

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología

TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON
LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL DE NIÑOS DE LA IEI N° 320.
AYACUCHO 2020

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

PRESENTADO POR:

Bach. ALFARO GALVEZ, HERLINDA GABRIELA

ASESORA:

Mg. DE LA PAZ AYALA, GIULIANA MELISA

AYACUCHO – PERÚ

2022

Esta presente investigación se lo dirijo a mis queridos papas, pareja y mis queridos hijos que son mi motor y motivo, en especial a mi querido angelito ISMAEL que desde el cielo guía mis pasos y me da fuerzas para seguir adelante.

En primer lugar, agradezco a DIOS quien me da salud, fuerza y valentía en todo momento para poder lograr mis objetivos.

En segundo lugar, agradezco a mis padres JORGE LUIS ALFARO ROJAS y mi querida madre NANCY IRAIDA GALVEZ SALDAÑA por todo el apoyo incondicional que me brindan en todo momento ya que sin su apoyo no hubiera sido posible llegar a mi propósito.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	vii
Abstract	ix
Introducción	x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación del problema	13
1.2.1 Problema principal	13
1.2.2 Problemas secundarios	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo principal	14
1.3.2 Objetivos secundarios	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.4.1 Importancia de la investigación	16
1.4.2 Viabilidad de la investigación	16
1.5 Limitaciones del estudio	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.1.1 Internacionales	17
2.1.2 Nacionales	18
2.2 Bases teóricas	20
2.3 Definición de términos básicos	33

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis principal y específicas	35
--	----

3.2 Variables	35
3.2.1 Definición de las variables	35
3.2.3 Operacionalización de las variables	36

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico	53
4.2 Diseño muestral	53
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	56
4.5 Aspectos éticos	57

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo	58
5.2 Análisis inferencial	58
5.3 Comprobación de hipótesis	58
5.4 Discusión	68

CONCLUSIONES	70
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	71
------------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACIÓN	72
-------------------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO N° 1: Carta de presentación

ANEXO N° 2: Consentimiento informado

ANEXO N° 3: Cuestionario

ANEXO N° 4: Ficha clínica

ANEXO N° 5: Ficha de validación del instrumento mediante juicio de expertos

ANEXO N° 6: Resumen del procedimiento de análisis de fiabilidad del instrumento

ANEXO N° 7: Fotografías de la recolección de datos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños	58
Tabla N° 2. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños...	60
Tabla N° 3. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones	61
Tabla N° 4. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción	63
Tabla N° 5. Índice de caries dental de niños.....	65
Tabla N° 6. Índice de caries dental de niños, según el sexo.....	66
Tabla N° 7. Índice de caries dental de niños, según la edad	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños	59
Gráfico N° 2. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños	60
Gráfico N° 3. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones	62
Gráfico N° 4. Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción	64
Gráfico N° 5. Índice de caries dental de niños	65
Gráfico N° 6. Índice de caries dental de niños, según el sexo	66
Gráfico N° 7. Índice de caries dental de niños, según la edad.....	67

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental en niños del IEI No. 320 "San Miguelito Arcángel". Métodos: Se realizó estudios básicos y no experimentales, diseños descriptivos, prospectivos, transversales, niveles de correlación y métodos observacionales. El modelo estuvo conformado por 70 niños y sus mamás. El tipo de muestreo empleado fue censal. La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta y observación, ya que se pretendió entender lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas hechas por escrito y a su vez ponerse en contacto con el hecho o fenómeno a investigar. Se empleó 2 instrumentos debidamente validados, un formulario sobre caries dental y una ficha clínica. *Resultados:* el 71,4% de las madres presenta un conocimiento medio sobre caries dental y el 95,7% de los niños presentan un índice de caries dental muy bajo. No existe relación entre el índice de caries dental con el sexo y la edad de los niños. No existe relación entre el nivel de conocimiento y dimensiones, ni con el grado de instrucción de las madres. No existe relación entre el nivel de conocimiento y la prevalencia de caries dental ($p=0,708$).

Palabras claves: nivel de conocimiento sobre caries dental, índice de caries dental

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the mothers' level of knowledge and the prevalence of dental caries in children from IEI No. 320 "San Miguelito Arcángel". *Methodology:* a basic and non-experimental type research was carried out, descriptive, prospective, cross-sectional design, correlational level and observational method. The sample consisted of 70 children and their mothers. The type of sampling used was census. The technique used for data collection was the survey and observation, since it was intended to know what the respondents do, think or think through written questions and in turn get in touch with the fact or phenomenon to be investigated. Two duly validated instruments were used, a questionnaire on dental caries and a clinical record. *Results:* 71.4% of the mothers present an average knowledge about dental caries and 95.7% of the children present a very low dental caries index. There is no relationship between the rate of dental caries and the sex and age of children. There is no relationship between the level of knowledge and dimensions, nor with the level of education of the mothers. There is no relationship between the level of knowledge and the prevalence of dental caries ($p = 0,708$).

Keywords: level of knowledge about dental caries, dental caries index

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad dental infecciosa y transmisible caracterizada por la desintegración progresiva del tejido calcificado debido al efecto de los microbios sobre los azúcares fermentables de la dieta. La patología es multicausal y crónica, influenciada por factores como los detalles del huésped, las bacterias y el sustrato (carbohidratos refinados). La mezcla de todos estos causantes y su continuidad en el tiempo determina la sensibilidad a la caries y su evolución¹.

Las causas de peligro para la progresión de la caries dental incluyen la práctica incorrecta o la falta de higiene bucal, la utilización de métodos de precaución de la caries dental, la dieta, etc. por lo que es necesario comprender estos factores asociados con el desarrollo de la caries dental, ya que se observa con frecuencia en personas de todas las edades un problema de salud².

La caries dental es considerada la enfermedad más grave en la historia de las enfermedades bucodentales a nivel mundial. Actualmente, su disposición y gravedad varían según la zona, y su formación está relacionada en gran medida con causantes socioculturales, monetarios, ambientales y conductuales. ya que su predominio ha reducido en los países industrializados, afecta del 60 al 90 por ciento de la comunidad de infantes y adulta^{1, 3}.

Es muy importante el papel que juega la familia, especialmente la persona encargada del cuidado diario del niño, normalmente la madre, ya que se conoce que los niños pequeños imitan frases, juegos, gestos y acciones, asimilando y imitando lo que oyen y ven Todo, por lo que los padres son uno de los modelos a seguir que tienen desde pequeños, por tanto, es su modelo a seguir Depende de lo buena o mala que sea la salud oral del infante. Es importante que las personas que comprenden la familia requieran un estilo de vida sana, como un adecuado cepillado de dientes, hábitos de alimentación saludable, como una dieta cariogénica, y evitar hábitos bucales, como el uso de aspiradoras digitales, entre otros; y en todo aquello donde los padres desempeñen un papel fundamental tratando que el infante requiera costumbres aceptados, beneficiosos y cooperar al buen progreso del sistema estomatognático².

La educación de los padres en salud bucal es uno de los ejes para garantizar la salud integral de un infante, afirmando así una mejor calidad de vivencia para una persona. La falta de conocimientos referente a salubridad oral de los papas conduce a la mala interpretación de que los dientes de leche no son importantes, la falta de atención oportuna de los niños y el aumento del riesgo de enfermedades bucales que podrían haberse evitado con dientes sanos⁴.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La caries dental es una de las patologías más comunes de los bebés en los países en desarrollo. El método de control más eficaz es principalmente educar a los pacientes y a los padres⁵. Esta prevalencia infantil sigue siendo un motivo elemental de la pérdida de dientes. Se produce después de la erupción de dientes intactos y comienza con la desmineralización local. Si no se trata a tiempo, puede conducir a la pérdida completa de dientes.

El éxito para tener una cavidad oral sana es una adecuada limpieza bucal y visitas periódicas al dentista; cuando somos infantes es una obligación saber hacerse la limpieza bucal, y la enseñanza aprendizaje de la madre que se encarga de transmitir este conocimiento al niño es muy importante.

En muchos casos, la ignorancia y la falta de educación hacen que los individuos tengan una comprensión fallida de la terapéutica dental infantil, el cual debe iniciarse después de que todos los dientes hayan salido a la edad de tres años; esta es la vejez para iniciar cualquier tipo de tratamiento preventivo⁶. Se deben tomar medidas preventivas donde deben comenzar en el primer mes de vida, a través de medidas dietéticas, medidas de higiene dental y el uso de flúor, recordando que la higiene bucal es responsabilidad de los padres hasta que el infante consiga la flexibilidad capacitada.

La información sobre salud oral debe empezar durante el embarazo, porque es más fácil para las futuras madres aceptarla y establecer rutinas que puedan prevenir o mantener las patologías bucodentales más comunes de los lactantes en el futuro⁶. En Perú, independientemente de la condición física, mental o neurológica del bebé, el cuidado dental debe iniciarse dentro de los primeros 12 meses de vida⁷.

En años finales, el MINSA y El Colegio Peruana de Odontología han reportado algunos resultados relacionados con la experiencia de caries dental, especialmente en niños y adolescentes, si es necesario establecer un perfil epidemiológico, estos esfuerzos aún son insuficientes. Caries dental a nivel nacional⁸.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, el Perú es uno de los países de América Latina más afectados por las enfermedades bucodentales, mostrando específicamente que la proporción de la población peruana se encuentra entre el 90% y el 95%, según un pronóstico de 2013 de la Oficina Nacional de Estadísticas, equivale a 30 millones de Residentes e Informática-INEI padecen caries dental, además de ser uno de los países con mayor tasa de picadura dentaria entre niños menores de 12 años⁹.

Los residentes de Ayacucho tienen una alta tasa de caries dental entre los niños, la cual puede ser causada principalmente por la falta de comprensión de la patología por parte de los apoderados; porque como ustedes saben, los infantes imitan y remedan palabras, gestos y comportamientos, asimilan y copia todo lo que oyen y ven, por lo tanto, la salud bucal del niño depende de los padres.

El propósito de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento materno y su asociación con el predominio de caries dental en niños de la I.E.I. N° 320 “San Miguelito Arcángel”, a fin de que estos datos se transformaran en un aporte fundamental para el desarrollo de políticas y sistemas de salud bucal, cuyo fundamental propósito es la prevención y la educación en salud bucal apropiada para toda la población.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

1.2.2 Problemas secundarios

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es el índice de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es el índice de caries dental de niños, según el sexo, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

¿Cuál es el índice de caries dental de niños, según la edad, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

1.3.2 Objetivos secundarios

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Determinar el índice de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Determinar el índice de caries dental de niños, según el sexo, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Determinar el índice de caries dental de niños, según la edad, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

1.4 Justificación de la investigación

Este trabajo se justifica de modo social porque tiene como objetivo que los papás de infantes de 3 a 5 años comprendan la importancia de la caries dental para contribuir a la sociedad; también es importante la difusión y precaución de bienestar oral, que mejorará su calidad de vida.

Tiene implicaciones teóricas y prácticas, ya que se espera que los resultados de este trabajo ayuden a optimizar y comprender el conocimiento de los padres y/o cuidadores del niño sobre el proceso de la caries dental; así mismo, se podrán plantear planes de salud bucal, prevención y tratamiento con base en los datos. La información sobre caries dental se adapta a la situación real del grupo de investigación.

Es útil metódicamente porque este estudio puede ayudar a crear una nueva herramienta (cuestionario) para la recopilación o el análisis de datos que se puede utilizar para investigaciones futuras.

Personalmente, el interés profesional que me impulsó a realizar este estudio se centró en el hecho de que las zonas de conocimiento requeridas están específicamente asociadas con el diagnóstico y tratamiento que realizaré diariamente en mi práctica odontológica. Hablando de precaución cuando mencionamos una de las acciones de salud más importantes para evitar patologías.

1.4.1 Importancia de la investigación

La caries dental es una de las enfermedades más comunes entre los peruanos y su eliminación es un desafío para todos los que pertenecen al bienestar de los niños. Esta enfermedad generalmente ocurre a una edad muy temprana. La falta de orientación de los apoderados sobre cómo asistir y mantener la limpieza bucal para evitar esta patología nos ha llevado a buscar formas de reducir y erradicar este problema. Por tanto, este estudio se centrará en el entendimiento y la disposición de los padres, porque juegan un rol fundamental en la dirección de la salubridad orodental de los infantes, particularmente en el desarrollo de las costumbres alimentarios y la limpieza bucal. Recordando que la difusión del bienestar debe comenzar desde el entorno familiar, los modelos a seguir y las posturas de los apoderados son determinantes.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Este trabajo fue posible gracias a la disponibilidad de suficientes recursos humanos, económicos y materiales para efectuar el estudio en el tiempo previsto.

1.5 Limitaciones del estudio

El estudio no hubo límites.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Silva S. (2016) Ecuador; su objetivo fue determinar el conocimiento de los apoderados sobre la picadura dentaria de los infantes en el CEI de Luxemburgo. Metodología: es descriptivo transversal se realizó porque su finalidad era disponer estas estadísticas a partir de una muestra de probabilidad simple, es decir, seleccionar la población mediante la encuesta del C.E de Luxemburgo. Resultados: el grado de conocimientos sobre nutrición fue del 46% (bajo), el grado de conocimientos sobre precaución fue del 44,6% (bajo) y el grado de conocimientos referente a estomatología fue del 56,8% (medio). Conclusión: los papás tienen un entendimiento sobre la picadura dentaria de 8,74% (bajo)¹⁰.

González E, Pérez S, Alarcón J, Peñalver M. (2015) España; el objetivo era investigar la comprensión de los pediatras y apoderados andaluces sobre la caries de formación temprana y evaluar si los pediatras brindan a los papas información sobre la salud bucal de los niños y las visitas al dentista pediátrico. Materiales y métodos: Un modelo aleatorizado de 113 pediatras y 112 apoderados con infantes menores de 3 años recogieron un formulario anónimo, incluidos 14 pediatras y 16 papas. La pregunta se divide en 5 partes: visita al odontólogo, limpieza bucal, caries, costumbres alimenticias y terapia de la caries. Utilice la prueba de χ^2 para determinar la diferencia entre los dos grupos. Resultados: el pediatra sabe muy poco sobre ir al dentista y tratar la caries, pero sabe lo suficiente sobre higiene bucal, caries y costumbres alimenticios. Los papas saben poco sobre todos los aspectos de la investigación, especialmente sobre la terapia de la caries. No hay diferencia significativa entre los pediatras y sus padres en cuanto al conocimiento del dentista, pero los pediatras tienen más conocimientos sobre limpieza, caries dental, costumbres alimenticias y terapia (p

<0,001). La gran parte de los apoderados dijeron que el pediatra no les informó en detalle sobre la posibilidad de cuidado bucal o visitar a un dentista pediátrico. Conclusiones: los pediatras en Andalucía deben mejorar su comprensión de la caries dental de aparición temprana y permitir que los padres aprendan más sobre el cuidado oral y la probabilidad de visitar a un dentista pediátrico. Los padres saben poco sobre la caries dental de aparición temprana, especialmente los métodos de tratamiento¹¹.

Pineda D, Rodríguez L. (2015) Ecuador; el objetivo fue disponer la asociación entre la continuidad de caries dental en escolares y el conocimiento de la madre sobre la salud oral. Cuenca 2014-2015. Materiales y Métodos: fue de 113 infantes y sus correspondientes apoderados, los infantes fueron examinados clínicamente para disponer la continuidad de caries dental y las mamás fueron encuestadas para disponer el grado de conocimientos referentes salud oral. Resultados: en nuestro caso, las mamás que saben poco sobre salud bucal no han tomado las medidas adecuadas para prevenir la caries, ni han participado en la en el aprendizaje de costumbres saludables a sus hijos, por lo que sus progenitores son más propensos a las caries porque los niños de esta edad necesitan de sus apoderados. El trabajo efectuado en la unidad educativa Fe y Alegría mostró una $p = 0,000$ estadísticamente significativa entre la frecuencia de caries dental en niños en edad escolar y el grado de conocimiento sobre salud bucal de sus madres. La repercusión de caries dental en infantes fue del 92,9%, y la incidencia de caries dental determinada por el índice CPOD fue baja (32,7%), moderada (34,5%) y alta (32,7%). El grado de conocimientos referente a salubridad bucal de las mamás entrevistadas se dividió en alto (32,7%), medio (43,4%) y bajo (23,9%)¹².

2.1.2 Antecedentes nacionales

Iparraguirre N. (2021) Trujillo; su propósito fue establecer el grado de conocimiento de los apoderados de I.E. referente a salud oral infantil. Preescolar. Nro. 82175, 80478, 82177, Distrito de Chillía, Patate-La Libertad, 2020. Materiales

y métodos: Se efectuó una investigación transversal descriptiva y se aplicó una entrevista online a 92 papas de niños en edad preescolar a través de un interrogatorio virtual aprobado. (Google Sheets) Resultados: El nivel de cognición referente a bienestar bucal de los apoderados de infantes en edad preescolar fue inferior al 56,5%, y el nivel normal fue del 43,55%. La salud bucal se evaluó desde tres dimensiones: caries dental, precaución de enfermedades, nutrición y limpieza oral. Conclusión: El grado de conocimiento sobre salud bucodental de los apoderados de infantes en edad preescolar es pobre, no existiendo diferencia en género, edad y nivel educativo¹³.

Cayo N, Cosme T, Morales R. (2019) Lima; determinar la asociación entre la caries de los padres y los niveles de conocimiento sobre salud bucal en niños de 36 a 71 meses. Materiales y métodos: El boceto del método fue observacional, representativo, transversal y correlacional, además, la modelo estuvo conformada por 123 niños que participaron en el IEI N° 161 “Carapongo” en el año 2018. Realizamos evaluaciones clínicas de padres e hijos utilizando el índice ceo-d mediante un cuestionario validado, realizamos análisis estadísticos de los datos y utilizamos la prueba estadística coeficiente de asociación de Spearman para posibles correlaciones entre variables. Resultados: La tasa de predominio de caries dental en infantes de 36 a 71 meses fue del 89,43% ($X=4,03$, $SD=2,820$), lo que menciona que la gravedad de la caries dental fue moderada y el índice ceo de los infantes de 60 a 71 meses fue alto. -d ($X=4.18$, $SD=3.16$) relativo a otros grupos de edad. En cuanto a los padres, mostraron algún nivel de conocimiento en salubridad bucodental general, y los apoderados que terminaron la educación superior, todos mostraron un mayor grado de conocimiento (bueno). Las correlaciones para las fundamental variables fueron $p<0,001$ y $\rho= -0,906$. CONCLUSIÓN: La caries dental en niños estudiantes está relacionada con el grado de conocimiento de los papas, que a su vez está relacionado con el grado educativo. Por lo tanto, es fundamental que los apoderados tengan un conocimiento básico de la salud bucal, que se refleja en la salud bucal de los niños¹⁴.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Salud bucodental

La boca es la puerta de entrada al sistema digestivo, la lengua, las piezas dentarias y las glándulas de saliva reciben el alimento y empieza a descomponerlo y prepararse para agregarlo. Las piezas dentarias y la lengua también son comprometidos de dar forma al rostro, ayudando a los individuos a hablar con claridad.¹⁵.

Para la OMS, el bienestar oral es básica para disfrutar el bienestar y un buen atributo de vida. Puede definirse como la falta de dolor oral o de garganta, Enfermedades, picadura dentaria, la falta de dientes y otra patología y dificultades que limitan la capacidad de los individuos implicados para morder, sonreír y fonética, y afectan su salud social y mental.¹⁶.

a. Dentición primaria

Los dientes de leche consisten en veinte dientes. Estos dientes son: dos incisivos centrales maxilares y dos mandibulares, dos incisivos maxilares y dos mandibulares, dos caninos maxilares y dos mandibulares y cuatro caninos maxilares. cuatro molares mandibulares; su formación se inicia en la 5^{ta} o 6^{ta} semana de vida endouterina, su gemación clínica se inicia alrededor de los 6 meses y se completa en unos 3 años. Futuramente, de los seis a los doce años de edad, se produce el desarrollo de la muda y los dientes primarios son cambiados por dientes permanentes, los incisivos son reemplazados por los incisivos correspondientes y los molares temporales son cambiados por los únicos premolares¹⁷.

La destrucción de los dientes temporales suele continuar en secuencia: incisivos, 1eros molares, caninos y 2dos molares, con los dientes inferiores también delante del maxilar superior¹⁸.

b. Importancia de la dentición primaria

Los dientes temporales son muy importantes en la primera etapa de la dentición temporal y el proceso de cambio de dientes. La ausencia de espacio provocada por la pérdida rápida de la dentición temporal es un factor importante en la determinación de la evidencia de mal articulación, por lo que es fundamental preservar el espacio que pertenece cada pieza dentaria temporal para favorecer la formación de la relación oclusal. La dentición permanente es normal. Otra razón por la que los dientes temporales juegan un papel esencial es que contribuyen al desarrollo normal de los músculos masticatorios ya la formación y desarrollo de la mandíbula y la cara.; manteniendo el espacio, alineación y articulación de las piezas dentarias en dientes permanentes, aunque es considerada el trabajo fundamental de la deglución La preparación y digestión de los alimentos también contribuyen al desarrollo de la vocalización¹⁹.

Por ello, es importante e indudable que es necesario prevenir cualquier pérdida o daño de los dientes temporales, si ya están presentes, deben ser tratados a tiempo para evitar que el infante no pueda disfrutar de una mordida completa y de trabajo¹⁹.

2.2.2 Caries dental

Es una patología infecciosa crónica que provoca la pérdida ubicada de la capa dental por la acción de los ácidos producidos por los depósitos microbianos adheridos a los dientes. Las lesiones cariosas son un mecanismo de desmineralización cuyo desarrollo conduce a la creación de caries irreversibles²⁰.

Cuando las manchas, grietas o lesiones superficiales lisas muestran un ablandamiento del piso o la pared o destrucción del esmalte dental, registramos la caries²⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud, las manchas blancas y / o calcáreas no se diagnostican como caries; manchas ásperas o discromía; hay agujeros o grietas en el área de esmalte que se utilizan para reparar el examinador, pero no

se ve suavidad en el fondo. Ablandamiento de la área, esmalte o paredes parcialmente dañados; áreas donde se ha excavado el esmalte, áreas oscuras, brillantes y duras en los dientes que muestran evidencias de fluorosis de moderada a severa²¹.

a. Etiología

La picadura dentaria puede ocurrir en otra área del diente, es decir, en la cavidad oral con placa en el área. Si bien la picadura dentaria es una patología de varios factores, se refiere en las cualidades e interconexiones de los nombrados factores de base, etiología, fundamentales: dieta, hospedador y microbios^{3, 22}.

Para luego, ciertos autores señalaron que hay algunos factores de ajuste que intervienen definitivamente en la aparición y progreso de la caries dental, entre ellos: tiempo, edad, bienestar global, flúor, nivel educativo, nivel socioeconómico, vivencia previa de picadura dentaria, grupos epidemiológicos y variables de comportamiento²³.

Los microbios los azúcares fermentables y los cambios en la estructura del diente, junto con la susceptibilidad significativa del interno, son causas que interrelacionan en la creación de caries²⁴.

b. Factores etiológicos

La fosa dentaria es una patología multicausal que consta en el desarrollo dinámico de la desmineralización-rem mineralización (de-re), incluyendo la interacción entre el Ca y el P, la estructura dental y la saliva (placa líquida), derivada del metabolismo fermentable. Los ácidos de los carbohidratos pasan a través de los microbios orales²⁴.

Microorganismos

La boca reserva una de las poblaciones microbianas más distintas y aglomerada del cuerpo. Se tanea que en él viven más especies que la mía, cada una de ellas está demostrada por varias cepas, y se han encontrado 108 tipos de

microorganismos en el biofilm dental de 1 mm³ y 1 mg. Entre las bacterias presentes en la cavidad bucal, hay tres tipos principales de bacterias asociadas con la picadura dentaria: Streptococcus, entre ellos subespecies S. mutans, S. sobrinus y S. sanguinis (antes nombrado S. sanguis); Lactobacillus, con Lactobacillus casei, Lactobacillus fermentum, Lactobacillus plantarum y Lactobacillus oris y las subespecies Actinomyces, y las subespecies A. israelis y A. Naeslundii³.

Los fundamentales microbios implicadas en la creación de caries dentales son³:

Streptococcus mutans: forma una gran cantidad de polisacáridos extracelulares, permite la formación de grandes placas, produce una gran mayor abundancia de ácido a pH bajo y degrada algunas sialoglico-proteínas fundamentales para evitar el desarrollo temprano de la caries dentaria.

Lactobacillus: Aparecen cuando la ingesta frecuente de carbohidratos, producen mucho ácido y juegan un papel importante en la patología dentaria.

Actinomyces: En relación con la enfermedad de la raíz cariosa, rara vez inducen caries del esmalte y la patogenia que producen es más lenta que la de otros microbios.

Huésped: saliva, diente, inmunización y genética

Saliva: Juega un papel muy importante en el cuidado de las tabletas dentales erosionadas por ácido. Evita la diseminación de iones ácidos en las piezas dentarias y la eliminación de la solución de apatita de las piezas dentarias. La porción de sacarosa en la saliva incita el flujo de saliva, que se desintegra y se ingiere, evitando la acumulación de sustratos³.

Dientes: Estructuras anatómicas como zonas de relación protuberantes o fosas y fisuras profundas, la condición y oclusión de las piezas dentarias tienen poco que ver con el desarrollo de las picaduras, ya que respaldan la coagulación de la placa y los alimentos adheridos y dificultan la limpieza oral. También debemos

considerar la disolución de minerales en la capa más externa del esmalte, a este rango los prismas son enriquecidos en fosfato de Ca y carbonato de Ca, pero a paso que las lesiones avanzan hacia adentro se encuentran carbonatos¹³.

Inmunidad: Hay señales de que el sistema inmunitario puede enfrentar los microbios cariogénicos al reaccionar con anticuerpos contra la inmunoglobulina salival tipo A y al generar una respuesta celular por parte de los linfocitos T. Como en otros campos, las respuestas inmunitarias a los microbios difieren según el antígeno y el huésped³.

Genética: La Sociedad de Genética aprecia que la cooperación de la biología de la caries es de alrededor del 40%. Las causas de las fosas dentales varían ampliamente y es dificultoso que un solo gen esté involucrado. Otra forma de reconocer genes candidatos como genes parentales es escanear el genoma. De lo opuesto, no se puede relacionar con el progreso de caries³.

Dieta

Los nutrientes esenciales metabolizados por los microorganismos vienen de las comidas. Entre ellos, los azúcares fermentables son los fundamentales factores que afectan a su producción y evolución³.

Más detallado, La sacarosa, azúcar fermentable con mayor agente productor de caries, también actúa como sustrato de polisacáridos insolubles, dando lugar a ex polisacáridos (fructanos y glucanos) y matriz. Se ha descubierto que el origen de la caries dentaria es la continuidad de consumo de azúcares procesables, no la cantidad total de azúcares ingeridos, especialmente la pegajosidad de las comidas que incluyen azúcares³.

La caries dental se desarrollará más rápido si come azúcar con frecuencia durante mucho tiempo, o si el factor protector natural es severamente deficiente. En ciertos casos, la suma de ácidos corrosivos puede exacerbar en gran medida el problema³.

Tiempo

El biofilm microbiano debe ser descartada antes de que se endurezca, y no se producirá caries²⁵.

El biofilm oral puede producir caries porque sus microorganismos tienen la capacidad de resistir el ácido y los ácidos genéticos. De esta manera, los azúcares fermentables de la dieta no son suficientes, pero también deben trabajar durante mucho tiempo para mantener una placa-esmalte constante pH a nivel de interfaz²⁶.

c. Riesgo de caries dental

Se conceptualiza como la probabilidad de que un miembro de una comunidad específica desarrolle una enfermedad en una época determinada. A través de la definición notamos la convergencia de las tres proporciones que siempre están asociadas con la conceptualización de peligro: patogénesis, denominador de base comunitario y duración. Además la idea del peligro, también se utiliza los términos índice y causas de riesgo³.

El peligro de picadura dentaria, se refiere a la posibilidad de obtener o formar caries dental, se puede determinar de forma intuitiva de la forma más sencilla, totalmente guiado por las manifestaciones clínicas del paciente. Por tanto, la existencia de múltiples lesiones de picadura indica más o menos un alto riesgo, y si además se encuentra una mala higiene bucal, esta impresión se verá reforzada³.

Dado que sin duda es conveniente agregar otros factores relacionados con la enfermedad, para que esta valoración sea más precisa, la industria lleva décadas trabajando para determinar el mejor método para anticipar la aparición o progreso de picadura dentaria. Por tanto, el riesgo actual de hipotermia se puede expresar en proporción, o aunque de forma poco precisa y arbitraria clasificar al paciente según el nivel de riesgo que se le asigna: alto, medio o bajo³.

d. Factores de riesgo

Se pueden encontrar²⁷:

Edad: 5 – 8 años (1er período de recambio), 10 – 13 años (2do período de recambio)

Economía baja

No hay higiene oral menos de 2 veces por día

Ausencia de picadura dentaria

Deformaciones dentobucuales

Retraso psicomotor

Desnutrición antes de nacer y al nacer

Hábito de mamadera en la noche y/o chupete con dulce

Ingesta cotidiana de líquidos y/o bebidas carbonatadas

Respiración oral

Uso prolongado de antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepresivos y algunos antihipertensivos (amlodipino)

Síndrome de Sjögren, displasia ectodérmica

Patologías del corazón, diabetes mellitus, colagenosis

Inmunosupresión, patología de la sangre

Patologías de las glándulas salivales

No al contacto al flúor

e. Signos y síntomas

Odontalgia, post-ingesta caramelos y de ingesta líquidos o comidas frías o calientes.

Picaduras o cavidades observables en las piezas dentarias.

No todo el dolor de dientes es causado por caries. El dolor puede ser causado por raíces demasiado expuestas, pero sin caries, masticación excesiva o dientes rotos. La congestión del seno frontal puede causar dolor en los dientes superiores.²⁵.

La cavidad del esmalte suele ser indolora; esto empieza cuando la picadura llega

a la dentina. Un individuo solo puede percibir dolor al beber algo helado o comer algo azucarado, lo que demuestra que la pulpa sigue siendo importante. Si la picadura dentaria se interviene en esta fase, el dentista generalmente puede conservar la pieza dentaria y es posible que no haya ningún otro dolor o dificultad para masticar. El daño a la cavidad que está muy cerca de la pulpa dentaria o incluso llega a la pulpa dentaria es irreversible. El dolor persiste incluso después de la estimulación (ej., líquido frío)²⁵.

Cuando los microorganismos llegan al tejido pulpar y mueren, la molestia puede detenerse temporalmente. Pero pronto (de unas horas a unos días), cuando muerda y presione con la lengua o los dedos, el diente le dolerá, ya que la hinchazón y la infección se han extendido hasta el final radicular del diente, provocando un absceso. La pústula que se recolecta en torno del diente a menudo sale del alveolo y vuelve a su posición original, causando un dolor insoportable. El pus puede recolectarse y causar hinchazón de las encías adyacentes o diseminarse ampliamente a través del maxilar inferior (celulitis) y dentro de la boca, incluso por medio de la piel cerca del maxilar inferior.²⁵.

f. Tipología simplificada de la caries

Caries del esmalte dentario

Antes era la creación de biopelículas microbianas. Si se manifiesta en manchas y fisuras, o sobre un área lisa, su apariencia clínica e histológica será diferente. En puntos y fisuras, aparece preferentemente en área masticatoria de molares y premolares, la superficie bucal de las molares y la superficie palatina del incisivo superior. Las manchas y grietas en los dientes son las áreas de menor resistencia y ayudan a que se acumulen las bacterias y los residuos de alimentos, en ocasiones estos residuos de alimentos son lo suficientemente profundos como para llegar a la dentina. Inicialmente, la caries manchada (PFC) se observa como manchas marrones o negras, más blandas, y la sonda de caries está "atrapada". Este PFC es el más común²⁸.

La CSL (caries de superficie lisa) ocurre preferentemente en la superficie proximal, el área de los puntos de contacto y la tercera parte del cuello de la mejilla. En esta última ubicación se les denomina caries cervicales, y debido al bajo espesor del esmalte en esta zona, también llegarán rápidamente a la dentina. Se presentan mejor tres veces³:

Los pacientes que han recibido radioterapia para el cáncer de cabeza y/o cuello tienen la boca seca evidente.

Síndrome de Sjogren y también sequedad de boca

"Síndrome del biberón", ya que, en este caso, las picaduras dentarias comienzan con mayor frecuencia en la zona media del área vestibular superior, preferentemente en los incisivos temporales, pero es igual a las caries dentales anteriores, que se presentan en infantes que amamantan o madres que ingieren comidas con muchos carbohidratos. la botella se vuelve dulce.

El CSL inicial es de color blanco opaco, sin pérdida de tejido dental ni caries. A manera de que se desarrolla, adquiere un color azul y luego marrón, diseminándose hacia las mejillas - lengua. El tejido patológico de este tipo de caries investigada con microscopio electrónico (ME) muestra que la primera modificación es la pérdida de material entre los prismas, haciendo más evidentes los prismas del esmalte, y en ocasiones también se puede observar aspereza en los extremos de los prismas²⁸.

Caries de la dentina

Debe recordarse que el tejido dentinario muestra cambios en tejidos previo de que aparezcan caries en área del diente. Las características clínicas de la picadura dentaria son que a medida que avanza el proceso, cambia de amarillo claro a marrón o negro y se vuelve más suave. No se debe considerar que toda la dentina marrón o negra es caries y se debe extirpar, sino que se debe hacer en dentina ablandada, porque existe dicha dentina coloreada debajo de ciertos empastes y caries detenidas.²⁸.

Caries radicular

Comienza con el ablandamiento de la superficie del cemento, comúnmente en la zona cervical del diente, que ha estado expuesta debido a la retracción de las encías. Debido a que el cemento es muy delgado y el esmalte, la dentina y el cemento se dañan rápidamente, se debe utilizar el término caries de cemento en lugar de cemento. Se presenta en adultos mayores con raíces expuestas, las piezas dentarias más involucradas por esta caries son los molares y premolares inferiores²⁸.

Hay otras afecciones del cuello de la pieza dentaria que deben distinguirse de este tipo picaduras dentarias son: erosión, abrasión y absorción externa idiopática²⁸.

Otros tipos

Caries aguda: Esta es una forma de seguir un proceso rápido y destruir la pulpa en poco tiempo. Le ocurre especialmente a niños y jóvenes. Este proceso es muy rápido, no se forma dentina endurecida y no hay dentina reactiva. La dentina suele teñirse de amarillo, a diferencia de otros tipos de caries dentales, que es de color marrón.²⁸.

Caries crónica: Este es un progreso lento y un daño subsiguiente a la pulpa. Su lento avance hace que la reacción de los odontoblastos forme dentina endurecida y reactiva, que suele ser de color marrón.²⁸.

Caries detenida: Su progreso es estático o en pausa. En la mayoría de los casos, se manifiesta en la superficie masticatorio, la cual se determina por una gran apertura en la que no hay acumulación de comida, debidamente limpiada, lo que lleva a un desgaste en la superficie de los dientes parcialmente descompuestos, dejando un área dura y un aspecto poco liso, pero de coloración marrón o negro²⁸.

Caries recurrente: Suele aparecer en el extremo de la curación dentaria, normalmente producto a una extensión no completa o insuficiente. Su apariencia se parecerá al tipo de cavidad preexistente²⁸.

g. Diagnóstico

La diagnosis de la caries dental implica determinar si las lesiones están activas, si progresan rápida o lentamente, o si las lesiones han cesado. Sin estos datos, es imposible tomar una determinación informada sobre la mejor terapia. Una mejor diagnosis de caries necesita un buen parto, piezas dentarias limpias, jeringas triples, sondas, buena visión y una radiografía del tamaño de la boca^{25, 28}.

Las manchas blancas en el esmalte son visibles solo cuando el esmalte está completamente seco, ha penetrado la mitad del esmalte y las manchas blancas o marrones visibles en la superficie húmeda del diente han penetrado todo el esmalte y se han desmineralizado. Puede llegar a la dentina. La dentina se puede desmineralizar antes de que ocurra la cavitación, pero si se entabla un buen mantenedor de la placa y se toman las precauciones adecuadas, se puede prevenir el daño^{25, 28}.

h. Expectativas y pronóstico

La terapéutica suele mantener los dientes. El tratamiento temprano suele ser indoloro y más económico que tratar las caries muy grandes. En algunos casos, se puede necesitar un anestésico local (procaína), óxido nitroso (gas de la risa) u otros fármacos prescritos para disminuir el dolor mientras o posterior de la terapia de la caries. Para las personas que temen al tratamiento dental, la anestesia combinada con óxido nitroso puede ser la primera opción.²⁵.

i. Prevención

La limpieza bucal es fundamental para la precaución a la caries dental, incluida la higiene profesional regular (una vez cada 6 meses), cepillarse los dientes al menos 2 veces al día y utilizar seda dentaria al menos una vez al día. Se pueden hacer radiografías anualmente para buscar caries en zonas de mayor peligro de la

cavidad bucodental. Las comidas masticables y pegajosos, como frutas secas y dulces, deben consumirse como parte de una comida, mas no refrigerio; si es posible, los pacientes deben lavarse las piezas dentarias o enjuagarse la cavidad oral con liquido después de consumir estas comidas. Se deben reducir los tentempiés que producen un aporte constante de ácido en la cavidad oral, además del consumo frecuente de bebidas carbonatadas o fumar, y se debe evitar el consumo de menta²⁹.

La utilización de selladores puede evitar la picadura dentaria. Los selladores son resinas no reforzadas que se introducen a áreas de masticación de las muelas para evitar que la placa se acumule en los surcos profundos de estas frágiles superficies. Por lo general, el sellador se aplica a las piezas dentarias de los infantes luego de la salida de los molares. Los ancianos también pueden consagrarse del uso de sellantes dentarios.²⁵.

El fluoruro generalmente se recomienda para prevenir las caries porque los individuos que consumen fluoruro en el líquido potable o toman complementos de fluoruro tienen menos picaduras. Cuando se ingiere fluoruro durante el progreso de las piezas dentarias, se adhiere a la estructura del esmalte dental y lo resguarda de la corrosión ácida²⁵.

También se recomienda utilizar pasta de dientes o enjuague bucal tópico con flúor para resguardar el área dentaria. Muchos dentistas utilizan soluciones de flúor tópicos como parte de sus visitas de rutina.²⁹.

El éxito para evitar la picadura dentaria se trata en estrategias generales como una mejor limpieza oral, unos alimentos balanceados, fluoruro y tratamiento antibacteriano²⁹.

Higiene bucal

Una buena limpieza oral puede mantener efectiva las caries en superficies lisas. Esto incluye lavarse las piezas dentarias previas o posteriores del desayuno,

previas a dormir y seda dentaria todos los días para expulsar la placa. El lavado dental evita que se formen caries a los linderos de las piezas dentarias, y la seda dental puede llegar entre los dientes donde el cepillado no llega. El estimulador de encías con punta de goma se puede utilizar para eliminar los restos de comida de los márgenes de las gíngivas y las áreas que dan a los labios, las mejillas, la lengua y el paladar²⁶.

Por lo general, una persona diestra tarda unos 180 segundos en lavarse adecuadamente. La placa comienza siendo ligera y se puede quitar con un cepillo suave y hilo dental al menos 1 vez al día, lo que también ayuda a evitar las caries. A pesar, cuando ocurre la calcificación, la placa es más dificultoso de eliminar y el proceso comienza después de aproximadamente 24 horas²⁶.

Dieta

Dado que todos los carbohidratos contribuyen en cierta medida a la caries dental, el mayor culpable es el azúcar. Todos los carbohidratos simples tienen el mismo impacto sobre las piezas dentarias, implicado el azúcar (sacarosa) y la miel (levo y dextrosa), la fruta (fructosa) y la leche (lactosa). Streptococcus mutans incluido en la placa genera ácido en aproximadamente veinte minutos cuando los carbohidratos entran en contacto con la placa²⁶.

No importa la cantidad de azúcar que coma, lo que importa es cuánto tiempo el azúcar está en conexión con los dientes. Entonces, aunque los dulces contienen más azúcar, comer un líquido azucarado durante 60 minutos es más dañino que comerla durante 5 minutos. Por lo tanto, las personas propensas a las caries deben manejar de prevenir los dulces. Como precaución, es necesario tomar líquidos no alcohólicos azucarados artificialmente, aunque la goma de mascar dietética contiene ácidos que pueden causar caries. Beber té o café sin endulzante puede ayudar a evitar la caries dental, especialmente en las áreas radiculares expuestas²⁶.

Flúor

El flúor hace que los dientes, especialmente el esmalte, sean más resistentes a los ácidos que causan las caries. Antes de los 11 años, cuando el desarrollo y el fortalecimiento de los dientes están completos, tomar flúor es particularmente efectivo. El agua fluorada es la forma más efectiva de proporcionar flúor a los infantes. En ciertos países, el líquido ya contiene bastante flúor para disminuir la picadura dentaria. No obstante, si se agrega demasiado flúor al agua, los dientes pueden mancharse o decolorarse³⁰.

Los médicos y dentistas pueden recetar tabletas o gotas de fluoruro de sodio cuando los líquidos que se administran a los bebés no tienen las propiedades de fluoruro necesarias. Los dentistas pueden aplicar fluoruro directamente a las piezas dentarias de individuos de cualquier edad que son predispuestas a las caries. La pasta de dientes con flúor también es eficaz³⁰.

Técnica del cepillado

Existen diversas técnicas de cepillado de dientes, pero su efectividad se basa en continuar una secuencia predeterminada, minuciosidad y tomarse el tiempo adecuado. Lo ideal es mantener una costumbre desde una edad muy temprana y mantenerla en todo momento, porque esto hace que sea más fácil no dejar ninguna zona de los dientes para limpiar, también la línea de las encías.³¹.

El lavado concede el manejo mecánico del biofilm, cuya finalidad es asear los dientes con restos de comida y contribuir flúor al medio oral a través del dentífrico²⁵.

2.3 Definición de términos básicos

Caries dental: etiología y enfermedad multifactorial, desarrollo dinámico lento. Los síntomas asociados son la destrucción lenta de los minerales, que van desde la ultra estructura y la micro dilución hasta la pérdida completa del tejido dental³².

Higiene bucal: Se refiere a la limpieza y protección de los dientes y los componentes de las articulaciones. Es un conjunto de reglas y prácticas

diseñadas para satisfacer las necesidades humanas de la manera más conveniente.²⁷.

Índice ceo-d: suma de piezas dentarias deciduas picados, con referencia de extracción y obturados³³.

Índice CPO-D: resultado de la suma de piezas dentarias permanentes picado, perdido y obturados³³.

Nivel de conocimiento: la enseñanza adquirida se estima proporcionalmente. Puede ser cualitativo o cuantitativo³⁴.

Nivel de conocimiento sobre caries dental: Una serie de conocimientos sobre la caries dental acumulados a lo largo del tiempo y adquiridos de diferentes formas: padres, escuelas, universidades, dentistas, radio, televisión, amigos, enfermeras, revistas, hospitales, etc.; si los ponen en práctica, pueden hacer que las personas mejorar su salud bucal³⁵.

Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal: Aprenda o comprenda los conceptos básicos de anatomía, fisiología oral y las enfermedades más comunes (caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusión); excepto para la prevención. Para el propósito de este estudio, también establecimos la relación entre el embarazo y el cuidado dental³⁴.

Prevención en salud bucal: va a reducir la prevalencia e incidencia de patologías bucodentales. Dividido en tres grados, el primer nivel se logra mediante promoción y protección especial, el segundo nivel es mediante diagnóstico precoz y el tercer nivel es mediante restricción de discapacidad³⁴.

Salud bucal: descrito a la situación del procedimiento Salud-patología del sistema estomatognático³⁴.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Definición de las variables

V₁ Nivel de conocimiento sobre caries dental

Definición conceptual: es una serie de conocimientos sobre la caries dental acumulados a lo largo del tiempo y adquiridos de diferentes formas: padres, escuelas, universidades, dentistas, radio, televisión, amigos, enfermeras, revistas, hospitales, etc.; si los ponen en práctica, pueden hacer que las personas mejorar su salud bucal³⁵.

Definición operacional: Esto es lo que las madres saben sobre la caries y los dientes temporales. Los proyectos desarrollados incluyen temas de etiología y prevención relacionados con la dieta, el flúor y las visitas al dentista³⁴.

V₂ Caries dental

Definición conceptual: patología de etiología multifactorial, dinámica y de desarrollo lenta. Las sintomatologías relacionadas son la destrucción lenta de minerales, desde la ultra estructura y la micro disolución hasta la pérdida total del tejido dental³².

Definición operacional: Considere caries cuando la superficie del esmalte es discontinua, como resultado de la pérdida de material dental, no de fractura, erosión o desgaste, opacidad del esmalte, tejido dental, verificado por inserción de la sonda³.

3.2.2 Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor
Nivel de conocimiento sobre caries dental	Tipo de alimentación	Biberón como factor predisponente. Lactancia materna.	Ordinal	<p>Alto (9 – 12 respuestas correctas)</p> <p>Medio (5 – 8 respuestas correctas)</p> <p>Bajo (0 – 4 respuestas correctas)</p>
	Prevención	Higiene bucal en el niño. Número de veces que se cepilla el niño. Primera consulta odontológica. Edad ideal para llevar al niño al odontólogo. Tratamiento de sellado de fosas y fisuras.		
	Caries dental	Edad que se producen las caries. Importancia de los dientes de leche. Problemas en los dientes de leche. Tratamiento odontológico de la caries en dentición decidua. Pérdida de la dentición decidua.		

Caries dental	Destrucción de los tejidos dentarios	Cariados Por extraer Obturados	Ordinal	Muy bajo (0 a 1,1) Bajo (1,2 a 2,6) Moderado (2,7 a 4,4) Alto (4,5 a 6,5) Muy alto (6,6 0 más)
Edad	Tiempo desde el nacimiento hasta la vida presente de una persona.	Años	Ordinal	3 años 4 años 5 años
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen	Características físicas del niño	Nominal	Femenino Masculino
Grado de instrucción de las madres	Nivel de estudios alcanzados	Educación del encuestado	Ordinal	Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Este estudio es de tipo básico y no experimental ya que pretende aumentar el conocimiento científico, pero no compararlo con aspectos prácticos, y describir en detalle el comportamiento de posibles eventos más que intervenciones.

El diseño es descriptivo, prospectivo y lateral, porque abarca el comportamiento de 2 variables, las informaciones se recopilan a medida que ocurren los eventos y todo se realiza dentro de un lapso de tiempo específico.

Este nivel es relevante ya que mide variables y examina relaciones estadísticas entre ellas.

El método es observacional porque el investigador se limita a observar y medir variables.

4.2 Diseño muestral

Población

Incluida por 70 infantes de 3 a 5 años y sus correspondientes mamás.

Muestra

Estuvo integrada por todos los niños y sus mamás, que fueron 70.

El tipo de muestreo que se empleó fue censal.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Bebés de 3 a 5 años

Infantes con matrícula regular en el ciclo escolar 2021

Bebés que toman el día del examen y permiten exámenes orales

Madres que deseen participar con consentimiento informado luego de conocer los objetivos del estudio

Madres que accedieron a hacerle la prueba a sus hijos

Criterios de exclusión:

Madres y/o hijos que muestren ciertos obstáculos físico o mental

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a. Técnicas de recolección de datos

Se utiliza la Encuesta y la Observación; ya que se busca comprender el comportamiento, pensamientos o ideas de los encuestados a través de preguntas escritas, con el fin de tomar contacto con el hecho o fenómeno a investigar.

b. Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recojo de datos fue:

La coordinadora de la escuela envió una carta de presentación al responsable de la IEI N° 320 "San Miguelito Arcángel" (Anexo N° 1).

Los objetivos del estudio y las actividades realizadas, incluidos los peligros y beneficios del estudio, se explican clara y brevemente a continuación. A continuación, llenar y firmar un cuestionario de consentimiento informado (Apéndice 2) que indique que la madre desea que su hijo participe en la investigación. Para luego, la recaudación de datos se organizó sin afectar la investigación o los eventos anticipadamente proyectado. (Anexo N° 3 y N° 4).

c. Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Formulario sobre caries dental

Ficha clínica

Cuestionario sobre caries dental: El instrumento utilizado en esta encuesta fue modificado de las encuestas de González et al.¹¹ (2015) y Silva¹⁰ (2016), se utilizaron ítems asignados para evaluar conocimientos sobre caries dental (Anexo N° 3).

El cuestionario contiene 12 preguntas, las cuales tuvieron un valor de 1 punto cada una, para un total de 12 puntos. La puntuación fue:

Conocimiento alto: 9 a 12 respuestas correctas

Conocimiento medio: 5 a 8 respuestas correctas

Conocimiento bajo: 0 a 4 respuestas correctas

Así mismo el cuestionario se encuentra dividido en tres dimensiones, las cuales son:

Tipo de alimentación: constituida por 2 preguntas (correspondientes a las preguntas n° 1 y 2), la cual se puntúa de la siguiente manera:

Alto: 2

Medio: 1

Bajo: 0

Prevención: constituida por 5 preguntas (correspondientes a las preguntas n° 3, 4, 5, 6, 7), la cual se puntúa de la siguiente manera:

Alto: 4 a 5

Medio: 2 a 3

Bajo: 0 a 1

Caries dental: constituida por 5 preguntas (correspondiente a las preguntas n° 8, 9, 10, 11, 12), la cual se puntúa de la siguiente manera:

Alto: 4 a 5

Medio: 2 a 3

Bajo: 0 a 1

Ficha clínica: se utilizó la cedula clínica especialmente creada para este estudio, que constituyo de dos partes: información de afiliación y tabla de dentición (Anexo N° 4).

Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Para la conformidad del cuestionario y la ficha clínica, se efectuó lo siguiente:

Juicio de expertos: La validez de contenido es seleccionada por un panel de expertos (3) en base a diferentes herramientas de validación, que han estudiado el conocimiento de variables y métodos de investigación, y han expresado una opinión o valoración de los ítems que componen el cuestionario. y clínicamente documentado (Anexo N° 5).

N°	Experto	Promedio de evaluación	
		Conocimientos	Ficha
1	Espejo Tipacti, Mariela Del Rosario	93.0	95.0
2	De La Cruz Licas, Mery	93.5	94.0
3	Cabero Manchego, Rosa Milagros	93.5	93.0

Obteniendo como promedio de evaluación final 93,4% para el cuestionario de caries dental y 94,0% para la ficha clínica; ambos equivalentes a una validez excelente.

Luego del procedimiento anteriormente mencionado, el cuestionario fue validado para su posterior aplicación de la siguiente manera:

Prueba piloto: Se ejecutó un cuestionario a 10 mamás, con evaluación inicial de los aspectos formales y estructurales (semántica, redacción y dificultad de elaboración del cuestionario), seguidos de las menciones correctivas necesarias en cada aspecto.

Validez estándar: Los resultados adquiridos de la prueba piloto determinaron la confianza del instrumento mediante la prueba estadística Alfa de Cronbach, el valor del coeficiente fue de 0.832 (Anexo N° 6).

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Luego de recaudar información completos, se fusionó en una base de datos para su examinación usando el software estadístico IBM SPSS versión 24 en un contorno Windows. Los resultados se muestran en tablas y gráficos de entradas múltiples.

Para disponer si hay asociación entre ambas variables se utilizó la prueba no paramétrica de X^2 , que es una herramienta estadística descriptiva que se utiliza para estudiar dos variables.

4.5 Aspectos éticos

El estudio es analizado y aceptado para su implementación por la Junta de Revisión de Áreas de Investigación de la Escuela.

Se ha elaborado un formulario de aprobación en el que se especifica la confiabilidad, el respeto y pseudonimato que deben tener los estudios en el tratamiento de los datos. Esto fue para la madre de la familia antes de que empezara la investigación.

Se pidió la aceptación al director de la IEI N° 320 "San Miguelito Arcángel" para efectuar el estudio.

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

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

Tabla N° 1

Relación entre el grado de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Caries dental	Nivel de conocimiento sobre caries dental						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Muy bajo	12	92,3%	48	96,0%	7	100,0%	67	95,7%
Bajo	1	7,7%	2	4,0%	0	0,0%	3	4,3%
Total	13	100,0%	50	100,0%	7	100,0%	70	100,0%

Fuente: propia del investigador

$$X^2 = 0,691$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,708$$

El 96,0% (48) presenta nivel de conocimiento medio y un indicador de caries dental muy bajo; mientras que el 7,7% (1) conocimiento alto e índice bajo.

El nivel de conocimiento no se correlaciona con la prevalencia de caries dental ($p=0,708$).

Gráfico N° 1

Relación entre el nivel de conocimiento de las madres y la prevalencia de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

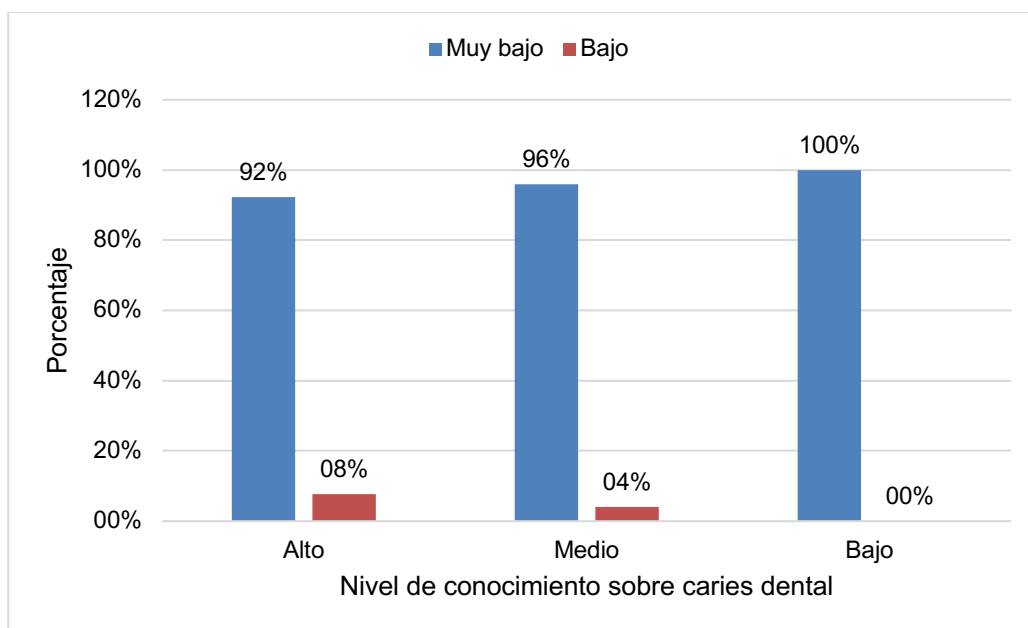


Tabla N° 2

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Nivel de conocimiento sobre caries dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alto	13	18,6	18,6	18,6
Medio	50	71,4	71,4	90,0
Bajo	7	10,0	10,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

El 71,4% (50) presenta un conocimiento medio, el 18,6% (13) conocimiento alto y el 10,0% (7) conocimiento bajo.

Más de dos tercios de las mamás mostraron un nivel de conocimiento medio.

Gráfico N° 2

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.



Tabla N° 3

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Dimensiones del conocimiento sobre caries dental		Nivel de conocimiento sobre caries dental						Chi cuadrado (p)
		Alto		Medio		Bajo		
		N°	%	N°	%	N°	%	
Tipo de alimentación	Alto	11	84,6%	25	50,0%	2	28,6%	0,029
	Medio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Bajo	2	15,4%	25	50,0%	5	71,4%	
Prevención	Alto	8	61,5%	2	4,0%	0	0,0%	0,000
	Medio	5	38,5%	39	78,0%	1	14,3%	
	Bajo	0	0,0%	9	18,0%	6	85,7%	
Caries dental	Alto	9	69,2%	15	30,0%	0	0,0%	0,000
	Medio	3	23,1%	33	66,0%	4	57,1%	
	Bajo	1	7,7%	2	4,0%	3	42,9%	

Fuente: propia del investigador

El 50,0% (25) presentaron conocimiento alto para la dimensión tipo de alimentación, el 78,0% (39) conocimiento medio para prevención de caries dental y el 66,0% (33) conocimiento medio para caries dental.

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre caries dental y las dimensiones prevención de caries dental y caries dental ($p < 0,05$); mientras que no hay asociación entre el nivel de conocimiento y el tipo de alimentación ($p > 0,05$).

Gráfico N° 3

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según dimensiones, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

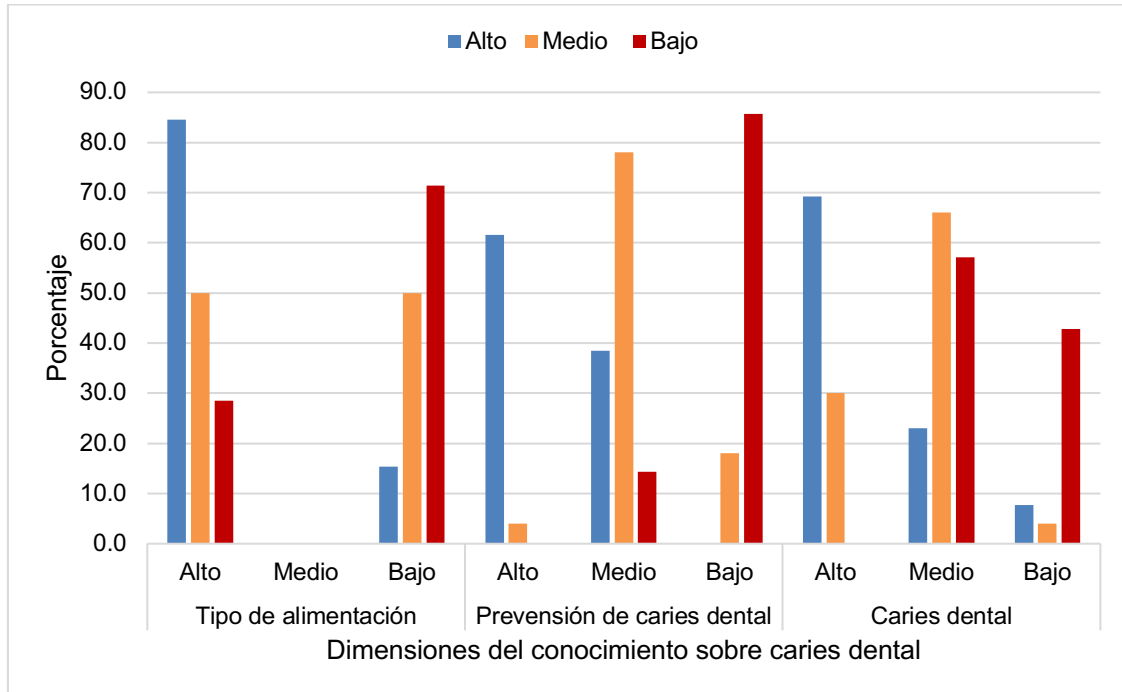


Tabla N° 4

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Grado de instrucción	Nivel de conocimiento sobre caries dental						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Primaria	0	0,0%	3	6,0%	0	0,0%	3	4,3%
Secundaria	2	15,4%	9	18,0%	3	42,9%	14	20,0%
Superior no universitario	4	30,8%	11	22,0%	3	42,9%	18	25,7%
Superior universitario	7	53,8%	27	54,0%	1	14,3%	35	50,0%
Total	13	100,0%	50	100,0%	7	100,0%	70	100,0%

Fuente: propia del investigador

$$X^2 = 6,449$$

$$gl = 6$$

$$p = 0,375$$

El 53,8% (7) presentaron un conocimiento alto y el 54,0% (27) conocimiento medio; ambos en un grado de instrucción superior universitario. El 42,9% (3) un conocimiento bajo en una instrucción de secundaria y superior no universitario; respectivamente cada uno.

No hay asociación entre el nivel de conocimiento referente a caries dental y el grado de instrucción de las mamás ($p = 0,375$).

Gráfico N° 4

Nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental de niños, según el grado de instrucción, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

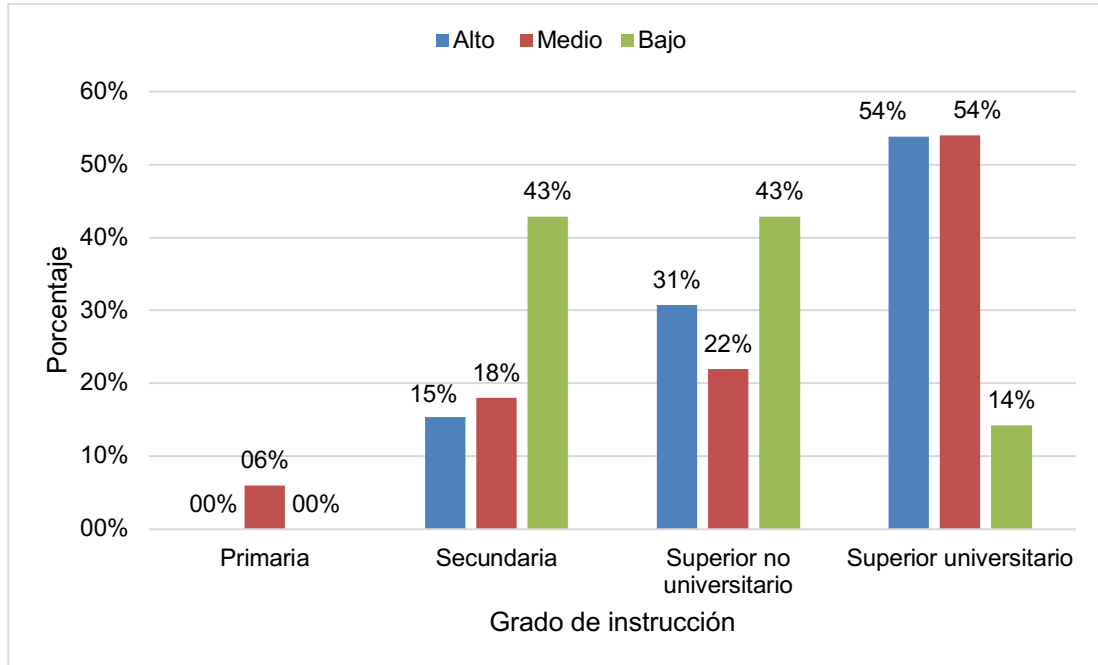


Tabla N° 5

Índice de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Índice de caries dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy bajo	67	95,7	95,7	95,7
Bajo	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

El 95,7% (67) presentan un índice de caries dental muy bajo; mientras que el 4,3% (3) un índice bajo.

Casi tres tercios de las madres indicaron un índice de caries dental muy bajo.

Gráfico N° 5

Índice de caries dental de niños de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.



Tabla N° 6

Índice de caries dental de niños, según el sexo, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Sexo	Índice de caries dental				Total	
	Muy bajo		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	38	56,7%	2	66,7%	40	57,1%
Femenino	29	43,3%	1	33,3%	30	42,9%
Total	67	100,0%	3	100,0%	70	100,0%

Fuente: propia del investigador

$$X^2 = 0,116$$

$$gl = 1$$

$$p = 0,733$$

El 56,7% (38) del sexo masculino y el 43,3% (29) del sexo femenino; ambos mostraron un índice de caries dental muy bajo.

No hay asociación entre el índice de caries dental de niños y el sexo ($p = 0,733$).

Gráfico N° 6

Índice de caries dental de niños, según el sexo, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

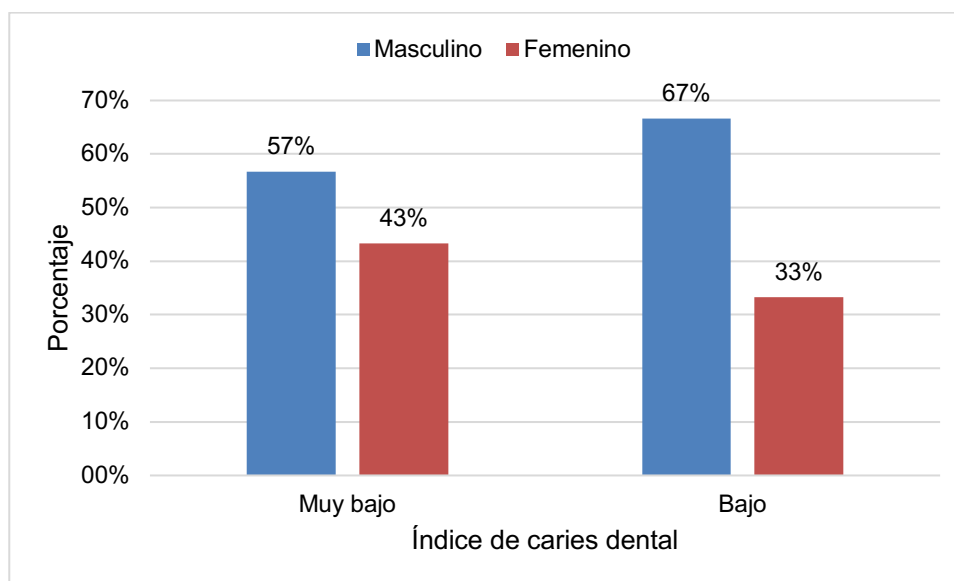


Tabla N° 7

Índice de caries dental de niños, según la edad, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.

Edad (años)	Índice de caries dental				Total	
	Muy bajo		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Tres	21	31,3%	0	0,0%	21	30,0%
Cuatro	15	22,4%	1	33,3%	16	22,9%
Cinco	31	46,3%	2	66,7%	33	47,1%
Total	67	100,0%	3	100,0%	70	100,0%

Fuente: propia del investigador

$$X^2 = 1,344$$

$$gl = 4$$

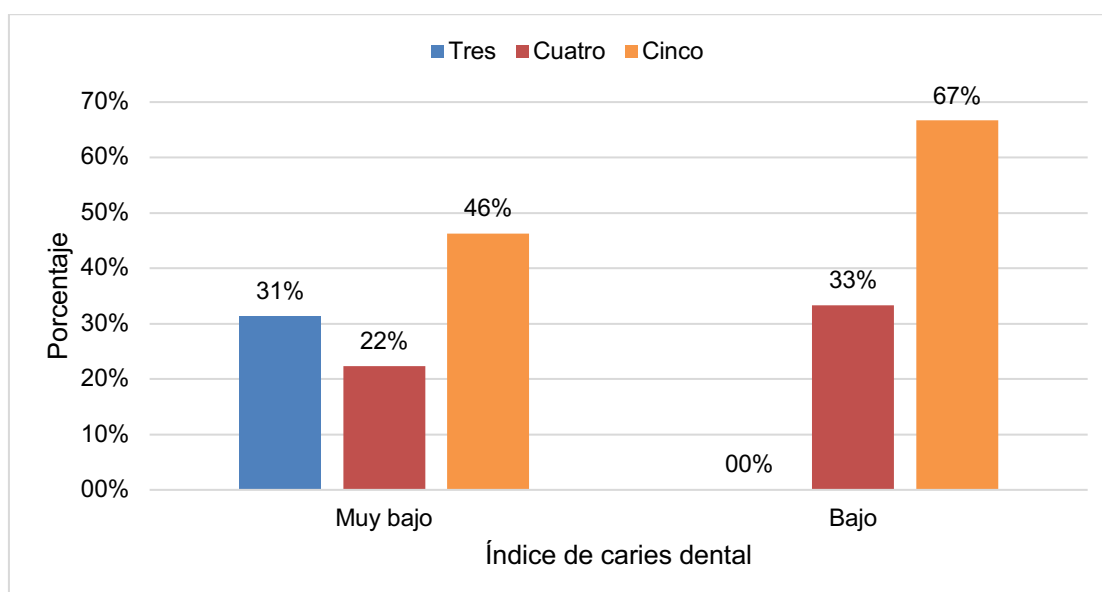
$$p = 0,511$$

El 46,3% (31) revelaron un índice de caries dental muy bajo y el 66,7% (2) un índice bajo; ambos a la edad de 5 años.

No hay asociación entre el índice de caries dental de niños y la edad ($p = 0,511$).

Gráfico N° 7

Índice de caries dental de niños, según la edad, de la IEI N° 320 “San Miguelito Arcángel”, Ayacucho 2020.



5.2 Discusión

La salud oral es una parte integral y fundamental de la salud general, ya que las patologías del sistema oral y maxilomandibular pueden afectar la salud general de un individuo e incluso tener consecuencias fisiológicas más complejas, ya que afectan la nutrición, las relaciones e incluso la salud. La más primordial es guiar sobre costumbres de limpieza adecuada, hábitos nutricionales y factores que propicia la formación de patologías bucodentales.

El conocimiento de la salud bucal es muy fundamental para reducir el predominio de la caries dental, las mamás que tienen más información sobre la salud bucal pueden tomar más medidas para evadir la creación de la caries dental. La falta de conocimiento sobre el cuidado preventivo bucal es una condición para muchas enfermedades bucales, y también se ha señalado que para que las personas entiendan el cuidado preventivo bucal, las personas necesitan saber, estar interesadas, participar, tomar medidas y convertir lo que aprenden en un hábito.

De acuerdo con los resultados obtenidos con la meta establecida, estos valores no muestran relación entre el nivel de conocimiento de la mamá y la prevalencia de caries dental en los infantes. Este resultado difiere de los hallazgos de Cayo N, Cosme T, Morales R. (2019) y Pineda D, Rodríguez L. (2015), quienes encontraron una correlación altamente significativa entre el nivel de conocimiento de los padres y la caries dental, lo que implica que en el nivel más bajo de caries, hay un mayor nivel de conocimiento.

En cuanto al nivel de conocimiento de las mamás sobre la caries dental infantil, el 71,4% (50) tuvo conocimiento medio, el 18,6% (13) conocimiento alto y el 10,0% (7) conocimiento bajo. Este resultado difiere del estudio de González E, Pérez S, Alarcón J, Peñalver M. (2015), que encontró que los padres tenían muy poco conocimiento.

Se evidenció que el 50,0% (25) presentaron conocimiento alto para la dimensión tipo de alimentación, el 78,0% (39) conocimiento medio para prevención de caries dental y el 66,0% (33) conocimiento medio para caries dental. Estos resultados

difieren del estudio de González E, Pérez S, Alarcón J, Peñalver M. (2015), que mostró que solo el 22,3% de los padres tenían suficiente. Por su parte, Iparraguirre N. (2021) mencionó la frecuencia de los niveles de conocimiento según la dimensión parental de los infantes preescolares, donde el nivel de resultados obtenidos fue más pobre, con un 90,2% para caries, 81,5% para prevención y 94,6% para prevención en una dieta adecuada.

Se pudo apreciar que el 50,0% (35) presentaron un grado de instrucción superior universitario, el 25,7% (18) superior no universitario, el 20,0% (14) secundaria y el 4,3% (3) primaria. El estudio encontró que el nivel de conocimiento de la caries dental no estaba relacionado con el nivel de educación de la madre. Estos resultados difieren del estudio de Silva S. (2016), que afirma que la mayoría de los encuestados equivalen al 50% de educación primaria, 36% de educación secundaria y menos del 14% de educación superior. Por su parte, Cayo N, Cosme T, Morales R. (2019) encontraron una correlación estadísticamente relativamente entre el nivel de conocimiento de los papas y su grado instructivo.

Respecto al índice de caries dental, el 95,7% (67) presentan un índice de caries dental muy bajo; mientras que el 4,3% (3) un índice bajo. Resultado que difiere con el estudio de Pineda D, Rodríguez L. (2015), quien respecto al índice de caries (ceo-d) presentó con un nivel alto.

En relación al índice de caries dental en infantes, según el sexo, se evidencia que fueron afectados en un 56,7% (38) el sexo masculino y en un 43,3% (29) el sexo femenino. Resultado que difiere con lo encontrado por Cayo N, Cosme T, Morales R. (2019), quienes evidencian que el sexo femenino presentó un mayor promedio de pizos con caries dental en comparación con el sexo masculino.

Conclusiones

No hay relación entre el nivel de conocimiento y la prevalencia de caries dental.

Más de dos tercios de las madres presentaron un grado de conocimiento medio.

Hubo correlación entre el nivel de conocimiento sobre caries dental y las dimensiones prevención de caries dental y prevención de caries dental ($p < 0,05$); pero no hubo relación entre el nivel de conocimiento y el tipo de dieta ($p > 0,05$).

No hay asociación entre el nivel de conocimiento sobre caries dental y el grado de instrucción de las mamás.

Casi tres tercios de las mamás mostraron un índice de caries dental muy bajo.

No hay asociación entre el índice de caries dental de niños y el sexo.

No hay asociación entre el índice de caries dental de niños y el grupo etario.

Recomendaciones

Se recomienda instituir programas educativos a base folletos, videos y charlas para que de esta manera los papas puedan tener un mayor conocimiento en lo que se refiere a hábitos de aseo dental, dieta y prevención respecto a la caries dental de la infancia temprana, y de esta manera reducir los índices de caries dental en niños.

Se recomienda que exista una cooperación interdisciplinaria que involucre a los padres de familia, a los docentes, y al personal sanitario para que de esta manera se trabaje mancomunadamente en el cuidado y prevención de la cavidad bucal de los niños, y de igual manera se estimule a los infantes la importancia del cuidado de sus dientes a edad temprana.

Difundir la importancia dirigida a los padres de familia, sobre la higiene después de cada comida especialmente en las noches, y estimular los beneficios de llevar a los infantes a consultas odontológicas desde la aparición de sus primeras piezas dentales.

Evaluar periódicamente si las charlas, videos y folletos tuvieron el impacto deseado en los niños y padres de familia, y como recomendación especial realizar un estudio similar pero a nivel de toda la región.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Liébana J. Microbiología oral. México: Mc Graw Hill; 1992.
2. Zegarra J. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y el índice de caries de sus hijos de 3 a 5 años de edad que asisten al Servicio de control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano de la MICRORED Francisco Bolognesi, Arequipa 2016. Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Católica de Santa María; 2016.
3. Henostroza G. Caries dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007.
4. Tobler D, Casique L. Relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. "Los Honguitos" y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral, distrito Iquitos – Maynas 2014. Tesis requisito para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2014.
5. Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
6. Palomer L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Revista Chilena de Pediatría 2006; 77(1): 56-60.
7. Navas R, Mejía M, Rojas T, Álvarez C, Zambrano O. Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta Odontológica Venezolana 2006; 44(3): 346-351.
8. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima: MINSAs; 2007.
9. Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001 – 2002. Lima: Oficina General de Epidemiología - MINSAs; 2005.
10. Silva S. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre la caries dental de la primera infancia en niños de 1-4 años en el Centro de Educación Inicial Luxemburgo. Tesis previa a la obtención del grado Académico de Odontólogo. Universidad Central del Ecuador. Ecuador; 2016.

11. González E, Pérez S, Alarcón J, Peñalver M. Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *Anales de Pediatría. España* 2015; 82(1): 19-26.
12. Pineda D, Rodríguez L. Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimientos de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. Tesis de graduación previa a la obtención del Título de Odontólogo. Universidad de Cuenca. Ecuador; 2015.
13. Iparraguirre N. Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal de pre-escolares en el distrito de Chillia, Pataz-La Libertad, 2020. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021.
14. Cayo N, Cosme T, Morales R. Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. *KIRU* 2019; 16(3): 102-107.
15. Arriagada P, Guzmán C. Salud oral en la atención primaria. Chile. 2006.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Ginebra. 2012.
17. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica: La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.; 2010.
18. Figun E, Garino R. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. 2ª ed. Argentina: Editorial El Ateneo; 2003.
19. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Odontología Pediátrica. México: Manual Moderno S.A.; 2014.
20. Rubio J, Robledo T, Llodra J, Simón F, Artazcoz J, González V, García J. Criterios mínimos de los estudiantes epidemiológicos de salud dental en escolares. *Revista Española de Salud Pública. España* 1997; 71: 231-242.
21. Rioboo R. Higiene y Prevención en Odontología individual y comunitaria. Madrid: Avances; 1994.
22. Navarro I. Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla-La Mancha. Tesis para optar al Grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid. España; 2010.

23. Alegría A. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas utilizando los Criterios de ICDAS II. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Alas Peruanas. Perú; 2010.
24. Zeif T, Bóveda C. Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1ª ed. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1997.
25. Benítez J. Prevalencia de caries dental en niños escolares de 4 a 14 años de edad de la Escuela Fiscal Mixta "La Gran Muralla". Ciudad de Ambato" en el mes de mayo del 2011. Proyecto previo a la obtención del Título de Odontólogo. Universidad Central del Ecuador. Ecuador; 2011.
26. Fernández M. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene bucal y su relación con la higiene bucal de niños de 3 a 5 años de la IEP "Angelitos de Jesús", Lima 2015. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú; 2015.
27. Pombo A. Relevancia clínica del cepillo bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres. Tesis presentada para optar al Grado de Doctor. Universidad da Coruña. España; 2009.
28. Martínez B. / Facultad de Odontología Patología Oral. Histopatología y otros aspectos de la caries. Universidad Mayor. 2013.
29. Higashida B. Odontología Preventiva. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2009.
30. Ortega J. Índices de IHOS en alumnos de nuevo ingreso de la Facultad de Odontología de la Región Poza Rica – Tuxpan durante el ESI – 2011. Tesis para optar el Título de Odontólogo. Universidad Veracruzana. México; 2011.
31. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES Odontología. Colombia 2016; 29(2): 52-64.
32. Guillen C, Huapaya O, Loayza R, Torres G, Chein S, Garibay P, Anticona C, Pum J. Odontología para el Bebé: Modelo de atención en Salud Pública – Perú. Odontología Sanmarquina. Perú 2004; 8(2): 32-40.

33. Cárdenas D. Odontología Pediátrica: Fundamentos de odontología. 2ª ed. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2003.
34. Rodríguez M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2002.
35. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN



Ayacucho, 15 de Marzo del 2021

CARTA N° 0009-2021-FPEST-FMHvCS-FA-UAP

SRA. KARIM AYALA RODRÍGUEZ
DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 320 "SAN MIGUELITO ARCÁNGEL" -
AYACUCHO

Ciudad.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien del programa que dignamente dirige.

La Bachiller en Estomatología HERLINDA GABRIELA ALFARO GALVEZ, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE CARIES DENTAL DE NIÑOS DE LA IEI N° 320. AYACUCHO 2020; para optar el título profesional de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle a la mencionada bachiller, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente

ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con
DNI....., madre o padre del
menor.....; Certifico que he
sido informado y tengo una comprensión clara de este esfuerzo de investigación;
su propósito es obtener información que pueda usarse para planificar acciones de
desarrollo y mejorar la salud general de los niños. Considerando que la
información obtenida será mantenida en forma confidencial y utilizada únicamente
con fines de estudio sin ningún riesgo, acepto llenar el cuestionario y entregar a
mis hijos menores de edad para que sean revisados por el encargado de la
investigación.

Fecha:.....

Firma del padre de familia



ANEXO N° 3 CUESTIONARIO

Estimada madre de familia:

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer sus conocimientos en cuanto a la caries dental. Por favor lea las preguntas que se presentan a continuación y conteste de la forma más precisa posible. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales.

Fecha:.....

N°:.....

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos:.....

Edad:.....

Sexo: Femenino ()

Masculino ()

Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior no universitario ()

Superior universitario ()

II. CONOCIMIENTOS EN CARIES DENTAL

Lea atentamente y responda con sinceridad. Marque su respuesta con una (X).

Tipo de alimentación

1. ¿Cree usted qué alimentar a su hijo por medio de biberón especialmente con bebidas azucaradas es un factor predisponente para la aparición de caries dental?

a) Si

b) No

c) No está seguro/a

2. ¿Considera usted que la lactancia materna a demanda (cada vez que el niño quiere) es un factor para la aparición de caries en el infante?
- a) Sí
 - b) No
 - c) No está seguro/a

Prevención

3. ¿A partir de qué edad cree usted que se debe realizar una higiene bucal en su niño(a)?
- a) Desde que le salió su primer diente
 - b) Desde que pueda cepillarse solo
 - c) No sabe
4. ¿Cuántas veces cepilla los dientes a su niño(a) al día?
- a) 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) 3 veces
 - d) Rara vez
5. ¿A qué edad le llevó a su niño(a) a la primera consulta odontológica?
- a) 0 – 1 años
 - b) 1 – 2 años
 - c) 2 – 3 años
 - d) No ha ido
 - e) No recuerda
6. ¿Qué edad considera usted que es ideal para llevar a un niño al odontólogo?
- a) Desde que al niño le salió su primer diente
 - b) Al año
 - c) A los dos años
 - d) Más de dos años
 - e) No sabe
7. El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene la caries en los dientes definitivos.
- a) Sí
 - b) No
 - c) No está seguro/a

Caries dental

1. **¿A qué edad cree usted que se pueden producir caries en el niño?**
 - a) A penas le salen los dientes
 - b) A partir de un año
 - c) A partir de dos años
 - d) Más de dos años
 - e) No sabe

2. **¿Considera usted que los dientes de leche son importantes?**
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No está seguro/a
 - d) Porque?.....

3. **¿Considera usted que los problemas en los dientes de leche afectarán los dientes definitivos?**
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No está seguro/a

4. **¿Considera usted que la formación de una caries en los dientes de leche necesita recibir tratamiento odontológico?**
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No está seguro/a

5. **¿A qué edad cree que un niño puede perder la mayoría de los dientes debido a un proceso de caries, asociado a malos hábitos dietéticos o nutricionales?**
 - a) A partir de los 3 años
 - b) A partir de los 5 años
 - c) No está seguro/a

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 5

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

Ficha de experto N° 1

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Espejo Tipaedi, Mariela Del Rosario
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre caries dental
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Alfaro Galvez, Herlinda Gabriela

II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE							
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado												X	
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACION	Existe una organización logica												X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.												X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

93.0

FECHA: 19-05-21

DNI: 10178280

FIRMA DEL EXPERTO:



Ficha de experto N° 2

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : De La Cruz Licas, Mery
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre caries dental
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Alvaro Galvez, Herlinda Gabriela

II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE													
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100							
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																			
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																			
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica																			
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis																			
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos																			
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.																			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																			
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																			

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

93.5

FECHA: 06-05-21

DNI: 10198203

FIRMA DEL EXPERTO:



Ficha de experto N° 3

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDO Y NOMBRES DEL EXPERTO : Cabero Manchego, Rosa Milagros
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre caries dental
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Alfaro Galvez, Herlinda Gabriele

II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE							
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado												X	
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación


IV. PROMEDIO DE VALORACION

93.5

FECHA: 24-05-21

DNI: 70060737

FIRMA DEL EXPERTO:


 Rosa Milagros Cabero Manchego
 CIESUDABO DENTISTA
 COP. 28562

Ficha de experto N° 4

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Espejo Tipacti, Mariela Del Rosario
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clínica
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Alfaro Galvez, Herlinda Gabriela

II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE						
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100					
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																	X
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																	X
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																	X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica																	X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																	X
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis																	X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos																	X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.																	X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																	X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																	X

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

95.0

FECHA: 19-05-21

DNI: 10178280

FIRMA DEL EXPERTO:



Ficha de experto N° 5

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

- I. DATOS GENERALES**
 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : De La Cruz Licas, Mery
 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clínica
 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Alfaro Galvez, Herlinda Gabriela
II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE							
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100						
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																	X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																	X	
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica																	X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																	X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis																	X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos																	X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.																	X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																	X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																	X	

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

94.0

FECHA: 06-05-21

DNI: 10198203

FIRMA DEL EXPERTO:


Mg. MERY DE LA CRUZ LICAS
 ODONTOPEDIATRA
 C.O.P. 17738 - RNE 1718

Ficha de experto N° 6

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Cabero Manchego, Rosa Milagros
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Ficha clinica
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Allaro Galvez, Herlinda Gabriela

II. ASPECTO DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE							
		45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado												X	
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica												X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación


IV. PROMEDIO DE VALORACION

93.0

FECHA: 24-05-21

DNI: 70060737

FIRMA DEL EXPERTO:


 Rosa Milagros Cabero Manchego
 CIRUJANA DENTISTA
 COP. 28562

ANEXO N° 6
RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL
INSTRUMENTO

Tabla A-01

Análisis de fiabilidad del instrumento que mide la variable conocimiento de caries dental

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	<u>Excluidos^a</u>	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de <u>Cronbach</u>	N de elementos
,832	12

ANEXO N° 7
FOTOGRAFÍAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS





