

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries
dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de
Salud Santa María del Valle– 2018”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS
DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA

AUTOR: Laurencio Boza, Priscilo

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestro en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22521044

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Preciado Lara, María Luz	Doctora en ciencias de la salud	22465462	0000-0002-3763-5523
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Angulo Quispe, Luz Idalia	Magister en odontología	22435547	0000-0002-9095-9682



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO (A) EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

En la ciudad de Huánuco, siendo las 10:00 horas del día 13 del mes de Noviembre del año 2025, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. María Luz PRECIADO LARA (PRESIDENTA)
- Dra. Maricela MARCELO ARMAS (SECRETARIA)
- Mg. Luz ANGULO QUISPE (VOCAL)

Nombrados mediante Resolución N°823-2025-D-EPG-UDH, de fecha 10 de noviembre de 2025, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: **"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE CARIES DENTAL EN MADRES DE NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DEL VALLE – 2018"**; presentado (a) por el/la graduando **Priscilo LAURENCIO BOZA**, para optar el Grado Académico de Maestro con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 10 y cualitativo de bueno.

Siendo las 11:00 horas del día 13 del mes de Noviembre del año 2025, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. María Luz PRECIADO LARA
Código ORCID: 0000-0002-3753-5523
DNI: 22465462

SECRETARIA

Dra. Maricela MARCELO ARMAS
Código ORCID: 0000-0001-8585-1436
DNI: 04049506

VOCAL

Mg. Luz Idalia ANGULO QUISPE
Código ORCID: 0000-0002-9095-9682
DNI: 22435547

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: PRISCILO LAURENCIO BOZA, de la investigación titulada "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE CARIES DENTAL EN MADRES DE NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SANTA MARÍA DEL VALLE - 2018", con asesor(a) JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 416-2018-D-EPG-UDH del P. A. de MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 16 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 25 de junio de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	10%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	1%
8	dx.doi.org Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	<1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Dios quien me guio en cada uno de los pasos, dándome fuerza para no desfallecer ante los problemas que iban surgiendo, las adversidades no siempre son sencillas, pero con dignidad y sin rendirse, se puede combatir cualquiera de ellas.

Mis padres, por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles, así como ofrecerme los recursos que me permitieron estudiar, forjando todo lo que soy como persona: mis valores y principios, mi carácter, empeño, perseverancia y el coraje para alcanzar los objetivos propuestos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes de la Universidad de Huánuco, quienes contribuyeron en mi aprendizaje.

A las madres del Centro de Salud Santa María del Valle quienes con su paciencia y entrega desinteresada me apoyaron en la presente investigación.

A los Jurados revisores por darse el tiempo de apoyarme a pesar de sus recargadas actividades.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICO	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1. NIVEL TEÓRICO.....	15
1.4.2. NIVEL PRÁCTICA.....	16
1.4.3. NIVEL METODOLÓGICA.....	16
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6.1. VIABILIDAD TÉCNICA	17
1.6.2. VIABILIDAD OPERATIVA	18
1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA.....	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	22
2.2. BASES TEÓRICAS.....	23

2.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL	23
2.2.2. DIMENSIONES DEL CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL	25
2.2.3. FACTORES DETERMINANTES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO	26
2.2.4. ACTITUD HACIA LA CARIES DENTAL	27
2.2.5. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE CARIES DENTAL	31
2.2.1. CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	34
2.2.2. ROL MATERNO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL INFANTIL	38
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	40
2.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	41
2.5. VARIABLES	41
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	41
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	41
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	41
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
CAPÍTULO III	44
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	44
3.1.1. ENFOQUE	44
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.1.3. DISEÑO	45
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.2.1. POBLACIÓN	45
3.2.2. MUESTRA	45
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.3.1. TÉCNICA	46
3.3.2. INSTRUMENTOS	47
3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
3.4.1. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO	51

3.4.2. TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
RESULTADOS.....	52
4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	52
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	57
CAPÍTULO V.....	58
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	58
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	64
CAPITULO VI.....	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	65
ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la distribución según edad de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018...	52
Tabla 2. Descripción de la distribución según la procedencia de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.....	53
Tabla 3. Descripción de la distribución según la religión de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018	54
Tabla 4. Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.....	55
Tabla 5. Descripción de la distribución según las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018	56
Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018	57

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1. Aplicación de los instrumentos de marketing en la eficiencia operativa según la edad de los pacientes tratados en la Clínica Odontológica	52
Gráfico 2. Descripción de la distribución según la procedencia de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.....	53
Gráfico 3. Descripción de la distribución según la religión de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.....	54
Gráfico 4. Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.....	55
Gráfico 5. Descripción de la distribución según las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018	56

RESUMEN

El estudio de investigación expone como **objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018. **Material y método:** El trabajo de investigación presento una metodología de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Con un diseño correlacional. La muestra fue de 96 madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle. **Resultados:** El nivel de conocimiento de las madres acerca de la caries dental muestra que la mayoría tiene un conocimiento clasificado como Regular, alcanzando el 56.2%. Un porcentaje considerable, 29.2%, presenta un conocimiento Malo, y solo una pequeña proporción, el 14.6%, demuestra un nivel de conocimiento Bueno sobre el tema, Respecto a las actitudes de las madres sobre la caries dental, la actitud Positiva es predominante en la muestra, representando el 77.1%. Por otro lado, el 22.9% restante de las madres reporta tener una actitud Negativa frente a la caries dental. **Conclusión:** Se determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa ($p=0,028$) entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle durante el año 2018.

Palabras Clave: Relación, conocimiento, actitud, caries, madres, niños, salud.

ABSTRACT

The research study aims to determine the relationship between the level of knowledge and attitude about dental caries in mothers of children aged 3 to 7 years who attend the Santa María del Valle Health Center - 2018. **Materials and methods:** The research work presents a descriptive, prospective, cross-sectional methodology. With a correlational design. The sample was 96 mothers of children aged 3 to 7 years who attend the Santa María del Valle Health Center. **Results:** The level of knowledge of mothers about dental caries shows that the majority have a knowledge classified as Regular, reaching 56.2%. A considerable percentage, 29.2%, has Poor knowledge, and only a small proportion, 14.6%, demonstrates a good level of knowledge on the subject. Regarding the attitudes of mothers about dental caries, the Positive attitude is predominant in the sample, representing 77.1%. On the other hand, the remaining 22.9% of mothers report having a negative attitude toward dental caries. **Conclusion:** A statistically significant relationship ($p=0.028$) was found between the level of knowledge and attitudes about dental caries among mothers of children aged 3 to 7 years who attended the Santa María del Valle Health Center in 2018.

Keywords: Relationship, knowledge, attitude, cavities, mothers, children, health.

INTRODUCCIÓN

La caries dental es un problema de salud pública mundial que afecta especialmente a poblaciones vulnerables, como los niños en edad preescolar y escolar, por lo que se le presta tanta atención. Esta enfermedad, además de provocar dolor e incomodidad, puede tener consecuencias significativas en el desarrollo infantil, afectando la nutrición, el crecimiento y el rendimiento escolar de los pequeños.

En el Perú, las estadísticas revelan una alta prevalencia de caries dental en la población infantil, situación que resulta particularmente preocupante en zonas urbanas y rurales como Santa María del Valle, donde el acceso a servicios odontológicos especializados suele ser limitado. Frente a esta realidad, el papel de las madres como primeras cuidadoras y educadoras en salud bucal adquiere una relevancia crucial.

Este estudio se origina en la necesidad de entender la relación entre el conocimiento que tienen las madres sobre la caries dental y las actitudes que adoptan hacia la salud bucal de sus hijos. Comprender esta dinámica es esencial para elaborar estrategias preventivas efectivas que ayuden a reducir la incidencia de esta enfermedad en la población infantil local.

La investigación se centra en las madres de niños entre 3 y 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle durante el año 2018, un grupo poblacional estratégico para intervenciones educativas y preventivas. Al investigar la etiología, prevención y tratamiento de la caries dental, así como las actitudes hacia esta problemática, se pretende identificar fortalezas y áreas de oportunidad para futuras intervenciones.

Los hallazgos del estudio buscan brindar información valiosa que sirva de base para la creación de programas educativos más eficaces, adaptados a las necesidades y características únicas de esta comunidad. Además, se prevé que contribuya al desarrollo de políticas de salud pública destinadas a mejorar la salud bucal de los bebés, no solo en Santa María del Valle, sino también en contextos similares en todo el país.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta los tejidos duros del diente y causa desmineralización y deterioro, que se desarrolla como consecuencia de la interacción de factores biológicos, socioeconómicos y culturales ⁽¹⁾. En el presente estudio se analizan dos variables fundamentales: el nivel de conocimiento sobre caries dental, que comprende el conjunto de información, conceptos y saberes que poseen las madres respecto a la etiología, prevención y tratamiento de esta patología; y la actitud hacia la caries dental, entendida como la predisposición o tendencia a actuar de determinada manera frente a esta problemática de salud bucodental ⁽²⁾.

La caries dental representa una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial, especialmente en la población infantil ⁽³⁾. En el contexto específico del Centro de Salud Santa María del Valle, se ha observado una significativa prevalencia de caries dental en niños de 3 a 7 años, etapa crucial para el desarrollo de hábitos de higiene bucal y la formación de la dentición permanente. Las madres, como principales cuidadoras, ejercen un rol determinante en la adopción de conductas preventivas y en la transmisión de conocimientos sobre salud bucodental a sus hijos ⁽⁴⁾. Sin embargo, se ha evidenciado una brecha importante entre el nivel de conocimiento que poseen sobre la caries dental y las actitudes que manifiestan frente a esta enfermedad, lo que podría estar influyendo negativamente en la salud bucal de sus hijos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que entre el 60% y 90% de los escolares a nivel mundial padecen caries dental, cifra que resulta alarmante considerando las complicaciones asociadas a esta patología ⁽⁵⁾. En el contexto latinoamericano, diversos estudios han reportado prevalencias superiores al 70% en niños menores de 12 años ⁽⁶⁾.

En Perú, según el Ministerio de Salud, la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 12 años alcanza el 85%, siendo más elevada en zonas rurales y periurbanas ⁽⁷⁾. En la región Huánuco, estudios previos han documentado una prevalencia que oscila entre el 78% y 89% en niños de edad preescolar y escolar, ubicándola entre las regiones con mayores índices de esta enfermedad a nivel nacional ⁽⁸⁾.

Específicamente, en el distrito de Santa María del Valle, datos revelaron que aproximadamente el 82% de los niños atendidos en el centro de salud presentaban al menos una lesión cariosa activa, situación que evidencia la magnitud de esta problemática en el contexto local ⁽⁹⁾.

Entre los factores causales de esta problemática se identifica, en primer lugar, el limitado conocimiento que poseen las madres sobre los mecanismos de formación de la caries dental, así como de las medidas preventivas específicas para evitarla ⁽¹⁰⁾. Esta situación se agrava por el escaso acceso a información científica actualizada sobre salud bucal, especialmente en contextos socioeconómicos vulnerables. Asimismo, persisten creencias erróneas y mitos respecto a la salud dental infantil, como considerar que las caries en dientes deciduos no requieren atención por ser temporales ⁽¹¹⁾. Otro factor determinante es la baja prioridad que se otorga a la salud bucal dentro del conjunto de necesidades de atención sanitaria, relegándola a un segundo plano frente a otras condiciones de salud. Adicionalmente, las barreras de acceso a servicios odontológicos preventivos y las deficiencias en los programas de educación para la salud bucal dirigidos a padres constituyen causas estructurales que perpetúan este problema ⁽¹²⁾.

Las consecuencias de esta problemática son múltiples y afectan significativamente la calidad de vida de los niños. A nivel físico, la caries dental no tratada puede provocar dolor intenso, infecciones localizadas o sistémicas, pérdida prematura de piezas dentales y alteraciones en el crecimiento y desarrollo maxilofacial ⁽¹³⁾. Desde la perspectiva psicosocial, los niños afectados pueden experimentar dificultades en la alimentación, trastornos del sueño, disminución del rendimiento escolar y problemas de autoestima derivados de la afectación estética ⁽¹⁴⁾. A largo plazo, las complicaciones incluyen maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular y un

incremento significativo de los gastos familiares en tratamientos odontológicos rehabilitadores, que suelen ser considerablemente más costosos que las intervenciones preventivas ⁽¹⁵⁾. Adicionalmente, estudios recientes han evidenciado asociaciones entre la caries dental infantil no tratada y el desarrollo de enfermedades sistémicas como patologías cardiovasculares, respiratorias y metabólicas en etapas posteriores de la vida ⁽¹⁶⁾.

Ante esta situación, se plantean diversas alternativas de solución que incluyen: la implementación de programas educativos estructurados dirigidos a madres, centrados en la promoción de conocimientos sobre prevención de caries dental y el desarrollo de actitudes favorables hacia la salud bucal ⁽¹⁷⁾; el fortalecimiento de las estrategias de atención primaria en salud bucal infantil, con énfasis en la detección temprana de factores de riesgo; la incorporación de intervenciones preventivas específicas como la aplicación de sellantes y fluoruros, adaptadas a los grupos etarios de mayor vulnerabilidad ⁽¹⁸⁾; y el desarrollo de materiales educativos culturalmente pertinentes que faciliten la comprensión y aplicación de prácticas preventivas en el hogar. Asimismo, resulta fundamental el establecimiento de alianzas intersectoriales entre instituciones educativas, sanitarias y comunitarias para abordar esta problemática desde una perspectiva integral y sostenible ⁽¹⁹⁾.

La presente investigación tiene como propósito fundamental determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle durante el año 2018.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018?

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características socioeconómicas de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018?

¿Cuáles son las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características socioeconómicas de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.

Identificar el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.

Conocer las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. NIVEL TEÓRICO

Se justificó teóricamente por su contribución al cuerpo de conocimientos sobre la relación entre factores cognitivos y actitudinales en el contexto de la salud bucodental infantil. El estudio permite profundizar en la comprensión de los modelos teóricos que explican la adopción de conductas preventivas en salud, particularmente el Modelo

de Creencias en Salud propuesto por Rosenstock ⁽²⁰⁾ y la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, ambos aplicados al ámbito odontológico ⁽²¹⁾. Asimismo, la investigación permite contrastar empíricamente postulados teóricos fundamentales en el campo de la odontología preventiva, como el concepto de alfabetización en salud bucal propuesto por Horowitz y Kleinman, y los modelos explicativos sobre transmisión intergeneracional de hábitos de higiene bucal desarrollados por Castilho et al. ⁽²²⁾. Los hallazgos generados proporcionarán evidencia para fortalecer, matizar o reformular estos marcos conceptuales, enriqueciendo el sustento teórico de futuras intervenciones preventivas y educativas en el ámbito de la salud bucal infantil.

1.4.2. NIVEL PRÁCTICA

Desde una perspectiva práctica, el estudio se justificó por sus potenciales aplicaciones en el diseño e implementación de estrategias preventivas y promocionales en el ámbito de la salud bucal infantil. Los resultados obtenidos permitirán identificar con precisión las lagunas de conocimiento y las actitudes desfavorables de las madres hacia la caries dental, información crucial para desarrollar intervenciones educativas específicas y culturalmente pertinentes. El estudio adquiere especial relevancia práctica considerando la elevada prevalencia de caries dental en la población infantil de Santa María del Valle y los limitados recursos disponibles para su atención, lo que exige optimizar las estrategias preventivas basadas en la educación y empoderamiento de los cuidadores primarios. La caracterización detallada del nivel de conocimiento y actitudes de las madres proporcionará insumos valiosos para rediseñar los programas educativos implementados en el Centro de Salud, incrementando potencialmente su efectividad y sostenibilidad.

1.4.3. NIVEL METODOLÓGICA

En el marco metodológico, el estudio se justificó por su aporte al desarrollo y validación de instrumentos específicos para evaluar

conocimientos y actitudes sobre caries dental en contextos rurales y urbanos del Perú. Los instrumentos diseñados y validados en el marco de este estudio podrán ser utilizados en futuras investigaciones, facilitando la comparabilidad de resultados y el seguimiento longitudinal de estas variables en poblaciones similares. El abordaje metodológico propuesto, que combina técnicas cuantitativas para la medición de conocimientos y actitudes con análisis estadísticos de correlación, representa una aproximación rigurosa y sistemática a un fenómeno complejo que ha sido predominantemente estudiado desde enfoques descriptivos aislados. Este enfoque permitirá establecer no solo la existencia de asociaciones entre las variables estudiadas, sino también cuantificar la magnitud y dirección de dichas asociaciones, incrementando la precisión y utilidad de los hallazgos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio enfrentó limitaciones relacionadas con la representatividad de la muestra, conformada exclusivamente por madres que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle, excluyendo potencialmente a aquellas que, por diversas razones como barreras geográficas, económicas o culturales, no acceden regularmente a los servicios de salud.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. VIABILIDAD TÉCNICA

El estudio presentó una favorable viabilidad técnica sustentada en diversos factores. En primer lugar, el investigador cuenta con la formación académica y experiencia necesarias en el campo de la odontología preventiva y la metodología de investigación, garantizando un adecuado diseño e implementación del estudio. Adicionalmente, se dispone de instrumentos validados en contextos similares que pueden ser adaptados para la medición de las variables principales, lo que facilita la obtención de datos confiables y comparables con otras investigaciones.

1.6.2. VIABILIDAD OPERATIVA

El estudio presentó una sólida viabilidad operativa sustentada en diversos aspectos relacionados con la logística, recursos humanos y procedimientos de ejecución. En primer lugar, la accesibilidad a la población de estudio se encuentra garantizada a través de los registros actualizados y el sistema de citas del Centro de Salud Santa María del Valle, lo que facilitará la identificación sistemática de las madres que cumplen con los criterios de inclusión establecidos. El establecimiento atiende un promedio de 35 a 40 niños diariamente en el rango etario de interés, lo que permite proyectar un flujo constante de participantes potenciales durante el período de recolección de datos.

1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA

El estudio resultó económicamente viable considerando que los recursos financieros requeridos son moderados y han sido previstos en su totalidad en el presupuesto elaborado. Los principales gastos incluyen la impresión de instrumentos, transporte local, procesamiento de datos y elaboración del informe final, costos que serán asumidos íntegramente por el investigador principal, sin requerir financiamiento externo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Paraguay, 2010, Teixeira González et al ⁽²³⁾. realizó un estudio con el título: Nivel de conocimientos de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. En el año 2010, se encuestó a 102 madres de niños de 0 a 3 años en Paraguay mediante una metodología de estudio observacional descriptivo transversal. Como consecuencia, entre las madres encuestadas, el 1% mostró un nivel adecuado de conocimientos sobre la salud bucal en los bebés, mientras que entre el 87 y el 85% tenían niveles inaceptables de conocimientos sobre este tema. La mayoría de las madres que trabajan fuera de casa y las mayores de 25 años mostraron niveles de conocimiento superiores. Aunque la mitad de las madres afirmó que sí limpia la boca de su bebé, el 81,4% (83) nunca recibió instrucciones sobre cómo hacerlo. La lactancia nocturna es empleada por el 75.5% de las madres, mientras que el 34.3% mencionó que adiciona azúcar a la leche de su hijo. El 85,3% de los participantes indicó que su bebé nunca había sido un odontólogo por un control preventivo, aunque el 74,5% manifestó que lo llevaría a cabo. Las autoridades de investigación han deducido que la educación de las madres y los especialistas en salud es necesaria en relación con los cuidados bucodentales de los hijos. Para mejorar el conocimiento de los niños sobre la higiene bucal, el estudio enfatiza la necesidad de programas educativos y prevención temprana.

En Venezuela, 2011, Fernández et al ⁽²⁴⁾. Llevó a cabo un estudio titulado: Plan educativo sobre la prevención de caries, basado en el nivel de conocimiento de niños de 5 y 6 años en el preescolar del Colegio Las Fuentes, Barquisimeto, Estado Lara, utilizando una metodología de investigación de campo de tipo descriptivo, con una muestra compuesta

por 40 niños de entre 5 y 6 años. Se constató que el 41% de respuestas correctas indica una deficiencia en el conocimiento en los niños de 5 y 6 años del Preescolar del Colegio Las Fuentes, dado que el 59% de las respuestas fueron imprescindibles. En aspectos concretos, el 63.89% de los encuestados estaba al tanto de las consecuencias de consumir excesivos dulces, mientras que únicamente el 16.67% conocía con exactitud las medidas para reducir la incidencia de caries. Aproximadamente el 55.56% de los niños poseía una comprensión adecuada sobre el momento en que deben cepillarse los dientes, mientras que un 33.33% creía que solo debían hacerlo tras cada comida. Los investigadores determinaron que hay un déficit considerable en el conocimiento sobre salud bucal en los niños preescolares evaluados, por lo que sugirieron implementar programas educativos sobre la prevención de caries dirigidos a estos niños, fomentar buenas prácticas de higiene bucal entre el personal docente y educar a los padres sobre la necesidad de inculcar hábitos saludables relacionados con la higiene bucal desde una edad temprana. Como parte del estudio, se desarrolló un plan educativo que incluía exposiciones sobre caries dental, complementadas con dramatizaciones mediante títeres.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Perú (Lima), 2017, Gómez ⁽²⁵⁾ llevó a cabo un estudio titulado: Nivel de caries dental en relación con el conocimiento sobre salud bucal en escolares de 8 a 12 años, cuya metodología adoptó un enfoque descriptivo, prospectivo, observacional y transversal. La muestra consistió en 205 estudiantes de entre 8 y 12 años. Se empleó un cuestionario sobre salud bucal (10 preguntas con una puntuación de 0 a 20) y un examen clínico a través de una odontograma como herramientas para la recolección de datos. Los resultados indicaron una prevalencia elevada de caries oral del 92,2% en la población analizada, siendo ligeramente superior en niños (92,6%) en comparación con niñas (91,9%). En los estudiantes de 8 años, la prevalencia más alta por grupo de edad se registró con un 95,7%, mientras que en los de 11 años, la

prevalencia más baja se registró con un 87,5%. En cuanto al nivel de conocimientos sobre salud bucodental, el déficit fue mayor tanto en niños (82,3%) como en niñas (82,9%). El investigador encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la severidad de la caries dental, observando que la mayoría de los escolares con un conocimiento deficiente presentaban una alta o muy alta severidad de caries dental. Estos hallazgos indican la necesidad de establecer programas educativos sobre salud bucal dirigidos a esta población estudiantil para disminuir la elevada prevalencia de caries dental observada.

En Perú (Lima), 2014, Pérez ⁽²⁶⁾ llevó a cabo un estudio titulado: Asociación de la caries dental with factores de riesgo en niños de 6 a 11 años, cuya metodología fue observacional, con un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra consistió in 308 historias clínicas de niños de 6 a 11 años y 11 meses, seleccionadas de manera aleatoria. La metodología de recolección de datos consistió en la revisión documental de historias clínicas del system SMILE, utilizando como instrumentos la odontograma y el índice simplificado de Greene and Vermillion. Se observó una prevalencia de caries del 82.14%, siendo más prominente en niños de 6 a 7 años (35.2%) y en aquellos con un índice de higiene oral regular (59.1%). Respecto a los hallazgos del análisis estadístico, la aplicación de la prueba Chi-cuadrado reveló que solamente existía una relación estadísticamente significativa entre la presencia de caries dental y el índice de higiene bucal de los participantes (con un valor $p=0.000$). Los resultados del estudio permiten establecer que la población examinada presenta una elevada frecuencia de caries dental. Aunque se analizaron diversos factores que podrían influir en el desarrollo de esta enfermedad bucal como el sexo de los pacientes, su edad, los hábitos de consumo de azúcar, el motivo por el cual acudieron a consulta, así como si realizaban cepillado dental y con qué regularidad, únicamente se pudo demostrar que el estado de la higiene oral mantenía una relación estadísticamente relevante con la aparición de caries en los dientes.

En Perú (Lima), 2012, Benavente et al ⁽²⁷⁾ llevó a cabo un estudio titulado: Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años, cuya metodología fue analítica y transversal, con un diseño no probabilístico por cuotas y un enfoque cuantitativo. El estudio se desarrolló con la participación de 143 madres cuyos hijos tenían menos de 5 años, todas ellas usuarias de servicios de salud tanto del MINSA como de ESSALUD. Para recopilar la información necesaria, se aplicó un cuestionario estructurado compuesto por 20 preguntas dirigidas a las madres, complementado con una evaluación clínica directa de los menores, utilizando para ello indicadores epidemiológicos especializados que miden tanto la presencia de caries dental como el nivel de higiene oral simplificada. Los hallazgos revelaron que la mayoría de las madres participantes (68.5%) poseía conocimientos regulares acerca del cuidado de la salud bucal, mientras que apenas un 9.1% demostró tener un buen nivel de conocimiento y un 22.4% mostró conocimientos limitados en esta área. En cuanto a los niños evaluados, se encontró que en promedio presentaban tres piezas dentales afectadas por caries, lo que refleja un Índice de Caries de nivel Moderado, considerando que únicamente el 13% de sus dientes se encontraba sano y 2.7 piezas aún no habían hecho erupción. Adicionalmente, el índice de higiene dental registrado fue de 1.9, calificado como deficiente. Los padres mostraron un nivel de conocimientos habituales del 37.8%. Resulta notable que no se identificó una correlación significativa entre el estado de salud dental de los menores de 5 años y el grado de conocimiento que sus madres tenían sobre este tema ($p = 0.16$). Esto lleva a la conclusión de que una gran proporción de madres (77.6%) no aplica de manera efectiva los conocimientos que posee, aun cuando estos suelen ser adecuados.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Perú (Huánuco), 2017, Fernández Espinoza ⁽²⁸⁾ llevó a cabo un estudio titulado: Prevalencia de caries dental en niños de 3 a 6 años utilizando el criterio ICDAS II, utilizando un diseño no experimental de

corte transversal y una metodología descriptiva. La población estuvo conformada por 1200 niños asegurados hospitalarios, de los cuales se seleccionó una muestra de 274 niños (que representan el 25% de la población) mediante criterios de inclusión y exclusión. La metodología de recolección de datos consistió en un examen clínico, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos ICDAS II. La prevalencia de caries dental resultó ser muy alta, del 92,71%, con una tasa ligeramente mayor en las mujeres (93,22%) que en los hombres (92,41%). Según los grupos etarios, se observa que el % de niños de 3 años que presentaron caries dental era de 98.21%, de 78.9% de 4 años, de 83.58% de 5 años y de 100% de 6 años. De acuerdo con la localización, la superficie mesial fue la más comprometida (1395 superficies), mientras que la lingual fue la menos afectada (192 superficies). En relación con la gravedad, el grado 1 de caries fue el más prevalente, con 1686 superficies afectadas. Respecto al hallazgo inferencial, se obtuvo un valor de Chi cuadrado de $\chi^2=26,5>3,84$, lo que llevó al rechazo de la hipótesis nula. Los niños asegurados de 3 a 6 años en el Hospital I EsSalud Tingo María sufren de la caries dental con una prevalencia elevada, siendo más frecuente en los niños de 6 años y predominando las lesiones iniciales (grado 1).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

El conocimiento en el ámbito de la salud bucal constituye un constructo complejo que integra información, comprensión y experiencias acumuladas respecto a las estructuras anatómicas, procesos fisiológicos y patológicos que afectan a la cavidad oral. En el contexto específico de la caries dental, este conocimiento abarca aspectos etiológicos, preventivos, diagnósticos y terapéuticos que permiten al individuo comprender la naturaleza multifactorial de esta patología y adoptar conductas orientadas a su prevención y control ⁽²⁹⁾.

Diversos autores han profundizado en la conceptualización del conocimiento sobre salud bucal. Según Martignon y cols., este conocimiento puede categorizarse en tres dimensiones interrelacionadas: conocimiento declarativo (saber qué), que incluye conceptos, definiciones y hechos sobre estructuras dentales y procesos patológicos; conocimiento procedimental (saber cómo), referido a técnicas y procedimientos de higiene bucal y prevención de enfermedades; y conocimiento condicional (saber cuándo y por qué), que permite discernir la aplicabilidad de determinadas prácticas preventivas en contextos específicos ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, Horowitz y Kleinman propusieron el concepto de alfabetización en salud bucal, que se refiere a la habilidad que tienen las personas para buscar, interpretar y entender la información fundamental relacionada con la salud dental y los tratamientos disponibles, permitiéndoles así tomar decisiones informadas y apropiadas. Este planteamiento va más allá del simple conocimiento tradicional, ya que involucra el desarrollo de competencias tanto cognitivas como sociales que influyen directamente en la motivación personal y en la capacidad real que tienen los individuos para localizar, interpretar y aplicar efectivamente la información sobre salud bucal. De esta manera, se logra no solo alcanzar sino también preservar un estado óptimo de salud dental a largo plazo. ⁽³¹⁾.

En el caso específico de las madres, el conocimiento sobre caries dental adquiere especial relevancia por su rol como principales transmisoras de hábitos y prácticas de higiene bucal a sus hijos. Castilho y colaboradores identificaron que el conocimiento materno sobre salud bucal se configura a partir de múltiples fuentes: formales (profesionales de salud, material educativo), informales (tradiciones familiares, experiencias personales) y sociales (medios de comunicación, redes comunitarias), generando un corpus heterogéneo que influye decisivamente en las prácticas de cuidado bucal infantil ⁽³²⁾.

2.2.2. DIMENSIONES DEL CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL

El conocimiento sobre caries dental comprende múltiples dimensiones que abarcan desde los aspectos conceptuales básicos hasta las estrategias preventivas específicas. De acuerdo con Fejerskov, estas dimensiones pueden estructurarse en cinco categorías fundamentales:

- a. **Conocimiento sobre anatomía y fisiología dental:** incluye la comprensión de las estructuras dentales (esmalte, dentina, pulpa), la cronología de erupción de dientes deciduos y permanentes, y la función de los distintos grupos dentarios ⁽³³⁾.
- b. **Conocimiento sobre etiología de la caries dental:** abarca la comprensión del proceso carioso como resultado de la interacción entre microorganismos cariogénicos, sustrato fermentable, susceptibilidad del hospedero y tiempo, conforme al modelo propuesto por Keyes modificado por Newbrun ⁽³³⁾.
- c. **Conocimiento sobre medidas preventivas:** incluye información sobre técnicas de higiene bucal, uso adecuado de fluoruros, control de dieta cariogénica, sellantes de fosas y fisuras, y revisiones odontológicas periódicas ⁽³³⁾.
- d. **Conocimiento sobre manifestaciones clínicas:** comprende la identificación de signos y síntomas iniciales y avanzados de la caries dental, así como la comprensión de su progresión natural cuando no es tratada oportunamente ⁽³³⁾.
- e. **Conocimiento sobre consecuencias y tratamiento:** abarca la comprensión de las complicaciones derivadas de la caries no tratada y las alternativas terapéuticas disponibles según el grado de afectación ⁽³³⁾.

Estas dimensiones interactúan sinérgicamente configurando el nivel de conocimiento global que posee un individuo sobre la caries

dental. En el caso específico de las madres, Childers y colaboradores han identificado que el conocimiento sobre medidas preventivas y manifestaciones clínicas iniciales constituyen las dimensiones más críticas para el desarrollo de conductas protectoras de la salud bucal infantil, evidenciando la importancia de priorizar estos aspectos en intervenciones educativas dirigidas a esta población ⁽³⁴⁾.

2.2.3. FACTORES DETERMINANTES DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

El nivel de conocimiento sobre caries dental que poseen las madres está condicionado por múltiples factores sociodemográficos, educativos, culturales y experienciales. Diversos estudios epidemiológicos han identificado correlaciones significativas entre el nivel educativo materno y su conocimiento sobre salud bucal, estableciendo una asociación directamente proporcional entre ambas variables ⁽³⁵⁾.

El acceso a servicios odontológicos constituye otro determinante fundamental, observándose mayores niveles de conocimiento en madres que mantienen contacto regular con profesionales de la salud bucal. Según Tinanoff y Reisine, este fenómeno se explica por la educación incidental que ocurre durante las consultas odontológicas, donde se transmite información preventiva y terapéutica adaptada a las necesidades específicas del binomio madre e hijo ⁽³⁶⁾.

Los factores culturales ejercen también una influencia significativa, particularmente en contextos rurales donde coexisten saberes tradicionales y científicos sobre el cuidado de la salud bucal. De acuerdo con Butani y colaboradores, estas cosmovisiones culturales pueden potenciar o limitar la incorporación de conocimientos basados en evidencia, dependiendo del grado de compatibilidad o conflicto entre ambos sistemas de saberes ⁽³⁷⁾.

La experiencia personal con enfermedades bucales, tanto propia como de familiares cercanos, constituye otro factor modelador del conocimiento materno. Wigen y Wang identificaron que madres con

antecedentes de problemas dentales severos tienden a poseer mayor información sobre aspectos preventivos, aunque no necesariamente sobre procesos etiopatogénicos, evidenciando la naturaleza fragmentaria que puede adoptar el conocimiento derivado de la experiencia ⁽³⁸⁾.

Finalmente, el acceso a fuentes de información sobre salud bucal representa un determinante cada vez más relevante, particularmente con la creciente disponibilidad de recursos digitales. Sin embargo, Divaris y colaboradores advierten sobre la variabilidad en la calidad y precisión de la información disponible, señalando la importancia de desarrollar habilidades críticas para discernir entre contenidos confiables y aquellos potencialmente engañosos ⁽³⁹⁾.

2.2.4. ACTITUD HACIA LA CARIES DENTAL

Las actitudes que desarrollamos hacia la salud bucal representan tendencias que hemos aprendido a lo largo del tiempo, las cuales nos llevan a reaccionar de forma constante, ya sea positiva o negativamente, ante diferentes aspectos relacionados con el cuidado de nuestra boca y dientes. Estas predisposiciones influyen en cómo nos comportamos frente a situaciones específicas del ámbito dental, desde nuestra respuesta ante tratamientos odontológicos hasta la manera en que percibimos la importancia del cepillado diario o las visitas regulares al dentista. En esencia, estas actitudes moldean nuestras reacciones habituales hacia todo lo que involucra mantener una buena salud dental. En el contexto específico de la caries dental, estas actitudes configuran orientaciones evaluativas relativamente estables que influyen decisivamente en las conductas preventivas y terapéuticas adoptadas por los individuos ⁽⁴⁰⁾.

Desde la perspectiva teórica propuesta por Ajzen y Fishbein en su Teoría de la Acción Razonada, las actitudes se estructuran a partir de la interacción de componentes cognitivos (creencias), afectivos (sentimientos) y conductuales (predisposiciones para actuar),

conformando un sistema complejo que determina la valoración global de objetos o situaciones relacionadas con la salud bucal ⁽⁴¹⁾.

En el caso particular de las madres de niños pequeños, Skeie y colaboradores han identificado que las actitudes hacia la caries dental se configuran primariamente a partir de tres dimensiones valorativas: percepción de susceptibilidad y gravedad de la enfermedad, valoración de prácticas preventivas, y atribución de responsabilidad en el cuidado de la salud bucal infantil. Estas dimensiones interactúan dinámicamente condicionando la disposición materna hacia conductas protectoras o de riesgo para la salud bucal de sus hijos ⁽⁴²⁾.

Complementariamente, Pine y Harris han desarrollado el Modelo de Actitudes, Comportamiento y Condiciones en Salud Oral (ABC), que conceptualiza las actitudes como constructos mediadores entre factores estructurales (condiciones socioeconómicas, acceso a servicios) y comportamientos efectivos de cuidado bucal. Este enfoque resulta particularmente valioso para comprender cómo las actitudes maternas pueden potenciar o neutralizar la influencia de determinantes sociales en la salud bucal infantil ⁽⁴³⁾.

Componentes de las actitudes hacia la caries dental

Conforme al modelo tripartito clásico propuesto por Rosenberg y Hovland, las actitudes hacia la caries dental pueden desagregarse en tres componentes fundamentales: cognitivo, afectivo y conductual.

El componente cognitivo comprende el conjunto de creencias, información y expectativas que poseen las madres respecto a la caries dental, incluyendo percepciones sobre etiología, prevención, tratamiento y pronóstico de esta patología. Este componente se encuentra estrechamente relacionado con el nivel de conocimiento, aunque no existe una correspondencia perfecta entre ambos constructos, siendo posible que madres con niveles similares de información desarrollen configuraciones cognitivas actitudinales significativamente diferentes ⁽⁴⁴⁾.

El componente afectivo abarca las respuestas emocionales asociadas a la caries dental y su prevención, incluyendo sentimientos de preocupación, ansiedad, confianza o satisfacción. Wilson y colaboradores han documentado la importancia de este componente como predictor de conductas preventivas, señalando que la activación emocional positiva (satisfacción por mantener una buena salud bucal) constituye un motivador más potente que la evitación de consecuencias negativas (temor al dolor o complicaciones) ⁽⁴⁵⁾.

El componente conductual se refiere a la predisposición para actuar de determinada manera frente a situaciones relacionadas con la prevención o tratamiento de la caries dental. Este componente representa la tendencia a la acción que, si bien no garantiza la ejecución efectiva de conductas preventivas, constituye un precursor fundamental de las mismas cuando se conjugan condiciones contextuales favorables ⁽⁴⁶⁾.

Estos tres componentes interactúan sinérgicamente configurando actitudes globales que pueden clasificarse en un continuo desde extremadamente negativas hasta extremadamente positivas. Schroth y colaboradores han evidenciado que actitudes maternas positivas caracterizadas por alta valoración de la salud bucal, confianza en medidas preventivas y disposición para implementar prácticas protectoras, se asocian significativamente con menores índices de caries en niños preescolares, independientemente de otros determinantes socioeconómicos ⁽⁴⁷⁾.

Factores moduladores de las actitudes hacia la caries dental

Las actitudes maternas hacia la caries dental se encuentran condicionadas por múltiples factores que interactúan compleja y dinámicamente. La experiencia previa con servicios odontológicos constituye uno de los moduladores más significativos, observándose correlaciones entre experiencias positivas/negativas y el desarrollo de actitudes favorables/desfavorables respectivamente ⁽⁴⁷⁾.

Los factores culturales ejercen también una influencia determinante, particularmente en contextos pluriculturales como el peruano. Según Adair y colaboradores, las cosmovisiones y tradiciones culturales moldean significativamente la valoración de la salud bucal, las prácticas preventivas consideradas aceptables, y las atribuciones causales de enfermedades como la caries dental ⁽⁴⁷⁾.

La disponibilidad y accesibilidad a servicios odontológicos representa otro modulador fundamental de las actitudes. Kelly y colaboradores documentaron que madres con acceso regular a atención odontológica preventiva tendían a desarrollar actitudes más favorables hacia el cuidado de la salud bucal infantil, mientras que aquellas que solo accedían a servicios odontológicos en situaciones de urgencia manifestaban actitudes predominantemente negativas, caracterizadas por fatalismo y baja autoeficacia ⁽⁴⁸⁾.

Las redes sociales y familiares constituyen también importantes moduladores actitudinales. Finlayson y colaboradores identificaron que la influencia de figuras significativas como abuelas, hermanas mayores u otras madres de la comunidad puede reforzar o contrarrestar actitudes derivadas de la educación formal, especialmente en contextos rurales donde la transmisión intergeneracional de prácticas de cuidado adquiere especial relevancia ⁽⁴⁸⁾.

Finalmente, los factores socioeconómicos condicionan significativamente las actitudes maternas, aunque esta influencia parece estar mediada por variables psicosociales como estrés, autoeficacia y percepción de control. Según Duijster y colaboradores, madres en condiciones socioeconómicas desfavorables, pero con elevada autoeficacia y percepción de control tienden a desarrollar actitudes más positivas que aquellas en similar situación económica, pero con baja confianza en sus capacidades para proteger la salud bucal de sus hijos ⁽⁴⁸⁾.

2.2.5. RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE CARIES DENTAL

2.2.5.1. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS

La relación entre conocimiento y actitudes en el ámbito de la salud bucodental ha sido analizada desde diversos marcos teóricos que proporcionan aproximaciones complementarias a este fenómeno. El Modelo de Creencias en Salud, propuesto originalmente por Rosenstock y posteriormente adaptado al contexto odontológico por Kegeles, postula que el conocimiento influye en las actitudes a través de la modificación de percepciones fundamentales como susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas ⁽⁴⁹⁾.

Según este modelo, un mayor nivel de conocimiento sobre caries dental incrementaría la percepción de susceptibilidad y gravedad, potenciando simultáneamente la valoración de beneficios asociados a conductas preventivas y disminuyendo la percepción de barreras para su implementación. Esta reconfiguración de creencias básicas conduciría al desarrollo de actitudes más favorables hacia prácticas protectoras de la salud bucal infantil ⁽⁴⁹⁾.

Complementariamente, la Teoría de la Acción Razonada propuesta por Ajzen y Fishbein ofrece un marco explicativo alternativo, según el cual el conocimiento influye en las actitudes a través de la formación y modificación de creencias conductuales, que constituyen valoraciones sobre las consecuencias probables de determinadas acciones. Un mayor nivel de conocimiento sobre caries dental permitiría anticipar con mayor precisión las consecuencias positivas de conductas preventivas y las negativas derivadas de su omisión, fortaleciendo actitudes favorables hacia prácticas protectoras ⁽⁵⁰⁾.

En este mismo sentido, Prochaska y DiClemente crearon el Modelo Transteórico de Cambio Comportamental, el cual fue posteriormente adaptado para el área odontológica por Tillis y su equipo de investigación. Este modelo plantea que la conexión entre el conocimiento y las actitudes no es algo estático, sino que se trata de un proceso que evoluciona de manera gradual a través de cinco fases bien definidas.

Según este enfoque, el conocimiento resulta particularmente influyente en la transición de precontemplación a contemplación, mientras que en etapas posteriores intervienen otros factores como autoeficacia, apoyo social y condiciones facilitadoras ⁽⁵¹⁾.

Estos modelos teóricos, aunque difieren en sus énfasis específicos, coinciden en conceptualizar el conocimiento como un precursor necesario, pero no suficiente para el desarrollo de actitudes favorables hacia la prevención de caries dental. Su influencia aparece mediada por factores culturales, experienciales y contextuales que determinan la interpretación y significación del conocimiento adquirido ⁽⁵¹⁾.

2.2.5.2. EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA RELACIÓN CONOCIMIENTO-ACTITUD

Numerosos estudios epidemiológicos han explorado empíricamente la relación entre nivel de conocimiento y actitudes hacia la caries dental, con resultados que evidencian la complejidad de esta asociación. Pahel y colaboradores, en un estudio desarrollado con madres de preescolares, identificaron correlaciones positivas moderadas ($r=0.42$) entre conocimientos sobre prevención de caries y actitudes favorables hacia prácticas de higiene bucal infantil, aunque esta asociación se debilitaba significativamente en grupos socioeconómicamente vulnerables ⁽⁵²⁾.

La evidencia longitudinal disponible sugiere que la relación conocimiento-actitud no es estática, sino que evoluciona a lo largo

del tiempo y las etapas vitales. Tolvanen y cols. documentaron que la influencia del conocimiento sobre actitudes se incrementaba significativamente durante períodos críticos como el embarazo o primeros años de crianza, constituyendo ventanas de oportunidad para intervenciones educativas con mayor potencial de impacto ⁽⁵³⁾.

Especialmente relevante para el diseño de intervenciones preventivas resulta la evidencia aportada por Poutanen y cols., quienes identificaron que la transmisión de conocimientos integrados en narrativas culturalmente significativas generaba cambios actitudinales más consistentes que la mera provisión de información técnica, independientemente del nivel educativo materno ⁽⁵⁴⁾.

2.2.5.3. IMPLICACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL INFANTIL

La comprensión de la relación entre conocimiento y actitudes sobre caries dental tiene profundas implicaciones para el diseño e implementación de estrategias preventivas y promocionales en salud bucal infantil. La evidencia disponible sugiere la necesidad de superar enfoques exclusivamente informativos, desarrollando intervenciones multidimensionales que aborden simultáneamente aspectos cognitivos, afectivos y conductuales ⁽⁵⁵⁾.

Dickson-Swift y colaboradores proponen un modelo de alfabetización crítica en salud bucal que trasciende la mera transmisión de conocimientos, promoviendo habilidades para acceder, comprender, evaluar y aplicar información sobre salud bucal en contextos específicos. Este enfoque reconoce la importancia de adaptar los contenidos educativos a las características socioculturales de la población destinataria, incorporando saberes tradicionales compatibles con principios preventivos basados en evidencia ⁽⁵⁶⁾.

Desde una perspectiva metodológica, diferentes autores recomiendan implementar intervenciones personalizadas según el nivel de congruencia entre conocimientos y actitudes evidenciado por las madres. Para aquellas con escasos conocimientos y actitudes desfavorables, se priorizarían abordajes educativos básicos; mientras que, para madres con conocimientos adecuados, pero actitudes negativas, resultarían más pertinentes intervenciones centradas en aspectos experienciales y afectivos que faciliten la revalorización de prácticas preventivas ⁽⁵⁷⁾.

2.2.1. CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

La enfermedad crónica más frecuente en la población infantil mundial es la caries dental, afectando significativamente a niños en el rango etario de 3 a 7 años, período crítico por la coexistencia de dentición decidua y el inicio de la erupción de piezas permanentes. De acuerdo con la OMS, hay discrepancias significativas entre los países en cuanto al grado de desarrollo socioeconómico, aunque entre el 60 y el 90% de los alumnos a nivel mundial sufren lesiones cariosas ⁽⁵⁸⁾.

En América Latina, la situación epidemiológica se caracteriza por una elevada prevalencia que oscila entre 70% y 95% en población preescolar y escolar, con índices ceod (dientes deciduos cariados, con extracción indicada y obturados) que superan ampliamente los valores considerados aceptables por organismos internacionales. Particularmente preocupante resulta la tendencia observada en estudios longitudinales que evidencian un incremento significativo en la prevalencia e incidencia de caries dental durante el período de transición de educación inicial a primaria, coincidente con el rango etario objeto del presente estudio ⁽⁵⁹⁾.

En el contexto peruano, datos del Ministerio de Salud revelan una prevalencia nacional de caries dental en niños de 3 a 5 años del 76%, incrementándose al 85% en el grupo de 6 a 8 años, cifras que ubican al país entre los de mayor carga de enfermedad en la región (54). Este

perfil epidemiológico presenta marcadas disparidades geográficas, observándose prevalencias significativamente más elevadas en zonas rurales (89%) que en urbanas (74%), y en regiones andinas (87%) respecto a costeras (72%) ⁽⁶⁰⁾.

Más allá de los indicadores de prevalencia, resulta relevante analizar la distribución polarizada que caracteriza a esta patología, observándose que aproximadamente el 20% de la población infantil concentra el 80% de las lesiones cariosas, fenómeno denominado principio de Pareto o regla 80/20. Esta distribución asimétrica evidencia la existencia de subgrupos poblacionales con elevada vulnerabilidad, donde interactúan múltiples factores de riesgo biológicos, comportamentales y sociales ⁽⁶¹⁾.

Factores determinantes de la caries dental infantil

La caries dental en niños de 3 a 7 años resulta de la interacción compleja de factores biológicos, conductuales, psicosociales y contextuales que operan en distintos niveles de determinación. A nivel biológico, la presencia de microorganismos cariogénicos (principalmente *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*), sustrato fermentable (carbohidratos refinados) y superficies dentales susceptibles, interactuando durante períodos prolongados, constituyen la tríada etiológica básica conforme al modelo de Keyes ⁽⁶²⁾.

La transmisión vertical de microorganismos cariogénicos de madre a hijo representa un factor crítico, particularmente en los primeros años de vida. Estudios microbiológicos han evidenciado coincidencias superiores al 70% en los genotipos de *S. mutans* presentes en binomios madre-hijo, lo que subraya la importancia de la salud bucal materna como determinante de la colonización temprana y riesgo cariogénico infantil ⁽⁶³⁾.

Existen asociaciones significativas entre la frecuencia de consumo de azúcares refinados y la prevalencia e incidencia de caries dentales, lo que sugiere que los hábitos alimentarios son otro factor esencial.

Moynihan y Kelly documentaron que niños con consumo frecuente de bebidas azucaradas (más de 3 veces diarias) presentaban un riesgo 4.5 veces mayor de desarrollar nuevas lesiones cariosas en un período de 12 meses, respecto a aquellos con consumo ocasional ⁽⁶⁴⁾.

Las prácticas de higiene bucal representan otro determinante conductual crítico, observándose correlaciones inversas entre frecuencia/calidad del cepillado dental y prevalencia de caries. Sin embargo, estudios observacionales han evidenciado que niños entre 3 y 7 años carecen de la destreza motora fina necesaria para realizar un cepillado efectivo de forma autónoma, requiriendo supervisión y asistencia parental, lo que subraya el rol determinante de los cuidadores en este aspecto preventivo ⁽⁶⁴⁾.

A nivel psicosocial, factores como conocimientos, actitudes y prácticas parentales ejercen una influencia decisiva. Hooley y colaboradores, en un metaanálisis de 55 estudios, identificaron que conocimientos deficientes y actitudes negativas de los padres hacia la salud bucal constituían predictores más potentes de caries infantil que factores socioeconómicos aislados, evidenciando su rol mediador entre determinantes estructurales y resultados de salud ⁽⁶⁴⁾.

Complementariamente, factores contextuales como acceso a servicios odontológicos preventivos, disponibilidad de agua fluorada, políticas escolares sobre alimentación saludable y normativas sobre etiquetado de alimentos cariogénicos, configuran un entorno que puede potenciar o neutralizar la influencia de determinantes individuales y familiares ⁽⁶⁵⁾.

Esta perspectiva multifactorial ha sido integrada por Fisher-Owens y colaboradores en un modelo conceptual ecosistémico que reconoce la interacción dinámica entre determinantes que operan en tres niveles: individual (factores biológicos, desarrollo, comportamientos), familiar (estatus socioeconómico, cultura, prácticas parentales) y comunitario (ambiente físico, sistema de atención dental, contexto social),

proporcionando un marco comprehensivo para comprender la compleja etiología de la caries dental infantil ⁽⁶⁶⁾.

Impacto de la caries dental en la calidad de vida infantil

Las consecuencias de la caries dental trascienden ampliamente la esfera bucodental, comprometiendo múltiples dimensiones del bienestar y desarrollo infantil. A nivel físico, las lesiones cariosas no tratadas pueden provocar dolor significativo, restricciones funcionales en masticación y fonación, y complicaciones infecciosas locales (abscesos dentoalveolares) o sistémicas (celulitis facial, angina de Ludwig) potencialmente graves ⁽⁶⁷⁾.

Diversos estudios han documentado el impacto negativo de la caries dental sobre patrones alimentarios, observándose que niños con lesiones cariosas extensas tienden a desarrollar preferencias por alimentos blandos y frecuentemente cariogénicos, estableciendo un círculo vicioso que incrementa el riesgo de nuevas lesiones y potenciales deficiencias nutricionales ⁽⁶⁷⁾.

Las consecuencias sobre la dimensión psicológica incluyen ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución de la autoestima, particularmente en niños mayores de 5 años que desarrollan conciencia sobre implicaciones estéticas de lesiones en dientes anteriores. Abanto y colaboradores documentaron que niños con caries de la infancia temprana evidenciaban puntajes significativamente menores en escalas estandarizadas de bienestar psicológico que sus pares sin esta condición, independientemente de otras variables sociodemográficas ⁽⁶⁸⁾.

El impacto sobre la dimensión social se manifiesta en restricciones para participar plenamente en actividades escolares y recreativas, potenciales experiencias de estigmatización o burlas por parte de pares, y ausentismo escolar asociado a complicaciones dolorosas o tratamientos odontológicos. Jackson y colaboradores estimaron que niños con caries dental severa perdían, en promedio, 2.1 días escolares

anuales por causas relacionadas directamente con esta patología, afectando su desempeño académico y oportunidades de aprendizaje ⁽⁶⁹⁾.

Las repercusiones de la caries dental infantil se extienden también al ámbito familiar, generando preocupación parental, sentimientos de culpa, ausentismo laboral para acompañar tratamientos odontológicos, y significativas erogaciones económicas, especialmente gravosas para familias socioeconómicamente vulnerables ⁽⁷⁰⁾.

Este impacto multidimensional ha sido conceptualizado y operacionalizado a través de instrumentos específicos para evaluar Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal (CVRSB) en población infantil, como el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) validado en múltiples contextos culturales, incluyendo Perú. Estos instrumentos evidencian que la caries dental constituye uno de los principales determinantes de deterioro en CVRSB infantil, con efectos que trascienden ampliamente la dimensión bucodental y comprometen el desarrollo integral del niño ⁽⁷¹⁾.

2.2.2. ROL MATERNO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL INFANTIL

2.2.2.1. LA MADRE COMO AGENTE SOCIALIZADOR EN SALUD BUCAL

Las madres constituyen agentes socializadores primarios que transmiten conocimientos, actitudes, valores y prácticas relacionadas con la salud bucal, configurando desde etapas tempranas del desarrollo patrones conductuales que pueden persistir durante toda la vida. Este rol socializador se manifiesta a través de múltiples mecanismos que incluyen modelado conductual, establecimiento de rutinas, supervisión directa, reforzamiento de conductas saludables y construcción de significados asociados a la salud bucal ⁽⁷²⁾.

El modelado conductual representa uno de los mecanismos más potentes, observándose correlaciones significativas entre prácticas de higiene bucal maternas y pautas adoptadas por sus hijos. Estudios observacionales documentan que niños cuyos padres exhiben conductas regulares de cepillado dental tienen 4.3 veces mayor probabilidad de desarrollar hábitos similares que aquellos cuyos padres muestran patrones irregulares o ausentes, evidenciando la importancia del aprendizaje vicario en este ámbito (73).

El establecimiento de rutinas constituye otro mecanismo fundamental, particularmente relevante durante el período preescolar y escolar temprano. Duijster y colaboradores identificaron que la incorporación de prácticas de higiene bucal dentro de rutinas familiares estables (asociadas a horarios de alimentación o sueño) incrementaba significativamente su frecuencia y persistencia, reduciendo la necesidad de recordatorios o supervisión constante (74).

La supervisión directa de prácticas de higiene bucal representa un tercer mecanismo esencial, considerando las limitaciones psicomotoras que presentan niños entre 3 y 7 años para ejecutar técnicas efectivas de cepillado dental. Estudios controlados han evidenciado que el cepillado realizado exclusivamente por niños de este grupo etario removía apenas el 25-30% de la placa bacteriana, mientras que con supervisión y asistencia parental esta eficiencia se incrementaba al 60-65% (75).

El reforzamiento de conductas saludables a través de incentivos positivos (verbales, afectivos o tangibles) constituye otro mecanismo relevante, observándose mayor adherencia a prácticas preventivas cuando éstas son valoradas y reconocidas consistentemente en el ambiente familiar. Castilho y colaboradores documentaron que niños cuyos padres implementaban sistemas de reforzamiento positivo para prácticas de higiene bucal mantenían

mayor regularidad en estas conductas que aquellos cuyos padres utilizaban predominantemente estrategias coercitivas o punitivas (76).

Finalmente, la construcción de significados asociados a la salud bucal representa un mecanismo socializador particularmente importante en contextos interculturales. Butani y colaboradores identificaron que madres de diferentes tradiciones culturales transmitían a sus hijos distintas conceptualizaciones sobre el valor de la dentición decidua, la importancia de mantener una sonrisa saludable o el significado atribuido al dolor dental, configurando marcos interpretativos que condicionaban significativamente las prácticas preventivas adoptadas (77).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1. **Conocimiento:** El conocimiento sobre caries dental constituye el conjunto de información, conceptos, ideas, enunciados y principios adquiridos y almacenados mediante la experiencia, educación formal o informal que poseen las madres respecto a la etiología, manifestaciones clínicas, consecuencias, prevención y tratamiento de la caries dental (1).
2. **Actitud:** La actitud hacia la caries dental se define como la predisposición organizada y relativamente estable de las madres para responder favorable o desfavorablemente ante estímulos, situaciones o comportamientos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en sus hijos (4).
3. **Caries dental:** La caries dental representa una enfermedad que posee múltiples características complejas: es de naturaleza infecciosa, se desarrolla de forma crónica a lo largo del tiempo, puede transmitirse entre personas y surge por la combinación de varios factores (7).
4. **Nivel de conocimiento:** En este contexto, el nivel de conocimiento se refiere a la cuantificación o clasificación del nivel de información, comprensión y conocimiento de un individuo sobre un tema o área específica. Se evalúa mediante instrumentos diseñados para este fin y

suele expresarse en escalas ordinales que permiten la comparación intergrupala. ⁽¹⁷⁾.

- 5. Prevención:** La prevención de caries dental comprende el conjunto de estrategias, procedimientos y acciones orientadas a evitar la aparición de nuevas lesiones cariosas, detener la progresión de lesiones iniciales y limitar el daño producido por lesiones avanzadas, actuando sobre los factores etiológicos y de riesgo identificados en el modelo causal de esta patología ⁽¹⁹⁾.

2.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Ha: Existe relación entre el conocimiento y actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud el Valle – 2018.

Ho: No existe relación entre el conocimiento y actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud el Valle – 2018.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Actitudes

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Religión

Ocupación.

Estado civil.

Edad

Grado de instrucción

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre caries dental.	El conocimiento sobre caries dental constituye el conjunto de información, conceptos, ideas, enunciados y principios adquiridos y almacenados mediante la experiencia.	Nivel de conocimiento	1. Alto: (20 a 16) 2. Medio: (11 a 15) 3. Bajo: (0 a 10)	Categórica	Ordinal	Cuestionario
VARIABLE DEPENDIENTE						
Actitud de las madres	La actitud hacia la caries dental se define como la predisposición organizada y relativamente estable de las madres para responder favorable o desfavorablemente ante estímulos.		1. Positivo: (7 a 10) 2. Negativa: (0 a 6)	Categórica	Nominal	Cuestionario
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN						
Características sociodemográficas	Las características sociodemográficas constituyen el conjunto de atributos biológicos, socioeconómicos, educativos, culturales y geográficos que definen y diferencian a una población específica, permitiendo	Edad	• 12 - 17 • 18 – 29 • Mayores de 30	Numérico	Intervalo	Cuestionario
		Procedencia	• Urbano • Rural	Categórica	Nominal	

su categorización y análisis
epidemiológico

Religión
Estado civil
Grado de instrucción

- Católico
- Mormón
- Testigo de Jehová
- Evangélico
- Otras Religiones

Categórica

Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador, el estudio se clasificó como observacional, puesto que el investigador se limitó a examinar y analizar los fenómenos tal como se presentaban en su contexto natural, sin manipular deliberadamente las variables de interés.

Según la fuente de recolección de datos, la investigación se catalogó como prospectiva, dado que la información fue obtenida directamente de las unidades de estudio a través de instrumentos diseñados específicamente para los fines de la investigación, y no de registros preexistentes o bases de datos secundarias.

Según el número de mediciones de las variables en estudio, el estudio adoptó un carácter transversal, puesto que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, estableciendo un corte en el continuo del fenómeno estudiado sin contemplar seguimiento posterior de las unidades de análisis.

Según el número de variables de interés la investigación se caracterizó como analítica correlacional, debido a que se orientó a examinar la relación entre dos variables principales (nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental) en una misma unidad de análisis, evaluando el grado de asociación estadística entre ambas sin establecer dependencia causal unidireccional.

3.1.1. ENFOQUE

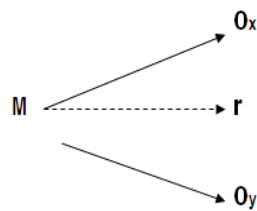
La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recolección sistemática de datos numéricos, su procesamiento estadístico y el análisis de los resultados para verificar hipótesis previamente establecidas.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio se situó en un nivel relacional, caracterizado por la búsqueda y establecimiento de asociaciones estadísticas entre variables sin pretender determinar causalidad unidireccional entre ellas.

3.1.3. DISEÑO

El proceso investigativo implementó un diseño correlacional transversal, esquematizado de la siguiente manera.



Donde:

- M = La muestra
- Ox = Nivel de conocimiento
- Oy = Actitudes
- r = Representa la relación de variables en estudio.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La muestra estuvo compuesta por 115 madres que asistieron con sus hijos al Centro de Salud el Valle entre julio y septiembre de 2018.

3.2.2. MUESTRA

La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple donde se hizo el uso de la fórmula finita teniendo como muestra a 91 madres.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

- n= El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N = Tamaño del universo
- $Z^2 = 1,96$
- E^2 = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- P = Probabilidad de éxito (0.5)
- Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{115 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(105 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} n = 91$$

➤ **Criterios de inclusión:**

- Madres de niños de 3 a 7 años.
- Madres que deseen participar del estudio.
- Madres de niños sin otras patologías dentales.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Madres de niños menores de 3 años
- Madres de niños mayores de 07 años
- Madres que no deseen participar del estudio.
- Madres de niños con otras patologías dentales.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

- **Encuesta:** La técnica fundamental utilizada para la recolección de datos fue la encuesta estructurada, una metodología que facilitó la

obtención de información sistemática y comparable sobre las variables de estudio a través de la aplicación de instrumentos estandarizados a las madres participantes.

3.3.2. INSTRUMENTOS

- **Cuestionario de conocimientos sobre salud dental**

Este instrumento fue desarrollado a partir de la adaptación y modificación del Cuestionario de conocimientos sobre salud bucal para padres elaborado originalmente por Martignon y colaboradores (5), validado en población latinoamericana con características similares a la del presente estudio. El cuestionario adaptado constó de 20 ítems distribuidos en cinco dimensiones fundamentales:

Conocimiento sobre anatomía y fisiología dental (4 ítems)

Conocimiento sobre etiología de la caries dental (4 ítems)

Conocimiento sobre medidas preventivas (4 ítems)

Conocimiento sobre manifestaciones clínicas (4 ítems)

Conocimiento sobre consecuencias y tratamiento (4 ítems)

Cada ítem presentó un formato de pregunta cerrada con tres alternativas de respuesta (correcta, incorrecta, no sabe), asignándose 2 puntos a la respuesta correcta, 0 puntos a la incorrecta y 0 puntos a la opción no sabe. La puntuación total del instrumento osciló entre 0 y 40 puntos, estableciéndose las siguientes categorías interpretativas:

Nivel de conocimiento bajo: 0 - 13 puntos

Nivel de conocimiento medio: 14 - 27 puntos

Nivel de conocimiento alto: 28 - 40 puntos.

- **Escala de actitudes hacia la caries dental**

Para evaluar las actitudes maternas, se utilizó el instrumento que constó de 5 ítems distribuidos en 1 dimensiones correspondientes a los componentes actitudinales clásicos:

Componente conductual (2 ítems)

Cada ítem presentó un enunciado afirmativo frente al cual la participante debía expresar su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de dos niveles: positivo, y negativa.

La puntuación total osciló entre 0 y 10 puntos, estableciéndose las siguientes categorías interpretativas:

Positivo: (7 a 10)

Negativa: (0 a 6)

Para la recolección de datos se tendrán en cuenta los siguientes procedimientos:

El proceso de recolección de datos se desarrolló según un protocolo estandarizado que contempló las siguientes etapas secuenciales:

a) Fase preparatoria

Previo al inicio de la recolección de datos, se realizaron las siguientes actividades:

Gestión de autorizaciones institucionales ante la dirección del Centro de Salud Santa María del Valle y la Red de Salud Huánuco, obteniendo las aprobaciones formales correspondientes.

Capacitación del equipo de campo (dos asistentes de investigación y un traductor quechua) sobre los objetivos del estudio, métodos de contacto con participantes, aplicación estandarizada de instrumentos y consideraciones éticas fundamentales.

Impresión y organización de materiales (instrumentos, consentimientos informados, materiales de apoyo).

Adaptación de un espacio físico adecuado dentro del Centro de Salud para realizar las entrevistas con privacidad y comodidad.

b) Identificación y contacto con participantes

Una vez seleccionada la muestra mediante el procedimiento aleatorio descrito anteriormente, se procedió a establecer contacto con las madres seleccionadas a través de los siguientes mecanismos:

Contacto presencial durante la atención regular de sus hijos en el Centro de Salud, para aquellas madres que acudieron al establecimiento durante el período de recolección.

Llamadas telefónicas para concertar citas específicas en el establecimiento, para aquellas madres que no estaba previsto que acudieran durante el período de recolección.

En casos excepcionales de inaccesibilidad telefónica, se realizaron visitas domiciliarias coordinadas con el equipo de promotores de salud local.

En todos los casos, el contacto inicial incluyó una explicación breve sobre los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de la participación y la confidencialidad de la información proporcionada, agendando la entrevista para el momento más conveniente para la participante dentro del cronograma establecido.

c) Aplicación de instrumentos

Las entrevistas para la aplicación de instrumentos se realizaron siguiendo un protocolo estandarizado que incluyó los siguientes pasos:

Recepción de la participante en el espacio acondicionado dentro del Centro de Salud, generando un ambiente de confianza y comodidad.

Explicación detallada de los objetivos del estudio, procedimientos, beneficios potenciales, riesgos mínimos y medidas para garantizar la confidencialidad.

Proceso de consentimiento informado, explicando el documento correspondiente en lenguaje accesible y resolviendo todas las dudas

antes de solicitar la firma. En caso de participantes analfabetas, se obtuvo la huella dactilar en presencia de un testigo imparcial.

Aplicación secuencial de los instrumentos: primero la ficha sociodemográfica, luego el cuestionario de conocimientos y finalmente la escala de actitudes, con una duración total aproximada de 15-20 minutos.

Revisión inmediata de los instrumentos para detectar posibles omisiones o inconsistencias, solicitando aclaraciones cuando fue necesario.

Agradecimiento por la participación y entrega de material educativo sobre salud bucal infantil como beneficio directo para la participante.

d) Control de calidad de datos

Para garantizar la calidad de los datos recolectados, se implementaron las siguientes medidas:

Supervisión directa del 20% de las entrevistas por parte del investigador principal, seleccionadas aleatoriamente.

Revisión diaria de todos los instrumentos aplicados para detectar inconsistencias, valores atípicos o datos faltantes.

Doble digitación independiente de la información recolectada en la base de datos electrónica, con posterior comparación para identificar y corregir errores de transcripción.

Contacto telefónico con el 10% de las participantes, seleccionadas aleatoriamente, para verificar su efectiva participación y satisfacción con el proceso.

Estas medidas permitieron mantener un estándar elevado de calidad en los datos obtenidos, minimizando errores sistemáticos y aleatorios que pudieran afectar la validez de los resultados.

3.4. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO

La matriz de datos definitiva fue exportada al software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 29 para Windows, preservando la integridad de la estructura de metadatos y garantizando la compatibilidad de formatos. Esta transferencia fue verificada mediante análisis descriptivos básicos que confirmaron la coincidencia entre los estadísticos generados por ambas plataformas (Excel y SPSS) para variables seleccionadas aleatoriamente.

3.4.2. TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- **Estadística descriptiva:** Para las variables cualitativas (nivel educativo, estado civil, ocupación, actitud categorizada, nivel de conocimiento categorizado, etc.) se calcularon frecuencias absolutas y relativas, presentadas en tablas de distribución de frecuencias y visualizadas mediante gráficos de barras o sectores según la complejidad de las categorías.
- **Estadística inferencial:** para la contratación y asociaciones entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado de independencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Descripción de la distribución según edad de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Edad	fi	%
12 - 17 años	7	7,3
18 - 29 años	81	84,4
Mayores de 30 años	8	8,3
Total	96	100,0

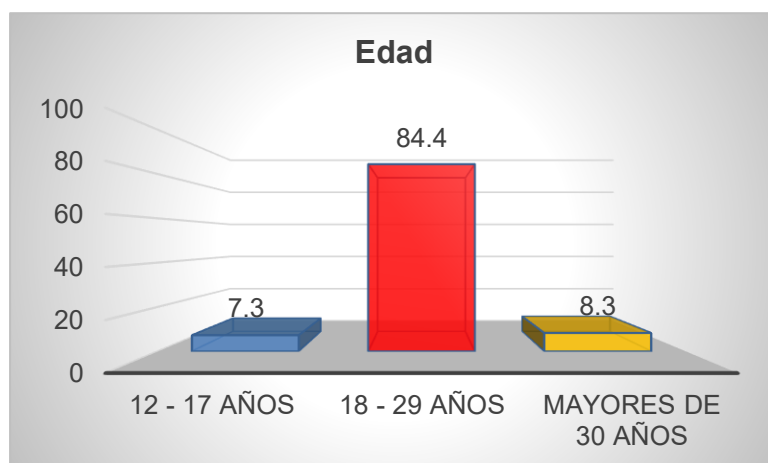


Gráfico 1. Aplicación de los instrumentos de marketing en la eficiencia operativa según la edad de los pacientes tratados en la Clínica Odontológica

Interpretación:

Según la Tabla 1, la distribución de las madres por edad muestra que el grupo predominante se encuentra entre las edades de 18 y 29 años, con el 84.4%, de 12 a 17 años el 7.3%, mientras que las mayores de 30 años constituyen el 8.3%.

Tabla 2. Descripción de la distribución según la procedencia de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

PROCEDENCIA	fi	%
Urbano	89	92,7
Rural	7	7,3
Total	96	100,0

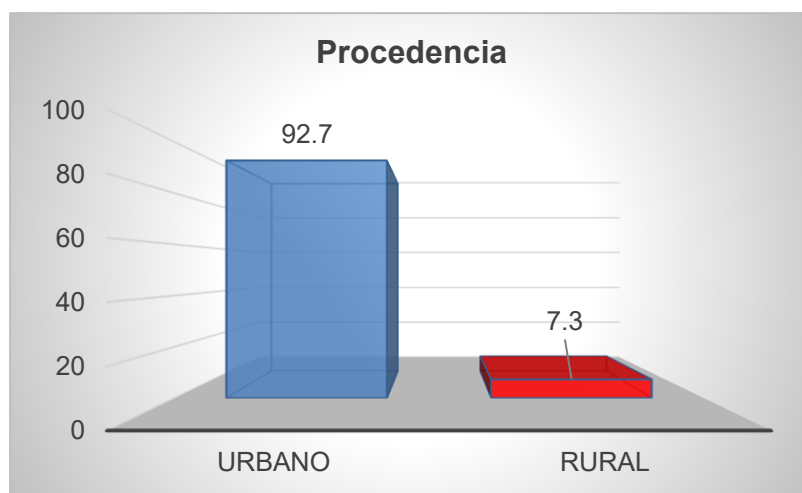


Gráfico 2. Descripción de la distribución según la procedencia de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Interpretación:

La Tabla 2 indica que la gran mayoría de las madres encuestadas provienen de zonas urbanas, representando un 92.7%. En contraste, solo el 7.3% de las madres residen en áreas rurales.

Tabla 3. Descripción de la distribución según la religión de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

RELIGION	fi	%
Católico	43	44,8
Mormón	8	8,3
Testigo de Jehová	12	12,5
Evangélico	32	33,3
Otras Religiones	1	1,1
Total	96	100,0

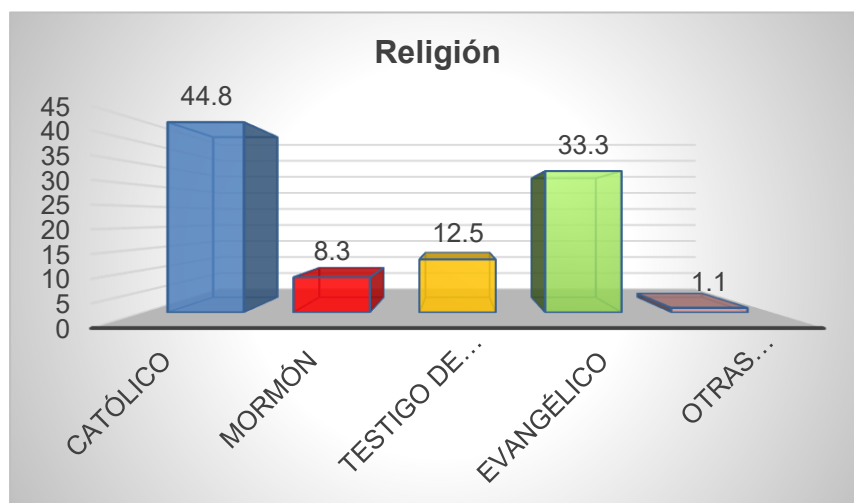


Gráfico 3. Descripción de la distribución según la religión de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Interpretación:

La Tabla 3 revela que la religión católica es la más frecuente con un 44.8%, seguida por la Evangélica con un 33.3%. Otras religiones como Testigo de Jehová presento un 12.5%, y mormón el 8.3%, mientras que otras religiones presentaron un mínimo 1.1%.

Tabla 4. Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	fi	%
Bueno	14	14,6
Regular	54	56,2
Malo	28	29,2
Total	96	100,0

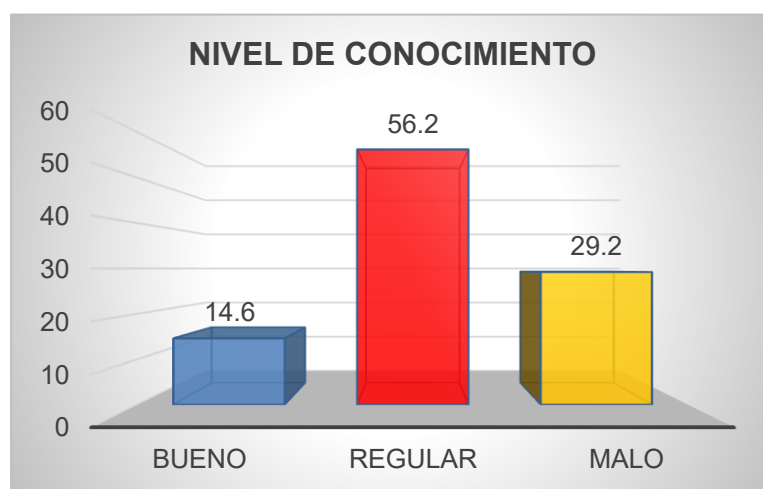


Gráfico 4. Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Interpretación:

La Tabla 4, muestra que la mayoría de las madres presentan un conocimiento clasificado como Regular, alcanzando el 56.2%, seguido de un nivel de conocimiento malo con el 29.2%, y un conocimiento bueno el 14.6%.

Tabla 5. Descripción de la distribución según las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

ACTITUDES	fi	%
Negativo	22	22,9
Positivo	74	77,1
Total	96	100,0

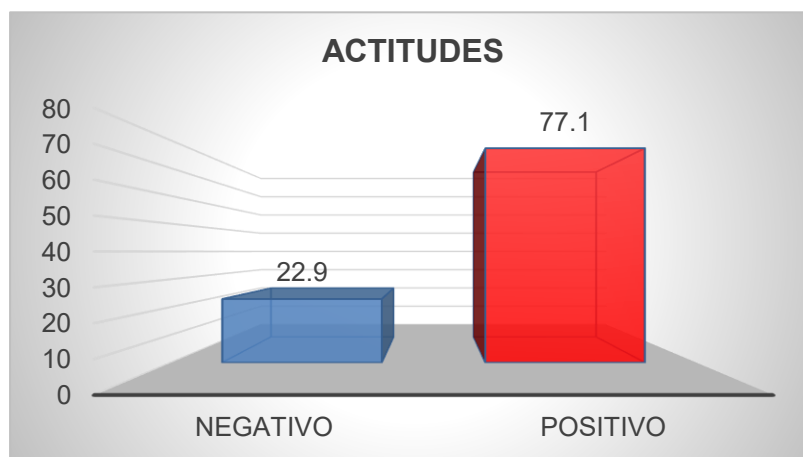


Gráfico 5. Descripción de la distribución según las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Interpretación:

Respecto a las actitudes de las madres sobre la caries dental, la Tabla 5 indica que la actitud Positiva es predominante en la muestra, representando el 77.1%. Por otro lado, el 22.9% restante de las madres reporta tener una actitud Negativa frente a la caries dental.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018

Actitud sobre caries dental.	Nivel de conocimiento				χ^2	P
	Bueno	Regular	Malo	Total		
Negativo	6	7	9	22	17,725	0,028
Positivo	8	47	19	74		
Actitud Total	14	54	28	96		

Los resultados del análisis estadístico, con un valor de Chi-cuadrado de 17.725 y un valor p de 0.028 (menor a 0.05), demuestran que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud; esto implica que la actitud de las madres hacia la caries dental no es independiente de cuánto saben sobre el tema.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La caries dental constituye uno de los problemas de salud pública más prevalentes que afecta a la población infantil a nivel mundial, con implicaciones significativas para el desarrollo y bienestar integral de los niños. En este contexto, el rol materno emerge como un factor determinante en la prevención y control de esta patología, considerando que las madres representan el principal agente socializador y transmisor de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucal durante los primeros años de vida ⁽⁵⁵⁾.

El presente estudio abordó la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acudieron al Centro de Salud Santa María del Valle durante el año 2018, arrojando hallazgos significativos que contribuyen a una comprensión más profunda de los factores psicosociales que condicionan la salud bucal infantil en este contexto específico. A continuación, se discuten los resultados obtenidos en cada objetivo específico, contrastándolos con evidencias previas reportadas en la literatura científica nacional e internacional, identificando tanto convergencias como divergencias que enriquecen la interpretación del fenómeno estudiado.

El análisis inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado ($p=0,028$) permitió establecer una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la caries dental en las madres estudiadas. Este hallazgo fundamental sugiere que, aunque no existe una correspondencia perfecta entre ambas variables (como lo demuestra la presencia de actitudes positivas incluso en madres con conocimientos limitados), el incremento en el nivel de conocimiento tiende a asociarse con actitudes más favorables hacia la prevención.

Estos resultados coinciden con lo reportado por Gómez en escolares limeños, quien encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la severidad de caries dental, sugiriendo que mejores conocimientos se asociaban con conductas preventivas más efectivas. Esta concordancia refuerza la importancia de los componentes educativos en las estrategias de prevención de caries dental, aunque reconociendo que la mera provisión de información resulta insuficiente para garantizar cambios comportamentales sostenidos.

De manera similar, nuestros hallazgos se alinean con lo observado indirectamente por Teixeira González et al. en Paraguay, quienes identificaron que las madres con mejores niveles de conocimiento (particularmente aquellas mayores de 25 años y las que trabajaban fuera del hogar) mostraban también actitudes más favorables hacia prácticas como la higiene bucal infantil y la consulta odontológica preventiva. Esta coincidencia respalda la existencia de relaciones positivas entre conocimientos y actitudes en diferentes contextos culturales latinoamericanos.

Sin embargo, nuestros resultados contrastan parcialmente con lo reportado por Benavente et al., quienes no encontraron asociación significativa ($p=0,16$) entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en las variables dependientes evaluadas (actitudes maternas en nuestro caso versus estado de salud bucal infantil en el suyo), así como por la complejidad de factores que intervienen en la traducción de conocimientos y actitudes maternas en resultados concretos de salud bucal infantil.

De igual modo, nuestros hallazgos difieren de lo observado indirectamente por Pérez, quien encontró que, de diversos factores analizados, únicamente el índice de higiene oral mostró asociación significativa con la presencia de caries, sin evidencia de relación entre conocimientos y resultados en salud bucal. Esta diferencia resalta nuevamente la complejidad de la cadena causal que vincula conocimientos, actitudes y prácticas efectivas en el ámbito de la salud bucal infantil.

El estudio evidenció un predominio significativo de madres jóvenes, con un 84,4% en el rango de 18 a 29 años, mientras que solo un 8,3% correspondió a madres mayores de 30 años y un 7,3% a adolescentes entre 12 y 17 años. Respecto a la procedencia, se observó una marcada preponderancia de madres provenientes de zonas urbanas (92,7%) frente a una minoría de zonas rurales (7,3%). En cuanto a la afiliación religiosa, el 44,8% de las participantes manifestó pertenecer a la religión católica, seguido por un 33,3% de evangélicas, 12,5% de testigos de Jehová, 8,3% de mormonas y 1,1% de otras denominaciones.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo reportado por Teixeira González et al. en Paraguay, quienes encontraron una proporción significativa de madres jóvenes en su estudio sobre conocimientos de salud bucal infantil, aunque identificaron que las madres mayores de 25 años mostraban mejores niveles de conocimiento sobre salud bucal en bebés.

Sin embargo, nuestros resultados difieren de lo encontrado por Benavente et al. en Lima, cuyo estudio incluyó una distribución más equilibrada entre diferentes grupos etarios maternos, con mayor representación de madres por encima de los 30 años. Esta discrepancia podría atribuirse a diferencias en los patrones de fecundidad y acceso a servicios de salud entre contextos urbanos altamente poblados como Lima y entornos semiurbanos como Santa María del Valle.

Por otra parte, la alta proporción de madres provenientes de zonas urbanas en nuestro estudio contrasta con lo reportado por Fernández en Tingo María, quien encontró una distribución más equilibrada entre procedencia urbana y rural. Esta disparidad podría reflejar particularidades en la configuración territorial y dinámica de movilidad poblacional entre ambas localidades, así como posibles sesgos derivados de la mayor accesibilidad al centro de salud para la población urbana.

Los resultados revelaron que más de la mitad de las madres participantes (56,2%) presentaron un nivel de conocimiento regular sobre caries dental, mientras que un 29,2% evidenciaron un nivel deficiente y

apenas un 14,6% alcanzaron un nivel bueno. Esta distribución refleja una situación preocupante, considerando que casi un tercio de las madres poseen conocimientos insuficientes sobre una patología altamente prevalente y prevenible que afecta significativamente la salud infantil.

Estos hallazgos guardan semejanza con lo reportado por Benavente et al. en su estudio realizado en Lima, donde encontraron que un 68,5% de las madres poseían un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, aunque con una proporción ligeramente menor de conocimiento bajo (22,4%) y una proporción similar de conocimiento bueno (9,1%). Esta concordancia sugiere patrones relativamente estables en los niveles de conocimiento materno sobre salud bucal en diferentes contextos peruanos, posiblemente influenciados por factores estructurales como el sistema educativo y las políticas de promoción de salud bucal a nivel nacional.

Sin embargo, nuestros resultados muestran una situación comparativamente mejor que la reportada por Teixeira González et al. en Paraguay, quienes encontraron que el 85% de las madres estudiadas presentaban niveles no aceptables de conocimiento sobre salud bucal en bebés, mientras que solo el 1% demostraba un buen nivel. Esta diferencia podría atribuirse tanto a variaciones en los instrumentos de medición empleados como a posibles diferencias en la implementación de programas educativos en salud bucal entre ambos países.

Por otro lado, nuestros hallazgos contrastan significativamente con lo reportado por Gómez en escolares de Lima, quien encontró niveles predominantemente deficientes de conocimiento (entre 82,3% y 88,9%), aunque debe señalarse que su estudio evaluó directamente a los niños y no a sus madres. Esta disparidad resalta la brecha potencial entre los conocimientos que poseen las madres y aquellos que efectivamente se transmiten a los hijos, sugiriendo la necesidad de intervenciones que mejoren esta transferencia de información.

En relación con las actitudes hacia la prevención de caries dental, el estudio evidenció un panorama alentador, con un 77,1% de madres

manifestando actitudes positivas, frente a solo un 22,9% con actitudes negativas. Este hallazgo resulta particularmente interesante al contrastarlo con los niveles de conocimiento identificados, sugiriendo que incluso madres con conocimientos limitados pueden mantener predisposiciones favorables hacia prácticas preventivas, posiblemente influenciadas por factores culturales y experienciales.

Estos resultados se asemejan parcialmente a lo reportado por Fernández et al. en Venezuela, quienes, a pesar de identificar déficits significativos en conocimientos específicos sobre prevención de caries, encontraron actitudes predominantemente positivas hacia prácticas como el cepillado dental regular. Esta concordancia sugiere que las actitudes preventivas pueden desarrollarse incluso en contextos de conocimiento limitado, posiblemente mediadas por la valoración social positiva de la salud bucal.

Sin embargo, nuestros hallazgos difieren de lo observado por Benavente et al. en Lima, quienes concluyeron que, a pesar de que un 77,6% de las madres poseían conocimientos entre regular y bueno, estos no se traducían efectivamente en actitudes y prácticas adecuadas de cuidado bucal infantil. Esta discrepancia podría reflejar diferencias metodológicas en la evaluación de actitudes, así como posibles variaciones en factores contextuales que median la relación entre conocimientos y actitudes en diferentes poblaciones.

Por otra parte, nuestros resultados contrastan con lo señalado indirectamente por Pérez en su estudio en Lima, donde la alta prevalencia de caries (82,14%) sugiere actitudes poco favorables hacia la prevención, particularmente evidenciadas en indicadores como un índice de higiene oral predominantemente regular. Esta diferencia podría explicarse por la distancia potencial entre actitudes expresadas y comportamientos efectivos, recordando que nuestro estudio evaluó predisposiciones declaradas y no prácticas observadas directamente.

CONCLUSIONES

- Se determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa ($p=0,028$) entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle durante el año 2018.
- Se identificaron las características sociodemográficas de las madres participantes, evidenciándose un predominio significativo de mujeres jóvenes entre 18 y 29 años (84,4%). La procedencia fue mayoritariamente urbana (92,7%), donde predominó la religión católica (44,8%).
- El nivel de conocimiento sobre caries dental en las madres estudiadas se encontró que en más de la mitad (56,2%) presentaron un nivel regular, y apenas un 14,6% alcanzan un nivel bueno.
- Las actitudes sobre caries dental en la población materna estudiada, presento un panorama predominantemente favorable, con un 77,1% manifestando actitudes positivas hacia la prevención, frente a solo un 22,9% con actitudes negativas.

RECOMENDACIONES

- Considerar la creación de materiales informativos sencillos y visualmente atractivos (folletos, videos cortos, infografías) que las madres puedan llevar a casa para reforzar el conocimiento adquirido en las consultas.
- Establecer un programa de seguimiento periódico para evaluar cambios en los conocimientos y actitudes de las madres, permitiendo así ajustar las intervenciones educativas según sea necesario.
- Se sugiere capacitar al personal de salud del centro en estrategias de comunicación efectiva para transmitir información sobre salud bucal de manera que resulte significativa y motivadora para las madres.
- Ampliar este estudio a otras poblaciones dentro del distrito, o incluso comparar los resultados con otros centros de salud de la región, para identificar patrones más amplios y desarrollar estrategias preventivas más efectivas.

CAPITULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Fejerskov O, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2022. p. 4-7.
2. Castillo JL, Palma C, Cabrera-Matta A. Early childhood caries in developing countries. *Acta Odontol Latinoam*. 2021; 33(4): 318-24.
3. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2022; 94(5): 650-8.
4. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*. 2023; 41(2): 873-85.
5. World Health Organization. Global oral health status report. Geneva: WHO; 2023. p. 28-35.
6. Tello G, Abanto J, Butini L, Murakami C, Bonini GC, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *Rev Estomatol Herediana*. 2022; 25(1): 19-28.
7. Ministerio de Salud del Perú. Estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en población escolar de 6 a 12 años de edad en Perú 2022-2023. Lima: MINSA; 2023. p. 11-19.
8. Dirección Regional de Salud Huánuco. Análisis de situación de salud bucal en la región Huánuco. Huánuco: DIRESA; 2023. p. 42-48.
9. Centro de Salud Santa María del Valle. Reporte estadístico anual de atenciones odontológicas 2017. Huánuco: CSMV; 2018. p. 15-17.
10. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*.

2021; 38(2): 387-94.

11. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2022; 21(1): 102-11.
12. Fisher SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2022; 120(3): e510-20.
13. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*. 2023; 211(2): 625-6.
14. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022; 39(2): 105-14.
15. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc*. 2023; 140(6): 650-7.
16. Zeigler CC, Wondimu B, Marcus C, Modéer T. Pathological periodontal pockets are associated with raised diastolic blood pressure in obese adolescents. *BMC Oral Health*. 2022; 15(1): 41-8.
17. Nakre PD, Harikiran AG. Effectiveness of oral health education programs: a systematic review. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2023; 3(2): 103-15.
18. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes to prevent dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023; 7: CD002279.
19. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, et al. WHO global consultation on public health intervention against early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023;

46(3): 280-7.

20. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 2022;15(2):175-83.
21. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 2021. p. 83-92
22. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2023; 89(2): 116-23.
23. Teixeira P, Vázquez C, Domínguez V, Portaluppi V, Alfonzo L, Mao C, Ferreira MI, Pérez NM, Del Valle NE, Sanabria DA. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. *Rev Salud Pública Parag.* 2011; 1(1): 3-12.
24. Fernández C, Ramos I, Fernández M. Plan educativo sobre prevención de caries, en base al nivel de conocimiento en niños de 5 y 6 años del preescolar del Colegio Las Fuentes, Barquisimeto, Estado Lara. *Red de Investigación Educativa* 3.2 (2011): 1-32.
25. Gómez YE. Nivel de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 8 a 12 años de edad en la I.E. San Juan Bosco N° 0048, El Agustino. Lima, Perú; 2016. [Pregrado]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2017
26. Pérez JC. Asociación de la caries dental con factores de riesgo en niños de 6 años a 11 años 11 meses atendidos en la Clínica Docente de la UPC en el periodo de marzo del 2011 a febrero del 2013 [Pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014
27. Benavente L. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años. *Odontología sanmarquina* 15.1 (2012): 14-19.

28. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2023; 31(Suppl 1): 3-24.
29. Fejerskov O, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2022. p. 4-7.
30. Martignon S, Bautista-Mendoza G, González-Carrera MC, Lafaurie-Villamil GI, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. *Rev Salud Pública.* 2022; 10(2): 308-20.
31. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent.* 2022; 72(s1): S26-S30.
32. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2023; 89(2): 116-23.
33. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 25(1): 5-12.
34. Keyes PH, Jordan HV. Factors influencing the initiation, transmission and inhibition of dental caries. In: Harris RJ, editor. *Mechanisms of hard tissue destruction.* New York: Academic Press; 2021. p. 261-83.
35. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;7:CD002279.
36. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers.* 2023; 3: 17030.
37. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in

pre-school children. *Br Dent J*. 2023; 211(2) :625-6.

38. Childers NK, Momeni SS, Whiddon J, Cheon K, Cutter GR, Wiener HW, et al. Association between early childhood caries and colonization with *Streptococcus mutans* genotypes from mothers. *Pediatr Dent*. 2023; 39(2): 130-5.
39. Alkhtib A, Morawala A. Knowledge, attitudes, and practices of mothers of preschool children about oral health in Qatar: a cross-sectional survey. *Dent J (Basel)*. 2023; 6(4): 51.
40. Tinanoff N, Reisine S. Update on early childhood caries since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr*. 2023; 9(6): 396-403.
41. Butani Y, Weintraub JA, Barker JC. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: assessment of the literature. *BMC Oral Health*. 2023;8:26.
42. Wigen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor Epidemiol*. 2023; 22(1): 13-9.
43. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF Jr. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand*. 2022; 70(5): 390-7.
44. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2021 ;50(2): 179-211.
45. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 2021. p. 83-92.
46. Skeie MS, Klock KS, Haugejorden O, Riordan PJ, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023; 38(1): 59-69.
47. Pine CM, Harris RV, Burnside G, Merrett MC. An investigation of the

relationship between untreated decayed teeth and dental sepsis in 5-year-old children. *Br Dent J.* 2022; 200(1): 45-7.

48. Kegeles SS. Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. *J Health Hum Behav.* 2021; 4: 166-73.
49. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q.* 2022; 11(1): 1-47.
50. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol Bull.* 2021; 84(5): 888-918.
51. Tillis TS, Stach DJ, Cross-Poline GN, Annan SD, Astroth DB, Wolfe P. The Transtheoretical Model applied to an oral self-care behavioral change: development and testing of instruments for stages of change and decisional balance. *J Dent Hyg.* 2021; 77(1): 16-25.
52. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. *J Dent Hyg.* 2022; 78(3): 6.
53. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2022;5:6.
54. Saied Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022;9(2):87-91.
55. Dickson V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health.* 2022; 14:148.
56. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 40(4): 289-96.
57. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 24(4):

231-5.

58. Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG, Sheiham A. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int.* 2022; 18(3): 209-18.
59. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics.* 2022; 120(3): e510-20.
60. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health.* 2023; 21(4): 319-29.
61. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2022; 94(5): 650-8.
62. World Health Organization. Global oral health status report. Geneva: WHO; 2023. p. 28-35.
63. Tello G, Abanto J, Butini L, Murakami C, Bonini GC, Bönecker M. Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *Rev Estomatol Herediana.* 2022; 25(1): 19-28.
64. Ministerio de Salud del Perú. Estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en población escolar de 6 a 12 años en Perú 2022-2023. Lima: MINSA; 2023. p. 11-19.
65. Dirección Regional de Salud Huánuco. Análisis de situación de salud bucal en la región Huánuco. Huánuco: DIRESA; 2023. p. 42-48.
66. Centro de Salud Santa María del Valle. Reporte estadístico anual de atenciones odontológicas 2017. Huánuco: CSMV; 2018. p. 15-17.
67. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2023;

394(10194): 249-60.

68. Keyes PH. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries. Findings and implications. *Arch Oral Biol.* 2022; 1: 304-20.
69. Li Y, Caufield PW, Dasanayake AP, Wiener HW, Vermund SH. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. *J Dent Res.* 2022; 84(9): 806-11.
70. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2023; 41(2): 873-85.
71. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2022; 39(2): 105-14.
72. Jackson SL, Vann WF Jr, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health.* 2022; 101(10): 1900-6.
73. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc.* 2023; 140(6): 650-7.
74. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: a longitudinal study. *Pediatr Dent.* 2023; 25(2): 114-8.
75. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 2022; 5:6.
76. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent.* 2023; 41(2): 873-85.
77. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al.

Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2022; 21(1): 102-11.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Laurencio P. Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle— 2018 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado 2025-09-01]. Disponible en: <http://repositorio.uhu.edu.pe/handle/2018/1000>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018?	Objetivo general. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018. Objetivos específicos. Identificar las características socioeconómicas de las madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018. Identificar el nivel de conocimiento sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018. Conocer las actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle – 2018.	Ha: Existe relación entre el conocimiento y actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud el Valle – 2018. Ho: NO existe relación entre el conocimiento y actitudes sobre caries dental en madres de niños de 3 a 7 años que acuden al Centro de Salud el Valle – 2018.	Variable independiente. Nivel de conocimiento. Variable dependiente. Actitudes. Variable interviniente. Religión Ocupación. Edad	Tipo de investigación Observacional Prospectivo Transversal Analítico Enfoque Es cuantitativo. Nivel de investigación El nivel de investigación es el nivel III o llamado también correlacional Diseño del estudio Es un diseño Correlacional.

ANEXO 2

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN

ENSALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

INSTRUCCIONES. Estimado usuario: Este formulario de análisis es parte de un estudio destinado a recopilar información sobre el CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS CARIES DENTALES EN MADRES DE NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS. Se solicita que responda a cada pregunta marcando con una X la opción que considere correcta.

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

FECHA: _____

I. Datos Generales:

De la madre:

1. Edad: _____
2. Procedencia: _____
3. Religión: _____

II. Responda cada pregunta con sinceridad.

1. ¿En qué momento considera que debería realizarse la primera consulta odontológica?

- a) Desde el momento del nacimiento
- b) Cuando brota el primer diente del bebé
- c) Hasta que tenga la dentición permanente
- d) Cualquiera de las opciones anteriores es correcta
- e) No estoy seguro/a

2. ¿Desde cuándo debería comenzarse con la limpieza bucal?

- a) Desde que nace el bebé
- b) Una vez que aparece el primer diente
- c) Cuando el niño comienza a asistir al jardín infantil
- d) Hasta que tenga todos sus dientes permanentes
- e) No lo sé

3. ¿Es importante acudir al dentista, aunque los dientes se vean saludables?

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No estoy seguro/a

4. ¿A qué edad aproximadamente los niños ya tienen completa su dentición de leche?

- a) Entre 1 y 2 años
- b) Entre 2 y 3 años
- c) Entre 3 y 4 años
- d) Después de los 4 años
- e) No lo sé

5. ¿Qué importancia tienen los dientes temporales o "de leche"?

- a) Son importantes porque permiten masticar adecuadamente
- b) Son importantes porque reservan el lugar para los dientes permanentes
- c) No son importantes ya que eventualmente se caerán
- d) Son importantes porque ayudan a pronunciar correctamente las palabras
- e) Las opciones a, b y d son correctas

f) No estoy seguro/a

6. ¿Considera que las caries dentales constituyen una enfermedad?

a) Sí

b) Sí, pero únicamente cuando causan dolor

c) No

d) No lo sé

7. ¿Piensa que las caries pueden transmitirse de una persona a otra?

a) Sí

b) No

c) No estoy seguro/a

8. ¿Cuál cree que es la causa principal de las caries dentales?

a) Consumir alimentos con azúcar

b) La presencia de bacterias en la cavidad bucal

c) La falta de cepillado dental

d) Todos los factores mencionados anteriormente

e) No lo sé

9. Si su hijo perdiera un diente de leche prematuramente debido a una caries, ¿cree que esto podría afectar la alineación de sus dientes permanentes?

a) Sí

b) No

c) No estoy seguro/a

10. Está familiarizado/a con métodos para prevenir las caries dentales?

a) Sí

b) No

11. En caso de conocer medidas preventivas, ¿cuáles serían estas?

a) Limpieza dental profesional

b) Tratamientos con flúor

c) Selladores de muelas

d) Todas las opciones anteriores

e) Ninguna de las anteriores

12. ¿Qué ventajas conoce del uso del flúor?

a) Fortalece el esmalte dental y previene las caries

b) Controla el crecimiento de bacterias causantes de caries

c) Ambos beneficios mencionados

d) No lo sé

13. ¿A partir de qué edad considera apropiado que los niños usen pasta dental?

a) 8 meses

b) 1 año

c) 3 años

d) 5 años

e) 6 años

14. ¿Por qué razón es beneficioso utilizar pasta dental?

a) Ayuda a remover restos de comida y bacterias bucales

b) Proporciona un aliento fresco y agradable

c) Contiene flúor que fortalece los dientes

d) Todos los beneficios mencionados

e) No estoy seguro/a

15. ¿Deberían los niños usar la misma pasta dental que los adultos?

a) Sí

b) No, porque contiene demasiado flúor para ellos

c) No, porque el sabor fuerte no les agrada

d) No lo sé

16. ¿Es necesario cepillarse los dientes después de cada comida?

a) Sí

b) No

c) Solo cuando hay tiempo disponible

d) No estoy seguro/a

17. ¿Con qué frecuencia debería reemplazarse el cepillo de dientes?

a) Cuando las cerdas estén muy gastadas

b) Cada 3 meses

c) Una vez al año

d) Cuando uno lo desee

e) Nunca es necesario cambiarlo

18. ¿Quién acompaña habitualmente a su hijo durante el cepillado dental?

a) Sus hermanos

b) Lo hace solo/a

c) Siempre con ayuda de los padres

d) Ocasionalmente con ayuda de algún padre

e) Con otras personas

19. ¿Qué tipo de alimentos considera que contribuyen al fortalecimiento dental y prevención de caries?

a) Lácteos como queso y leche

b) Vegetales y verduras

c) Pescados y mariscos

d) Todos los mencionados

e) No lo sé

20. ¿Qué tipo de alimentos sería recomendable incluir en la lonchera escolar?

a) Leche, quinua, jugos naturales, frutas, huevo, pan, carnes

b) Galletas dulces, chocolates, pasteles, bebidas azucaradas embotelladas

c) Ambos tipos de alimentos

d) Ninguno de los anteriores.

ACTITUD SOBRE CARIES DENTAL EN MADRES DE NIÑOS DE 3 A 7 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL VALLE – 2018.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Fecha: _____

1.- ¿Cuántas veces al día se cepillan su hijo los dientes?

_____ 1 vez al día

_____ 2 veces al día

_____ 3 veces al día

_____ 4 veces al día

2.- Consume su hijo una dieta rica en azúcares (dieta cariogénica)

Si _____

No _____

No responde _____

3.- ¿Cuándo su hijo Consume la dieta cariogénica?

_____ Fuera de comida

_____ Después de las comidas

4.- ¿Se cepilla su hijo sus dientes después de consumir esta dieta?

Si _____

No _____

No responde _____

5.- ¿Sabe Ud. ¿A qué se debe la caries dental en niños?

_____ No sabe

_____ Consumo de azúcares

_____ Hábitos higiénicos incorrectos.

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por:

docente de la Universidad de Huánuco. La finalidad del estudio es _____

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o complementar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ He sido informado (a) de que la finalidad del estudio es: _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicios para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando se haya concluido.

Fecha: _____ de _____ de _____