

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES SOBRE LA
CARIES DENTAL EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO
BAJO - LIMA 2021”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TESISTA

Bach. MORALES SUAREZ, Carlos Moises

ASESOR:

MsC. CD. Miguel Nino CHAVEZ LEANDRO

**HUÁNUCO-PERÚ
2022**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, salud, y no permitir que me rinda en este camino. Carlos y Mirta mis Padres, por mostrarme el camino a la superación y brindarme su apoyo sin nada a cambio.

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater UNHEVAL, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para mi formación profesional.

A mi asesor, Mg Miguel Nino Chávez Leandro por haberme brindado su capacidad y conocimiento científico, y su paciencia para guiarme en la culminación de este trabajo.

A todos los docentes de nuestra escuela profesional de Odontología quienes influyeron con sus lecciones y experiencias en nuestra formación académica.

A mis hermanos: Iván, Patricia y Flor por su apoyo constante.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de los factores familiares sobre la caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en un establecimiento de salud público del Perú. En la metodología se realizó un estudio de nivel explicativo de tipo observacional, prospectivo y transversal; se seleccionaron 200 niños con un muestreo no probabilístico por avalancha, a cuyo padre acompañante se realizó una entrevista aplicandoun cuestionario cerrado con preguntas estructuradas sobre sus características socioculturales, emotivas, cuidado de la salud bucal y un examen odontológico de las piezas dentarias para identificar caries dental.

Se obtuvo como resultados que las características socioculturales más frecuentes fueron familias con 3 a 4 miembros, los responsables de la familia son los padres y madres, el responsable del sustento es principalmente el padre, el nivel educativo mayor es secundaria para padre y madre; las características emotivas frecuentes fueron padres con trabajo a tiempo completo, estado marital casado, disciplina familiar laxa y extrema, calidez y sensibilidad insatisfactoria; las características de cuidado más frecuentes fueron cepillado de dientes de una vez al día o a veces, escaso acompañamiento de los padres y si llevan a los niños a la atención odontológica; la prevalencia de caries dental fue de 87% . En conclusión los factores familiares influyen en la frecuencia de caries dental siendo más significativo para la edad del niño con odds 1.134272 y 1.134754 ($p < 0,05$), nivel educativo de la madre con odds 3.42007 ($p < 0,05$), la frecuencia del cepillado de los dientes con odds 0.6135445 ($p < 0,05$) y el acompañamiento con odds 1.136715 ($p < 0,05$).

Palabras clave: Factores familiares, caries dental.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the influence of family factors on dental caries in children aged 3 to 5 years attended in a public health facility in Peru. In the methodology, an explanatory level study of observational, prospective and cross-sectional type was carried out; 200 children were selected with a non-probabilistic sampling by avalanche, whose accompanying father was interviewed applying a closed questionnaire with structured questions about their sociocultural and emotional characteristics, oral healthcare and a dental examination of the teeth to identify caries dental.

It was obtained as results that the most frequent sociocultural characteristics were families with 3 to 4 members, those responsible for the family are the fathers and mothers, the person responsible for sustenance is mainly the father, the highest educational level is secondary for father and mother; Frequent emotional characteristics were full-time employed parents, married marital status, lax and extreme family discipline, unsatisfactory warmth and sensitivity; The most frequent characteristics of care were brushing teeth once a day or sometimes, little accompaniment by parents and if they take the children to dental care; the prevalence of dental caries was 87%. In conclusion, family factors influence the frequency of dental caries, being more significant for the age of the child with odds 1.134272 and 1.134754 ($p < 0.05$), educational level of the mother with odds 3.42007 (p

< 0.05), the frequency of tooth brushing with odds 0.6135445 ($p < 0.05$) and monitoring with odds 1.136715 ($p < 0.05$).

Keywords: Family factors, dental caries.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
CAPÍTULO I.....	12
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	12
1.1. Identificación y Planteamiento del problema.....	12
1.2. Delimitación de la Investigación.....	14
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Problema Principal	14
1.3.2. Problemas Específicos.....	14
1.4. Formulación de objetivos.....	15
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos Específicos.....	15
1.5. Justificación e importancia de la investigación	16
1.6. Limitaciones de la investigación	16
CAPITULO II.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de estudios realizados	18
2.1.1. Nivel internacional.....	18
2.1.2. Nivel nacional.....	25
2.1.3. Nivel local:.....	27
2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Salud bucal.....	27
2.2.2. La familia para la salud bucal.....	27
2.2.3. Caries dental.....	30
2.3. Definición de términos básicos	37
2.4. Hipótesis:.....	37
2.5. Identificación de Variables.....	38

2.5.1. Variables de estudio.....	38
2.5.2. Variable interviniente.....	38
2.2 Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores ...	39
CAPÍTULO III.....	43
3. MARCO METODOLOGICO	43
3.1. Nivel y tipo de investigación.....	43
3.1.1. Diseño de la Investigación	43
3.2. Determinación del Universo, Población y Muestra	44
3.2.1. Población	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45
3.4. Procesamiento, análisis y presentación de datos.	46
CAPITULO IV.....	47
4. RESULTADOS	47
4.1. Análisis univariado de la investigación.....	47
4.2. Características emotivas y caries dental en los niños participantes de la investigación.....	73
CAPITULO V.....	92
5. DISCUSIÓN	92
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	101
ANEXOS.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según el sexo y edad de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021	47
Tabla 2. Características socioculturales de las familias de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021	47
Tabla 3. Características emotivas de las familias de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021	54
Tabla 4. Características del cuidado de la salud bucal de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021	61
Tabla 5. Número de personas de la familia y caries dental	68
Tabla 6. Responsable de la familia y caries dental	69
Tabla 7. Responsable del sustento de la familia y caries dental.....	70
Tabla 8. Nivel educativo del padre y caries dental.....	71
Tabla 9. Nivel educativo de la madre y caries dental.....	72
Tabla 10. Tiempo dedicado por los padres al trabajo fuera del hogar y caries dental	73
Tabla 11. Estado marital y caries dental	74
Tabla 12. Funcionalidad de la familia y caries dental.....	75
Tabla 13. Problemas de relación del niño con sus padres (Observada) y caries dental	76
Tabla 14. Calidez de los padres al niño (Observada) y caries dental	77
Tabla 15. Sensibilidad de los padres (Observada) y caries dental	78

Tabla 16. Frecuencia de cepillado y caries dental	79
Tabla 17. Acompañamiento al cepillado de sus hijos y caries dental	80
Tabla 18. Atención odontologica y caries dental.....	81
Tabla 19. Motivo de consulta y caries dental	82
Tabla 20. Análisis de modelo líneas generalizado “regresión de Poisson” ...	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los niños participantes de la investigación.....	47
Figura 2. Edad de los niños participantes de la investigación.....	49
Figura 3. Número de miembros de la familia de los niños participantes de la investigación.....	50
Figura 4. Responsable de la familia de los niños participantes de la investigación.....	50
Figura 5. Responsable del sustento de la familia de los niños participantes de la investigación.....	51
Figura 6. Nivel educativo del padre de los niños participantes de la investigación.....	52
Figura 7. Nivel educativo de la madre de los niños participantes de la investigación.....	53
Figura 8. Tiempo dedicado al trabajo por parte de los padres de los niños participantes de la investigación.....	55
Figura 9. Estado marital de los padres de los niños participantes de la investigación.....	56
Figura 10. Funcionalidad familiar en el entorno de los niños participantes de la investigación.....	57
Figura 11. Problemas de relación de los padres con los niños participantes de la investigación.....	58
Figura 12. Calidez de los padres con los niños participantes de la investigación.....	59
Figura 13. Sensibilidad de los padres con los niños participantes de la investigación.....	60

Figura 14. Frecuencia de cepillado de los niños participantes de la investigación	62
Figura 15. Acompañamiento al cepillado de su hijo de los participantes de la investigación	63
Figura 16. Atención dental para los niños participantes de la investigación, 64	
Figura 17. Motivo de consulta por lo que los padres llevan a sus hijos a la atención odontológica	65
Figura 18. Tipo de seguro de los niños participantes de la investigación	66
Figura 19. Presencia de caries dental en los niños participantes de la investigación	67

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y Planteamiento del problema

La caries de la infancia temprana (CIT) o caries de inicio precoz, progresa con rapidez en su evolución clínica, produce dolor, generando mayor riesgo de caries en los dientes permanentes y desarrollo físico, social y cognitivo comprometido mermando su calidad de vida (1). Aunque el papel etiológico de las bacterias orales ha sido bien estudiado y demostrado, las intervenciones preventivas para CIT se han dirigido hacia el control de las disbiosis bacterianas, es decir buscan reducir las bacterias cariogénicas en poblaciones en riesgo a través de la educación sanitaria y el asesoramiento dietético, teniendo como resultados a efectos pequeños a corto plazo (2) y pueden no ser siempre reproducibles y generalizables fuera del ámbito de su aplicación (3).

Es importante examinar la interacción de estas vías de riesgo y las intervenciones generadas a reducir las bacterias cariogénicas en poblaciones en riesgo. Los resultados de los estudios de CPOD en los niños de 12 años es de 6 y prevalencia de caries en el Perú revelan un 90.4% de personas tienen historial de caries dental. (4) Esto probablemente esté asociado con múltiples comportamientos individuales, prácticas familiares, creencias culturales compartidas y prácticas culturales. Varios estudios informan que la salud está más fuertemente asociada con la herencia de las medidas de salud preventivas, y el comportamiento de búsqueda de salud, como cambios en el estilo de vida (5).

La entrevista motivacional sobre la familia y su forma de vida emotiva (6), es un tipo de enfoque que permite a los pacientes explorar problemas de acuerdo con su propia edad, su vivencia acumulada para reducir la CIT (7), pero no ha sido probada masivamente en grupos de diferentes poblaciones con contextos diferentes.

El maltrato familiar es un factor cariogénico del entorno familiar para cada uno de sus integrantes (8) un problema aun no evidenciado en el Perú. La violencia de pareja es una

seria preocupación para la sociedad (8). Las tasas de violencia física son altas. Igualmente, la disciplina de los padres a menudo consiste en castigo físico, como azotes y palizas, para "modelar comportamientos de los hijos" (9). La investigación sugiere que los estilos de crianza permisivos también son muy comunes en muchos los países en la actualidad, probablemente porque los padres tienen que trabajar y dejan desatendidos a sus hijos (10).

Los entornos familiares con alto conflicto entre sus miembros pueden ser un objetivo clave no considerado en la prevención de la CIT. Un reciente estudio en EE. UU, sugiere que la agresión emocional entre los padres está relacionada con la mayor presencia de caries de adultos y niños (11). Un examen más detallado ha encontrado un mayor consumo de bebidas cariogénicas por parte de los niños como mecanismo de autoprotección emotiva o el descuido de sus padres que explicaría esta asociación (12). Sin embargo, el comportamiento de los niños está anidado o influenciado dentro de la familia, ecologías comunitarias y culturales de donde vive (13). Aun no queda claro si las intervenciones preventivas orientadas a la familia de países de ingresos altos son igual de efectivas y transferibles a países con un acceso considerablemente menor a la atención preventiva como son los países subdesarrollados o en vías de desarrollo como el Perú, y donde las expectativas con respecto a la conducta cariogénica infantil, el control de la conducta cariogénica de los padres y / o el comportamiento preventivo y los factores de riesgo y protección de la familia y la comunidad difieren por cada grupo poblacional dadas sus condiciones sociales, económicas y culturales. Probablemente si hay un alto conflicto en los entornos familiares estos también serán cariogénicos en todas las culturas y grupos sociales y pueden estudiarse en culturas donde tanto ellos como las prácticas dentales cariogénicas son particularmente frecuentes, esto

brindaría la oportunidad de examinar un nuevo enfoque y cómo es que estas dos vías de riesgo interactúan y preparar de ese modo con la información recolectada un futuro mejor escenario para una cultura de salud bien informada y de esfuerzos de prevención integrados entre los integrantes de la familia más allá de sus conflictos y diferencias en salvaguarda de la salud del niño y la familia.

1.2. Delimitación de la Investigación

La investigación estuvo enmarcada en el análisis de dos factores potenciales para el riesgo de caries de la infancia temprana referidos al entorno familiar en donde vive y se desarrolla el niño, con sus costumbres, hábitos dependientes aun de sus padres y por otro lado las condiciones afectivas de cómo se presenta este entorno familiar. En segundo lugar se buscó analizar de cómo es que este entorno termina influenciando en las conductas sanitarias de cuidado y prevención, ya sea mediante la higiene bucal o el de acudir oportunamente a la asesoría o ayuda profesional para evitar la caries dental o la atención oportuna.

De esta manera se buscó la asociación causal de estas variables en este grupo etario y también evidenciado por los hallazgos clínicos en la consulta, a pesar de las restricciones que plantea la pandemia por COVID 19, y las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud para las atenciones de odontología.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cómo influyen los factores familiares sobre la caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?

1.3.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son las características sociales y culturales familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?

2. ¿Cuáles son las características emotivas familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?
3. ¿Cuáles son las características del cuidado de la salud bucal familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?
4. ¿Cuál es la prevalencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?
5. ¿Cómo se relacionan cada uno de los factores familiares con la caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la influencia de los factores familiares sobre la caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociales y culturales familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021.
2. Identificar las características emotivas familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021.
3. Identificar las características del cuidado de la salud bucal familiares de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021

4. Hallar la prevalencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021.
5. Analizar la relación cada uno de los factores familiares con la caries dental en los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

La investigación mediante sus resultados genera un punto de análisis distinto a los convencionales referidos a los factores de la caries de inicio temprano, desde el punto de la funcionabilidad de las familias, también comprender cómo socializan las familias peruanas y monitorear las actividades relacionadas con la salud bucal y la dinámica familiar de manera más amplia.

Fue importante identificar otros factores no muy bien estudiados en nuestra población, porque las acciones que se vienen realizando en nuestro país por décadas enfocadas a la prevención del daño controlando el agente microbiano mediante la información de autocuidado, las campañas de fluorización de cuya evidencia de beneficio no existen reportes oficiales, por otro lado la gran oferta de atención odontológica; no han disminuido significativamente los indicadores de salud bucal y más aun de caries dental en niños. Por lo que es necesario una mirada diferente para implementar acciones distintas que contribuyan a mejorar la calidad de la vida de los niños, las familias y la población en general.

1.6. Limitaciones de la investigación

La investigación realizada no genera mayor dificultad en el abordaje temático pues hay un soporte científico para su análisis, por el lado de la metodología se planteó adecuar un instrumento de análisis de factores familiares nuestra sociedad y sus familias. La limitación que se tuvo fue que al momento de aplicar los cuestionarios algunos de las madres o

padres tuvieron cierta desconfianza sobre brindar información de aspectos familiares, por lo que se tuvo que explicar en detalle la utilidad de estos datos y la manera como en el establecimiento de salud se les podrá orientar mejor el trabajo con las familias y el cuidado de la salud.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios realizados

2.1.1. Nivel internacional.

Dutra LC., Neves E., Lima L. et al. (BRASIL 2020) El objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre el número de caries dentales cavitadas en adolescentes y la cohesión familiar, consumo de drogas, factores sociodemográficos y visitas al dentista. Para ello realizaron un estudio transversal con 746 adolescentes de 15 a 19 años de Campina Grande, Brasil. Los padres respondieron un cuestionario que aborda datos sociodemográficos, y los adolescentes respondieron cuestionarios sobre consumo de drogas, tipo de cohesión familiar y visitas al dentista. Utilizaron para diagnosticar la caries dental los criterios de Nyvad. Realizaron el análisis estadístico de Asociaciones entre variables independientes utilizando el Análisis de regresión de Poisson para muestras complejas ($\alpha = 5\%$). Ratios de tasas (RR) y se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%. La prevalencia de caries dentales y lesiones cavitadas entre los adolescentes fue del 92,8% y 41,6%, respectivamente. Encontraron asociación de variables con el número de lesiones cavitadas en el análisis multivariado: desconectados (RR: 6,30; IC del 95%: 1,24– 31,88; $p = 0,028$), separados (RR: 4,80; IC del 95%: 1,03–22,35; $p = 0,046$) y conectado (RR: 5,23; IC del 95%: 1,27-21,59; $p = 0,024$) niveles de cohesión familiar y clase social alta (RR: 0,55;

IC del 95%: 0,39-0,76; $p = 0,001$). En conclusión, los autores postulan que los adolescentes con un nivel socioeconómico más bajo y aquellos con familia de cohesión desconectada, o separada tenían un mayor número de lesiones cavitadas. (14)

Ashley D., Smith A., Heyman R. y Giresi J. (EE.UU 2020) En su estudio de investigación proponen que los entornos familiares de alto conflicto

son cariogénicos entre culturas y pueden estudiarse en diferentes poblaciones donde tanto estos entornos como las prácticas dentales cariogénicas son particularmente prevalentes, esto brindaría la

oportunidad de examinar cómo estas dos vías de riesgo podrían interactuar, preparando el escenario para esfuerzos de prevención integrados y adaptados según el tipo de población. Para ello su estudio tuvo como primera fase recolectar datos cualitativos sobre las percepciones de la salud bucal y los factores estresantes en las familias granadinas con niños en edad escolar. En la segunda parte utilizó un cuestionario y datos de observación para evaluar relaciones entre los comportamientos de salud bucal, la satisfacción de las relaciones, la crianza y el comportamiento del niño; también incluyeron un estudio piloto de entrevistas motivacionales. La mayoría de los temas discutidos en los grupos focales fue de superposición sugerida entre padres estadounidenses y granadinos; los posibles problemas específicos de la cultura eran altos en hogares monoparentales, normatividad de la disciplina, atención odontológica escasamente preventiva y una visión más fatalista de los resultados del cuidado de la salud bucal. Encontraron asociaciones significativas entre padres y los comportamientos de salud bucal infantil, entre los comportamientos de externalización e internalización del niño, y entre variables familiares (por ejemplo, satisfacción en la relación, comportamiento del niño) y comportamientos de salud bucal (por ejemplo, limpieza de los padres, tiempo de cepillado infantil). Los resultados apoyan firmemente la necesidad de investigar las relaciones entre el funcionamiento familiar y la salud bucal según el grupo poblacional. (15)

Rawan A., Bernade E., Sabbah W. (REINO UNIDO 2020) En su investigación se plantearon como objetivo evaluar los impactos familiares de la caries dental severa entre los niños. Para ello muestrearon 3859 niños en edad escolar (de 5, 8, 12 y 15 años) que participaron en la Encuesta de salud dental infantil de 2013, una encuesta transversal nacional en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. La caries

dental severa se definió como tener al menos un diente con compromiso pulpar, ulceración, fístula o absceso. Los impactos familiares se midieron utilizando siete ítems de la Escala de Impacto Familiar (FIS). La asociación entre la caries dental severa y la familia se evaluaron en modelos de regresión logística, ajustando la edad, el género y el país de residencia del niño; estado civil, educación y ocupación de los padres. La caries dental entre los niños mostró un impacto negativo significativo en la vida familiar (Odds Ratio: 6,00; Intervalo de confianza del 95%: 3.34-10.78). Los padres de niños con caries dental severa tenían mayores

probabilidades de tomarse un tiempo fuera del trabajo (OR: 2,75; IC del 95%: 1,16–6,54), informar que el niño necesitaba más atención (OR: 4,08; IC del 95%: 2,15–7,75), sentirse culpable (OR: 6,32; IC del 95%: 3,26–12,26), sentirse estresado (OR: 7,34; 95% IC: 4.15-

12.99), tener actividades normales interrumpidas (OR: 5.78; IC 95%: 2.71-12.34) y sueño interrumpido (OR: 4,94; IC del 95%: 2,78–8,76). Tener caries dental severa no se asoció con dificultades en la familia (OR: 1,64; IC del 95%: 0,49–5,51). La asociación observada entre caries severa y los impactos familiares fueron independientes de las características sociodemográficas del niño y la familia. Los hallazgos apuntan a la importancia de las intervenciones preventivas para evitar la caries dental severa en niños y, posteriormente, reducir los impactos negativos en su vida familiar. (16)

Stormon N, Ford PJ, Lalloo R. (AUSTRALIA 2020) El trabajo de investigación partió de los hallazgos preliminares de Fisher-Owens et al. quienes describieron los diversos factores a nivel familiar que influyen en la salud bucal de los niños, pero al no existir estudios utilizando datos longitudinales, por ello indican que éste estudio investigó la asociación entre la salud bucal de la familia y el niño utilizando el Estudio longitudinal de niños australianos (LSAC), un estudio de cohorte dual secuencial cruzado. Como metodología examinaron un total de 10.090 niños en línea de base y siete oleadas de datos. Los padres o tutores de los niños informaron sobre experiencias de caries y lesiones dentales. Utilizaron

datos para modelar predictores a nivel familiar con ecuaciones de estimación generalizadas. Obteniendo como resultados: En el modelo final, los predictores de caries dental a lo largo del tiempo fueron madres más jóvenes (razón de posibilidades [OR] es igual a 1,37, intervalo de confianza del 95% [IC del 95%] es igual a 1,01 a 1,87) y menor nivel de educación de los padres (OR es igual a 1,24, IC del 95% es igual a 1,10 a 1,39). Otros factores importantes hallados fueron la mala salud de los padres, el tabaquismo de los padres, el inglés como idioma principal y los padres indígenas. Los padres con estilos parentales consistentes protegidos contra la caries. Los predictores de lesión dental incluyeron socioeconómicos, estado y edad de los padres. Este estudio concluye destacando una serie de constructos importantes a nivel familiar que predicen caries y lesiones dentales. Comprender la influencia de la familia que proporciona evidencia para justificar

la investigación de intervenciones personalizadas dirigidas a madres como factores de riesgo para la salud y estilos de crianza. (17)

Sueños BR. (MEXICO 2018) en su tesis sobre la caries dental y hábitos higiénicos- dietéticos en escolares y sus padres realizaron un estudio transversal, descriptivo observacional en escolares del 1° y 2° año de primaria en un total de 30 niños y 30 padres de familia. Concluyen que en su muestra el índice de CPOD en escolares fue de 6,6, los padres de los niños sanos tienen mejores hábitos higiénico-dietéticos que los padres con niños con caries. Respecto a la dieta en general observaron que los niños sanos tienen una dieta más adecuada que los niños con caries. (18)

Herrera-Salas F., Arredondo-Velásquez I. Martínez-Aguilar K. et. al. (MEXICO 2018) éste trabajo analiza las condiciones de la estructura familiar y las pautas de crianza infantil referidas al cuidado de la salud bucal, bajo la óptica de los cambios que caracterizan la actual era de la “mundialización”. Partiendo del análisis de unos casos atendidos en distintas áreas de la especialidad, proponen una tipología de la familia, cuyos taxones incluyen: la *familia preventiva o previsoras*, *familia*

sobreprotectora, familia irresuelta, familia perentoria, y la familia negligente o indolente. Consideran que el valor para la práctica clínica odontológica de tal tipología, radicaría en lo siguiente: a) permite determinar la índole de las expectativas y resistencias del paciente en el contexto de la consulta; b) hace posible una serie de predicciones acerca del cumplimiento y/o adherencia al tratamiento; c) posibilita una orientación acerca del tipo de inversión en educación para la salud que debe efectuar el odontólogo con sus pacientes. (19)

Howenstein J., Kumar A., Casamassimo P., McTigue, D. Coury, D. Yin H. (EE.UU 2015) En este estudio evaluaron la relación entre el estilo de crianza, los datos sociodemográficos, estado de caries y comportamiento del niño durante la primera visita al dentista. Para ello emplearon como metodología la selección de padres / tutores legales de pacientes nuevos de tres a seis años que se presentaron a Clínica dental del Nationwide Children's Hospital para una cita de examen o de higiene inicial; a los cuales se les orientó para completar el Cuestionario de estilos y dimensiones parentales (PSDQ) para evaluar el estilo parental y una encuesta demográfica de 15 preguntas. Luego se les realizó la atención cegada y calibrada realizada por los auxiliares o higienistas dentales realizando un profilaxis y evaluaron el comportamiento del niño utilizando la escala de Frankl (la confiabilidad entre evaluadores fue del 92 por ciento). Un dentista ciego y calibrado realizó un examen oral. Los resultados fueron: participaron 132 padres con sus respectivos hijos. Los niños con padres autoritarios exhibieron más comportamiento positivo ($p < 0,001$) y menos caries ($p < 0,001$) en comparación con los niños con autoritarismo y padres permisivos. Los niños que asistían a la guardería mostraron un comportamiento más positivo en comparación con niños que no lo hicieron ($p < 0,001$). Los pacientes con seguro dental privado exhibieron resultados más positivos en el comportamiento ($P > .04$) y menos caries ($P > .024$) en comparación con los niños con servicio público o sin servicios dentales. Concluyen que la crianza con autoridad paterna y el seguro dental privado se asociaron con menos caries y mejor comportamiento durante la primera visita al dentista. Asistir a la guardería se asoció con un mejor comportamiento durante la primera visita al dentista. (20)

Duijster D., Verrips G.H.W and Loveren C. (PAISES BAJOS 2013) En su investigación sobre la relación entre funcionamiento familiar y la caries dental infantil. Tuvieron como objetivos fueron (i) explorar si los comportamientos de higiene bucal podrían explicar una posible asociación entre las dimensiones del funcionamiento familiar y la caries dental infantil y (ii) para explorar si el funcionamiento familiar podría mediar en la relación entre factores sociodemográficos y caries dental infantil. Para ello emplearon el muestreo aleatorio que permitió recolectar una muestra de 630 niños de 5 a 6 años de centros dentales en los Países Bajos. Las puntuaciones de los niños se extrajeron de registros dentales personales. Se aplicó también un cuestionario para padres para recopilar datos sobre características sociodemográficas, conductas de higiene bucal y relaciones familiares. El funcionamiento familiar se evaluó en cinco dimensiones: capacidad de respuesta, comunicación, organización, relación de pareja y social. Obtuvieron como resultados: El análisis bivariado mostró que los niños con familias de funcionamiento normal en las dimensiones capacidad de respuesta, comunicación, organización y social tenía puntuaciones de caries dental significativamente más bajas en comparación con los niños de familias disfuncionales. Un funcionamiento familiar más deficiente en todas las dimensiones fue asociado con una mayor probabilidad de participar en actividades menos favorables respecto al comportamiento de higiene como en niños con madres con menor nivel educativo, inmigrantes. En el análisis multivariado, la organización siguió siendo un predictor significativo de caries dental después de comparar por el funcionamiento de la otra familia y el nivel de educación de la madre, pero perdió significación estadística después del ajuste por conductas de higiene bucal. Concluyen que existe una relación entre el funcionamiento familiar y la caries dental infantil, que son operados a través de conductas de higiene bucal. Familias funcionales de condición modesta evidencian las desigualdades socioeconómicas en la salud bucal infantil. La organización parecía ser la dimensión más importante del funcionamiento familiar que influyó en la experiencia de caries de los niños. (21)

Diaz S., Ramos K y Arrieta K. (COLOMBIA 2013) En su investigación tuvo como objetivo asociar caries dental con el nivel de riesgo familiar total en escolares de la Boquilla, Cartagena. Para ello realizaron un estudio de corte transversal, en 202 escolares, en lo que evaluaron clínicamente la prevalencia, experiencia y severidad de las lesiones de caries dental (índice COP, ICDAS II) en escolares y a la vez con un cuestionario aplicado a las familias de los niños se evaluaron los factores socio demográficos y familiares (estructura, rol y autoridad de los padres, antecedentes médicos familiares), el nivel de riesgo familiar total la funcionalidad familiar (Apgar Familiar). Aplicaron la estadística descriptiva y estimación de razones de disparidad (OR). Obtuvieron como resultado que la prevalencia de caries dental fue del 95% (IC 95%; 92-98). El 55% (IC 95%; 48 – 61,9) de las familias se encontraron en el nivel de riesgo familiar de amenaza. Para el nivel de riesgo familiar total no se encontró asociado con la presencia de caries dental pero al asociar los factores de riesgo de manera individual se encontró asociación entre ingresos < de 1 Salario Mínimo Legal Vigente (OR: 3,83; IC 95%: 1,04-14; p = 0,04), presencia de antecedentes médicos familiares (OR: 5,14; IC 95% 1,06-24,8; p = 0,04), rol no ejercido por el padre (OR: 0,25; IC 95%: 0,06-0,94; p = 0,04) y la presencia de caries dental en niños. Concluyen que las familias con ausencia de figuras paternas, escasos recursos económicos y con presencia de antecedentes médicos familiares comprometen la salud bucal de los niños.(22)

Capote M., Campello L. (CUBA 2012) En una revisión bibliográfica se plantearon como objetivo de enunciar el papel y la responsabilidad de la familia ante la salud bucal, así como expresar el papel del estomatólogo ante la salud bucodental de la comunidad. Llegando a la conclusión de que en la medida en que el individuo y la familia valoren y participen en la preservación de la salud, se obtendrán mejores resultados en el futuro. Se debe continuar en la labor de perfeccionar la cultura sobre la salud bucal de la familia y que en esta actividad es de vital importancia el trabajo de los estomatólogos, ya que son los que guían y orientan para elevar el nivel de educación para la salud bucal. (23)

Cárdenas S., Arrieta K., Gonzales F. (COLOMBIA 2011) Realizaron una investigación que tuvo como objetivo identificar los factores socio demográficos y familiares y su asociación con la prevalencia de caries en niños del colegio Madre Gabriela de San Martín. Para ello planificaron un estudio de corte transversal; con 243 estudiantes seleccionados aleatoriamente por muestreo estratificado. Evaluaron factores socio demográficos y familiares (unión conyugal, escolaridad y rol de los padres, estrato socioeconómico estructura y funcionalidad familiar mediante APGAR familiar) y prevalencia de caries (índice COP-D y ceo-d). Los datos fueron analizados a partir de proporciones y razones de disparidad utilizando el programa Stata 10.0. Obteniendo como resultado que la prevalencia de caries fue de 51% (IC 95%: 44-57), más en el sexo femenino (70%; $p=0,02$). Al ser relacionadas las variables familiares con la caries dental, únicamente se encontró asociación significativa con el rol ejercido por el padre como formador de hijos (OR: 0,40; IC 95%: 0,18-0,86; $p<0,01$). Siendo sus conclusiones que además de ser tradicionalmente un proveedor económico, el nuevo rol del padre como formador de hijo puede influir positivamente en la disminución de la caries dental y debe ser parte activa en las actividades de promoción y prevención en salud bucal. (24)

2.1.2. Nivel nacional

Peña Y. (LIMA 2018) en su tesis titulada Impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Pachacámac 2017; tuvo por objetivo determinar el impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños de tres a cinco años. Para ello planificó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 182 niños de tres a cinco años de edad a quienes les examinaron la cavidad bucal, evaluándose problemas dentales como caries, trauma dentoalveolar, maloclusión mientras que al responsable del cuidado del niño se le aplicó el ECOHIS (Escala de impacto de salud oral en la primera infancia) además de un

cuestionario para evaluar las características sociodemográficas de los familiares. Obtuvieron como resultados que existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,000$) entre la caries en infancia temprana y la calidad de vida en los niños de tres a cinco años, así mismo al relacionar los factores sociodemográficos del responsable con el ECOHIS, encontraron una relación significativa entre vivienda propia (0,016) y edad del niño (0,047). La frecuencia de caries dental fue de 92.3%, traumatismos dentoalveolares 2,2%, maloclusiones anteriores 5,5%, lo que indica según los autores que en la infancia temprana el impacto en la calidad de vida de los niños se deteriora. Concluyen que el impacto de las condiciones de salud bucal y los factores sociodemográficos sobre la calidad de vida en niños de tres a cinco años son estadísticamente significativas con respecto a la edad y a la vivienda propia. (25)

Limaylla R., Chein S. (LIMA) El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y severidad de caries, CPO-D y relación de los factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento a nivel de salud oral en una población escolar adolescente de Huánuco; para ello encuestaron y evaluaron una muestra de 212 mujeres de entre 12 y 17 años con dentición permanente. Encontraron una prevalencia de caries de 85,8 %, un CPO-D de 4.0, según la severidad de caries, la clase leve fue mayor (36,3%); fueron significativos los factores edad, número de personas por hogar, responsable del sustento familiar, frecuencia de cepillado, consumo de productos cariogénicos, atención odontológica, tipo de servicio

odontológico. Concluyeron que la prevalencia de caries fue alta; el CPO-D es moderado y la severidad y prevalencia de caries se incrementa con el aumento de la edad, incremento del número de personas por hogar, el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar, menor frecuencia de cepillado, aumento del consumo de productos cariogénicos, el no uso de la atención odontológica y con el no uso de los tipos servicios odontológicos. (26)

2.1.3. Nivel local:

no existen

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Salud bucal

El Perú es considerado como un país en vías de desarrollo pero con indicadores de pobreza focalizados. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el Perú tiene un porcentaje de pobreza del 34.8% lo cual muestra un gran número de necesidades insatisfechas. La pobreza se encuentra directamente ligada a la salud y a la educación; por ello, la educación es una vía muy importante para salir del círculo de la pobreza y así lograr que las personas puedan tener un mayor acceso a una salud de calidad y a una cultura de cuidado de la salud. (27)

La atención odontológica de un menor de edad debe estar encaminada principalmente hacia la promoción y la prevención, en la cual se incluya la instrucción hacia los padres para adoptar hábitos saludables, previniendo así el inicio y el desarrollo de enfermedades bucales, como la caries dental. La caries dental es una enfermedad infecciosa que ocupa el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afectando a la niñez en forma considerable. (28) Trabajar sobre hábitos saludables en los pacientes es una de las tareas muy difícil para la Odontología, motivarlos lo es mucho más ya que cada ser humano tiene su propia idiosincrasia, costumbres, creencias, actitudes y valores que modelan su comportamiento. Las diferentes vivencias les generan experiencias, o por otro lado falta de conocimiento lo que les impide reconocer su problema de salud, disminución de la autoestima, circunstancias sociales o económicas y situaciones emocionales dentro de su familia incluso pueden generar comportamientos negativos en cuanto a la salud.

2.2.2. La familia para la salud bucal

El proceso de globalización en el mundo trae consigo cambios en la sociedad de cada país variando lo conocido en la tecnología, biotecnología, la economía y la cultura-sociedad.

Referido al aspecto sociocultural podemos decir que tales transformaciones han impactado en los estilos de vida y las formas de convivencia social, siendo las unidades familiares y las prácticas de salud que en ella se practican, uno de los escenarios más importantes. Al respecto Worsley (1979, citado por Rodríguez (29), delimita una serie de cambios visibles en nuestro contexto en la estructura familiar de las últimas décadas:

- a) La familia se ha convertido en una unidad más aislada, relativamente separada físicamente de los parientes en sentido amplio y que funciona como una unidad conyugal o nuclear.
- b) La familia ha perdido muchas de sus funciones tradicionales o bien se ha especializado más en funciones particulares, por lo que su disolución o recomposición se ha vuelto una constante del día a día.
- c) En su estructura interna, las relaciones dentro de la familia se han hecho más igualitarias, tanto en la pareja conyugal como entre padres e hijos por la diversificación y acceso de sus actividades.

Resulta importante este análisis de la discontinuidad en la dinámica clásica de las familias y la estructura de la familia, lo que ha llevado a que se le describa como familia tardomoderna

(Burín-Meler, citado en Zazueta, (30), que incluye tres aspectos cruciales:

- a) Corte de los lazos familiares entre los jóvenes y los mayores
- b) La inestabilidad de las relaciones de pareja
- c) La independencia de las mujeres, que conlleva al cambio de la concepción de la idea del hogar como nido o refugio y la maternidad o custodia de los hijos como lo su rasgo característico.

En nuestro país, la industrialización, la migración del campo a la ciudad en las últimas décadas y la transformación del rol de la mujer, actuaron como impulsores del desarrollo económico y enfrentar los

problemas que traerían consigo décadas de inflación económica y terrorismo.

Referente al rol de la mujer en la familia se puede notar que, al ampliar su horizonte de desarrollo personal o profesional, la mujer modificó a su vez la dinámica familiar. De

manera específica la custodia y crianza de los hijos sufrieron variación, siendo que actualmente la mujer ya no asume bajo el modelo o ideal de feminidad con la maternidad como parte de su identidad, sino que, al cambio de visión de la sexualidad y de la procreación, los proyectos de superación personal, los ideales de estética corporal, la búsqueda de un mejor estatus económico, entre otras cuestiones, la mujer adquiere nuevos y diferentes roles, los cuales van desde la madre totalmente a cargo de su familia hasta la mujer que es ajena a la maternidad y se encuentra desligada de las necesidades de sus hijos.

(19) Estos cambios estructurales se expresan en el nuevo milenio en una familia reconfigurada y con nueva concepción, la cual parte de la idea de la liquidez de la sociedad propuesta por Bauman (31) muestra que los hombres, las mujeres y sus relaciones creadas entre ellos están determinados por su carácter efímero antes que por su permanencia.

Como podría esperarse a partir del escenario planteado, la estructura familiar y los roles que en ella se juegan se ven afectados por esta nueva dinámica de compromiso en familia, quienes viven muchas veces juntos sin necesariamente formalizar su relación, postergan la paternidad o, al llegar a procrearlos, se muestran en extremos mostrándose ya sea como padres sobreprotectores o por otro lado distantes con los hijos, cuestión que se ve reflejada en la nueva visión de las necesidades de la familia ya sea para la salud, la educación, la vivienda, el esparcimiento, etc. (19)

La salud bucal en los niños se inicia en lo íntimo del hogar con lo que aprende de su familia. Se han realizado estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres y el estado de salud bucal de sus hijos. (32) También se han identificado otros

factores como el bajo nivel de instrucción y el desempleo de los padres, nivel socioeconómico bajo (34), la encargatura del cuidado de los niños a sus abuelos o cuidadores por largos periodos de tiempo a razón del trabajo de las madres, problemas de salud bucal presentes en los miembros de las familias (34), tener familias numerosas y el abandono físico como factores familiares de riesgo para la caries dental. La presencia de hogares disfuncionales y el tipo de estructura familiar, así como las familias monoparentales, podrían aumentar el riesgo de sufrir caries dental y su severidad. (35)

2.2.3. Caries dental

La caries dental vista desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) es estimada que cinco mil millones de personas en el mundo sufren de esta patología. Lo que como consecuencia produce dolor, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida, con un alto costo económico para sus tratamientos. El estimado de gasto sanitario de los países desarrollados representa entre el 5 al 10%, esto como referencia para los países en vías de desarrollo como el Perú. (36)

La caries dental es una enfermedad común entre los niños de Latinoamérica afectando entre el 60 al 90% de la población escolar (5 a 17 años de edad). En la región tiene un CPOD que varía entre 1,08 a 8,3 con un promedio de 4,4 piezas dentarias con historial de caries, reportado por la Organización Panamericana de la Salud (37)

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial que afecta tanto los tejidos duros y blandos de los dientes; en ella actúan cuatro factores: el microbiológico (presencia de bacterias), la boca de la persona (diente susceptible), tipo de alimentación (carbohidratos, placa bacteriana y del tiempo), (38) que produce la desmineralización de la porción mineral de las piezas dentarias.

La caries como enfermedad infecciosa y progresiva, tiene como inicio con la desmineralización del esmalte producida por los ácidos generados por las bacterias, clínicamente es variada desde una mancha

blanca en sus inicios hasta estados más avanzados que generan cavitaciones en el esmalte y dentina, lo que produce la sintomatología de dolor, procesos infecciosos locales y sistémicos afectando de ese modo potencialmente a otros órganos. La pérdida de dientes como consecuencia de la caries genera alteración del sistema masticatorio, el aparato digestivo. Esta condición de salud afecta la calidad de vida de las personas y las familias (39)

2.2.3.1. Caries de la infancia temprana

El historial de caries dental clínica, obturación de la pieza dentaria o extracción dental asociada a esta enfermedad en niños menores de seis años, se denomina caries de infancia temprana (CIT), y constituye un problema de salud pública. (40) Existen diferentes formas de denominación de la caries de la infancia temprana, también conocida como “caries del biberón”, “caries del lactante”, “caries de la botella de crianza”, “caries del hábito de

lactancia prolongada “entre otras, las cuales hacen referencia a un proceso infeccioso, destructivo, multifactorial que se presenta en la dentición decidua, llegando a desarrollar incluso complicaciones a la dentición permanente llamada caries rampante. (41) El complejo proceso de caries dental en la primera infancia comprende factores socioeconómicos y culturales tales como pobreza, condiciones de vida precarias, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud bucal.²⁷ A pesar de los avances en los conocimientos sobre la enfermedad ,su prevención y control, se reporta que el problema no ha mejorado en las últimas décadas en los niños con dentición decidua, como si ha ocurrido en la población en edad escolar. (42)

La prevalencia de la caries de la infancia temprana varía de 3.1% a 90% dependiendo de la característica poblacional y su vulnerabilidad, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo. (43)

Etiología de la caries de la infancia temprana

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible que requiere cuatro factores:

Huésped (diente)

Los dientes presentan cuatro puntos vulnerables que lo predispone al ataque de la caries (43) :

- Anatomía: Existen zonas retentivas como son las fosas y fisuras profundas y las superficies interproximales, donde es limitado el acceso del flujo salival y de los instrumentos de higiene convencional como el cepillo de dientes.
- Disposición de dientes en la arcada dental: El apiñamiento dentario predispone a la caries dental por constituir áreas de retención alimenticia sobretodo de alimentos pegajosos.
- Estructura dental (proclividad): Las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz dentaria o en el proceso de mineralización puede favorecer el desarrollo de la caries, afectando a estructuras como el esmalte o la dentina.
- Edad post eruptiva del diente (permeabilidad): La susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad. Esto se explica porque el esmalte joven dentro de su composición química es predominante en agua y conforme transcurre el tiempo tiende a captar los minerales de la saliva.

b. Flora bucal cariogénica (microorganismos-estreptococo mutans)

Los principales microorganismos causantes de la caries dental son los estreptococos del grupo mutans, específicamente el *Streptococcus mutans* y el *Streptococcus sobrinus*. Estos patógenos son capaces de colonizar la superficie del diente y producir ácidos producto de su

metabolismo en velocidad superior a la capacidad de neutralización de la saliva en un ambiente bajo el pH crítico (menor de 5,5), produciendo la disolución del esmalte (45). El reservorio principal de donde el lactante adquiere los *Streptococcus mutans* es la madre (transmisión vertical) (46); actualmente también se puede considerar a las niñeras, las cuidadoras de cunas y abuelas muchas veces responsables del cuidado diario del infante (47). La transmisión de madre a niño se produce a través de la saliva infectada al besarlo en la boca, o con mayor frecuencia, al probar la tetina del biberón o el “chupón”, pre masticar los alimentos en la cucharita del pequeño antes de servirlos (48). Los niños con madres portadoras de altas concentraciones de *Streptococcus mutans* patógenas o virulentas, adquieren esos microorganismos tempranamente y en niveles mayores. La frecuencia de la infección infantil es nueve veces mayor cuando las madres presentan cantidades de *Streptococcus mutans* que exceden 105 unidades formadoras de colonias por mililitro de saliva (49). La gravedad de la CIT está directamente relacionada con la precocidad de la instalación de los estreptococos del grupo mutans en la boca del niño (50). Otros microorganismos involucrados, son los lactobacilos, que se asocian a la progresión de una lesión ya instalada por coagregación bacteriana, y no a la iniciación de la caries propiamente dicha.

Ma et al. (2015) estudiaron los microbianos orales presentes en niños con CIT-S, encontrando 379 especies bacterianas, entre ellas varios géneros, incluyendo *Streptococcus*, *Porphyromonas* y *Actinomyces*, estos están fuertemente asociados con CIT-S y pueden ser biomarcadores prematuros potenciales de la caries dental en la dentición primaria (51)

c. Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta)

Los diferentes tipos de azúcares son los sustratos más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión de la biopelícula. Cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso

comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en normalizar a un pH neutro de 7. (44) Por tanto la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos al no realizar la higiene bucal continua, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en la boca. Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental.(52)

Feldens et al. (2010) investigaron las prácticas de alimentación que representan factores de riesgo para la aparición de CIT-S en niños de 4 años. Encontraron una asociación significativa entre la CIT-S y la lactancia materna (RR = 1,97; IC 95% = 1,45-2,68), la alta densidad de azúcar (RR = 1,43; IC 95%= 1,08-1,86), así como el número de comidas y meriendas (RR = 1,42; IC del 95% = 1,02-1,97) (53). Bissar et al. (2014) encontraron que la lactancia materna durante más de 12 meses y el uso del biberón en cama son factores de riesgo significativos en la aparición de CIT-S (54)

Factores de riesgo de la caries de infancia temprana

Los factores de riesgo son aquellas características que llevan a desarrollar la enfermedad. Ellos no son necesariamente las causas únicas, sólo que están asociados en su conjunto con el evento. Es importante reconocer que los factores de riesgo no actúan aisladamente sino en conjunto con los factores etiológicos de la enfermedad, y que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida.

Entre los factores de riesgo asociados a la enfermedad tenemos (25):

1. Hábitos de biberón y lactancia materna: La frecuencia constante y prolongada de lactancia por encima del año de vida, el uso de sustancias azucaradas en la dieta
2. del niño, el uso de chupete impregnado con sustancias edulcorantes, mermelada o leche condensada, asociado con la costumbre de dormir al niño necesariamente con el biberón y no retirarlo una vez que se

duerma, además de la deficiencia en la higiene oral después de la lactancia o el consumo de fórmulas lácteas, papillas azucaradas o dulces, sobre todo en la noche.

3. Placa bacteriana o biopelícula: El riesgo de presentar caries de la infancia temprana se relaciona con la erupción de los dientes en la cavidad oral y aumenta cuando la presencia de biopelícula (microorganismos inmersos en una matriz glucoproteica proveniente de la dieta) es excesiva producto de la alta frecuencia de consumo de alimentos durante el día o las técnicas de higiene oral son inadecuadas, siendo la zona de contorno gingival la más involucrada con la retención de biopelícula.
4. Hábitos deficientes de higiene bucal: La falta del acompañamiento de los padres en la educación sanitaria del menor hace que las técnicas de higiene no se desarrollen convenientemente, es imprescindible que el apoyo que le puedan dar los padres para adoptar el hábito de higiene es hasta los ocho años de edad.
5. La cantidad y calidad de la saliva del niño, más aun considerando que su fluido disminuye durante el sueño, situación que puede dar lugar a un ambiente potencialmente cariogénico si no se maneja una buena higiene antes de acostarse.
6. Alteraciones estructurales de los tejidos duros del diente como por ejemplo la hipoplasia del esmalte ya que se presenta una deficiencia en el proceso de formación del esmalte lo que morfológicamente lo hace más vulnerable a la caries dental.
7. Escaso aporte de flúor en la cavidad oral, ya sea de tipo sistémico o aplicación local, no existe la cultura de la prevención del daño en la salud en general, así como el consumo de alimentos que contengan este ion es escaso. Esto no posibilita los procesos de remineralización del esmalte que recibe el ataque ácido de las bacterias.
8. Alimentos o sustancias con un pH bajo, que produzca un efecto erosivo sobre el esmalte dental, como por ejemplo las bebidas carbonatadas, zumos de frutas que los padres proveen a los niños

guiados por la publicidad, o la ingestión de

9. medicamentos en niños con enfermedad crónicas que tienen alto contenido de azúcar ayudan en la producción de la caries de infancia temprana.
10. Mal posición dentaria y áreas de retención que facilitan un ambiente propicio para el desarrollo de una biopelícula patógena.
11. Pacientes con discapacidad física o mental, por las dificultades que tienen para alimentarse, higienizarse y porque muchas veces están recibiendo medicación
12. Nivel socioeconómico. La caries dental está presente tanto en el nivel socioeconómico bajo como en el alto, pero que es más severa en el primero de ellos por las carencias que presentan dificultando su acceso a la salud.

Diagnóstico de caries

La caries como enfermedad se manifiesta clínicamente de diferentes formas y también en distintas superficies de los dientes. Las lesiones cavitarias son muy evidentes para el diagnóstico, caso contrario pasa con las lesiones iniciales o incipientes que son más difíciles de identificar muchas veces para el clínico sin experiencia. El diagnóstico de caries se basa en el uso de maniobras como: examen visual, examen táctil con sonda exploradora y examen radiográfico entre otras.

Cuando se realiza la exploración clínica de las lesiones cariosas de fosas y fisuras se consideran los siguientes criterios de evaluación:

Impacto de caries dental en la calidad de vida

La caries dental es considerada como una de las enfermedades más comunes de la infancia. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que 60% a 90% de todos los niños en edad escolar están afectados por esta enfermedad que se incrementa en el número de piezas dentarias afectadas en proporción con el aumento de la edad. (55)

Fue planteada la hipótesis que niños con mayor historial de caries dental (ceod, CPOD) dental podrían tener un mayor impacto sobre su calidad de vida y la de sus padres, pues existe la posibilidad que no solo afecte la salud del individuo sino también los aspectos de interrelación y económicos de la familia. (56)

El impacto negativo de la caries dental en la calidad de vida de los niños incluye una mayor experiencia dolorosa, dificultad para masticar sus alimentos, disminución del apetito por evitar la dolencia o incomodidad, pérdida de peso, dificultad para dormir o conciliar el sueño, alteración en el comportamiento del niño (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de clases en la escuela y/o disminución del rendimiento escolar. (55)

2.3. Definición de términos básicos

- Factores familiares características del ambiente familiar, son la relación entre los padres como pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educar, conflictos, ambiente; que puede interactuar de manera distinta en cada familia, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, su definición dentro de la sociedad.
- Caries dental es un proceso infeccioso que produce la desmineralización de las estructuras duras de la pieza dental y la consiguiente sintomatología.
- Caries de la infancia temprana nomenclatura que se refiere a la enfermedad instalada en niños menores a los 6 años de edad.

2.4. Hipótesis:

H1. Los factores familiares influyen directamente sobre la frecuencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años.

H0. Los factores familiares no influyen directamente sobre la frecuencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años.

Las hipótesis de los problemas específicos por ser operacionales descriptivos no cuentan con hipótesis ya que se desconoce los posibles resultados basados en el marco teórico o la información con que se cuenta.

Por otro lado la influencia de cada indicador de la variable de factores familiares también tuvo su propio análisis que según el marco teórico se evidenció en cierta medida, al ser la primera vez que se desglosa como se planteó el estudio tampoco se planteó más allá de una asociación o no asociación.

2.5. Identificación de Variables

2.5.1. Variables de estudio.

- Independiente: Factores familiares (por ser considerado uno de los factores etiológicos de la caries dental)
- Dependiente: Caries dental (enfermedad clínica)

2.5.2. Variable interviniente.

- Edad
- Sexo

2.2 Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Variable Independiente Factores familiares	Son aquellas relaciones entre los padres con los hijos con creencias, estilos, formas de educar o cuidar (salud), los conflictos y el ambiente donde se desarrollan los integrantes de una familia	Características socioculturales	Número de personas de la familia	De 2 De 3 a 4 De 5 a 6 Mayor de 7	Cuantitativa discreta
			Responsable de la familia	Papá/mamá Papá Mamá Abuelos Otros Papá/ mamá Papá Mamá Otros	Cualitativa politómica
			Responsable de sustento de la familia	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Cualitativa politómica
			Nivel educativo del padre		Cualitativa politómica

		Características asemotivas	Nivel educativo del madre	AnalfabetoPrimaria SecundariaSuperior	Cualitativa politómica
			Tiempo dedicado por los padres al trabajo fuera del hogar	Tiempo completoTiempo parcial Ama de casa Desempleado Discapacitado Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Vive con otra pareja	Cualitativa politómica
			Estado marital	Relación satisfactoria Disciplina laxa Disciplina extrema	Cualitativa politómica
			Funcionabilidad de la familia		Cualitativa politómica

			Problemas de relación del niño (observada)	Satisfactoria Insatisfactoria	Cualitativa dicotómica
			Calidez de los padres al niño (observada)	Satisfactoria Insatisfactoria	Cualitativa dicotómica
			Sensibilidad de los padres (observada)	Satisfactoria Insatisfactoria	Cualitativa dicotómica
		Características del cuidado de la salud bucal	Frecuencia de cepillado	Nunca A veces Una vez al día Dos o más veces al día	Cualitativa politómica
			Acompañamiento a cepillado de sus hijos	Nunca A veces Siempre Si No	Cualitativa politómica Cualitativa dicotómica
			Atención odontológica		

			Motivo de consulta	Nunca Control/ otros Tratamientos Urgencia	Cualitativa politómica
			Tipo de servicio odontológico	Público Privado Convenio	Cualitativa politómica
Variable Dependiente Caries dental	La caries dental es una enfermedad multifactorial siendo un padecimiento frecuente en la población mundial	Estado de salud dental	Presencia de caries	Si No	Cualitativa nominal
Edad		Cronología desde el nacimiento	Documento nacional de identidad	3 4 5	Cuantitativa discreta
Sexo		Características genotípicas y fenotípicas	Características sexuales	Masculino Femenino	Cualitativo nominal

CAPÍTULO III.

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. Nivel y tipo de investigación

El nivel de investigación fue Explicativo porque se buscó analizar el comportamiento de la variable dependiente Caries dental con respecto a los factores familiares identificados.

El tipo de investigación es:

Según la participación del investigador: Fue observacional por que no existió intervención alguna del investigador sobre las variables de estudio.

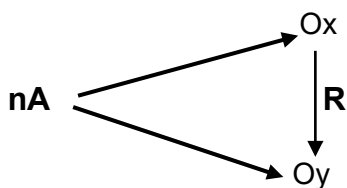
Según la planificación de toma de datos: Fue prospectivo, porque los datos fueron recolectados por el investigador en forma directa a partir de la autorización de ejecución.

Según el número de mediciones que se realizaron sobre la variable: Fue transversal porque se hicieron medición de las variables en una sola ocasión de tiempo por cada muestra evaluada.

Según el número de variables: Fue analítico por ser bivariado.

3.1.1. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue epidemiológico analítico o de casos y controles parabuscar la causalidad de los factores de riesgo



Donde:

nA = Muestra

Ox = Análisis de la variable independiente: factores familiares
Oy = Análisis de la variable dependiente: caries dental

R = Relación unidireccional

3.2. Determinación del Universo, Población y Muestra**Universo**

El universo estuvo constituido por los niños de 3 a 5 años de Lima Metropolitana.

3.2.1. Población

La Población estuvo conformada por los niños que acudieron al servicio de odontología del CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO durante el periodo de dos meses mediante la modalidad de tele consulta por pandemia o atención de urgencias odontológicas. Número promedio obtenido del reporte de atenciones mensual del establecimiento de salud en el contexto de la pandemia por COVID 19.

Se desarrolló un muestreo de tipo no probabilístico para variables cualitativas, reuniendo en ese periodo bajo el muestreo por avalancha, el número de 200 participantes.

Se aplicó la fórmula siguiente para determinar el tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser niños entre los 3 a 5 años y 11 meses.
- Haber firmado de conformidad el consentimiento informado por parte de los padres.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños que se encuentran en tratamiento de alguna enfermedad sistémica.
- Niños que padecen de alguna enfermedad genética o congénita.
- No desean colaborar.

Infraestructura

La recopilación de los datos se llevó a cabo en los ambientes del establecimiento de salud, Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo de Lima.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Cita inicial

Los padres fueron contactados en persona mediante la tele consulta para su hijo o cuando acuda al establecimiento de salud. Determinando en primer lugar si la familia se encuentra interesado en participar sobre el estudio. Aquellos que manifestaron su interés fueron entonces abordados por el investigador, provisto de la información sobre el proyecto y determinar su completa comprensión.

Todos los padres tuvieron que dar su consentimiento informado para participar en del estudio. Los Procedimientos de investigación fueron de conocimiento del asesor del trabajo de investigación, así como cumpliendo los procedimientos administrativos que fija la Facultad de Medicina.

Registro de datos

Para este propósito se empleó un cuestionario estructurado referido a la identificación de los factores familiares en la que se desarrolla el menor. Se les ayudó en la aclaración de cada pregunta formulada para obtener su mejor respuesta.

Cada ítem considerado en el cuestionario fue categorizado, en función de los indicadores de cada variable correspondiente a cada variable.

Revisión de condiciones de salud bucal. Los niños fueron examinados para evaluar la condición de sus piezas dentarias registrando en un odontograma e identificando si presentaba caries dental en la dentición decidua. Para ello se programó la cita de revisión

siguiendo los protocolos que establece el Ministerio de Salud, en el caso que el abordaje fuese por tele consulta; en caso de que el niño acudiera acompañado de su padre o responsable por motivo de urgencia se procedió a realizar el examen clínico correspondiente.

El Examen clínico se realizó en los consultorios odontológicos del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo de Lima, en una sala debidamente acondicionada según los lineamientos por la pandemia por COVID 19. Se proporcionó también pasta dental y cepillo de dientes para el niño, para realizar la instrucción de higiene bucal después de realizada la entrevista para rellenar el cuestionario.

Los codificadores no registraron identificación o información personal en las fichas de observación más allá de lo que corresponde a la edad y sexo del niño o niña. Se asignó solo un código de identificación con fines de ordenamiento.

3.4. Procesamiento, análisis y presentación de datos.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización de una computadora compatible con sistema operativo Windows 8 Professional; el programa utilizado fue SPSS versión 23.0 para el análisis de estadísticos descriptivos de resultados del instrumento y de las condiciones de la salud bucal referidas a la caries dental. Por tratarse de variables cualitativas se empleó el análisis de modelo de líneas o regresión de Poisson, con intervalos de confianza de 95 %.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Análisis univariado de la investigación

Tabla 1. Distribución según el sexo y edad de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tabla 1.1. Sexo	Femenino	94	47.00%
	Masculino	106	53.00%
Tabla 1.2. Edad	4.055	3.630133	

Fuente: Elaboración propia

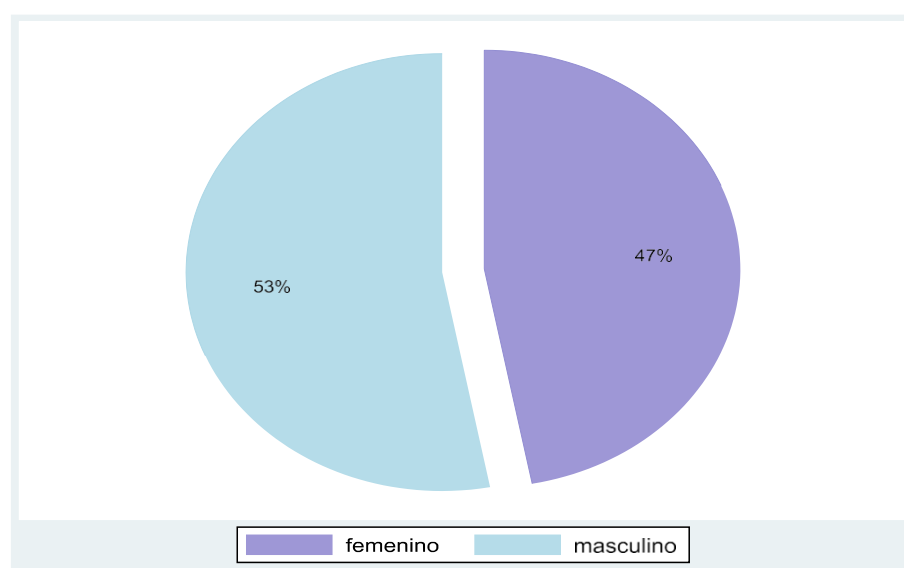


Figura 1. Sexo de los niños participantes de la investigación.

ANÁLISIS: En la tabla y figura N°1.1, que representa la distribución de los participantes niños, según el sexo el 53.00% (106) fueron de la categoría de sexo masculino y el 47.00% (94) presenta una categoría de sexo femenino.

Tabla 2. Características socioculturales de las familias de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021

Variable	Categorí a	Frecuenci a	Porcentaj e
Tabla N°2.1. N° de miembros de la familia	2	10	5.00%
	3 - 4	169	84.5%
	5 - 6	21	10.5%
	7	0	0.00%
Tabla N°2.2. Responsable de la familia	Papá/mamá	137	68.5%
	Papá	7	3.50%
	Mamá	56	28.00%
	Abuelos	0	0.00%
	Otros	0	0.00%
Tabla N°2.3. Responsable del sustento de la familia	Papá/mamá	10	5.00%
	Papá	179	89.5%
	Mamá	11	5.5%
	Abuelos	0	0.00%
	Otros	0	0.00%
Tabla N°2.4. Nivel educativo del padre	Analfabeto	0	0.00%
	Primaria	3	1.5%
	Secundaria	172	86.00%
	Superior	25	12.5%
Tabla N°2.5. Nivel educativo de la madre	Analfabeto	0	0.00%
	Primaria	5	2.5%
	Secundaria	183	91.5%
	Superior	12	6.00%

Fuente: Elaboración propia

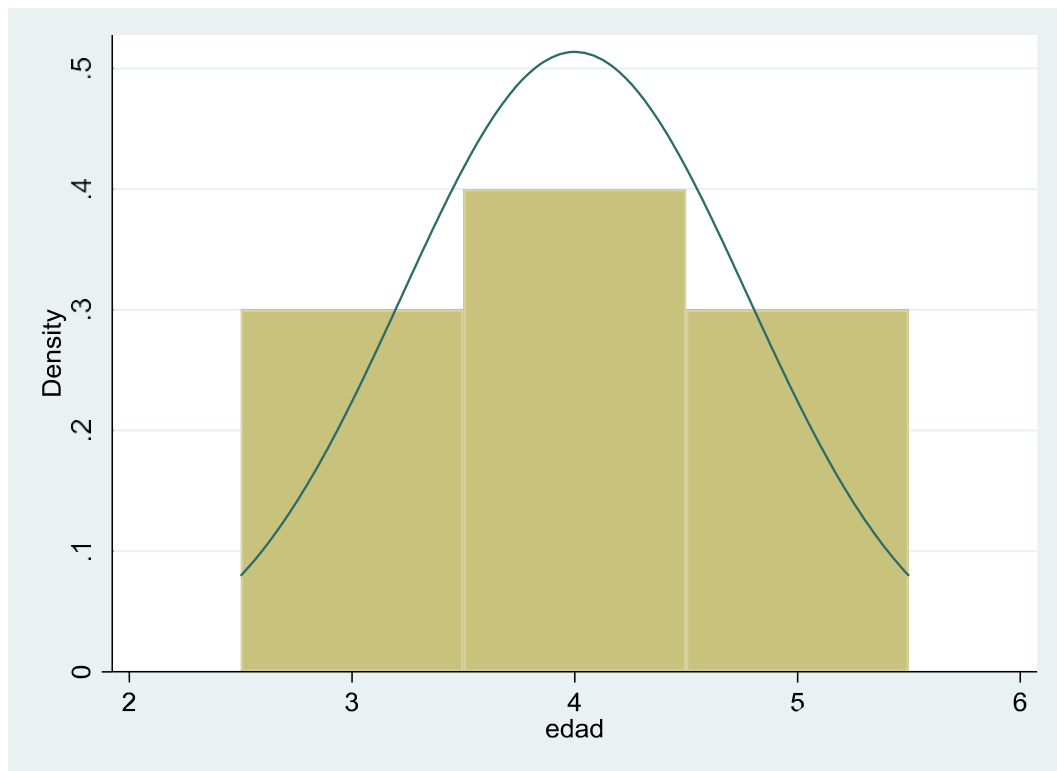


Figura 2. Edad de los niños participantes de la investigación.

ANALISIS: En la tabla y figura 2, que representa la distribución de los participantes niños, según la edad, se presenta un promedio de 4 y una desviación estándar de 0.7765405.

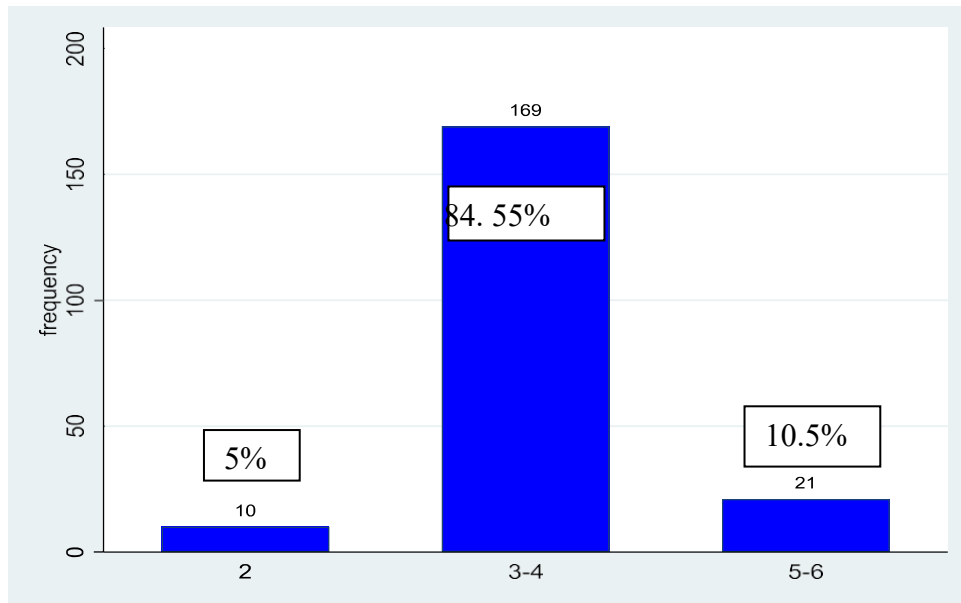


Figura 3. Número de miembros de la familia de los niños participantes de la investigación.

ANALISIS: En la tabla N°2.1. Referido al número de miembros de la familia, se obtuvo que el 84.5%(169) presenta de “3 – 4” miembros por familia, el 10.5%(21) presenta de “5 – 6” miembros por familia, y el 5.00%(10) presenta “2” miembros por familia.

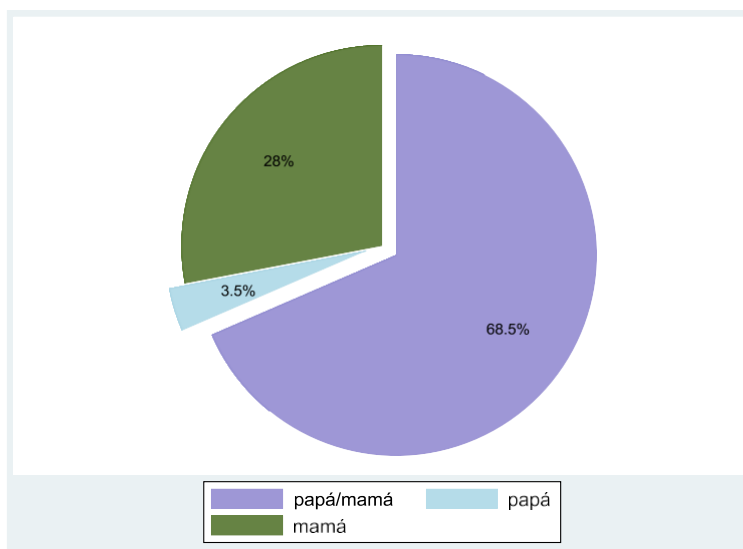


Figura 4. Responsable de la familia de los niños participantes de la investigación.

ANALISIS: En la tabla N°2.2. Referido al responsable del cuidado de la

familia, el 68.5%(137) respondió que son “Papá/mamá, el 28.00%(56) respondió que es la “mamá” y el 3.50%(7) respondió que es el “papá”.

INTERPRETACION: De lo hallado se encuentra que entre 6 a 7 niños de cada 10 se encuentran bajo el cuidado del padre y de la madre; mientras que 3 de cada 10 solo estabajo la responsabilidad de la madre o el padre.

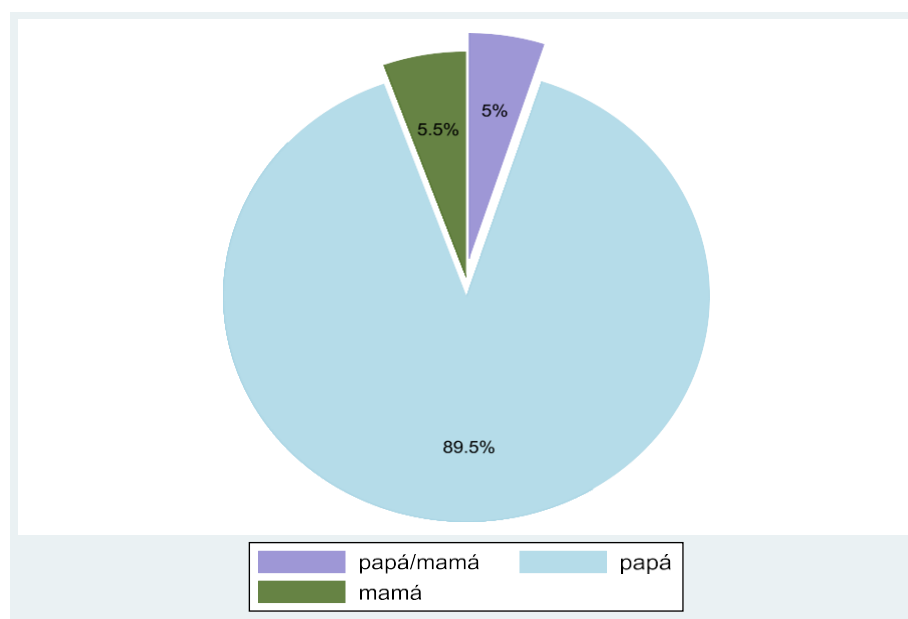


Figura 5. Responsable del sustento de la familia de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°2.3. Referido al responsable del sustento de la familia, el89.5%(179) respondió que es el “Papá”, el 5.00%(10) respondió que son ambos “papá/mamá”, y el 5.5%(11) respondió que es la “mamá”.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que caso 9 de cada 10 niños tienen como responsable de su sustento a su padre, pero también se presenta que 1 de cada 20 niños tienen como responsable de su sustento solo a su madre, que es la persona que tiene que trabajar y por ello alejarse de su hogar durante muchas horas en el día.

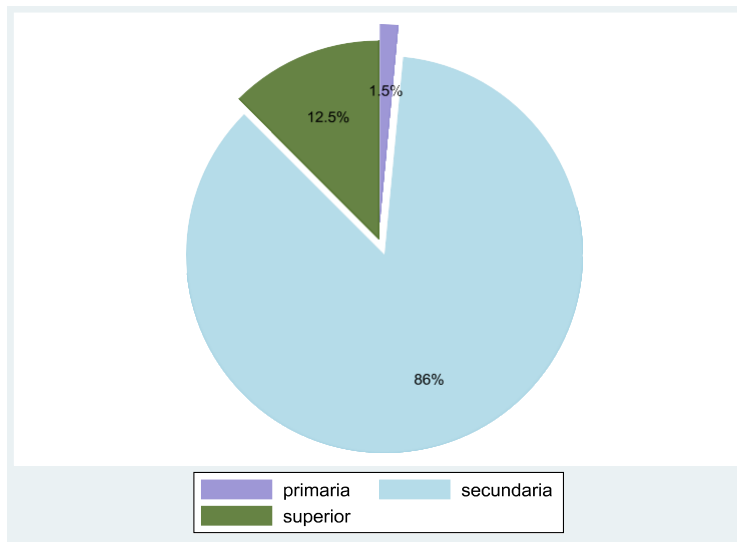


Figura 6. Nivel educativo del padre de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°2.4. Referido al nivel educativo del padre del niño, el 86.0%(172) indica el nivel “secundaria”, 12.5%(25) indica el nivel “superior”, y el 1.5%(3)indica el nivel “primaria”

INTERPRETACION: De lo hallado se muestra que 8 de cada 10 padres de familia responsables de los niños tienen un nivel educativo de secundaria, por lo que se podríaintuir que tendrían poca información para el cuidado bucal de sus menores hijos.

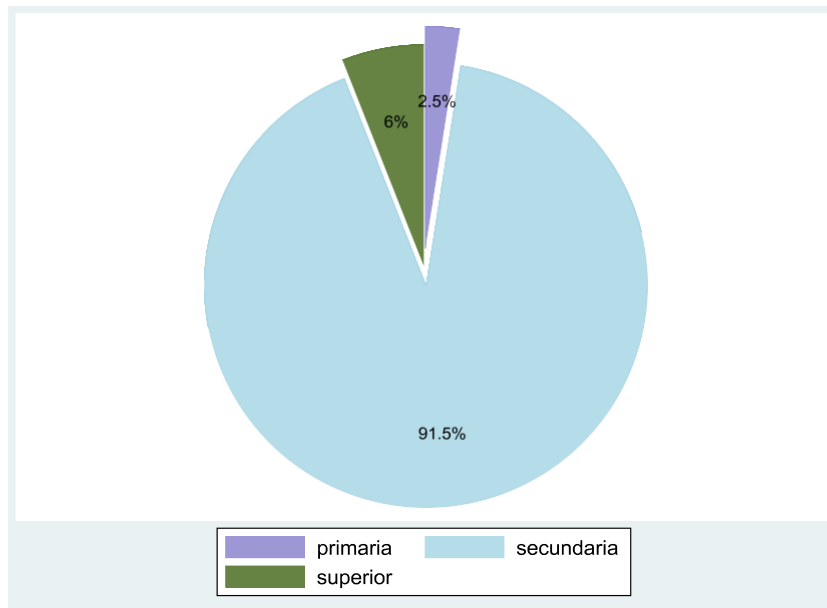


Figura 7. Nivel educativo de la madre de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°2.4. Referido al nivel educativo de la madre del niño, el 91.5%(183) indica el nivel “secundaria”, 6.00%(12) indica el nivel “superior”, y el 2.5%(5)indica el nivel “primaria”

INTERPRETACION: De lo hallado se muestra que 9 de cada 10 madres de familiaresresponsables de los niños tienen un nivel educativo de secundaria, por lo que se podríaintuir que tendrían poca información para el cuidado bucal de sus menores hijos.

Tabla 3. Características emotivas de las familias de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021

Variable s	Categoría	Frecuenci a	Porcentaj e
Tabla N°3.1.Tiempo dedicado al trabajo	Tiempo completo	112	56.00%
	Tiempo parcial	52	26.00%
	Ama de casa	17	8.50%
	Desempleado	16	8.00%
	Discapacitado	3	1.50%
Tabla N°3.2.Estado marital	Soltero	55	27.5%
	Casado	83	41.5%
	Separado	50	25.00%
	Vive con otra pareja	12	6.00%
Tabla N°3.3.Funcionalidad familiar	Relación satisfactoria	36	18.0%
	Disciplina laxa	98	49.0%
	Disciplina extrema	66	33.00%
Tabla N°3.4.Problemas de relación del niño	Insatisfactoria	37	18.5%
	Satisfactoria	163	81.5%
Tabla N°3.5.Calidez de los padres al niño	Insatisfactoria	148	74.00%
	Satisfactoria	52	26.00%
Tabla N°3.6.Sensibilidad de los padres	Insatisfactoria	163	81.5%
	Satisfactoria	37	18.5%

Fuente: Elaboración propia

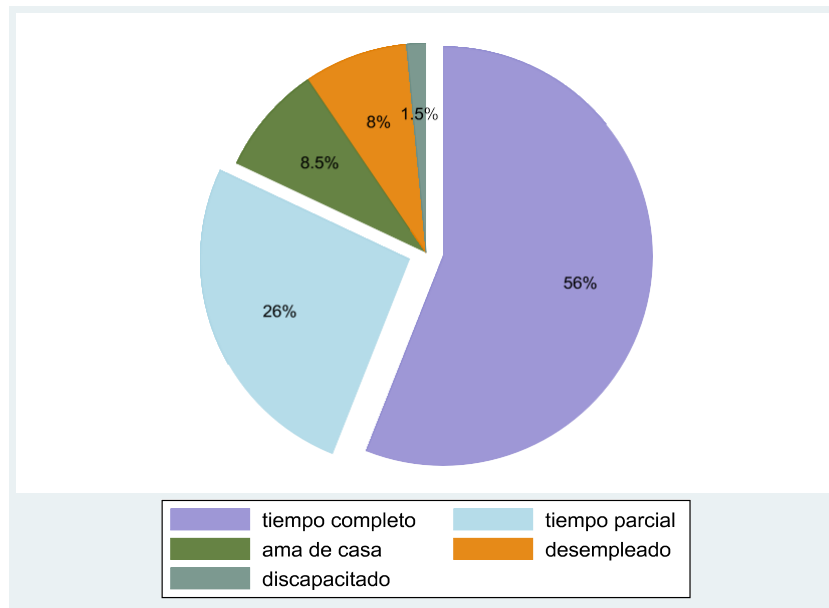


Figura 8. Tiempo dedicado al trabajo por parte de los padres de los niños participantes de la investigación.

ANALISIS: En la tabla N°3.1. Referido al tiempo dedicado al trabajo por parte de los padres, el 56.00%(112) se dedican al trabajo a “tiempo completo”, el 26.00%(52) se dedican al trabajo a “tiempo parcial”, el 8.50%(17) se dedica al trabajo de “ama de casa”, 8.00%(16), el se encuentra como “desempleado” y el 1.50%(3) no trabaja por ser “discapacitado”.

INTERPRETACION: De lo encontrado se observa que 5 de cada 10 padres de familia se dedican a tiempo completo al trabajo lo que reflejaría la falta de contacto en las actividades y el cuidado para sus hijos, dejándolos al cuidado a hermanos, abuelos, guarderías u otros, 1 de cada 10 padres de familia se encuentra desempleado por falta de oportunidades o por la condición de discapacitado, lo que limitaría en la posibilidad de buscar ayuda oportuna para el cuidado de la salud bucal de sus hijos.

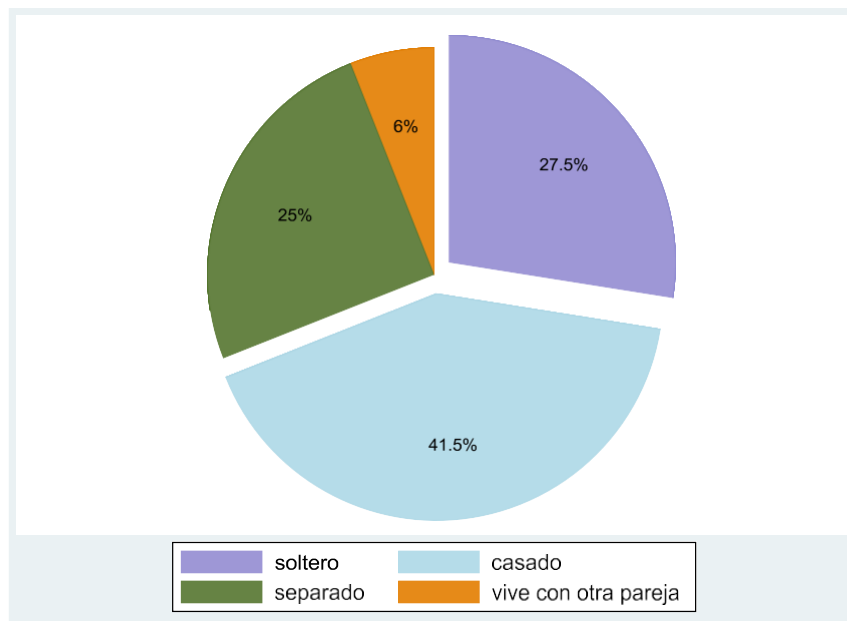


Figura 9. Estado marital de los padres de los niños participantes de la investigación.

ANALISIS: En la tabla N°3.2. Referido al estado marital de los padres de los niños se encontró que el 41.5%(83) se encontraban en situación de “casado”, el 27.5%(55) en la situación de “soltero”, el 25.00%(50) en la situación de “separado”, y el 6.0%(12) presenta en la situación de que “vive con otra pareja”.

INTERPRETACION: De lo encontrado se observa que 4 de cada 10 padres de familia se encuentra casado, el niño crece junto a ambos padres y el desarrollo depende de la convivencia con ambos; mientras 5 de 20 padres de familia se encuentran separados quedando el menor solo al cuidado de uno de los padres y 1 de cada 20 padres son

separados y optaron por vivir con otra pareja lo que podría influir en las desatenciones al menor de edad y la falta de cuidado de la salud bucal del menor.

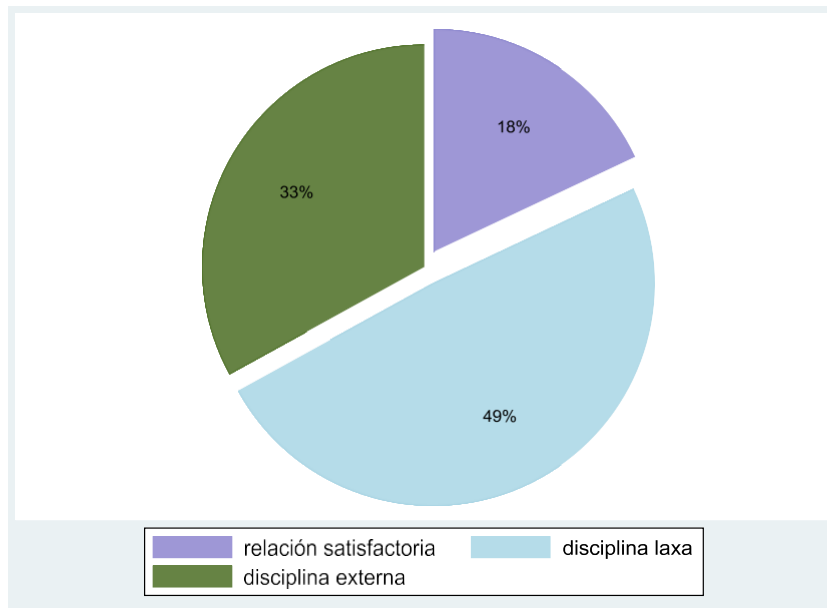


Figura 10. Funcionalidad familiar en el entorno de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°3.3. Referente a la funcionabilidad de la familia con respecto a la crianza del niño, se encontró que el 49.0%(98) criaba al menor con una “disciplina laxa”, el 33.00%(66) criaba al menor con una “disciplina extrema” y el 18.0%(36) criaba al menor con una “relación satisfactoria”.

INTERPRETACION: De lo encontrado se observa que 5 de cada 10 padres cría a sus hijos con disciplina laxa o permisiva, no existiendo responsabilidades asignadas al menor para el cuidado de su salud bucal y por lo tanto los exponen a factores cariogénicos con poco

control sobre su higiene bucal; por el contrario 3 de cada 10 cría a sus hijos con rigor e imposición que al no tener puntos de dialogo el niño es obligado sin ser consiente porque hace las acciones y solo entre 1 a 2 de cada 10 familias tiene una relación satisfactoria entre los miembros del hogar incluyendo a Los niños.

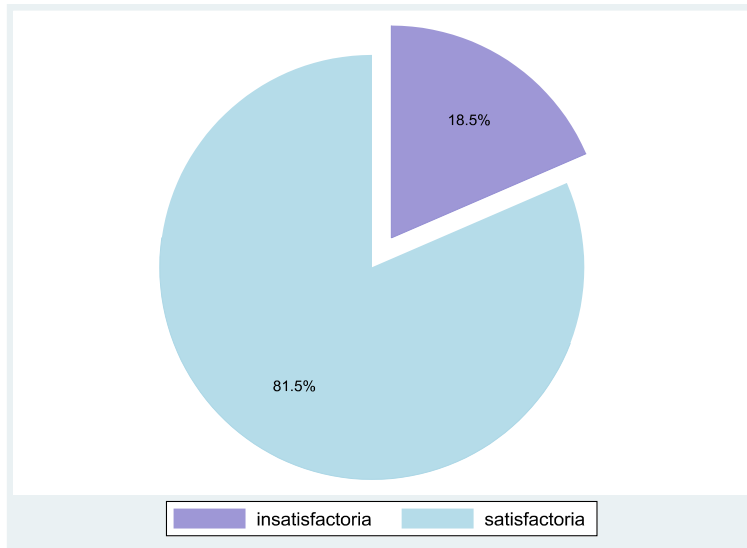


Figura 11. Problemas de relación de los padres con los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°3.4. Referido a las relaciones de padres con hijos, se encontró que el 81.5%(163) manifestó una relación “satisfactoria” y 18.5%(37) manifestó una relación “insatisfactoria”.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que 8 de cada 10 padres (papá y mamá) tienen una relación satisfactoria con sus hijos, pero existe 2 de cada 10 que su relación es

insatisfactoria lo que podría generar una falta de orientación de los padres para el cuidado de su salud bucal.

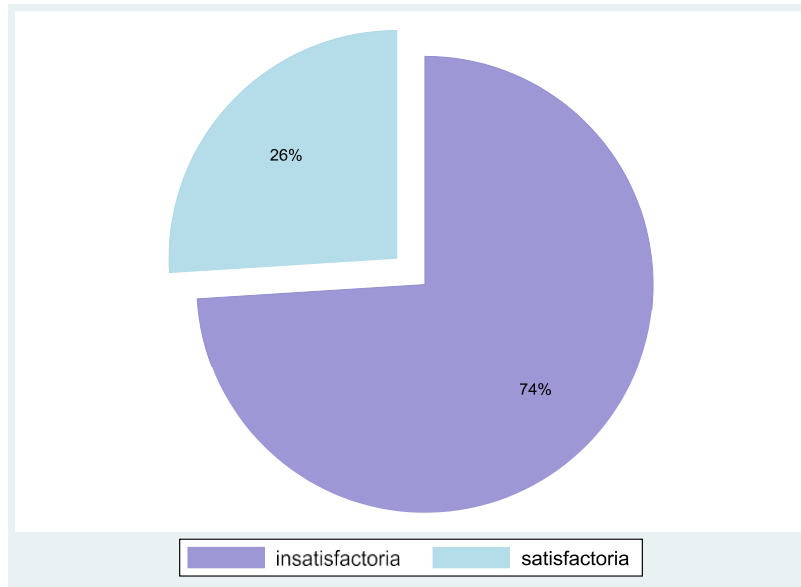


Figura 12. Calidez de los padres con los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°3.5. Referido a la calidez del trato de los padres para con sus hijos se encontró que el 74.0%(148) mostró una calidez de tipo “insatisfactoria” y el 26.0%(52) mostró una calidez de tipo “satisfactoria”.

INTERPRETACION: De lo encontrado se pudo notar que la calidez como trato afectivo de los padres hacia sus hijos fue insatisfactoria en una proporción de 7 de cada 10, la falta de apego a los padres posiblemente se deba a que los padres pasan muchas horas lejos de casa, no teniendo vivencias por compartir con sus hijos, la sobrecarga laboral y la situación manifestada en esta época especial de pandemia estarían afectando esa calidez.

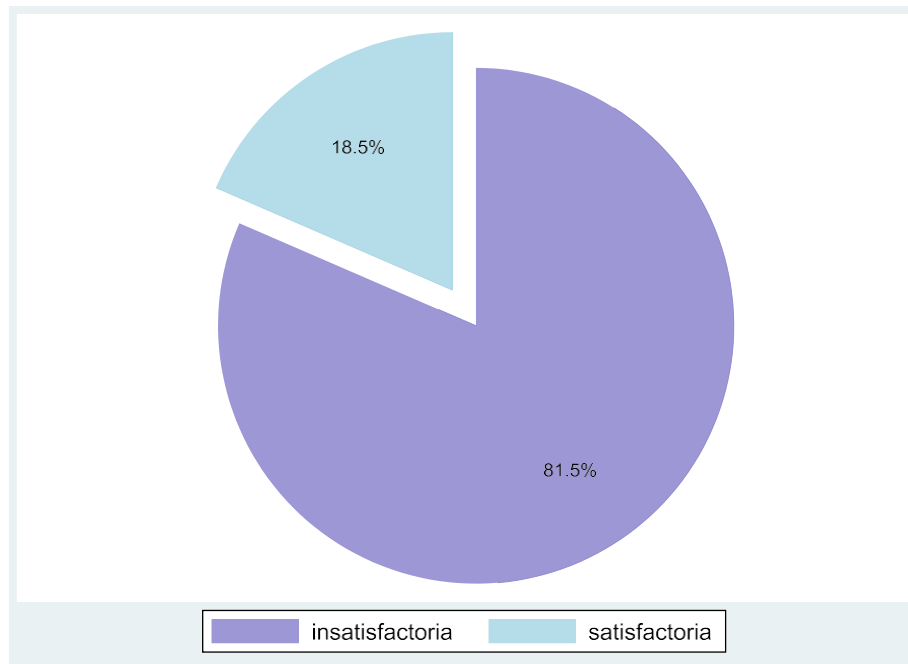


Figura 13. Sensibilidad de los padres con los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°3.6. Referido a la sensibilidad que tienen los padres para el cuidado y protección de sus hijos, se encontró que el 81.5%(163) muestran una sensibilidad “insatisfactoria” y el 18.5%(37) muestran una sensibilidad “satisfactoria”.

INTERPRETACION: De lo encontrado se observa que 8 de cada 10 padres de familia tiene una sensibilidad insatisfactoria para el cuidado y protección de su hijo, pues al no preocuparse por su bienestar físico y emocional descuida el cuidado de salud incluida la salud bucal, generando desatenciones y la motivación escasa para promover acciones de cuidado preventivo para sus menores hijos.

Tabla 4. Características del cuidado de la salud bucal de los niños de 3 a 5 años atendidos en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Lima 2021

Variable s	Categoría	Frecuenci a	Porcentaj e
Tabla N°4.1. Frecuencia de cepillado	A veces	62	31.00%
	1 vez al día	103	51.5%
	Nunca	2	1.00%
	2 o más veces al día	33	16.5%
Tabla N°4.2 Acompañamiento al cepillado de su hijo	Nunca	15	7.5%
	A veces	127	63.5%
	Siempre	58	29.00%
Tabla N°4.3. Atención dental	No	21	10.5%
	Si	179	89.5%
Tabla N°4.4. Motivo de consulta	Nunca	21	10.5%
	Control/otros	83	41.5%
	Tratamientos	67	33.5%
	Urgencia	29	14.5%
Tabla N°4.5. Tipo de seguro	Público	200	100.00%
	Privado	0	0.00%
	Convenio	0	0.00%
Tabla N°4.6. Caries dental	No	26	13.0%
	Si	174	87.0%

Fuente: Elaboración propia

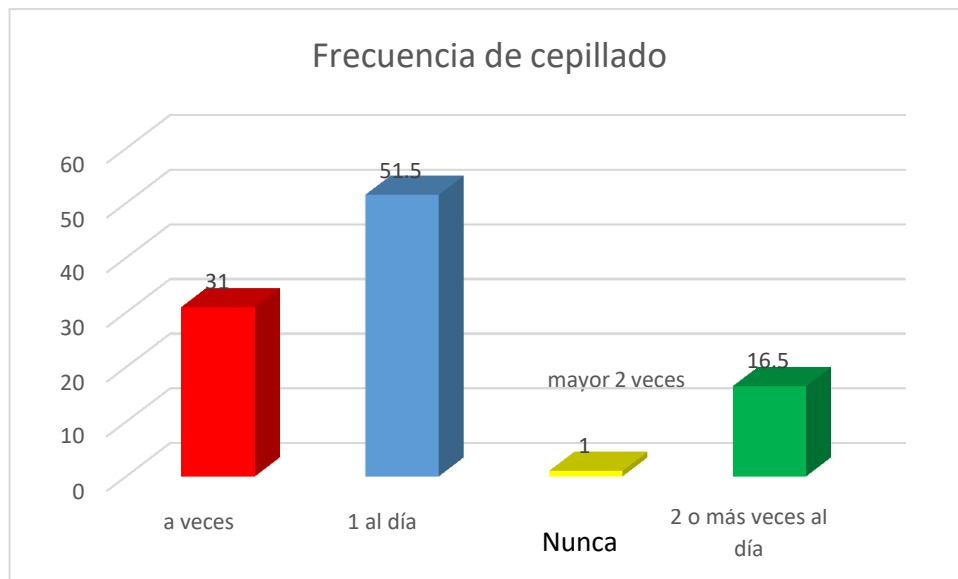


Figura 14. Frecuencia de cepillado de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°.4.1. Referido a la frecuencia de cepillado de los niños se encontró que el 51.5% (103) lo realizaba “1 vez al día”, el 31.00%(62) lo realizaba “a veces”, el 16.5%(33) lo realizaba 2 a más veces al día y el 1.00%(2) indicó que nunca lo realizaba.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que 5 de cada 10 niños tiene una frecuencia de cepillado de sus dientes de al menos 1 vez al día, 3 de cada 20 lo hace de 2 a más veces al día; mientras 3 de cada 10 solo lo hace a veces es decir cuando se recuerda y solo 1 de cada 100 nunca se realiza el cepillado de los dientes, estos dos son grupos vulnerables para las enfermedades bucales como la caries dental.

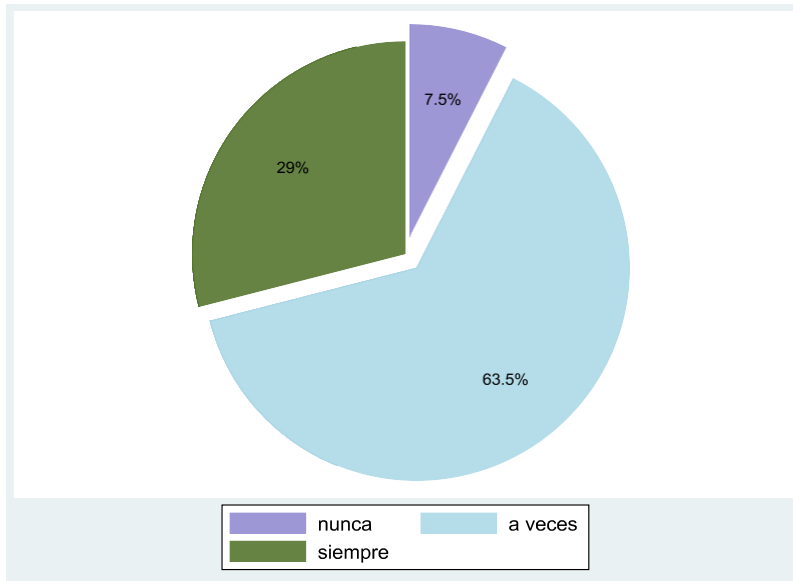


Figura 15. Acompañamiento al cepillado de su hijo de los participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°.4.2, referido al acompañamiento que hacen los padres para el cepillado de los dientes de sus hijos, se encontró que el 63.5%(127) respondió que lo hace “a veces”, el 29.0%(58) respondió que lo hace “siempre” y el 7.5%(15) respondió que “nunca” lo hace.

INTERPRETACION: De lo encontrado se observa que 6 de cada 10 padres acompañan a veces al cepillado dental de sus hijos, 3 de cada 10 si lo hace siempre y 1 de cada 10 nunca lo hace; este último crea un grupo vulnerable para la caries dental pues al no inculcarse los hábitos de higiene acompañando al menor esto no necesariamente será cumplido o será deficiente en su realización.

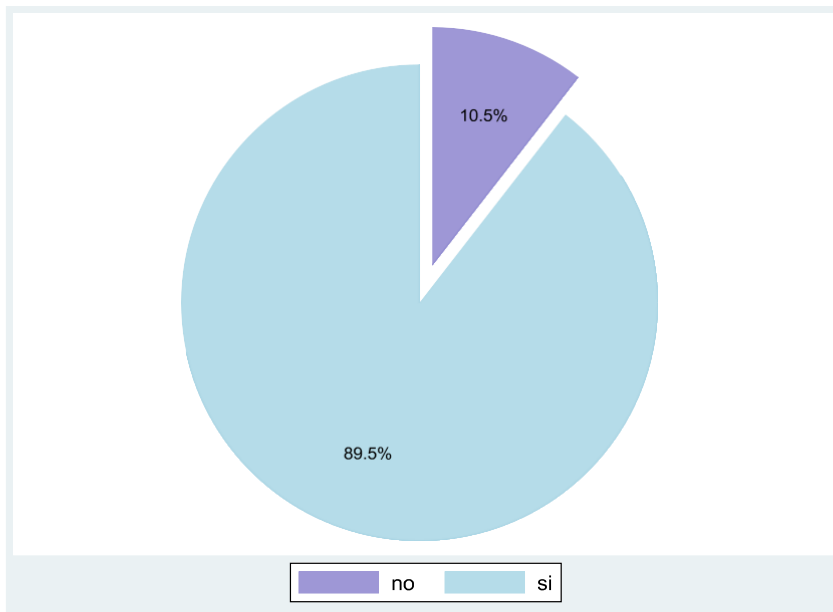


Figura 16. Atención dental para los niños participantes de la investigación,

ANALISIS: En la tabla N°.4.3. Referido a la recepción de atención para sus necesidades odontológicas acudidos por sus padres, el 89.5%(179) menciona que “si” llevan a sus hijos para atención dental, y el 10.5%(21) menciona que “no” llevan a sus hijos para atención dental.

INTERPRETACION: De lo obtenido se observa que 9 de cada 10 padres acuden a sus hijos para recibir atención odontológica, mientras que 1 de cada 10 no lo hace.

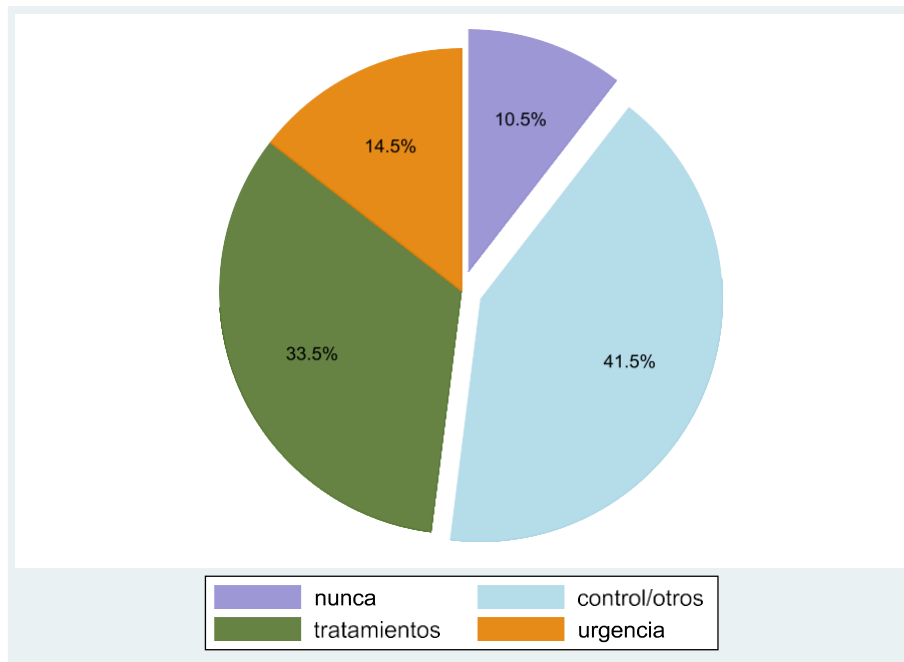


Figura 17. Motivo de consulta por lo que los padres llevan a sus hijos a la atención odontológica

ANALISIS: En la tabla N°.4.4. Referido al motivo de consulta por el cual los padres llevan a sus hijos para recibir atención odontológica, el 41.5%(83) respondió que lo lleva para “control/otros”, el 33.5%(67) respondió que lo lleva para recibir “tratamientos”, el 14.5%(29) que lo lleva por motivo de “urgencia” y el 10.5%(21) menciona que “nunca” lo lleva.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que 3 de cada 10 padres lleva a la atención odontológica cuando su hijo requiere algún tipo de tratamiento, así mismo 3 de cada 20 padres solo lleva a la atención odontológica a su hijo cuando surge alguna urgencia como

dolor o alguna infección y 1 de cada 10 nunca lo llevo a recibir atención. Solo 4 de 10 padres llevan con frecuencia a recibir controles y chequeos a sus hijos.

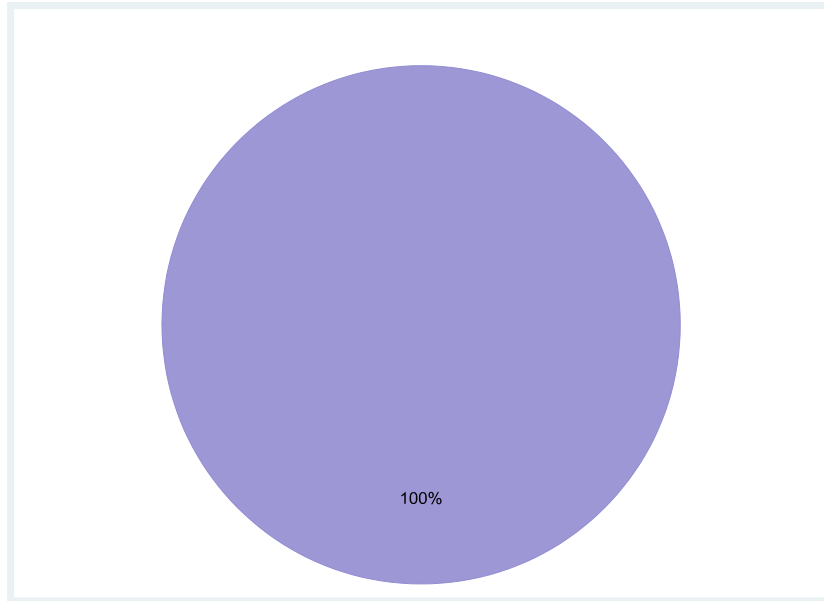


Figura 18. Tipo de seguro de los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°.4.5. Referido al tipo de seguro al que están afiliados los niños, el 100.0%(200) indican que están afiliados al seguro “público” y ninguno a seguros “privado y convenio”.

INTERPRETACION: La totalidad de padres respondió que sus hijos se encuentran afiliados a un sistema de seguro público de salud, específicamente del Ministerio de Salud mediante el Sistema Integral de Salud.

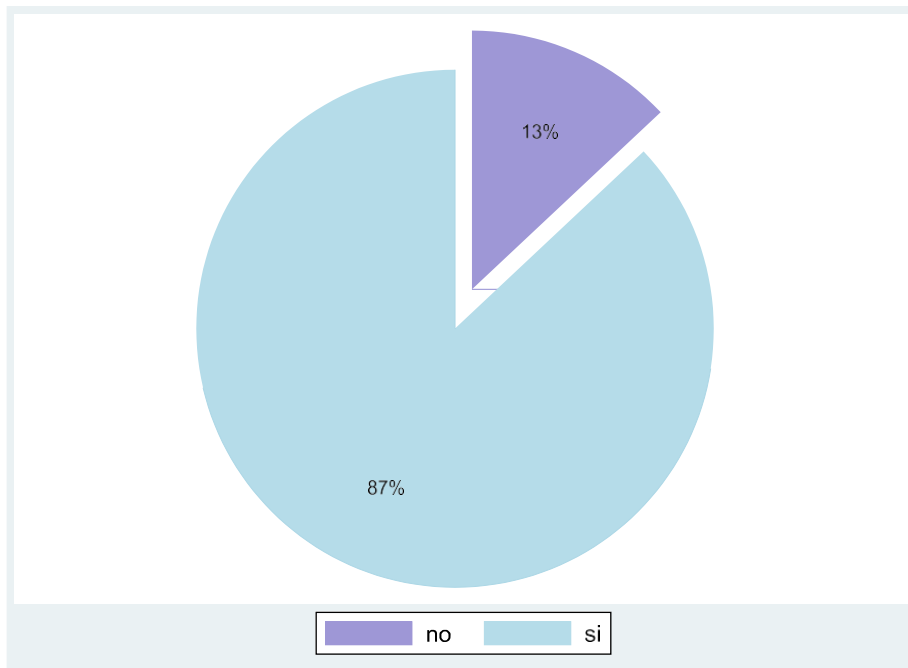


Figura 19. Presencia de caries dental en los niños participantes de la investigación

ANALISIS: En la tabla N°.4.6. Referido a si sus hijos presentan caries dental, el 87.0%(174) si presento caries dental y el 13.0%(26) no presentó caries dental.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que 9 de cada 10 niños sufren de caries dental, pero este hecho no tiene como respuesta en la misma medida, que lleven al menor de edad a la atención odontológica ya sea para recibir sus tratamientos en forma oportuna o para realizar controles de prevención.

Análisis bivariado de la investigación:

Características socioculturales y caries dental en los niños participantes de la investigación

Tabla 5. Número de personas de la familia y caries dental

Caries	Número de personas de la familia					Total
	N	2	3 - 4	5 - 6	> 7	
no	N	0	23	3	0	26
	%	0.00%	11.50%	1.50%	0.00%	13.00%
si	N	10	146	18	0	174
	%	5.00%	73.00%	9.00%	0.00%	87.00%
Total	N	10	169	21	0	200
	%	5.00%	84.50%	10.50%	0.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°5, referente a si la caries dental esta presente en proporción al número de integrantes de la familia, se obtuvo que el 73.00%(146) de niños con caries dental tenían entre “3-4” integrantes en sus familia y por otro lado los que no presentaron caries dental con 0.00%(0) solo tenían como número de integrantes de familia 2 miembros.

INTERPRETACION: Al ser mayoritaria la muestra en los grupos de familia entre 3 a 4 miembros no se puede comparar con otros grupos con números diferentes números de familia.

Tabla 6. Responsable de la familia y caries dental

Caries	Responsable de la familia						Total
	N	Papá/mamá	Papá	Mamá	Abuelos	Otros	
no	N	25	0	1	0	0	26
	%	12.50%	0.00%	0.50%	0.00%	0.00%	13.00%
si	N	112	7	55	0	0	174
	%	56.00%	3.50%	27.50%	0.00%	0.00%	87.00%
Total	N	137	7	56	0	0	200
	%	68.50%	3.50%	28.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°6, referente a si la caries dental esta presente en relación al responsable de la familia, el 56.00% (112) de los niños que presentan caries tienen como responsables de familia tanto al padre como a la madre, pero también el 12,50% (25) de los que no presentan caries dental tienen como responsables de familia tanto al padre como a la madre, el 27,50% (55) de los que presentan caries dental tiene como único responsable a la madre del total de 200.

INTERPRETACION: De lo hallado se puede observar que bajo la responsabilidad del padre y la madre el niño no presenta caries dental o también la presenta, pero esa proporción se amplía cuando la única persona responsable del cuidado del niño es solo la madre.

Tabla 7. Responsable del sustento de la familia y caries dental

Caries	Responsable del sustento de la familia					Total
	N	Papá/mamá	Papá	Mamá	Abuelos	
%						
no	1	25	0	0	0	26
%	0.50%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	13.00%
Si	9	154	11	0	0	174
%	4.50%	77.00%	5.50%	0.00%	0.00%	87.00%
N	10	179	11	0	0	200
%	5.00%	89.50%	5.50%	0.00%	0.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°7, referente a si la caries dental esta presente en relación al responsable del sustento de la familia, el 77,00%(154) de los niños que presentan caries dental tienen como responsable del sustento de la familia al padre, en el mismo sentido tambien presentan caries y tienen como responsable del sustento familiar a la madre el 5,5% (11) y por otro lado no presentan caries dental y tienen como responsable del sustentode la familia al padre un 12,50% (25) del total de 200.

INTERPRETACION: De lo hallado se puede observar que bajo la responsabilidad de sustento del padre el niño no presenta caries dental o también la presenta, pero no es proporcional cuando la única persona responsable del sustento de la familia es la madre pues todos presentan caries dental.

Tabla 8. Nivel educativo del padre y caries dental

Caries	Nivel educativo del padre					Total
	N	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior	
no	N	0	0	8	18	26
	%	0.00%	0.00%	4.00%	9.00%	13.00%
si	N	0	3	164	7	174
	%	0.00%	1.50%	82.00%	3.50%	87.00%
Total	N	0	3	172	25	200
	%	0.00%	1.50%	86.00%	12.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°8, referente a si la caries dental esta presente en relación al nivel educativo del padre, el 82.00%(164) de los niños que presentaron caries dental tenían su padre con nivel educativo secundaria y contrastando el 9% (18) de los niños que nopresentaron caries dental tenían su padre con nivel educativo superior comprado con aquellos que si presentaban caries dental para el nivel educativo del padre superior con 3,5%(7).

INTERPRETACION: De lo hallado se puede observar que si el grado de instrucción del padre es mayor, sus hijos tendrán una mejor posibilidad de no presentar caries dental comparado con los otros niveles de educación del padre.

Tabla 9. Nivel educativo de la madre y caries dental

Caries	Nivel educativo del madre					Total
	N	Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior	
no	%					
	N	0	0	14	12	26
si	%	0.00%	0.00%	7.00%	6.00%	13.00%
	N	0	5	169	0	174
Total	%	0.00%	2.50%	84.50%	0.00%	87.00%
	N	0	5	183	12	200
	%	0.00%	2.50%	91.50%	6.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°9, referente a si la caries dental esta presente en relación al nivel educativo de la madre, el 84.50%(169) de los niños que presentaron caries dental tenían su madre con nivel educativo secundaria y contrastado con el 6% (12) de los niños que no presentaron caries dental y tenían su madre con nivel educativo superior.

INTERPRETACION: De lo hallado se puede observar que si el grado de instrucción del padre es mayor, sus hijos tendrán una mejor posibilidad de no presentar caries dental comparado con los otros niveles de educación del padre.

4.2. Características emotivas y caries dental en los niños participantes de la investigación

Tabla 10. Tiempo dedicado por los padres al trabajo fuera del hogar y caries dental

Caries	N	Tiempo dedicado por los padres al trabajo fuera del hogar					Total
		Tiempo completo	Tiempo parcial	Ama de casa	Desempleado	Discapacitado	
no	N	10	14	2	0	0	26
	%	5.00%	7.00%	1.00%	0.00%	0.00%	13.00%
si	N	102	38	15	16	3	174
	%	51.00%	19.00%	7.50%	8.00%	1.50%	87.00%
Total	N	112	52	17	16	3	200
	%	56.00%	26.00%	8.50%	8.00%	1.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°10, referente a si la caries dental esta presente en relación al tiempo dedicado por los padres al trabajo fuera del hogar, el 51.0%(102) de los niños que presentaron caries dental tenian sus padres con trabajo a tiempo completo y en menor proporción para los otros tiempos que también tuvieron presencia de caries dental en sus hijos, para el caso de los que no presentaron caries dental se obtuvo un 7% (14) en los que trabajan a tiempo parcial seguido del 5% de los que trabajan a tiempo completo y en 1% (2) para las ama de casa.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que mas de la mitad de los padres trabaja a tiempo completo y que mayoritariamente sus hijos presentan caries dental.

Tabla 11. Estado marital y caries dental

Caries	N	Estado marital				Total
		Soltero	Casado	Separado	Vive con otra pareja	
no	N	0	25	1	0	26
	%	0.00%	12.50%	0.50%	0.00%	13.00%
si	N	55	58	49	12	174
	%	27.50%	29.00%	24.50%	6.00%	87.00%
Total	N	55	83	50	12	200
	%	27.50%	41.50%	25.00%	6.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°11, referente a si la caries dental esta presente en relación al estado marital de los padres, el 29.00%(58) de los niños que presentaron caries dental sus padres eran casados, el 27,50% (55) de los niños que presentaron caries dental con sus padres eran solteros el 24,5% (50) de los niños presentaron caries dental con sus padres separados y el 6% (12) de los niños que presentaron caries dental su padre o madre vivía con otra pareja. En el grupo de los niños que no presentaron caries dental 12,5% (25) eran con padres casados.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente en los niños indistintamente al estado marital de sus padres, la unica diferencia es que no esta presente la caries dental mayoritariamente en padres que son casados.

Tabla 12. Funcionalidad de la familia y caries dental

Caries	N	Funcionalidad de la familia			Total
		Relación satisfactoria	Disciplina laxa	Disciplina extrema	
no	N	20	3	3	26
	%	10.00%	1.50%	1.50%	13.00%
si	N	16	95	63	174
	%	8.00%	47.50%	31.50%	87.00%
Total	N	36	98	66	200
	%	18.00%	49.00%	33.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°12, referente a si la caries dental esta presente según la funcionalidad de la familia, el 47.50%(95) de los niños que presentaron caries dental tuvieron una familia con convivencia de disciplina laxa y seguido de las familias con convivencia de disciplina extrema con un 31.50% (66). Del grupo de niños que no presentaron caries dental la funcionalidad de familia se tuvo que es una relación satisfactoria con 10% (20).

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente en las familias que crían a sus hijos con disciplina laxa o extrema, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que sus relaciones familiares son satisfactorias.

Tabla 13. Problemas de relación del niño con sus padres (Observada) y caries dental

Caries	N	Problemas de relación del niño		Total
		insatisfactori a	satisfactori a	
no	N	2	24	26
	%	1.00%	12.00%	13.00%
si	N	35	139	174
	%	17.50%	69.50%	87.00%
Total	N	37	163	200
	%	18.50%	81.50%	100.00 %

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°13, referente a si la caries dental esta presente según la relación que tienen los niños con sus padres, el 69.50% de los niños que presentaron caries dental tuvieron una relación satisfactoria, el 17.50% de los niños que presentaron caries dental tuvieron una relación insatisfactoria. La diferencia se encuentra en los niños que no presentaron caries dental fue cuando su relación con sus padres fue satisfactoria en un 12% del total de 200.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente en las familias cuya relación sea satisfactoria o insatisfactoria, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que mayormente estan relacionadas a relaciones satisfactorias.

Tabla 14. Calidez de los padres al niño (Observada) y caries dental

Caries	N	Calidez de los padres al niño		Total
		insatisfactori a	satisfactori a	
no	N	1	25	26
	%	0.50%	12.50%	13.00%
si	N	147	27	174
	%	73.50%	13.50%	87.00%
Total	N	148	52	200
	%	74.00%	26.00%	100.00 %

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°14, referente a si la caries dental esta presente según la calidez observada de los padres con sus hijos, el 73.50%(147) de los niños que presentaron caries dental tuvieron de parte de sus padres una calidad insatisfactoria, así como el 13,5% (27) que tuvieron calidez de sus padres satisfactoria tuvieron caries dental. Pero en los niños que no presentaron caries dental con un 12,5% (25) sus padres tuvieron una calidez satisfactoria.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente en las familias con padres que muestran calidez para sus hijos en forma satisfactoria o insatisfactoria, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que mayormente estan relacionadas a una calidez satisfactoria observada en sus padres.

Tabla 15. Sensibilidad de los padres (Observada) y caries dental

Caries	N	Sensibilidad de los padres		Total
		insatisfactori	satisfactori	
	%	a	a	
no	N	2	24	26
	%	1.00%	12.00%	13.00%
si	N	161	13	174
	%	80.50%	6.50%	87.00%
Total	N	163	37	200
	%	81.50%	18.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°15, referente a si la caries dental esta presente según la sensibilidad observada de los padres con sus hijos, el 80.50%(161) de los niños que presentaron caries dental se observó que la sensibilidad de los padres fue insatisfactoria y el 12%(24) los niños que no presentaron caries dental se observó que la sensibilidad de los padres es satisfactoria.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente en las familias con padres de sensibilidad insatisfactoria para sus hijos, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que mayormente estan relacionadas a una sensibilidad satisfactoria observada en sus padres.

Características del cuidado de la salud bucal y caries dental en los niños participantes de la investigación

Tabla 16. Frecuencia de cepillado y caries dental

N	Frecuencia de cepillado					Total	
	%	nunca	a veces	una vez al día	nunca		dos o más veces al día
No		0	0	2	1	23	26
%		0.00%	0.00%	1.00%	0.50%	11.50%	13.00%
Si		0	62	101	1	10	174
%		0.00%	31.00%	50.50%	0.50%	5.00%	87.00%
N		0	62	103	2	33	200
%		0.00%	31.00%	51.50%	1.00%	16.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°16, referente a si la caries dental esta presente según la frecuencia de cepillado de los dientes, el 50,50%(101) de los niños que presentaron caries dental realizaban el cepillado de los dientes con una frecuencia de una vez al día, seguido del 31% (62) de niños que presentaron caries dental y realizaban el cepillado de los dientes a veces; se obtuvo el 11.5% (23) para el grupo de los niños que no presentaron caries dental y que realizaban el cepillado de los dientes con una frecuencia de dos o más veces al día.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente con mayor frecuencia en los niños que solo cepillan los dientes una vez al día o a veces, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que mayormente estan relacionadas a que realizan el cepillado de los dientes de dos a más veces al día.

Tabla 17. Acompañamiento al cepillado de sus hijos y caries dental

N	Acompañamiento al cepillado de sus hijos y caries dental			Total
	nunca	a veces	siempre	
No N	0	2	24	26
%	0.00%	1.00%	12.00%	13.00%
Si N	15	125	34	174
%	7.50%	62.50%	17.00%	87.00%
N	15	127	58	200
%	7.50%	63.50%	29.00%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°17, referente a si la caries dental esta presente según el acompañamiento de los padres durante el cepillado de los dientes de sus hijos, el 62.50%(125) de los niños que presentaron caries dental tuvieron acompañamiento de sus padres a veces, seguido de los que lo hacen siempre con 17% (34) y nunca 7,5% (15) y por otro lado de los niños que no presentan caries dental tuvieron acompañamiento de sus padres siempre principalmente.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental esta presente con mayor frecuencia en los niños que tienen acompañamiento al cepillado de los dientes a veces, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que mayormente están relacionadas al acompañamiento que realizan sus padres siempre en la realización del cepillado de sus dientes.

Tabla 18. Atención odontologica y caries dental

Caries	N	Atención odontológica		Total
		no	si	
no	N	0	26	26
	%	0.00%	13.00%	13.00%
si	N	21	153	174
	%	10.50%	76.50%	87.00%
Total	N	21	179	200
	%	10.50%	89.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°18, referente a si la caries dental esta presente según la atención odontológica recibida, el 76.50%(153) de los que presentan caries dental si recibieron atención odontológica, mientras que un grupo de 10,5% (21) tienen caries dental pero no recibieron atención odontológica. De los que no presentan caries dental la totalidad recibieron atención odontológica.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental lleva a la mayoría a requerir atención odontologica, aunque hay un grupo menor que teniendo la caries dental no recibe atención odontológica, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que todos recibieron atención odontológica.

Tabla 19. Motivo de consulta y caries dental

Caries	N	Motivo de consulta				Total
		nunca	control/otros	tratamientos	urgencias	
no	N	0	26	0	0	26
	%	0.00%	13.00%	0.00%	0.00%	13.00%
si	N	21	57	67	29	174
	%	10.50%	28.50%	33.50%	14.50%	87.00%
Total	N	21	83	67	29	200
	%	10.50%	41.50%	33.50%	14.50%	100.00%

Fuente: Elaboración propia

ANALISIS: En la tabla N°19, referente a si la caries dental esta presente y condiciona un motivo de consulta, el 33,5% (67) de los niños que presentaron caries acudieron para recibir tratamiento, el 28,5% (57) de los niños que presentaron caries dental fueron llevados a controles, el 14,5% de los niños que presentaron caries dental acudieron por razones de urgencia y un 10,5% (21) de los niños que presentaron caries dental nunca tuvieron un motivo de consulta. Por otro lado del grupo de niños que no presentaron caries dental tuvieron como motivo de consulta sus controles en el área odontológica.

INTERPRETACION: De lo hallado se observa que la caries dental genera motivos de consulta como tratamientos de restauración, urgencias para exodoncias y controles, aun que hay un grupo menor que teniendo la caries dental no tiene motivo de consulta para acudir a los servicios de odontología, por otro lado es diferente para los niños que no presentan caries dental ya que el unico motivo de consulta fue de realizar sus controles preventivos para no sufrir de caries dental..

Tabla 20. Análisis de modelo líneas generalizado “regresión de Poisson”.

ries/categorías	IRR	Robust std. err.	z	P>z	[95% Intervalo de confianza]	
Edad						
4	1.134272	0.0720056	1.98	0.047	1.001571	1.284556
5	1.134754	0.0644883	2.22	0.026	1.015144	1.268457
Responsable de familia						
papá	0.9744806	0.0422747	-0.6	0.551	0.8950485	1.060962
mamá	0.9359459	0.0325246	-1.9	0.057	0.8743213	1.001914
Responsable del sustento familia						
papá	0.8691727	0.1079059	-1.13	0.259	0.6814458	1.108615
mamá	0.9089156	0.1275313	-0.68	0.496	0.6903831	1.196622
Nivel educativo padre						
Secundaria	1.038383	0.0893536	0.44	0.662	0.8772247	1.229147
Superior	0.8987492	0.1779344	-0.54	0.591	0.6097021	1.324828
Nivel educativo madre						
secundaria	1.041199	0.0662246	0.63	0.526	0.9191655	1.179434
superior	3.42007	1.43007	-35.59	0.000	1.51E-07	7.77E-07
Tiempo dedicado al trabajo						
tiempo parcial	0.9957665	0.0476904	-0.09	0.929	0.9065481	1.093765
ama de casa	0.9762463	0.0604535	-0.39	0.698	0.8646676	1.102223
Desempleado	1.028606	0.048115	0.6	0.547	0.9384961	1.127368
Discapacitado	0.9368226	0.0685407	-0.89	0.372	0.8116726	1.081269
Estado marital						
casado	0.9413775	0.0312684	-1.82	0.069	0.8820447	1.004701
separado	0.9862547	0.0366326	-0.37	0.709	0.9170073	1.060731
vive con otra pareja	1.050235	0.0579679	0.89	0.375	0.9425497	1.170223
Funcionalidad familiar						
disciplina laxa	0.9999641	0.1582145	0	1	0.733343	1.36352
disciplina externa	0.9536329	0.1537864	-0.29	0.768	0.6952057	1.308125
Problemas de relación del niño						
	0.9533332	0.0413009	-1.1	0.275	0.8757265	1.037818
Calidez de los padres al niño						
	0.9023636	0.08421	-1.1	0.271	0.7515295	1.08347
Sensibilidad de los padres						
	0.7685339	0.1156182	-1.75	0.087	0.5722797	1.03209
Frecuencia de cepillado						
1 al día	0.9580901	0.029554	-1.39	0.165	0.9018817	1.017802
nunca	0.5611602	0.3507838	-0.92	0.35	0.164815	1.910631

				5	1	
dos o más veces al día	0.6135445	0.1197954	-2.5	0.01 2	0.418454	0.8995895
Acompañamiento						
a veces	1.030949	0.0337395	0.93	0.35 2	0.966897 1	1.099244
siempre	1.136715	0.059797	2.44	0.01 5	1.025355	1.26017
Atención odontológica	1.015018	0.0352525	0.43	0.66 8	0.948224	1.086518
Motivo de consulta						
control/otros	0.9188137	0.0414371	-1.88	0.06	0.841084 3	1.003726
tratamientos	0.9866104	0.0309188	-0.43	0.66 7	0.927834 2	1.04911
urgencia	1	(omitted)				
_cons	1.068869	0.1668164	0.43	0.67	0.787189 1	1.451343

Fuente: Elaboración propia

C. Prueba de hipótesis

La tabla N°20 (Edad -4), los odds de presentar aumento 1.134272 en caries dental, entre el grupo de niños de 04 años respecto a los de 05 años. Decisión: se observa un pvalor ($<0,05$), se contrasta la hipótesis nula y se verifica la hipótesis alterna Ha: Conclusión: Existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de niños de 4 años y 5 años. El análisis incluye a los de 3 años de edad.

La tabla N°20 (Edad -5), los odds de presentar aumento 1.134754 en caries dental, entre el grupo de niños de 05 años respecto a los de 04 años. Decisión: se observa un pvalor ($<0,05$), se contrasta la hipótesis nula y se verifica la hipótesis alterna Ha: Conclusión: Existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de niños de 5 años y 4 años. El análisis incluye a los de 3 años de edad.

La tabla N°20 (Responsable de familia), los odds de presentar aumento 0.9744806 en caries dental, entre el grupo de responsable de familia de "papá" respecto con el grupode "mamá". Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna Ho: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de responsable de familia "papá" y "mamá". El análisis incluye cuando son responsables papá/mamá.

La tabla N°20 (Responsable de familia), los odds de presentar aumento 0.9359459 en caries dental, entre el grupo de responsable de familia de “mamá” respecto con el grupo de “papá”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se

verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de responsable de familia “mamá” y “papá”. El análisis incluye cuando son responsables papá/mamá.

La tabla N°20 (Responsable del sustento de familia), los odds de presentar aumento 0.8691727 en caries dental, entre el grupo de responsable de familia de “papá” respecto con el grupo de “mamá”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de responsable del sustento de familia “papá” y “mamá”.

La tabla N°20 (Responsable del sustento de familia), los odds de presentar aumento 0.9089156 en caries dental, entre el grupo de responsable de familia de “mamá” respecto con el grupo de “papá”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de responsable del sustento de familia “mamá” y “papá”.

La tabla N°20 (Nivel educativo padre), los odds de presentar aumento 1.038383 en caries dental, entre el nivel educativo padre de “secundaria” respecto con el grupo de “superior”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de nivel educativo padre “secundaria” y “superior”.

La tabla N°20 (Nivel educativo padre), los odds de presentar aumento 0.8987492 en caries dental, entre el nivel educativo del padre de “superior” respecto con el grupo de “secundaria”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de nivel educativo padre “superior” y “secundaria”.

La tabla N°20 (Nivel educativo madre), los odds de presentar aumento 1.041199 en caries dental, entre el nivel educativo de la madre de “secundaria” respecto con el grupo de “superior”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de nivel educativo madre “secundaria” y “superior”.

La tabla N°20 (Nivel educativo madre), los odds de presentar aumento 3.42007 en caries dental, entre el nivel educativo de la madre de “superior” respecto con el grupo de “secundaria”. Decisión: se observa un p valor ($<0,05$), se contrasta la hipótesis nula y se verifica la hipótesis alterna H_a : Conclusión: Existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de nivel educativo madre “superior” y “secundaria”.

La tabla N°20 (Tiempo dedicado al trabajo), los odds de presentar aumento 0.9957665 en caries dental, entre el tiempo dedicado al trabajo de “tiempo parcial” respecto con el grupo de “ama de casa”, “desempleado” y “discapacitado”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre tiempo dedicado al trabajo en “tiempo parcial” y los otros grupos de: “ama de casa”, “desempleado” y “discapacitado”. El análisis incluye a los padres que trabajan a tiempo completo que se comporta de manera diferente.

La tabla N°20 (Tiempo dedicado al trabajo), los odds de presentar aumento 0.9762463 en caries dental, entre el tiempo dedicado al trabajo de “ama de casa” respecto con el grupo de “tiempo parcial”, “desempleado” y “discapacitado”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre tiempo dedicado al trabajo en “ama de casa” y los otros grupos de: “tiempo parcial”, “desempleado” y “discapacitado”. El análisis incluye a los padres que trabajan a tiempo completo que se comporta de manera diferente.

La tabla N°20 (Tiempo dedicado al trabajo), los odds de presentar aumento 1.028606 en caries dental, entre el tiempo dedicado al trabajo de “desempleado” respecto con el grupo de “tiempo parcial”, “ama de casa” y “discapacitado”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre tiempo dedicado al trabajo en “desempleado” y los otros grupos de: “tiempo parcial”, “ama de casa” y “discapacitado”. El análisis incluye a los padres que trabajan a tiempo completo que se comporta de manera diferente

La tabla N°20 (Tiempo dedicado al trabajo), los odds de presentar aumento 0.9368226 en caries dental, entre el tiempo dedicado al trabajo de “discapacitado” respecto con el grupo de “tiempo parcial”, “ama de casa” y “desempleado”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis alterna H_0 : Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre tiempo dedicado al trabajo en “discapacitado” y los otros grupos de: “tiempo parcial”, “ama de casa” y

“desempleado”. El análisis incluye a los padres que trabajan a tiempo completo que se comporta de manera diferente.

La tabla N°20 (Estado marital), los odds de presentar aumento 0.9413775 en caries dental, entre el estado marital de “casado” respecto con el grupo de “separado y “vive con otra persona”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de estado marital “casado” y los otros grupos: “separado” y “vive con otra pareja”. El análisis incluye a los padres con estado marital soltero.

La tabla N°20 (Estado marital), los odds de presentar aumento 0.9862547 en caries dental, entre el estado marital de “separado” respecto con el grupo de “casado y “vive con otra persona”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de estado marital “separado” y los otros grupos: “casado” y “vive con otra pareja”. El análisis incluye a los padres con estado marital soltero.

La tabla N°20 (Estado marital), los odds de presentar aumento 1.050235 en caries dental, entre el estado marital de “vive con otra persona” respecto con el grupo de “casado y “separado”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de estado marital “vive con otra pareja” y los otros grupos: “casado” y “separado”. El análisis incluye a los padres con estado marital soltero.

La tabla N°20 (Funcionalidad familiar), los odds de presentar aumento 0.9999641 en caries dental, entre la funcionalidad familiar de “disciplina laxa” respecto con el grupo

de “disciplina externa”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de funcionalidad familiar “disciplina laxa” y “disciplina externa”. El análisis incluye a la funcionalidad satisfactoria que se comporta de manera diferente.

La tabla N°20 (Funcionalidad familiar), los odds de presentar aumento 0.9536329 en caries dental, entre la funcionalidad familiar de “disciplina externa” respecto con el grupo de “disciplina laxa”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de funcionalidad familiar “disciplina externa” y “disciplina laxa”. El análisis incluye a la funcionalidad satisfactoria que se comporta de manera diferente.

La tabla N°20 (Problemas de relación del niño), los odds de presentar aumento 0.9533332 en caries dental, entre problemas de relación del niño de “insatisfactoria” respecto con el grupo de “satisfactoria”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de problemas de relación del niño “insatisfactorio” y “satisfactorio”

La tabla N°20 (Calidez de los padres al niño), los odds de presentar aumento 0.9023636 en caries dental, entre problemas de relación del niño de “insatisfactoria” respecto con el grupo de “satisfactoria”. Decisión: se observa

un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe

diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de calidez de los padres al niño “insatisfactorio” y “satisfactorio”

La tabla N°20 (Sensibilidad de los padres), los odds de presentar aumento 0.7685339 en caries dental, entre la sensibilidad de los padres de “insatisfactoria” respecto con el grupo de “satisfactoria”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de sensibilidad de los padres “insatisfactorio” y “satisfactorio”

La tabla N°20 (Frecuencia de cepillado), los odds de presentar aumento 0.9580901 en caries dental, entre la frecuencia de cepillado de “1 vez al día” respecto con el grupo de “nunca” y “dos o más veces al día”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de frecuencia de cepillado “1 vez al día” con los otros grupos “nunca” y “dos o más veces al día”. El análisis incluye a los que nunca se cepillan los dientes que se comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Frecuencia de cepillado), los odds de presentar aumento 0.5622602 en caries dental, entre la frecuencia de cepillado de “nunca” respecto con el grupo de “1 vez al día” y “dos o más veces al día”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de frecuencia de cepillado nunca” con los otros grupos “1 vez al día” y “dos o más veces al día”. El análisis incluye a los que nunca se cepillan los dientes que se comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Frecuencia de cepillado), los odds de presentar aumento 0.6135445 en caries dental, entre la frecuencia de cepillado de “dos o más veces al día” respecto con el grupo de “1 vez al día” y “nunca”. Decisión: se observa un p valor ($<0,05$), se contrasta la hipótesis nula y se verifica la hipótesis alterna: Conclusión: Existe diferencia en el aumento de caries dental

entre el grupo de frecuencia de cepillado “dos o más veces al día” con los otros grupos “nunca” y “1 vez al día”. El análisis incluye a los que nunca se cepillan los dientes que se comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Acompañamiento al cepillado de sus hijos), los odds de presentar aumento 1.030949 en caries dental, entre el acompañamiento de cepillado de sus hijos” de “a veces” respecto con el grupo de “siempre”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de acompañamiento “a veces” y “siempre”. El análisis incluye a los que nunca realizan acompañamiento que se comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Acompañamiento al cepillado de sus hijos), los odds de presentar aumento 1.136715 en caries dental, entre el acompañamiento de cepillado de sus hijos” de “siempre” respecto con el grupo de “a veces”. Decisión: se observa un p valor ($<0,05$), se contrasta la hipótesis nula y se verifica la hipótesis alterna: Conclusión: Existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de acompañamiento “siempre” y “a veces”. El análisis incluye a los que nunca se cepillan los dientes que se comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Atención odontológica), los odds de presentar aumento 1.015018 en caries dental, entre atención odontológica de “no” respecto con el grupo de “si”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis

nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre si reciben o no atención odontológica.

La tabla N°20 (Motivo de consulta), los odds de presentar aumento 0.9188137 en caries dental, entre el motivo de consulta” de “control/otros” respecto con el grupo de “tratamientos” y “urgencia”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de motivo de consulta “control/otros” y los otros grupos: “tratamiento” y

“urgencia”. El análisis incluye a los que nunca tuvieron motivo de consulta para acudir a recibir atención odontológica comporta de manera distinta.

La tabla N°20 (Motivo de consulta), los odds de presentar aumento 0.9866104 en caries dental, entre el motivo de consulta” de “tratamientos” respecto con el grupo de “control/otros” y “urgencia”. Decisión: se observa un p valor ($>0,05$), se contrasta la hipótesis alterna y se verifica la hipótesis nula: Conclusión: No existe diferencia en el aumento de caries dental entre el grupo de motivo de consulta “tratamientos” y los otros grupos: “control/otros” y “urgencia”. El análisis incluye a los que nunca tuvieron motivo de consulta para acudir a recibir atención odontológica comporta de manera distinta

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

Concluida la investigación que tuvo como propósito el de buscar la relación de tipo causa efecto, de los factores familiares con respecto a la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad, en una población urbana de la ciudad de Lima que acuden para su atención en un Centro de Salud Materno Infantil. Fueron analizados: los aspectos como las características socioculturales de las familias de los niños que incluyeron verificar el número de personas miembros de la familia, la persona responsable de la familia, la persona responsable del sustento familiar, el nivel educativo del padre y de la madre; las características emotivas en la familia como el tiempo dedicado por los padres al trabajo, el estado marital de los padres, la funcionabilidad de la familia, problemas de relación del niño con sus padres, la calidez de los padres al niño, la sensibilidad de los padres al niño, las características del cuidado de la salud bucal que incluyeron frecuencia de cepillado, acompañamiento al cepillado dental de sus hijos, llevan al niño para recibir atención odontológica y cuál es el motivo de consulta.

Pues la revisión de la literatura proponía la posibilidad de que los factores conocidos en la etiología de la caries dental como lo son los microorganismos patógenos, la respuesta del huésped, el consumo de carbohidratos y la falta de higiene dental; no eran los únicos sino que todos eran posiblemente influenciados por factores de su entorno como lo es los factores familiares, entendiendo que la vivencia, el cuidado y los hábitos saludables o no saludables se adquieren en el entorno familiar, lo que podría generar una posibilidad de riesgo adicional a padecer de caries dental, es así que con los datos obtenidos se puso a prueba cada uno de los indicadores que corresponde a los factores familiares.

Las características del grupo de niños que participaron de la investigación mediante la información otorgada por los padres fue la siguiente: participaron del estudio un 47% (94) niños del sexo femenino y 53% (106) del sexo masculino; con un promedio de edad de 4 años y una desviación estándar de 0,7765405.

El primer indicador que fue analizado fueron las características socioculturales de la familia del niño teniendo como resultados que la mayoría de las familias que representa el 84.5%

(169) está compuesta por 3 a 4 integrantes; cuando se preguntó sobre los responsable o responsable de la familia el 68,5% indico que eran tanto el padre como la madre, seguidos de los que respondieron que era la madre con 28%; respecto al responsable del sustento familiar respondieron que era el padre con un 89,5% seguido de los que respondieron que era la madre con 5,5%; respecto al nivel educativo del padre el que se presentó en mayoría fue el nivel secundario con un 86% y con respecto al nivel educativo de la madre también fue el nivel secundario con un 91,5%.

El segundo indicador analizado fueron las características emotivas en las que se obtuvo los siguientes resultados: para saber si el niño estaba en contacto con sus padres durante el día se preguntó cuál era el tiempo dedicado al trabajo y respondió el 56% que lo hacían a tiempo completo seguido de los que trabajaban a tiempo parcial con 26%; respecto a estado marital de los padres el 41% se encontraba en situación de casados, seguidos de los solteros con 27,5% y los separados con 25% o los que vivían con otra pareja con 6%; respecto a la funcionabilidad familiar respecto al niño se encontró que practicaban una disciplina laxa o permisiva un 49%, un 33% practicaban una disciplina estricta y solo el 18% era una relación satisfactoria; en cuanto a los problemas de relación entre el niño y sus padres el 81,5% se observó que era satisfactoria y el 18,5 que era insatisfactoria; cuando se evaluó la calidez de los padres hacia el niño se observó que fue insatisfactoria en un 74% y satisfactoria en un 26% finalmente respecto a la sensibilidad mostrada de los padres para el niño se observó que fue insatisfactoria en un 81,5% y solo en 18,5% fue satisfactoria.

El tercer indicador analizado fueron las características del cuidado de la salud bucal del niño, obteniéndose como resultados lo siguiente: cuando se preguntó sobre la frecuencia de cepillado de los dientes de los niños el 51,5% respondió que lo hace una vez al día, seguido de los que respondieron como a veces con un 31% y solo el 16,5% respondió que lo hace de dos a más

veces al día; también se preguntó si los padres hacían el acompañamiento durante el cepillado de los dientes a los niños respondieron que lo hacen a veces en un 63,5% o los que lo hacen siempre con 29%; se preguntó si llevaban a sus hijos para atención odontológica el 89,5% respondió que sí y el 10,5% respondió que no; de los que

acudieron para atención odontológica se preguntó el motivo y respondieron que el 83% lo hacía para realizar sus controles periódicos, el 33,5% los llevaba para hacerse tratamientos, el 14,5% lo hacía solo en casos de urgencias odontológicas; cuando se preguntó si tenían seguro de salud y que tipo correspondía el 100% respondió que estaba asegurado en el Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

En cuanto a la prevalencia de caries dental se encontró un 87% de los niños que padecían de este mal cercano a lo hallado por Peña Y. (25) que en un grupo de niños entre tres a cinco años encontró una frecuencia de 92,3% en Lima, también es parecido al promedio regional de América del Sur, pues en un trabajo realizado por Dutra LC., Neves E., Lima L. et al. (14) En el Brasil encontró un 92,8% de prevalencia de caries e incluso con un 41,6% con lesiones cavitadas.

Luego se hizo el análisis bivariado para buscar posibles relaciones entre la prevalencia de caries dental y los factores familiares evaluados obteniéndose los siguientes resultados para las características socioculturales de la familia: respecto al número de integrantes de familia la caries dental estuvo presente en los diferentes grupos de miembros; de igual manera la caries se presentó cuando los responsables de familia fueron padre/madre, padre o madre, con la única diferencia que los que no presentaron caries fueron en el grupo que tenía de responsable al padre/madre; la caries dental estuvo presente indistintamente al responsable del sustento de la familia solo fue diferente para los que no presentaron caries dental relacionado al responsable del sustento que fue el padre; respecto a la presencia de caries dental según nivel educativo del padre se encontró en los diferentes niveles educativos, solo destacando que en los que no presentaron caries dental fueron en mayoría cuyos padres tenían como nivel educativo superior;

respecto a la presencia de caries dental según nivel educativo de la madre se encontró en los diferentes niveles educativos, destacando la diferencia en los que no presentaron caries dental en su totalidad en el nivel educativo superior de la madre.

Se realizó el análisis bivariado de las características emotivas de la familia y la presencia de caries dental, obteniéndose los siguientes resultados: se presentó la caries dental en los niños cuyos padres trabajan a tiempo completo así como en las otras modalidades de trabajo, de los que no presentaron caries dental no hubo un grupo resaltante al respecto para

ser relacionado; en cuanto al estado marital de los padres se presentó caries dental en los diferentes estados como casado, soltero o separado, si bien no se evidencio asociación significativa por el tipo de población seleccionada pero existe la posibilidad que hogares monopaternales tengan una visión escasamente preventiva por su visión fatalista de su realidad como lo indica Ashley D., Smith A., Heyman R. y Giresi J. (15) pues también Howenstein J., Kumar A., Casamassimo P., McTigue, D. Coury, D. Yin H. (20) consideran que la crianza con autoridad paterna se asocian a una menor frecuencia de caries dental o su ausencia comprometer la salud bucal del niño como indica Diaz S., Ramos K y Arrieta K.

(22) y de ese modo no solo el padre ser proveedor sino un actor fundamental en las actividades de promoción y prevención de la salud bucal como menciona Cárdenas S., Arrieta K., Gonzales F. (24), pero cuando se analizó los niños que no presentaron caries dental esto sucedió en los padres con estado marital casado; respecto a la funcionabilidad de la familia se presentó caries dental en los diferentes estilos de crianza pero no se presentó caries dental en los niños principalmente con relación satisfactoria; en cuanto a las relaciones entre los padres y el niño no existió diferencia entre lo satisfactorio y lo insatisfactorio para la presencia de caries dental en los niños; en cuanto a la calidez de los padres se presentó mayor frecuencia de caries dental si la calidez observada es insatisfactoria; lo mismo se encuentra si la sensibilidad observada de los padres para los niños es insatisfactoria. Es importante la funcionabilidad o cohesión de los miembros de la familia pues

también encontraron una relación entre la cohesión desconectada con un mayor número de lesiones cariosas cavitadas según Dutra LC., Neves E., Lima L. et al. (14); también otras investigaciones como la de Ashley D., Smith A., Heyman R. y Giresi J.

(15) encontraron asociación significativa entre las relaciones satisfactorias, la normatividad o tipo de crianza de las familias y los comportamientos de los niños que incluye la salud bucal, coincide en ello también Herrera-Salas F., Arredondo-Velásquez I. Martínez-Aguilar

K. et. al. (19) que postulan que la caries dental se encuentra asociada a la tipología de familia por ejemplo la preventiva, la sobreprotectora, irresuelta, perentoria o negligente o indolente.

También se realizó el análisis bivariado de las características de cuidado de la salud bucal y la presencia de caries dental encontrándose lo siguiente: la caries dental estuvo presente con mayor frecuencia en niños que solo se cepillaban los dientes una vez al día o solo a veces,

de igual manera la mayor frecuencia de presencia de caries dental se dio en los niños que solo a veces tuvieron el acompañamiento al cepillado dental de sus hijos; la mayoría recibió atención odontológica ya sea si tuvo o no caries dental; el motivo de consulta principal para los que presentaron caries dental fue para hacer sus tratamientos o para control respectivo, para los que no presentaron caries dental el motivo de consulta único fue para realizarse controles de su salud bucal. Hay que indicar que existió un grupo menor que nunca acudió a recibir atención odontológica haciéndolos más vulnerables para tener caries dental como también lo indico Limaylla R., Chein S. (26)

Para realizar el análisis multivariado se empleó el análisis de modelo de líneas generalizado o llamado Regresión de Poisson obteniéndose como resultados de relación o asociación a la presencia de caries dental en los niños, los siguientes factores: la edad de los niños pues conforme transcurren los años de 3 a 5 años aumenta la frecuencia de caries dental con odds de 1,134272 y $p = <0,05$; odds de 1,134754 y $p = <0,05$; el factor del nivel educativo de la madre con instrucción superior respecto a la instrucción

secundaria con odds de 3.42007 y $p = <0,05$, esto concuerda con los hallazgos de Stormon N, Ford PJ, Lalloo R.

(17) que considera como predictor de caries dental en niños el hecho que sus padres tengan un menor nivel de educación; la frecuencia de cepillado de los dientes se relaciona con la presencia de caries dental pues será menor si a frecuencia es de 2 a más veces al día comparado con que lo haga solo una vez al día, lo haga a veces o nunca con odds de 0.6135445 y $p = <0,05$; el acompañamiento durante el cepillado de los dientes se relaciona con la presencia de caries dental pues es menor si los padres acompañan comparado con los que no lo hacen, con un odds de 1.136715 y $p = <0,05$. De los factores que no mostraron significancia estadística pero sí tuvieron comportamiento estadístico descriptivo diferente asociado a la presencia de caries dental, se tienen a los factores como el trabajo de los padres a tiempo completo, aquí cabe señalar las conclusiones realizadas por Rawan A., Bernade E., Sabbah W. (16) que señalan que la caries dental severa en niños escolares tenía mayor probabilidad si los padres dedican más tiempo fuera en el trabajo; si la funcionalidad no es satisfactoria se presenta mayor caries dental en los niños concordando con lo hallado por Duijster D., Verrips G.H.W y Loveren C. (21) que mencionan al funcionamiento familiar como determinante en la experiencia de caries dental en el niño, lo cual requiere ser intervenida como sugiere Stormon N, Ford PJ, Lalloo R.

mediante intervenciones dirigidas a la madre, el motivo de consulta odontológica es distinto entre los que presentan caries dental que van a tratarse la dolencia y de los que no tienen caries dental que van a realizarse controles de prevención o cuidado, que se sustentaría en los hallazgos concordantes con la investigación de Sueños BR. (18) que concluyeron que los padres de los niños sanos tienen mejores hábitos higiénicos y dietéticos. Por ello será importante que la prevención de la caries dental u otras patologías que afectan a la cavidad partan de la orientación familiar, también sugerida por Capote M., Campello L. (23) y de logran una relación familiar con cultura de cuidado.

CONCLUSIONES

1. Los factores familiares influyen directamente sobre la frecuencia de caries dental en los niños de 3 a 5 años de edad, siendo los más significativos aquellos relacionados a la edad del niño en donde en cada año etario se incrementa la prevalencia de caries dental, el nivel educativo de la madre del niño pues a menor nivel educativo mayor frecuencia de caries dental, la frecuencia de cepillado de los dientes pues si esta es menor a 2 veces al día existe mayor posibilidad de tener caries dental y el acompañamiento durante el cepillado de los dientes del niño por parte de los padres que si no se realiza o solo se hace a veces se relaciona a una mayor frecuencia de caries dental.
2. Son factores familiares no significativos pero evidentes para una mayor prevalencia de caries dental aquellos como el mayor tiempo ocupado del padre al trabajo, funcionabilidad familiar insatisfactoria, la no concurrencia a las atenciones odontológicas.
3. Las características socioculturales de las familias de los niños fueron: las familias mayormente están compuestas por 3 a 4 miembros, la responsabilidad mayor es de padre y madre, el responsable del sustento familiar mayormente fue el padre, el nivel educativo de padre y madre más frecuente fue el nivel secundario.
4. Las características emotivas de las familias de los niños fueron; los padres se dedican al trabajo mayormente a tiempo completo, el estado marital más frecuente es el casado pero con un número importante de solteros o separados, la funcionabilidad de la familia transcurre mayormente entre una disciplina laxa y una extrema, la mayoría de los padres no presenta problemas de relación con el niño, la calidez y sensibilidad de los padres para con los niños fue insatisfactoria.
5. Las características del cuidado de la salud bucal de las familias de los niños fueron; la mayoría de los niños solo se cepilla los dientes una vez al día o a veces, la mayoría solo realiza acompañamiento al cepillado de los dientes a veces, si bien la mayoría llevo al niño para atención

odontológica existe un número menor que nunca lo recibió, los principales motivos de consulta fueron

para hacerse tratamientos y controles, todos los niños están asegurados en el Sistema Integral de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

6. La prevalencia de caries dental de los niños de 3 a 5 años de edad del grupo de estudio fue de 87%.

RECOMENDACIONES

- La información obtenida debe ser socializada en la comunidad académica de la Universidad y los prestadores de la salud para que las intervenciones preventivas y promocionales de la salud bucal se realicen desde el enfoque de intervención de la familia y no individual.
- Mejorar los contenidos temáticos en las asignaturas de odontología preventiva y salud pública que incluyan la salud familiar como una forma de prevención de las enfermedades bucales.
- Realizar otras investigaciones en grupos mayores en la Región de Huánuco, con otros indicadores de caries dental como historial de caries dental o severidad de lesiones cariosas.
- Realizar trabajos de investigación en otros grupos etarios vulnerables, sujetos a la relación familiar como es la adolescencia.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Oral Health Policy* 2016, 35, 13–14.
2. Gussy, M.G.; Waters, E.G.; Walsh, O.; Kilpatrick, N.M. Early childhood caries: Current evidence for aetiology and prevention. *J. Pediatr. Child Health* 2006, 42, 37–43.
3. Davies, G.M.; Duxbury, J.T.; Boothman, N.J.; Davies, R.M.; Blinkhorn, A.S. A staged intervention dental health promotion programme to reduce early childhood caries. *Community Dent. Health* 2005, 22, 118–122.
4. Ministerio de Salud del Perú Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencias de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años Perú. 2001-2002. Lima 2005.
5. Dozier, A.M.; Block, R.; Levy, D.; Dye, T.D.; Pearson, T.A. Cardiovascular health in the developing world: Community perceptions from Carriacou, Grenada. *CVD Prev. Control* 2008, 3, 123–131.
6. Miller, W.R.; Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*, 3rd ed.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2013; ISBN 978-1609182274.
7. Weinstein, P.; Harrison, R.; Benton, T. Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *J. Am. Dent. Assoc.* 2006, 137, 789–793.
8. Immigration and Refugee Board of Canada [IRB]. Grenada: Domestic Violence, Including Legislation, State Protection, and Services Available to Victims (Report No. GRD103888.E). Available online :<http://www.refworld.org/docid/4ed8d72b2.html>
9. Harris-Hastick, E.F.; Modeste-Curwen, C. The importance of culture in

HIV/AIDS prevention in Grenada. *J. HIV/AIDS Prev. Educ. Adolesc. Child.* 2002, 4, 5–22.

10. Lipps, G.; Lowe, G.A.; Gibson, R.C.; Halliday, S.; Morris, A.; Clarke, N.; Wilson,

R.N. Parenting and depressive symptoms among adolescents in four Caribbeansocieties. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 2012, 6, 31.

11. Lorber, M.F.; Slep, A.M.S.; Heyman, R.E.; Xu, S.; Dasanayake, A.P.; Wol_, M.S. Noxious family environments are associated with adult and childhood caries. *J. Am.Dent. Assoc.* 2014, 145, 924–930.

12. Lorber, M.F.; Maisson, D.J.N.; Slep, A.M.S.; Heyman, R.E.; Wol_, M.W. Mechanisms linking interparental aggression to child dental caries. *Caries Res.* 2017, 51, 149–159.

13. Fisher-Owens, S.A.; Gansky, S.A.; Platt, L.J.; Weintraub, M.S.; Bramlett, M.D.; Newacheck, P.W. Influences on children’s oral health: A conceptual model. *Pediatrics* 2007, 120, 510–520.

14. Dutra LC., Neves E., Lima L. et al. Degree of family cohesion and social class are associated with the number of cavitated dental caries in adolescents. *Braz. Oral Res.* 2020;34:e037

15. Ashley D., Smith A., Heyman R. y Giresi J. Family Influences on Caries in Grenada *Dent. J.* 2020, 8, 105; doi:10.3390/dj8030105

16. Rawan A., Bernade E., Sabbah W. Family Impacts of Severe Dental Caries among Children in the United Kingdom. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 109; doi:10.3390/ijerph17010109

17. Stormon N, Ford PJ, Lalloo R. Family-Level Predictors of Australian Children’s Dental Caries and Injuries. *Pediatr Dent* 2020;42(1):28-35. E1-E5.

18. Sueños BR. Experiencia a caries dental y hábitos higiénicos-dietéticos en escolares y sus padres en niños sanos y que presentan caries. Tesis

para optar el título de Cirujano Dentista 2018 Universidad Autónoma del Estado de Mexico.

19. Herrera-Salas F., Arredondo-Velásquez I. Martinez-Aguilar K. et. al. Educación para la salud, tipología familiar y el cuidado de la salud bucal del infante. *Revista de Educación y Desarrollo*, 43. Octubre-diciembre de 2017.
20. Howenstein J., Kumar A., Casamassimo P., McTigue, D. Coury, D. Yin H. Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries. *Pediatr Dent*. Author manuscript; available in PMC 2015 September 03.
21. Duijster D., Verrips G:H:W and Loveren C. The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42; 193–205.
22. Diaz S., Ramos K y Arrieta K. Asociacion del nivel de riesgo familiar total y caries dental en escolares de La Boquilla, Cartagena. *av.enferm.*, **XXXI** (2): 43-52, 2013.
23. Capote M., Campello L. Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubanade Estomatología* 2012;49(1):47-54.
24. Cárdenas S., Arrieta K., Gonzales F. Factores Familiares asociados a la presencia de Caries Dental en Niños Escolares de Cartagena, Colombia. *REV CLÍN MED FAM* 2011; 4 (2): 100-104
25. Peña Y. Impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Pachacámac 2017. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Norbert Wiener 2018.
26. Limaylla R., Chein S. Factores familiares socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. *Odontol. Sanmarquina* 2009; 12(2):57-61

27. López R, García. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la Provincia de Huaura, Lima. *Rev. Estomatol Herediana*. 2013; 23 (3):139-47.
28. Viegas C, Paiva S, Carvalho A, Scarpelli A, Ferreira F, Pordeus I. Influence of traumatic dental injury on quality of life of Brazilian preschool children and their families. *Dental Traumatology*. 2014; 30(5): 338-347.
29. Rodríguez, R. Juventud, familia y posmodernidad: (des)estructuración familiar en la sociedad contemporánea *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 20 (57), 39-55.
30. Zazueta, E. Las transformaciones sociales de la familia: una mirada de género. *Revista Universidad de Sonora* (23) 13-17.
31. Bauman, Z. Amor Líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. México: Fondo de Cultura Económica.
32. Arrrup K, Broberg A, Lundin S, Hakeberg M. Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *Europe Journal Oral Sciences*. 2002; 110:75-82.
33. Franco AS, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología*. 2004; 17(1):19-29.
34. Martignon S. Caries dental y asociación a factores de riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá. *Revista científica Universidad del Bosque* 2003; 9(2):28-34.
35. Gonzalvo GO. Indicadores de Maltrato Infantil. *Guías Clínicas de España* 2002; 2(44).
36. World Health Organization (OMS). The World Oral Health Report 2003. (OMS). Continuous improvement of oral health in the 21 century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginebra:WHO;

2003.

37. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Oral. 1997. CD40720. <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/doc259.pdf>
38. Vasoontara, Y. Tewarit, S. Matthew K. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort Of Thai adults. En: BMC Oral Health, 2011, 11:31, p. 1-2.
39. Almagro-Nievas D., Benitez-Hita JA., García-Aragón MA., López-Lorca MT. Incremento del índice de dientes cariadados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja, España, Salud Publica Mex 2001; 43:192-198.
40. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children´s oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health and Quality of Life Outcomes. 2007; 30(5):6.
41. Seminario A, Ivancaková R. Early childhood caries. Acta Médica (Hradec Králové) 2003;46(3):91-4.
42. Peker K, Uysal Ö, Bermek G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6- year-old children. Health & Quality Of Life Outcomes.2011; 9(1): 118-128.
43. Yiu C, Wei S. Management of rampant caries in children. Quitesence International 1992;23(3):159-68.
44. Henostroza G. Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
45. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 1998;26(14):8–27.
46. Heymann D. El Control de las Enfermedades Transmisibles. Informe Oficial de la Asociación. Estadounidense de Salud Pública. Washington,

DC, EUA: 18°; 2005. p.2005.

47. Achahui Arauco P, Albinagorta MJ, Arauzo Sinchez CJ, Cadenillas Sueldo AM, Céspedes Martínez GP, Cigüeñas Raya EM, et al. Caries de Infancia Temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo. *Odontol Pediatr.* 2014;13(2):119–37.
48. Van Palenstein Helderman, WH Soe W, Van't Hof M. Risk Factors of Early Childhood Caries in a Southeast Asian. *J Dent Res.* 2006;85(1):85–8
49. Berkowitz R. Mutans Streptococci: Acquisition and Transmission. *Pediatr Dent.* 2006;28(2):106–9.
50. Doméjean S, Zhan L, DenBesten P, Stamper J, Boyce W, Featherstone J. Horizontal Transmission of Mutans Streptococci in Children. *J Dent Res.* 2010;89(1):51–5
51. Ma C, Chen F, Zhang Y, Sun X, Tong P, Si Y, et al. Comparison of oral microbial profiles between children with severe early childhood caries and caries-free children using the human oral microbe identification microarray. *PLoS One.* 2015;10(3):1–12.
52. Saavedra NN. Prevalencia de caries de Infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el hospital “Marino Molina Scippa”, Lima 2011 [tesis]. Lima: Norbert Wiener Univ; 2011.
53. Feldens CA, Giugliani ERJ, Vigo Á, Vítolo MR. Early feeding practices and severe early childhood caries in four-year-old children from southern Brazil: A birth cohort study. *Caries Res.* 2010;44(5):445–52.
54. Bissar A, Schiller P, Wolff A, Niekusch U, Schulte AG. Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany. *Clin Oral Investig.* 2014;18(5):1411–8.
55. De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelo A. Impacto de la salud

bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Univ. Odontol. 2010; 29(63): 83-92.

56. Galván Maria.calidad de vida. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.2014;1(2).

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL
HERMILIO VALDIZAN FACULTAD
DE MEDICINA
EP. DE ODONTOLOGIA

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES SOBRE LA CARIES
DENTAL EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO - LIMA 2021**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

CODIGO:.....

.....

DATOS GENERALES DEL NIÑO(A)

Edad:

Sexo:

CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES

1. Número de las personas de la familia
 - De 2
 - De 3 a 4
 - De 5 a 6
 - Mayor de 7
2. Responsable de la familia
 - Papá/ mamá
 - Papá
 - Mamá
 - Abuelos
 - Otros
3. Responsable del sustento de la familia
 - Papá/ mamá
 - Papá
 - Mamá
 - Otros
4. Nivel educativo del padre
 - Analfabeto
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
5. Nivel educativo de la madre
 - Analfabeto
 - Primaria
 - Secundaria

- Superior

CARACTERISTICAS EMOTIVAS

1. Tiempo dedicado por los padres al trabajo
 - Tiempo completo
 - Tiempo parcial
 - Ama de casa
 - Desempleado
 - Discapacitado
2. Estado marital
 - Soltero (a)
 - Casado (a)
 - Separado (a)
 - Vive con otra pareja
3. Funcionabilidad de la familia
 - Relación satisfactoria
 - Disciplina laxa
 - Disciplina extrema
4. Problemas de relación del niño
 - Satisfactoria
 - Insatisfactoria
5. Calidez de los padres al niño
 - Satisfactoria
 - Insatisfactoria
6. Sensibilidad de los padres
 - Satisfactoria
 - Insatisfactoria

CARACTERISTICAS DEL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL

1. Frecuencia del cepillado
 - Nunca
 - A veces
 - Una vez al día
 - Dos o más veces al día
2. Acompañamiento al cepillado de sus hijos
 - Nunca

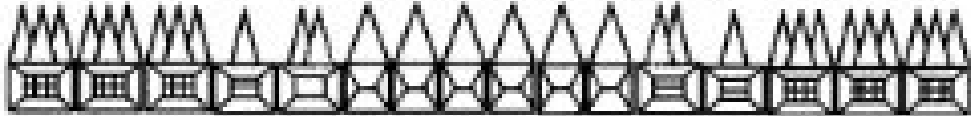
- A veces
- Siempre
- 3. Atención odontológica
 - Si
 - No
- 4. Motivo de consulta
 - Nunca
 - Control/otros
 - Tratamientos
 - Urgencia
- 5. Tipo de servicio odontológico
 - Público
 - Privado
 - Convenio

ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha:.....

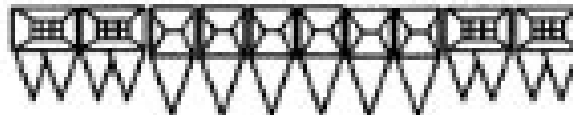
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

33 34 33 32 31 61 62 63 64 65



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especificaciones: _____

Observaciones: _____

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

En la ciudad de Huánuco, a los **12** días del mes de **agosto** del año **dos mil veintidós**, siendo las **11:00 horas** con **00 minutos**, y de acuerdo al Reglamento General de Grados y Títulos 2022 de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco, aprobado mediante la Resolución Consejo Universitario N°0734-2022-UNHEVAL; se reunieron en el Auditorio de la E.P. de Odontología el Jurado calificador de tesis, nombrados con **RESOLUCIÓN DE DECANATO N°0173-2022-UNHEVAL-FM de fecha 08 JULIO 2022** y **RESOLUCIÓN DE DECANATO N°0207-2022-UNHEVAL-FM de fecha 11 AGOSTO 2022**, para proceder con la Evaluación de la Tesis Titulada **"INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES SOBRE LA CARIES DENTAL EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO – LIMA 2021"**, elaborado por los Bachilleres en Odontología **MORALES SUAREZ Carlos Moises**, para obtener el **TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**, estando conformado el jurado por los siguientes docentes:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| - Mg. CARDENAS CRIALES, Jesús Omar | PRESIDENTE |
| - Mg. AZAÑEDO RAMIREZ, Víctor Abraham | SECRETARIO |
| - Mg. TUCTO BERRIOS Joel | VOCAL |
| - CD. VENTURA GONZALES Rolando | ACCESITARIO |

Habiendo finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica al sustentante y a los presentes retirarse del Auditorio por un espacio de cinco minutos aproximadamente para deliberar y emitir la calificación final, quedando el sustentante *aprobado* con el calificativo de *Muy Bueno* con la nota equivalente a *17*; con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas *12 pm* en fe de lo cual firmamos.

Mg. CARDENAS CRIALES, Jesús Omar
PRESIDENTE

Mg. AZAÑEDO RAMIREZ, Víctor Abraham
SECRETARIO

CD. VENTURA GONZALES Rolando
VOCAL ACCESITARIO

Observaciones:

-
- Excelente (19 y 20)
 - Muy Bueno (17,18)
 - Bueno (14,15 y 16)



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

La que suscribe:

Mg. María Cecilia Galimberti Oliveira

HACE CONSTAR que:

La Tesis titulada “**INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES SOBRE LA CARIES DENTAL EN LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO-LIMA 2021**” realizada por el Bachiller en Odontología:

- MORALES SUAREZ, Carlos Moises

Cuenta con un **índice de similitud del 22%** verificable en el Reporte de Originalidad del software antiplagio **Turnitin**. Luego del análisis se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio, por lo expuesto la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud menor al 30% establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Huánuco, 05 de julio del 2022

Mg. María Cecilia Galimberti Oliveira

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE MEDICINA

NOMBRE DEL TRABAJO
el informe final.docx

AUTOR
Carlos Morales

RECuento DE PALABRAS
22633 Words

RECuento DE CARACTERES
117938 Characters

RECuento DE PÁGINAS
105 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
375.6KB

FECHA DE ENTREGA
Jun 25, 2022 5:22 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Jun 25, 2022 5:33 PM GMT-5

● **22% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 21% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

**DECLARACION JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES,
JUDICIAL NI PENAL**

NOTARIA PUBLICA DE LIMA
DR. MANUEL NOYA DE LA PIEDRA

J. Ocoña
N° 180

18 SEP. 2020

2do. Piso
Lima

Tel: 427-3921 / 427-9622 / 427-9481

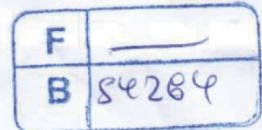
Yo, CARLOS MOISES MORALES SUAREZ, Identificado con DNI N° 42349267
domiciliado en Avenida SALAVERRY 2192 DPTO 201 JESUS MARIA.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registrar antecedentes, policiales, Judicial ni penal.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber
incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos –
Artículo 411º del código penal y Delito contra la Fe Publica – Título XIX del
código penal, acorde al artículo 32º de la ley N° 27444, Ley del Procedimiento
Administrativo General.

En fe de lo cual firmo la presente.



LIMA, 8 DE SETIEMBRE DEL 2020

LEGALIZO las firmas de Carlos
Moises Morales Suarez



CARLOS MOISES MORALES SUAREZ
Identificados con DNI 42349267 DNI N° 42349267

respectivamente quienes asumen la responsabilidad
por el contenido del presente documento.
Conforme al Art. 108 Dec. Leg. 1049 El Notario no
asume responsabilidad sobre el contenido del
documento.

Lima,

18 SET. 2020

MANUEL NOYA DE LA PIEDRA
NOTARIO DE LIMA



NOTARIA NOYA DE LA PIEDRA

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0		1 de 7

ANEXO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: MONTE SANTA CARLOS MOJÉS

DNI: 42349267 Correo electrónico: cjmo_4@outlook.es

Teléfonos: Casa _____ Celular 996782566 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____


2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>MEDICINA HUMANA y ODONTOLOGIA</u>
E. P. :	<u>ODONTOLOGIA</u>

Título Profesional ob

Título de la tesis:

INFLUENCIA DE LOS FACTORES FAMILIARES SOBRE LA CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO-LIMA 2021.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0		2 de 7

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
 () 2 años
 () 3 años
 () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 18/08/22.

Firma del autor y/o autores:

