente: propia del investigador**

En la tabla observamos la actitudes sobre salud bucal es dependiente al sexo ( $p=0,000$ ); sin embargo muestra un mayor porcentaje con 59,8% donde presenta una actitud buena sobre salud bucal en el sexo femenino, donde presenta significancia estadística. Seguidamente observamos el nivel de prácticas sobre salud bucal es dependiente al sexo ( $p=0,000$ ); sin embargo muestra un mayor porcentaje con 43,9% donde presenta un nivel de práctica regular sobre salud bucal en el sexo femenino, donde presenta significancia estadística.

**Tabla N° 6**

**Relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador, según edad**

Tabla cruzada						
			Edad		Total	P valor
			<20 años	>20 años		
Actitudes sobre salud bucal	Bueno	Recuento	85	78	163	0,001
		%	34,6	31,7	66,3	
	Regular	Recuento	16	49	65	
		%	6,5	19,9	26,4	
	Malo	Recuento	9	9	18	
		%	3,7	3,7	7,4	
Nivel de prácticas sobre salud bucal	Bueno	Recuento	28	27	55	0,019
		%	11,4	11,0	22,4	
	Regular	Recuento	63	64	127	
		%	25,6	26,0	51,6	
	Malo	Recuento	19	45	64	
		%	7,7	18,3	26,0	
Total		Recuento	110	136	246	
		%	44,7	55,3	100,0	

\*chi-cuadrado \*Sig. (p<0,05)

**Fuente: propia del investigador**

En la tabla observamos la actitudes sobre salud bucal es dependiente a la edad (p=0,001); sin embargo muestra un mayor porcentaje con 34,6% donde presenta una actitud buena sobre salud bucal en las edades <20 años, donde presenta significancia estadística. Seguidamente observamos el nivel de prácticas sobre salud bucal es dependiente al sexo (p=0,019); sin embargo muestra un mayor porcentaje con 26,0% donde presenta un nivel de práctica regular sobre salud bucal en las edades >20 años, donde presenta significancia estadística.

### 5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

**Tabla N° 7**

**Comprobación de relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.**

**H0:** No existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

**H1:** Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

<b>Correlaciones</b>				
			Actitudes sobre salud bucal	Prácticas sobre salud bucal
Rho de Spearman	Actitudes sobre salud bucal	Coeficiente de correlación	1,000	0,416
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	246	246
	Prácticas sobre salud bucal	Coeficiente de correlación	0,416	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	246	246

**Fuente: propia del investigador**

Al aplicar la prueba estadística de correlación de Spearman a las variables que son la actitudes y prácticas sobre salud bucal. Encontramos que el coeficiente de correlación de Spearman es de 0,416, esto significa que subsiste una correlación moderada positiva entre las variables de estudio donde ( $p < 0,05$ ), valor de  $P = 0,000$  por lo tanto existe evidencia estadística suficiente y se acepta la hipótesis alterna **H1**.

#### 5.4. Discusión

En la presente investigación se desarrolló un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional donde se determinó si existe relación significativa entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Grupo 7 Sector I del distrito de Villa El Salvador – 2021.

En los resultados observamos que la actitud presentó un mayor porcentaje de 66,3% de actitud buena sobre salud bucal teniendo proximidad con los autores **Singhal K, Shashidhar A, Arun S. (2017)** donde en los resultados las madres anganwadi, el 69,2% exhibió una actitud negativa con respecto a la dentición temporal de sus hijos en edad preescolar.<sup>1</sup>

observamos la actitudes según sexo muestra un mayor porcentaje con 59,8% donde presenta una actitud buena sobre salud bucal en el sexo femenino, y 8,5% presento actitud regular sobre salud bucal en sexo masculino discrepando con los resultados del autor **Victorio J. (2017)** donde en los resultados a la clase de actitud de los padres/cuidadores sobre bienestar oral de sus infantes, la totalidad de las damas (62.7%) expresaron actitudes inapropiadas, los varones la totalidad de ellos expresaron actitudes óptimas (58.3%).<sup>4</sup>

En los resultados observamos que la práctica presentó un mayor porcentaje de 51,6% de práctica regular sobre salud bucal discrepando con los autores **Singhal K, Shashidhar A, Arun S. (2017)** donde en los resultados las madres anganwadi el 61,4% sigue malas prácticas con respecto a la dentición temporal de sus hijos en edad preescolar.<sup>1</sup> Así mismo discrepa con el estudio de los autores **Asmaa A, Morawala A. (2018)** en los resultados el 48% de las madres pensaba que las practicas de los niños en salud bucal es adecuada a tres años.<sup>2</sup>

En referencia a los resultados de la actitud observamos que la actitud buena sobre salud bucal presentó un mayor porcentaje de 66,3% discrepando con el autor **Mahmoud N. (2017)** donde en sus resultados se encontró que el 99% de las madres exhibió una actitud excelente.

En nuestro estudio el 22,4% presentó buena práctica sobre salud bucal discrepando con el estudio de **Mahmoud N. (2017)** donde solo el 20% siguió las buenas prácticas hacia el bienestar oral de sus hijos.<sup>3</sup>

En referente al sexo observamos que la práctica presentó un mayor porcentaje de práctica regular sobre salud bucal en el sexo femenino con 43,9% y en sexo masculino con práctica regular con 7,7% discrepando con el autor **Victorio J. (2017)** donde en referencia a los niveles de prácticas, 62.7% de damas exhibieron prácticas regulares en desacuerdo con los varones donde el 41.7% exhibieron niveles de prácticas óptimas y la misma proporcionalidad con niveles regulares.<sup>4</sup>

En referente a la edad observamos que presentó un mayor porcentaje de actitud buena sobre salud bucal en las edades < 20 años con 34,6% y la práctica presentó un mayor porcentaje de práctica regular sobre salud bucal en las edades >20 años con 26,0% discrepando con el estudio de **Espinoza A. (2017)** donde en los resultados se exhibieron intervalos etareos de las madres de 26-35 años con 45.4%.

En los resultados observamos que la actitud presentó un mayor porcentaje de 66,3% de actitud buena sobre salud bucal mientras que la práctica presentó un mayor porcentaje de 51,6% de práctica regular sobre salud bucal. Discrepando con el autor de **Espinoza A. (2017)** donde la totalidad de madres exhiben actitudes buenas (51.7%) y ostentan prácticas regulares (60.4%) y la asociativa entre ambas evidencian que las madres que ostentaro actitudes “buenas” exhibieron prácticas “buenas” en 19.8% y “regular” en 29.5% en porcentualidades superiores y las madres con actitudes “malas” exhibieron prácticas malas en 1.9% en una totalidad porcentual.<sup>5</sup>

## **Conclusiones**

Existe relación estadísticamente significativa entre las actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres de familia sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

El tipo de actitud sobre salud bucal es buena en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

El nivel de práctica sobre salud bucal es regular en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en el sexo femenino en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en edades > 20 años en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.

## **Recomendaciones**

Examinar los conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estatus de bienestar bucodental de menores de 3 a 5 años.

Evaluar la Higiene oral y problemas bucodentales de los niños de diferentes distritos de la ciudad de Lima.

Realizar intervenciones educativas audiovisuales sobre métodos preventivos en salud bucal en los niños menores de 5 años.

Implementar programas de enseñanza de la técnicas de cepillado en los niños menores de 5 años.

Elaborar guías prácticas clínicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños menores de 5 años.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asmaa A, Morawala A. Knowledge, attitudes, and practices of mothers of preschool children about oral health in Qatar: A cross-sectional survey. *Dentistry journal*. 2018, 6 (4): 51.
2. Singhal K, Shashidhar A, Arun S. Thakur. Maternal Knowledge, attitude and practices regarding oral health of preschool children in Udipi taluk, Karnataka, India. *Journal of International Dental and Medical Research*. 2017, 10 (2): 270.
3. Mahmoud N. Oral health knowledge, attitude, and practices of Sharjah mothers of preschool children, United Arab Emirates. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2017, 7 (6): 308.
4. 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 obtener el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.
5. 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 obtener el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2017.
6. Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing Attitudes in Dental Education: Is it Worthwhile? *British Dental Journal* 2002; 193(12):1-5.
7. Castilla C. Conductas y actitudes [Internet]. Ed. Tusquets Editores S.A; 2009.
8. Oveda Ayon JD. Higiene oral y problemas bucodentales de los niños de la escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa. [Tesis para obtener título de cirujano dentista].Ecuador, Manabí:[Facultad de estomatología] Universidad San Gregorio de Portoviejo;2011.
9. Thornton G. Use of Toothpaste and Toothbrushing Patterns Among Children and Adolescents—United States, 2013–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2019, 68(4): 87.
10. 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 de cirujano dentista] Perú, 2017.

11. Escobar J, Sánchez M, Torres A. Asociación entre el uso de pastas dentales fluoradas y acceso geográfico de niños menores de 12 años de edad según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el 2018. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Privada Cayetano Heredia, 2020.
12. Ortega A, Herrera L, Díaz C, Madrid N, Castañeda C. Diagnostico Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud Gobierno El Salvador. 2012; 1(1):1-45.
13. Organización Mundial de la Salud. The global oral health programe at WHO headquarters [Internet]. Ginebra: OMS; 2012.
14. Bezerra L. Tratado de Odontopediatría T2. Ed. Sao Paulo: Editorial Amolca; 2008, 1(1): 787-809.
15. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños-2017. [Internet]. Perú: MINSA; 2017. [Citado el 25 de Agosto del 2020] Disponible en: <http://www.spo.com.pe/Publicaciones/RM%20422-2017%20MINSA.pdf>
16. Henostroza G. Caries Dental. Principios y procedimientos para el diagnóstico. Madrid – España. Universidad Peruana Cayetano H. Médica Ripano S.A. 2007.
17. Pitts N. Dental caries. Nature reviews Disease primers. 2017, 3(1): 1-16.
18. Ochoa R, Labrador L. Perspectiva evolutiva en el diagnóstico visual de caries dental. 2013, 14(2):41.
19. Rubio E, Cueto M, Suárez R, Frieyro J. Técnicas de diagnóstico de la caries dental. Descripción, indicaciones y valoración de su rendimiento. Bol Pediatr 2006, 46:23-31.
20. Alarcón D. Prevalencia de caries dental según el índice cpod y ceod en niños/as de 8 A 10 años de edad que están bajo el cuidado de sus padres vs. niños/as que han sufrido algún tipo de desintegración familiar en la Escuela Fiscal Mixta Mentor Gamboa Collantes. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Ecuador: Universidad de Cuenca, 2011.
21. Chuquillanqui M. Eficacia entre la instrucción verbal y la instrucción visual en la enseñanza de la técnica bass de cepillado en los niños del nivel primario del Centro Educativo Particular “Jaime White” Comas-Lima, año 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Lima: Universidad Alas Peruanas; 2017.

22. Espíritu M. Higiene oral antes y después de la aplicación de la técnica de Bass modificada en escolares de 2do de secundaria de la Institución Educativa Fe y Alegría N° 35, Barranca 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] 2017.
23. Morillas R. Comparación de dos programas educativos de salud oral para la disminución de placa bacteriana en escolares de 8 a 10 años de edad. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
24. Tecse S. Impacto de la intervención educativa audiovisual y lúdica de los métodos de cepillado Bass modificado y rotacional en la higiene oral de los niños de 6 y 9 años de la IE Daniel Estrada Pérez. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2018.
25. Cotacallapa S. Eficacia de la instrucción audiovisual y convencional en el índice de higiene oral simplificado en estudiantes de 9 a 11 años de la i.e. 404339 San Juan Bautista de Lasalle del centro poblado Ispacas distrito Yanaquihua provincia de Condesuyos del departamento de Arequipa 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.
26. Calizaya E. Eficacia del Cepillado Dental en la Remoción del Biofilm Dental Comparando la Técnica Bass Modificado y Stillman Modificada en Alumnos de 13 A 15 Años de la Institución Educativa Modesto Molina de Tacna 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Tacna: Universidad privada de Tacna; 2017.
27. Torres R. Intervención en salud bucal empleando dos métodos educativos en el nivel de placa dentobacteriana en escolares. La Esperanza- trujillo, 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego; 2016.
28. Francisco E, Fuenmayor V. Manual de higiene Bucal. Buenos Aires; Madrid; Medica Panamericana 2008.
29. Zhossita A. Técnicas de cepillado [Internet]. Salud y medicina presentado en; 11:38:07 UTC. Disponible en: <https://es.slideshare.net/zhossita/tcnicas-de-cepillado-28011151>.

30. Wright T, Hanson N, Fistic H, Whall C, Estrich C, Zentz R. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years – A systematic review. JADA. 2014;145(2):182-189.
31. Contreras J, De la Cruz Cardoso D, Castillo I, Arteaga M. Dentífricos fluorurados: composición; Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 2014;17(2):114-119.
32. Guajardo Hernández D. Reemineralización del esmalte humano In vitro con caseína fosfatasa –fosfato de calcio amorfo. [Tesis para optar el grado de Maestría en ciencias Odontológicas]. Monterrey – México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Odontología división de estudios de posgrado; 2012.
33. Carrillo C. Desmineralización y remineralización .El proceso en balance y la caries dental. Revista AD.2010; 67 (1): 30-2
34. Hernández R. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México, D.F., 2001, 1(1): 52 - 134.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 1: Consentimiento Informado**



Fecha: \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento, yo: .....,  
identificado (a) con DNI N° ....., y edad ....., manifiesto que  
he sido informado (a) por la Bachiller Yackelyn Serrano Salvador de la Escuela  
Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias  
de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio  
**“RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD  
BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DEL GRUPO 7 SECTOR I DEL DISTRITO  
DE VILLA EL SALVADOR – 2021”** y además me ha informado sobre la  
importancia de la veracidad de mis respuestas para su estudio. Así mismo que  
el manejo de la información obtenida es con un carácter de confidencialidad y su  
no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso,  
así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo  
decida.

En caso necesite más información, o tenga una duda sobre esta investigación  
puede contactarse por teléfono con la investigadora principal al número  
986278676.

Ante lo explicado, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación firmo  
en señal de aceptación y conformidad.

Firma: \_\_\_\_\_

N° de DNI: \_\_\_\_\_

Investigador

**ANEXO N° 2: Ficha de recolección de datos**



**UAP | UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**ENCUESTA (\*)**

**Edad:** <20 años ( ) >20 años ( )    **N° de hijos:** 1 ( ) más de 1 ( )

**Estado civil:** soltera ( ) casada ( ) viuda ( ) otro:.....

**Ocupación:** obrera ( ) empleada ( ) trabajadora independiente ( )  
trabajadora familiar no remunerado ( ) trabajadora del hogar ( )  
otro:.....

**Nivel de Instrucción:** Analfabeta ( ) Primaria ( ) secundaria ( )  
superior universitario ( ) superior no universitario ( )

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

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

VARIABLE	ESCALA/ VALORES
Actitudes sobre la salud bucal	BUENO: 13-18, REGULAR: 7-12, MALO: 0-6

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

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

VARIABLE	ESCALA/ VALORES
Prácticas sobre la salud bucal	BUENO: 14-20, REGULAR: 8-13, MALO: 0-7

**Fuentes:** 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 obtener el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

### ANEXO N° 3: Matriz de consistencia

F

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><b>Principal</b></p> <p>¿Existe relación entre actitudes y prácticas en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021?</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>¿Cuál es el tipo de actitud sobre salud bucal en padres de familia del Grupo 7 Sector I del distrito de Villa El Salvador – 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021?</p> <p>¿Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según sexo?</p> <p>¿Existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según edad?</p>	<p><b>Principal</b></p> <p>Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Determinar el tipo de actitud sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p> <p>Determinar el nivel de práctica sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p> <p>Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según sexo.</p> <p>Determinar si existe relación entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021, según edad.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Existe relación significativa entre actitudes y prácticas sobre salud bucal en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p>	<p>- Actitud sobre salud bucal.</p> <p>- Prácticas sobre salud bucal.</p>	<p><b>Nivel de investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo - correlacional</li> </ul> <p><b>Diseño de la investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No experimental</li> <li>• Transversal</li> <li>• Prospectivo</li> </ul> <p><b>Población</b></p> <p>La población estará conformada por padres de familia en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>La muestra estará conformada por 50 padres de familia en padres de familia del Sector I Grupo 7 del distrito de Villa El Salvador – 2021.</p> <p><b>Técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observación</li> <li>-Evaluación virtual</li> </ul> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuesta</li> </ul>

## Anexo N° 4: Base de datos

n°	Sexo	Edad	Actitudes sobre salud bucal	Prácticas sobre salud bucal
1	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
2	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
3	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
4	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
5	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
6	Masculino	>20 años	Regular	Regular
7	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
8	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
9	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
10	Femenino	>20 años	Malo	Malo
11	Masculino	>20 años	Regular	Malo
12	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
13	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
14	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
15	Femenino	<20 años	Regular	Regular
16	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
17	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
18	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
19	Femenino	>20 años	Regular	Regular
20	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
21	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
22	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
23	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
24	Masculino	>20 años	Regular	Malo
25	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
26	Femenino	>20 años	Regular	Malo
27	Femenino	<20 años	Malo	Malo
28	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
29	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
30	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
31	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
32	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
33	Masculino	>20 años	Regular	Regular
34	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
35	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
36	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
37	Femenino	>20 años	Malo	Malo
38	Masculino	>20 años	Regular	Malo
39	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
40	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
41	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
42	Femenino	<20 años	Regular	Regular
43	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
44	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
45	Femenino	>20 años	Regular	Malo
46	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
47	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
48	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
49	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
50	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
51	Masculino	>20 años	Regular	Malo
52	Femenino	>20 años	Regular	Bueno

53	Femenino	>20 años	Regular	Malo
54	Femenino	<20 años	Malo	Malo
55	Masculino	>20 años	Regular	Regular
56	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
57	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
58	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
59	Femenino	<20 años	Regular	Regular
60	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
61	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
62	Femenino	<20 años	Regular	Regular
63	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
64	Femenino	>20 años	Malo	Malo
65	Masculino	>20 años	Regular	Malo
66	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
67	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
68	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
69	Femenino	<20 años	Regular	Regular
70	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
71	Femenino	>20 años	Regular	Regular
72	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
73	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
74	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
75	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
76	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
77	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
78	Masculino	>20 años	Regular	Malo
79	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
80	Femenino	>20 años	Regular	Malo
81	Femenino	<20 años	Malo	Malo
82	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
83	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
84	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
85	Femenino	<20 años	Regular	Bueno
86	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
87	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
88	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
89	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
90	Femenino	>20 años	Regular	Regular
91	Femenino	>20 años	Malo	Malo
92	Masculino	>20 años	Regular	Malo
93	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
94	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
95	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
96	Femenino	<20 años	Regular	Regular
97	Femenino	<20 años	Regular	Regular
98	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
99	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
100	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
101	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
102	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
103	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
104	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
105	Masculino	>20 años	Regular	Malo

106	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
107	Femenino	>20 años	Regular	Malo
108	Femenino	<20 años	Malo	Malo
109	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
110	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
111	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
112	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
113	Femenino	<20 años	Regular	Regular
114	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
115	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
116	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
117	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
118	Femenino	>20 años	Malo	Malo
119	Masculino	>20 años	Regular	Malo
120	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
121	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
122	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
123	Femenino	<20 años	Regular	Regular
124	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
125	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
126	Femenino	>20 años	Regular	Malo
127	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
128	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
129	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
130	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
131	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
132	Masculino	>20 años	Regular	Malo
133	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
134	Femenino	>20 años	Regular	Malo
135	Femenino	<20 años	Malo	Malo
136	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
137	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
138	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
139	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
140	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
141	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
142	Femenino	<20 años	Regular	Regular
143	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
144	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
145	Femenino	>20 años	Malo	Malo
146	Masculino	>20 años	Regular	Malo
147	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
148	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
149	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
150	Femenino	<20 años	Regular	Regular
151	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
152	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
153	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
154	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
155	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
156	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
157	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
158	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
159	Masculino	>20 años	Regular	Malo

160	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
161	Femenino	>20 años	Regular	Malo
162	Femenino	<20 años	Malo	Malo
163	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
164	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
165	Femenino	<20 años	Regular	Bueno
166	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
167	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
168	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
169	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
170	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
171	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
172	Femenino	>20 años	Malo	Malo
173	Masculino	>20 años	Regular	Malo
174	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
175	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
176	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
177	Femenino	<20 años	Regular	Regular
178	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
179	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
180	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
181	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
182	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
183	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
184	Femenino	>20 años	Regular	Regular
185	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
186	Masculino	>20 años	Regular	Malo
187	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
188	Femenino	>20 años	Regular	Malo
189	Femenino	<20 años	Malo	Malo
190	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
191	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
192	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
193	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
194	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
195	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
196	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
197	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
198	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
199	Femenino	>20 años	Malo	Malo
200	Masculino	>20 años	Regular	Malo
201	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
202	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
203	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
204	Femenino	<20 años	Regular	Regular
205	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
206	Femenino	>20 años	Regular	Regular
207	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
208	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
209	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
210	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
211	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
212	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
213	Masculino	>20 años	Regular	Malo

213	Masculino	>20 años	Regular	Malo
214	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
215	Femenino	>20 años	Regular	Malo
216	Femenino	<20 años	Malo	Malo
217	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
218	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
219	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
220	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
221	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
222	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
223	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
224	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
225	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
226	Femenino	>20 años	Malo	Malo
227	Masculino	>20 años	Regular	Malo
228	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
229	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
230	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
231	Femenino	<20 años	Regular	Regular
232	Femenino	<20 años	Bueno	Regular
233	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
234	Femenino	>20 años	Bueno	Malo
235	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
236	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
237	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno
238	Femenino	>20 años	Bueno	Regular
239	Femenino	>20 años	Bueno	Bueno
240	Masculino	>20 años	Regular	Malo
241	Femenino	>20 años	Regular	Bueno
242	Femenino	>20 años	Regular	Malo
243	Femenino	<20 años	Malo	Malo
244	Masculino	>20 años	Bueno	Regular
245	Femenino	<20 años	Bueno	Malo
246	Femenino	<20 años	Bueno	Bueno