



Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad de Odontopediatría

Tema

“Determinantes Socioeconómicos y su Influencia en el Conocimiento de Medidas Preventivas de Salud Oral en Padres de Infantes de 0-3 años: Un Estudio Transversal”

Trabajo de titulación para la obtención del Título de Especialista de Odontopediatría

Presentada por

Ninoshka Darling Guanoluisa Barragán

Tutor

Dr. Carlos Andrés Molina Dávila.

Quito, Septiembre 2025

Resumen

La salud oral infantil es un pilar esencial del bienestar general, pero su mantenimiento depende en gran medida de los conocimientos preventivos que poseen los padres. Este estudio tiene como objetivo determinar la influencia del nivel socioeconómico en el conocimiento de medidas preventivas de salud oral en niños de 0 a 3 años, en la parroquia Joseguango Bajo, Cotopaxi. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, se aplicaron encuestas estructuradas a sus cuidadores. La muestra se seleccionó por conveniencia, garantizando la participación de diversos niveles socioeconómicos. Los resultados revelaron una correlación directa entre el nivel socioeconómico y el conocimiento sobre medidas de higiene oral infantil. Los padres con mayor nivel educativo y estabilidad económica demostraron mayor conocimiento sobre prácticas preventivas, como el uso adecuado del cepillo dental, la importancia del control odontológico temprano y la influencia de la dieta en la salud oral. En contraste, los grupos con menor acceso a educación o ingresos presentaron vacíos significativos en estos aspectos. Se concluye que el nivel socioeconómico condiciona el grado de información que poseen los padres sobre la salud bucal de sus hijos. Esta desigualdad puede perpetuar problemas dentales prevenibles desde los primeros años de vida.

Palabras clave: Actitudes; Conocimientos; Prácticas; ECC

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE NORMA ÉTICA Y DERECHOS

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Nombre: Ninoshka Darling Guanoluisa Barragán

C.I. 0550218028



Firmado electrónicamente por:
NINOSHKA DARLING
GUANOLUISA BARRAGAN
Validar Únicamente con FirmaEC

Índice

Resumen.....	2
Declaración de aceptación de norma ética y derechos.....	3
Resumen.....	6
Abstract.....	,7
Introducción.....	8
Materiales y métodos.....	14
Resultados.....	16
Discusión.....	22
Conclusiones	29
Referencias.....	33
Anexo 1.....	42

Índice de tablas

Tabla 1 Correlaciones entre Factores Socioeconómicos y Medidas Preventivas de Salud Oral mediante el Coeficiente de Rho de Spearman y su Nivel de Significación.....	16
Tabla 2 Relación Significativa entre Factores Socioeconómicos y Medidas Preventivas en Salud Oral.....	21

TÍTULO “Determinantes Socioeconómicos y su Influencia en el Conocimiento de Medidas Preventivas de Salud Oral en Padres de Infantes de 0-3 años: Un Estudio Transversal.”

Nombres y apellidos: Ninoshka Darling Guanoluisa Barragán

Filiación académica: Universidad Hemisferios

Correo electrónico: ndguanoluisab@estudiantes.uhemisferios.edu.ec

Resumen

La salud oral infantil es un pilar esencial del bienestar general, pero su mantenimiento depende en gran medida de los conocimientos preventivos que poseen los padres. Este estudio tiene como objetivo determinar la influencia del nivel socioeconómico en el conocimiento de medidas preventivas de salud oral en niños de 0 a 3 años, en la parroquia Joseguango Bajo, Cotopaxi. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, se aplicaron encuestas estructuradas a sus cuidadores. La muestra se seleccionó por conveniencia, garantizando la participación de diversos niveles socioeconómicos. Los resultados revelaron una correlación directa entre el nivel socioeconómico y el conocimiento sobre medidas de higiene oral infantil. Los padres con mayor nivel educativo y estabilidad económica demostraron mayor conocimiento sobre prácticas preventivas, como el uso adecuado del cepillo dental, la importancia del control odontológico temprano y la influencia de la dieta en la salud oral. En contraste, los grupos con menor acceso a educación o ingresos presentaron vacíos significativos en estos aspectos. Se concluye que el nivel socioeconómico condiciona el grado de información que poseen los padres sobre la salud bucal de sus hijos. Esta desigualdad puede perpetuar problemas dentales prevenibles desde los primeros años de vida.

Palabras clave: Actitudes; Conocimientos; Prácticas; ECC.

Abstract

Child oral health is a cornerstone of overall well-being, but its maintenance largely depends on parents' preventive knowledge. This study aimed to determine the influence of socioeconomic status on knowledge of preventive oral health measures in children aged 0 to 3 years in the parish of Joseguango Bajo, Cotopaxi. Using a quantitative, descriptive, and cross-sectional approach, structured surveys were applied to caregivers. The sample was selected by convenience, ensuring the participation of diverse socioeconomic levels. Results revealed a direct correlation between socioeconomic status and knowledge of infant oral hygiene practices. Parents with higher educational attainment and economic stability demonstrated greater knowledge of preventive measures such as proper toothbrush use, the importance of early dental checkups, and the influence of diet on oral health. In contrast, groups with limited access to education or income showed significant gaps in these areas. It is concluded that socioeconomic status determines the degree of parental knowledge about their children's oral health. This inequality may perpetuate preventable dental problems from the earliest years of life.

Keywords: Attitudes; Knowledge; Practices; ECC

Introducción

La etapa o período de la primera infancia en la que cuyas edades oscilan entre los 0 a 72 meses, hasta que el infante inicia el primer grado de primaria, atraviesan un lapso crucial de su vida, ya que es donde el niño va adoptando valores básicos para tener una buena convivencia en la sociedad, desarrollando su razonamiento y creatividad en la que interfiere su parte emocional y la percepción espiritual, humanitaria, cultural y moral (Yalçın, Öztürk, & et al, 2022).

En relación con esto, sus conocimientos serán inculcados por sus padres o cuidadores, y en lo que respecta la salud oral ellos también serán sustancialmente encargados del control y prevención de: cuidados de higiene oral, planes alimenticios, regulares visitas al personal de salud como: médicos y odontólogos, mismos que, estarán encargados de la presencia y gravedad de la salud del niño (Victorio-Pérez, Mormontoy- Laurel, & Díaz-Pizán, 2019).

Cabe destacar que, las patologías orales se han convertido en un tema común perjudicando con mucha frecuencia a la sociedad a nivel mundial, desde enfermedades leves fácilmente tratables, hasta las crónicas, las patologías buco-orales más prevalentes son: caries, afecciones periodontales, gingivitis y trastornos temporo-mandibulares (Minervini et al, 2023). Sin embargo, la caries dental se ha convertido en una patología crónica y altamente perniciosa sobre todo en niños y lactantes, por ello, la caries de la primera infancia es una forma de trastorno y el más grave que ha venido afectando a infantes menores de 3 años, y esto debido a la deficiente instrucción preventiva de los padres sobre salud oral, y así la evidencia científica expone que el escaso conocimiento actitud entre padres y cuidadores son la razón pivotal de esta condición (Saccomanno et al, 2023). Según cifras significativas de la OMS, de 10 personas, 9 son las que han sido afectadas por patologías orales a lo largo de su vida, y según análisis la

caries dental perjudica hasta un 90% a los infantes, por lo tanto, se considera que este gran problema de salud pública no recibe la atención pertinente en lo que respecta (Tantawi et al, 2018) (Mendoza et al, 2019). Según el Estudio de Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo menciona que al menos el cincuenta por ciento de los individuos del mundo o alrededor de 3.580 millones de individuos padecen de afecciones orales, siendo sustancialmente la caries como la patología más recurrente, a modo de ejemplo, se considera que cuatrocientos ochenta y seis millones de infantes o más, presentan lesiones cariosas en sus órganos dentales deciduos (Rojas et al, 2021). En cuanto a la prevalencia integral de la caries en el infante, se ha registrado un 46.2% en órganos dentales deciduos y el 53.8% en permanentes (Kazeminia et al, 2020).

Cabe enfatizar que, la caries es una enfermedad no trasmisible, compleja, de múltiples factores, de naturaleza dinámica y asociada a biopelículas, influenciada por la dieta o biofilm, que provoca una pérdida considerable de minerales en los tejidos duros de los órganos dentales, considerablemente influenciada por factores biológicos, comportamentales o conductuales, psico-sociales y del ambiente, como resultado de este proceso, se forma una lesión cariosa (Machiulskiene et al, 2020). Sin embargo, la caries de los niños, también conocida como caries de la primera infancia (ECC), afecta solo a los dientes deciduos de los bebés, niños pequeños y en edad preescolar (Samuel, Acharya, & Rao, 2020). La (ECC) de manera clínica, se define como: la presencia de 1 o más superficies cariadas (cavitadas o no cavitadas), carentes (por caries o no) u obturadas, en cualquier diente temporal de un niño menor de seis años, cuya etiología es multifactorial (Nembhwani & Winnier, 2020) (Victorio et al., 2019).

Por otro lado, la American Dental Association (ADA), define a la (ECC) a la presencia de uno o más órganos dentales sin o con caries en la superficie de dientes temporales en niños menores de 5 años, dientes perdidos por caries, o dientes deciduos obturados en la edad preescolar de 0-71 meses (Salone, Vann, & Dee, 2013). Clínicamente, la ECC se presenta en niños de 2, 3 o 4 años siguiendo ciertos patrones y formas distintivas, relacionada con otros factores sociales y conductuales en la familia (Clarke et al., 2006). Los dientes anteriores inferiores suelen estar protegidos por la lengua, por lo que rara vez se ve afectada (McDonald, Avery, & Dean, 2004).

Además de que los microorganismos cariogénicos pueden multiplicarse en la cavidad bucal debido a las bebidas líquidas que contienen carbohidratos (Sukmana et al, 2020). Resulta relevante mencionar que hay varias fases de (ECC), tal como son la de (Weston-Price et al, 2018): Tipo I; leve a moderada, misma que afecta solo a molares y/o incisivos, usualmente originadas por alimentación sólida o semisólida cariogénica, y falta frecuente de aseo dental, particularmente se presenta en niños de 2 a 5 años, y desde un abordaje odontológico se basa en aplicaciones de flúor, mejoras en la higiene oral (Paqlia, 2015). ECC tipo II; se presenta como caries en las caras vestibulo palatinas, de los incisivos superiores, sin o con caries en los molares, aquí los incisivos mandibulares no están afectados, como consecuencia del uso de biberón, leche artificial, o en combinación, independientemente del nivel de higiene bucal, se presentará de manera inmediata después de que haya la erupción del primer diente, su intervención clínica contempla tratamientos restaurativos o extracción dental (Weston-Price et al, 2018). La ECC tipo III; grave, ya que afecta a casi todos los órganos dentales, hasta los mandibulares, presente usualmente entre los 3 a 5 años, incluso afecta a las superficies dentales que no han estado afectados por caries (Sukmana et al, 2020). A pesar de que existen factores causales similares,

que provocan caries tanto en niños como adultos, se ha determinado que también hay ciertos factores muy singulares presentes en los infantes, esto posiblemente a que la microbiota y el mecanismo de protección del huésped aún se encuentran en proceso de desarrollo, asimismo la superficie dental al estar recientemente en erupción puede presentar afecciones en el esmalte como: hipoplasias (Mahesh, Muthu, & Rodrigues, 2013).

El incremento en la permeabilidad, constitución del esmalte y el impacto de las actitudes parentales, hacen que el órgano dental se vuelva más susceptible a contraer caries (Weston-Price et al, 2018). Las caries de la primera infancia, abreviada como "ECC", constituyen una preocupación significativa en el campo de la salud pública, siendo una de las enfermedades dentales más prevalentes en los primeros años de vida (Weston-Price et al, 2018).

Esta condición se ha convertido en un problema urgente a abordar, no solo por causar molestias y dolor en los niños, sino también por sus posibles impactos más amplios en el bienestar nutricional y la calidad de vida tanto física como psicológica (Park & Choi, 2022). En cuanto a lo mencionado, el aspecto psicológico del niño se vería afectado de manera significativa debido a la pérdida temprana de dientes, lo que dificulta la capacidad para triturar, masticar e ingerir los alimentos adecuadamente, apariencia estética desfavorable, trastornos del habla y efectos negativos en los dientes permanentes sucesores (Kirthiga et al, 2019).

Una razón relevante radica en que la inversión de estrategias preventivas es en general veinte veces inferior al costo de los tratamientos sobre patologías orales ya existentes (Nadeeshani et al, 2023). En la odontología se ha evidenciado cuán importante es implementar programas y prácticas preventivas en la sociedad para el cuidado de la salud oral, ya que

conlleva a una considerable reducción de caries dental y periodontopatías, y de ese modo, una disminución de la pérdida temprana de dientes en niños (Salinas Goodier et al, 2022). Dicho esto, realizar prevención sobre patologías dentales, debe contemplar la implementación sobre los métodos integrales y en conjunto con los padres, quienes son los responsables principales de la educación y desarrollo del infante (Naidu & Nunn, 2020), eliminando los factores de riesgo que favorecen en la aparición de estas enfermedades. Cabe considerar que, en 72 datos epidemiológicos del mundo manifiestan que los infantes de 1 año presentan un 17% de caries, y que esto aumenta fundamentalmente hasta los 2 años hasta un 36%, y así progresivamente hasta la edad de 5, 4, 3 años, en un 63%, 55%, 43%, en forma respectiva (Pitts et al, 2019).

Por otro lado, se calcula aproximadamente que la mitad de la población infantil a nivel mundial padece de ECC según los criterios de la OMS, lo que la ha llevado a ser considerada un problema de salud a escala global (Uribe et al, 2021). En un estudio trasversal realizado en guarderías en la capital de Ecuador, Quito, el estudio con 577 niños, reveló una prevalencia de caries en la primera infancia del 59,61%. Los niños con "ECC" tenían una edad promedio de 2,83 años, siendo el grupo más afectado el de los niños de 2 años (35,94%) (Acuña et al, 2019).

Es importante considerar que los niños tienen una mayor probabilidad de evitar caries en el hogar si crecen en un espacio donde se regula la cantidad de azúcar que consumen, ya que especialmente el consumo de azúcar entre las comidas por parte de los hijos suele provocar una disminución recurrente del pH en la saliva, lo que lleva a la desmineralización de los tejidos duros dentales (Butera et al, 2022). En relación con lo anterior, la "ECC" abarca tanto las caries en la lactancia como las rampantes. Algunos nombres como "síndrome del biberón" o "caries de la lactancia o biberón" describen un tipo de caries en el que los incisivos y molares deciduos

superiores son los más afectados, sin embargo, los incisivos inferiores suelen estar sanos o levemente dañados. Cabe detallar que, al hacer referencia a caries extensas que suelen afectar a niños entre 3 y 4 años, se conoce como la caries rampante, y que no se asemejan a las caries del lactante. Aunque este tipo de caries puede prevenirse fácilmente, afecta principalmente a las comunidades más desfavorecidas socialmente (Tungare & Paranjpe, 2023). Es impredecible mencionar la estructura del esmalte de los dientes temporales, ya que es menos estructurado y considerablemente más delgado en comparación con el de los dientes permanentes. Por lo tanto, los dientes primarios se desmineralizan con mayor rapidez que los permanentes, con una pulpa dental más expuesta (Meyer & Enax, 2018).

Cabe agregar que el incisivo central también presenta susceptibilidad, ya que usualmente la limpieza entre los dientes se dificulta por la posición, lo que genera caries interproximales. Se estipula también que la papila interdental, al estar ubicada íntimamente con la cara mesio-palatina, retiene más biofilm. Por otro lado, se establece que los molares primarios, al estar ubicados en la parte posterior de la boca y ser responsables de triturar los alimentos, están expuestos a una mayor acumulación de restos alimenticios, así como también a la dificultad para eliminar el acúmulo de placa que se encuentra entre las fosas vestibulares y palatinas, causando retención de alimentos con mayor facilidad, también debido a la larga etapa de erupción, sin alcanzar su plano oclusal. Los caninos son los órganos dentales menos propensos a contraer caries, excepto en sus caras interproximales.

Se ha evidenciado que los incisivos superiores, al erupcionar primero, están expuestos durante más tiempo al riesgo de caries. Aunque otros dientes también enfrentarán este riesgo cuando erupcionen, estarán protegidos si se detiene el hábito cariogénico a tiempo. Durante la alimentación, el pezón, sea natural o artificial, se coloca contra el paladar, pero los incisivos inferiores permanecen sanos gracias a la protección que les ofrece la lengua y el lavado constante con saliva de las glándulas salivales (Seow et al,2019) (Tungare & Paranjpe, 2023).

Es imprescindible considerar dentro de estos factores la parte socioeconómica del paciente, ya que tiene un considerable impacto en la aparición de ECC debido a los ingresos bajos, bajo nivel educativo, desempleo y pertenecer a una clase social baja.

Además, una baja responsabilidad familiar y el acceso limitado a los servicios de salud se identificaron como factores de riesgo para el desarrollo de caries (Miranda-Rosero, Villarroel-Vargas, & Miranda-Fernández, 2023). Los factores socioeconómicos a nivel comunitario y familiar, como la etnicidad y la escolaridad de la madre, están asociados con la prevalencia de caries en la primera infancia. Aunque las vías por las cuales estos factores afectan la caries aún no se han aclarado completamente, es probable que las creencias sobre la salud, el locus de control y la autoeficacia puedan explicar al menos parcialmente las disparidades socioeconómicas (Simancas et al, 2022), ya que estos factores ejercen una influencia en el conocimiento de los padres, así como en sus actitudes y prácticas, incluidas las prácticas dietéticas y de higiene que llevan a cabo con sus hijos (Tinanoff et al, 2019).

Materiales y Métodos

El presente estudio será de tipo observacional, descriptivo- transversal y se realizó en la región Sierra, cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi, en el área rural de la parroquia Joseguango Bajo, según datos estadísticos y demográficos, hay alrededor de 5022 habitantes. De los cuales, la mayoría asisten a Centros de Cuidado Infantil del estado; Creciendo con nuestros hijos, mis primeros garabatos “CNH”.

Los participantes de este estudio son el total de 81 padres de los 43 niños en edad preescolar (0 a 3 años) del Centro de Cuidado Infantil “CNH”; creciendo con nuestros hijos.

Se utilizará el 100% de la muestra ya que participaron todos los niños del Centro de Desarrollo. El estudio se llevará a cabo a través de encuestas en línea (Anexo1), a los padres de los niños participantes y se les proporcionó información detallada las secciones principales de la encuesta, como antecedentes socio-económicos, sociodemográficos de los padres y salud bucal tales como: grupo de edad (meses), género, lugar en el que reside (urbano o rural), conocimiento de medidas preventivas, hábitos de higiene oral, visitas al dentista, y actitudes hacia la salud oral entre otros (Simancas et al., 2022). El consentimiento informado fue explicado verbalmente, siendo aceptado de manera voluntaria antes de responder la encuesta.

El estudio será revisado y aprobado por la directora del CNH, quién con su Carta de interés, acoge el interés por realizar la investigación en este centro de cuidados infantil. Por otro lado, también será verificado y autorizado por el Subcomité de ética de la Universidad de los Hemisferios con fecha 9 de Septiembre del 2024.

Finalmente, de acuerdo con la Declaración de Helsinki sobre los Principios para la Investigación Médica en Seres Humanos, a los participantes del estudio se les proporcionó información verbal sobre el diseño del estudio, los objetivos y su derecho a abandonar el proyecto en cualquier momento y por cualquier razón.

Criterios de Inclusión

Padres que hayan firmado el consentimiento informado.

Padres o tutores legales que convivan y se encarguen del cuidado diario del niño.

Padres dispuestos a participar en la encuesta y completar el cuestionario.

Padres y niños que residan en la misma localidad o región en la que se realiza el estudio.

Padres que hablen el idioma en el que se realiza el cuestionario, para asegurar la comprensión y precisión en las respuestas.

Criterios de Exclusión

Niños que tengan problemas médicos graves que puedan afectar su salud bucal de manera directa o indirecta (ej. enfermedades sistémicas que requieran medicación continua).

Niños con problemas cognitivos graves o conducta disfuncional ya que esto podría afectar la capacidad de los padres para implementar medidas preventivas estándar.

Padres que se nieguen a completar el cuestionario o que abandonen el estudio.

Padres o tutores que no sean los principales cuidadores del niño o que no participen regularmente en las rutinas de salud oral del niño.

Padres y niños que no residen de manera permanente en la localidad donde se realiza el estudio.

Pacientes con capacidades especiales.

Padres que no haya firmado el consentimiento.

Una vez obtenidos los datos, se registraron en una tabla de Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS.

Hallazgos

Basado en la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, en la que se determinó que las variables son no normales por lo que se decidió realizar pruebas no paramétricas. Se realizó pruebas de Correlación de Spearman en donde se identificaron las asociaciones entre las variables encuestadas como se detalla en la tabla 1.

Tabla 1

Correlaciones entre Factores Socioeconómicos y Medidas Preventivas de Salud Oral mediante el Coeficiente de Rho de Spearman y su Nivel de Significación.

Variable socioeconómica	Medida preventiva de salud oral	Coeficiente de Rho de Spearman	Nivel de significación
Gastos familiares mensuales	Visita al dentista con el niño	0.219*	0.045
Gastos familiares mensuales	Llevar al niño al dentista periódicamente	-0.275*	0.011
Educación de la madre	Cómo se cepilla los dientes el niño	0.291**	0.007
Educación de la madre	Podemos prevenir la caries	0.304**	0.005

	reduciendo azúcares y carbohidratos		
Educación de la madre	Responsabilidad de los padres en prevenir caries dentales	0.351**	0.001
Educación de la madre	Llevar al niño al dentista periódicamente	0.241*	0.027
Educación del padre	Cómo se cepilla los dientes el niño	0.238*	0.033
Edad del niño	El niño se cepilla los dientes	0.328**	0.003
Edad del niño	Cómo se cepilla los dientes el niño	-0.323**	0.004
Edad del niño	Visita al dentista con el niño	-0.264*	0.019
Edad del niño	Llevar al niño al dentista periódicamente	0.350**	0.002
Conocimiento sobre cómo cepillar los dientes del niño	Llevar al niño al dentista periódicamente	0.538**	0.000
Podemos prevenir la caries reduciendo azúcares y carbohidratos	Llevar al niño al dentista periódicamente	0.707**	0.000

Responsabilidad de los padres en prevenir caries dentales	Llevar al niño al dentista periódicamente	0.778**	0.000
---	--	---------	-------

Fuente: Elaboración propia.

p < 0.01 () indica una correlación altamente significativa. **

p < 0.05 (*) indica una correlación significativa.

El análisis de la Tabla 1 en la correlación muestra que cuando evaluamos la relación entre los gastos familiares mensuales y la visita al dentista con el niño fue estrictamente positiva y significativa (Rho = 0.219, p = 0.045).

Por otro lado, cuando se compararon las variables entre los gastos familiares mensuales y las visitas periódicas del niño al odontólogo fue negativa y significativa (Rho = -0.275, p = 0.011).

En cuanto a la educación de la madre, se evidenció una correlación positiva y significativa con la forma en que el niño se cepilla los dientes (Rho = 0.291, p = 0.007).

Del mismo modo, la educación de la madre mostró una correlación positiva con la prevención de caries a través de la disminución del consumo de azúcares y carbohidratos (Rho = 0.304, p = 0.005).

Asimismo, en la evaluación de la percepción de responsabilidad de los padres en la prevención de caries se correlacionó positivamente con la educación materna (Rho = 0.351, p = 0.001).

La educación de la madre también presentó una correlación positiva con la asistencia periódica del niño al dentista ($Rho = 0.241, p = 0.027$).

Por su parte, la educación del padre se correlacionó positivamente con la técnica de cepillado del niño ($Rho = 0.238, p = 0.033$).

En relación con la edad del niño, se encontró una correlación positiva significativa con la frecuencia del cepillado ($Rho = 0.328, p = 0.003$).

Sin embargo, la relación existente entre la edad del niño y la calidad de la técnica de cepillado dental nos mostró una correlación negativa significativa ($Rho = -0.323, p = 0.004$).

Por otro lado, en cuanto a la edad del niño y la frecuencia de visitas al dentista, se identificó una correlación negativa significativa ($Rho = -0.264, p = 0.019$).

Aunque, la edad del niño también presentó una correlación positiva con la asistencia periódica al odontólogo ($Rho = 0.350, p = 0.002$).

En cuanto a los padres y su conocimiento sobre cómo cepillar los dientes del niño mostró una correlación positiva y altamente significativa con la asistencia periódica al dentista ($Rho = 0.538, p = 0.000$).

Del mismo modo, la disminución de la ingesta de azúcares refinados y carbohidratos como método de prevención de caries presentó una correlación positiva y significativa con la asistencia periódica al odontólogo ($Rho = 0.707, p = 0.000$).

La percepción de responsabilidad parenteral en la prevención de caries indica una la correlación más alta con la asistencia periódica al odontólogo ($Rho = 0.778, p = 0.000$).

Tabla 2*Relación Significativa entre Factores Socioeconómicos y Medidas Preventivas en Salud Oral.*

Categoría	Factor socioeconómico	Medida preventiva	Interpretación del resultado	Relación observada	Rho de spearman	P-valor
EDUCACIÓN DE LOS PADRES	Educación de la madre	Cómo se cepilla los dientes el niño	Mayor educación materna mejora la técnica del cepillado del niño	Positiva	0.291	0.007
	Educación de la madre	Reducción de azúcares y carbohidratos	Mayor conciencia sobre la dieta	Positiva	0.304	0.005
	Educación de la madre	Responsabilidad de los padres en prevenir caries	Mayor educación implica mayor percepción de responsabilidad	Positiva	0.351	0.001
	Educación de la madre	Llevar al niño al dentista periódicamente	Padres con mayor educación priorizan visitas	Positiva	0.241	0.027
	Educación del padre	Cómo se cepilla los dientes el niño	Mayor educación paterna mejora la técnica	Positiva	0.238	0.033
	Gastos familiares mensuales	Visita al dentista con el niño	A mayor gasto, mayor frecuencia de visitas	Positiva	0.219	0.045

CONDICIÓN						
SOCIOECONÓMICA		Llevar al niño al dentista periódicamente	A mayor gasto, menor frecuencia de visitas	Negativa	-0.275	0.011
		El niño se cepilla los dientes	Niños mayores tienden a cepillarse más	Positiva	0.328	0.003
EDAD DEL NIÑO Y SUS HÁBITOS	Edad del niño	Cómo se cepilla los dientes el niño	A mayor edad, menor calidad en la técnica de cepillado	Negativa	-0.323	0.004
	Edad del niño	Visita al dentista con el niño	A mayor edad, menor frecuencia de visitas al dentista	Negativa	-0.264	0.019
	Edad del niño	Llevar al niño al dentista periódicamente	Niños mayores son llevados con más frecuencia	Positiva	0.350	0.002
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL	Conocimiento sobre cómo cepillar los dientes	Llevar al niño al dentista periódicamente	Mayor conocimiento de cepillado implica más visitas	Positiva	0.538	0.000
	Reducción de azúcares y carbohidratos	Llevar al niño al dentista periódicamente	Padres conscientes de la dieta llevan más a sus hijos al dentista	Positiva	0.707	0.000

Responsabilidad de los padres en la prevención de caries	Llevar al niño al dentista periódicamente	Padres que reconocen su responsabilidad acuden más al odontólogo	Positiva	0.778	0.000
--	--	---	----------	-------	-------

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los datos obtenidos muestran que la educación de los padres está directamente relacionada con mejores hábitos de salud oral en los niños. Un mayor nivel educativo de la madre y el padre se asocia con una mayor conciencia sobre la higiene oral, incluyendo una mejor técnica de cepillado y la reducción de la ingesta de azúcares y carbohidratos. Del mismo modo, los padres con mayor educación consideran una mayor responsabilidad en la prevención de caries y tienden a llevar a sus hijos al odontólogo con mayor frecuencia.

El nivel socioeconómico también tiene un impacto significativo en la atención odontológica. Se observó que los gastos mensuales en la familia influyen en la frecuencia en la que los niños visitan al odontólogo, a pesar de ser contradictorio, mientras que a mayor gasto familiar más visitas al odontólogo, también se encontró una relación negativa con la periodicidad de los controles dentales en sus hijos, lo que podría indicar la presencia de barreras económicas o culturales que afectan la continuidad de la atención odontológica preventiva.

En relación con la edad del niño, se evidenció una relación positiva con la frecuencia del cepillado dental, lo que establece que los niños mayores tienden a cepillarse más. Sin embargo, la correcta técnica de cepillado no siempre mejora con la edad, ya que se halló una correlación negativa en este aspecto. Esto acentúa la necesidad de reforzar la educación sobre higiene oral desde edades muy tempranas, asegurando que los niños no solo adquieran el hábito, sino que lo realicen de manera indicada. En definitiva, el conocimiento de los padres sobre salud oral juega un rol fundamental sobre la prevención de caries.

Se reafirmó que los padres con mayor conocimiento sobre correctas técnicas de higiene oral medidas y medidas preventivas, llevan con mayor frecuencia a sus hijos al odontólogo, lo que sugiere que la educación en salud oral debe ser un componente sustancial en las estrategias de prevención bucodental.

A medida que aumentan los recursos económicos familiares, también se incrementa la probabilidad de que los niños sean llevados al dentista. Este resultado sugiere que el acceso a servicios odontológicos u odontopediátricos podría estar influenciado por la capacidad económica de los cuidadores, lo que resalta la importancia de promover una atención odontológica accesible para todas las familias de las comunidades urbanas. Aunque las familias con mayores ingresos pueden llevar a sus hijos al odontólogo, esto no implica necesariamente visitas regulares. Esta situación podría estar relacionada con la percepción de necesitar atención solo cuando hay síntomas, o con la falta de cultura preventiva en salud oral, incluso considerando el uso de medicina tradicional comúnmente empleada en dichas comunidades.

Se ha identificado que las madres con mayor nivel educativo comprenden mejor la importancia de la higiene bucal y transmiten estos conocimientos a sus hijos, promoviendo técnicas de cepillado dental correctas y adecuadas. Además, estas madres tienen una mayor conciencia sobre la relación entre una alimentación saludable y la salud oral infantil, lo que favorece hábitos alimenticios más sanos. Su nivel educativo también se traduce en mayor compromiso con la promoción de la salud bucal, implementando medidas preventivas y supervisando adecuadamente a los niños.

Del mismo modo, se ha observado que las madres con mayor formación priorizan los controles odontológicos regulares, reforzando así el papel fundamental de la educación parental. También se evidencia que el nivel educativo del padre influye en la adquisición de hábitos de higiene bucal, destacando la importancia de la participación de ambos cuidadores en la formación de rutinas saludables.

Por otro lado, los niños mayores tienden a cepillarse con mayor frecuencia, posiblemente por el desarrollo progresivo de su autonomía. Sin embargo, esto no siempre se acompaña de una mejora en la técnica, lo que subraya la necesidad de reforzar la educación sobre el correcto cepillado a medida que los niños crecen. También se ha identificado que, en algunos casos, las visitas a controles odontológicos disminuyen con la edad, posiblemente por una menor percepción de necesidad por parte de los cuidadores, influenciada por barreras económicas, culturales o geográficas. En contraste, en otros casos, los niños mayores acuden con mayor frecuencia a consultas debido a la aparición de problemas bucales más evidentes o por recomendaciones de profesionales de salud oral en torno a la edad ideal para acciones preventivas.

Finalmente, los padres con mayor conocimiento sobre higiene oral muestran mayor tendencia a llevar a sus hijos a controles periódicos, evidenciando la importancia de la educación parental en la prevención de enfermedades bucodentales. Aquellos cuidadores más informados sobre la relación entre la dieta y la salud oral también tienden a mantener controles regulares, lo que refuerza la necesidad de un compromiso activo por parte de los padres en la promoción de la salud dental infantil.

Esto denota que los cuidadores o representantes que asumen una mayor responsabilidad en la salud oral de sus hijos priorizan las visitas regulares al odontólogo, lo que destaca la importancia del compromiso de los padres en la prevención de enfermedades en los órganos dentales.

En relación con los resultados sobre el factor socioeconómico, se observó una influencia significativa en la prevención de la salud oral en niños de 0 a 3 años,

especialmente en la percepción de responsabilidad de los cuidadores en cuanto a la prevención de caries, la atención odontológica y los hábitos saludables. Un estudio nacional realizado en China respalda estos hallazgos, indicando que las familias con mayores ingresos tienen una menor probabilidad de desarrollar caries en la primera infancia (Du et al., 2019). De manera similar, un estudio transversal realizado en Riad, Arabia Saudita, demostró que una proporción más alta de niños sin caries se relaciona con la condición económica de los padres, destacando que las familias de estatus económico más alto implementan prácticas de prevención oral más adecuadas (Alhabdan et al., 2018) (Minervini et al, 2023) también coincide y menciona que si los padres están de condición de desempleo y además su nivel de educación es bajo de ambos padres pueden perjudicar negativamente el estado de salud oral de sus hijos. Sin embargo, (Van Ligten et al, 2023) discrepan, ya que su estudio observacional transversal en Ámsterdam reveló que los hijos de padres con bajos recursos económicos incurren en mayores gastos dentales en comparación con los de ingresos más altos. Esto se debe a que, aunque los niños de bajos recursos visitan más frecuentemente al dentista, requieren más tratamientos debido a la mayor prevalencia de caries, lo que genera costos mayores. En efecto, tanto la frecuencia como la severidad de las enfermedades bucales difieren entre y dentro de los países, en función del nivel socioeconómico de la población.

Es fundamental destacar que, en lo referente a la educación materna, este estudio evidenció que un mayor nivel educativo se asocia con una mejor comprensión de la importancia de la higiene bucal, lo cual contribuye significativamente a la prevención de problemas dentales a largo plazo. En este contexto, (Yousaf et al, 2022) reportaron en su estudio que solo el 10,14% de las madres de niños con caries no tenían educación formal; es decir, sus hijos presentaban un 34% más de probabilidad de desarrollar caries, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo, por lo que no puede afirmarse con certeza. En contraste, el 42,46% de las madres contaban con educación primaria, y en este grupo se observó un aumento del 25% en la probabilidad de caries en sus hijos, hallazgo que sí resultó estadísticamente significativo. Finalmente, el 44,96% de las madres tenían un nivel educativo superior o secundario, sus hijos mostraron un 4% menos de probabilidad de padecer caries.

Del mismo modo (Kato et al, 2020) coincide al señalar que, en su estudio observacional realizado en la población de Japón, se mostró que, a menor educación de las madres, se reportaba un aumento de visitas al odontólogo por caries en comparación con los hijos de madres con un nivel educativo más alto. Por otro lado, (AlMarshad, L et al, 2021) reveló en su estudio que los padres de los infantes que laboraban en cargos profesionales tenían una prevalencia menor de caries de la primera infancia, comparado con los padres que tenían cargos administrativos, demostrando que, los progenitores con puestos de profesión tienen más recursos económicos y mayor nivel educativo.

Agregando que, es el padre quien usualmente refleja los ingresos del núcleo familiar, basado en normas culturales de diferentes poblaciones rurales, (Saccomanno et al, 2023), concluye en sus estudios que, ningún padre podrá transmitir algún tipo de método preventivo si ellos mismos lo desconocen.

No obstante, el estudio realizado en Colorado plantea una controversia, al evidenciar que, pese a que los padres poseen cierto nivel de instrucción sobre problemas de salud oral, ello no garantiza que sus hijos adopten hábitos positivos de higiene bucal (Minervini et al, 2022) coinciden en que los cuidadores con niveles educativos más altos son, con mayor probabilidad, quienes poseen una economía más estable, lo que les permite garantizar a sus hijos una educación adecuada y el acceso a una atención odontológica de calidad.

Con lo anterior mencionado, en la práctica clínica se debe estar alerta ante la primera manifestación de caries, tal y como es la mancha blanca, así como también, reforzar correctas técnicas de higiene bucal y que como profesionales de salud orientemos a todas las familias a intervenciones muy tempranas, tal y como lo menciona (de Sousa Né et al, 2022), es por ello por lo que la (ADA, 2018) recomienda que el infante debe acudir al odontólogo antes del primer año de vida, ya que la caries de la primera infancia evoluciona hasta los seis años. Es fundamental destacar la importancia de que tanto el niño como sus padres acudan tempranamente al odontólogo, ya que esto no solo tiene un impacto positivo en la salud del menor, sino que también sensibiliza a los cuidadores sobre el valor de la prevención en salud oral.

En referencia con los hábitos alimenticios y de higiene oral, existen varios estudios que concuerdan en que la madre del infante es quien frecuentemente toma las decisiones más importantes sobre la alimentación de los niños y que aquellos tienen más potencialidad de estar libres de caries si crecen en un núcleo familiar en el que se supervise la frecuente ingesta de azúcar (Butera et al, 2022). Y que es particularmente relevante que los cuidadores controlen el consumo de azúcares entre las comidas de los niños, ya que este hábito provoca descensos repetidos del pH de la boca, favoreciendo así la desmineralización de los tejidos duros del diente (Skafida et al, 2018) evidenció en una encuesta longitudinal que el consumo habitual de jugos

artificiales y golosinas, niños que picaban durante todo el día sin realizar comidas regulares tenían más probabilidades de desarrollar caries, en comparación con aquellos que comían de manera más estructurada. Los niños cuyos padres informaron que les resultaba difícil controlar el consumo de azúcares a los 2 años también mostraron una mayor propensión a tener caries más adelante. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) recomienda que la ingesta idónea de azúcares añadidos no debe superar el 5 % del total de calorías ingeridas.

Finalmente, diversos autores coinciden en que la calidad del cepillado y las técnicas adecuadas deben mejorarse principalmente por parte de los cuidadores, hasta que los niños adquieran la habilidad para cepillarse de manera independiente. Es importante mencionar que, hay evidencia de que la mala higiene bucal en los niños debido al cepillado de dientes descuidado facilita el desarrollo posterior de caries dentales (Butera et al, 2022).

Sin embargo, en una exhaustiva investigación basada en entrevistas y conversaciones realizadas por (Aliakbari et al, 2021) se destaca que el cepillado dental supervisado por los padres es crucial para la salud bucal infantil, pero depende de diversos factores. Aunque el conocimiento sobre salud bucal es importante, las principales dificultades se relacionan con la capacidad de los padres para realizar un cepillado efectivo, especialmente en lo que respecta al manejo del comportamiento de los niños. La motivación de los padres, influenciada por sus propios hábitos de salud y experiencias, juega un papel fundamental. No obstante, el estrés y la falta de tiempo complican su implementación, y se observó que los padres a veces sobreestiman la capacidad de sus hijos para cepillarse de manera independiente. Esto resalta la necesidad de un enfoque integral que no solo contemple el conocimiento, sino también el apoyo social, la motivación por parte de los profesionales y el desarrollo de las habilidades parentales.

Entre las limitaciones de este estudio fue el tamaño reducido de la muestra, compuesta por solo 81 participantes. Esto limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas diferentes. Además, la recolección de datos se realizó mediante encuestas autoadministradas, lo que puede introducir sesgos en las respuestas, ya sea por falta de conocimiento real del tema o por el deseo de ofrecer respuestas socialmente aceptables. Asimismo, el estudio no contempló otras variables que podrían influir en el conocimiento de los padres, como el acceso a servicios de salud, las prácticas culturales propias de la comunidad o las experiencias previas con servicios odontológicos.

Se recomienda ampliar la muestra en futuros estudios y emplear métodos de selección aleatorios que permitan una mayor representatividad de la población. Además, es fundamental implementar programas educativos comunitarios sobre salud oral infantil, dirigidos especialmente a padres y cuidadores de sectores rurales y vulnerables. Estas intervenciones deben incluir talleres prácticos, materiales informativos y acompañamiento profesional constante para asegurar el desarrollo de hábitos saludables desde los primeros años de vida. También es necesario involucrar a los actores locales, como autoridades de salud, educadores y líderes comunitarios, en la promoción de políticas públicas que fortalezcan la prevención de enfermedades bucales en la infancia, considerando las particularidades culturales y económicas de cada territorio.

Conclusiones

El estudio concluye que el nivel socioeconómico de los padres influye significativamente en el conocimiento y práctica de medidas preventivas de salud oral en niños de 0 a 3 años. Aquellos con mayor nivel educativo y estabilidad económica demuestran un mayor dominio sobre el cepillado adecuado, la alimentación saludable y la importancia de los controles odontológicos tempranos. Por el contrario, los padres con menos recursos presentan vacíos en estos conocimientos, lo que podría incrementar el riesgo de enfermedades bucales en la infancia. Estas evidencias refuerzan la necesidad de promover una educación en salud oral más equitativa y accesible, que permita reducir las brechas y garantizar una infancia con mayores oportunidades de desarrollo integral.

Referencias

- Acuña, J. E. C., Freitas, K. M. S., Henriques, R. P., Cruz, E. F., Ordóñez, M. C. B., Arias, G. E. C., & Balseca, G. M. A. (2019). Prevalencia de caries en la primera infancia en niños de 1 a 5 años de la ciudad de Quito, Ecuador. *Open Dental Journal*, 13, 242–248. <https://doi.org/10.2174/1874210601913010242>
- Alhabdan, Y. A., Albeshr, A. G., Yenugadhati, N., & Jradi, H. (2018). Prevalence of dental caries and associated factors among primary school children: A population-based cross-sectional study in Riyadh, Saudi Arabia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 23(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12199-018-0750-z>
- Aliakbari, E., Gray-Burrows, K. A., Vinnall-Collier, K. A., Edwebi, S., Salaudeen, A., Marshman, Z., McEachan, R. R. C., & Day, P. F. (2021). Facilitators and barriers to home-based toothbrushing practices by parents of young children to reduce tooth decay: A systematic review. *Clinical Oral Investigations*, 25(6), 3383–3393. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-03890-z>
- AlMarshad, L. K., Wyne, A. H., & AlJobair, A. M. (2021). Early childhood caries prevalence and associated risk factors among Saudi preschool children in Riyadh. *The Saudi Dental Journal*, 33(8), 1084–1090. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2021.04.003>

Asociación Dental Americana. (2018). La primera visita dental de su bebé [Recurso en línea].

Chicago, Estados Unidos: Asociación Dental Americana.

<https://www.mouthhealthy.org/en/babies-and-kids/first-dental-visit>

Butera, A., Maiorani, C., Morandini, A., Simonini, M., Morittu, S., Trombini, J., & Scribante, A.

(2022). Evaluation of children caries risk factors: A narrative review of nutritional aspects, oral hygiene habits, and bacterial alterations. *Children*, 9(2), 262.

<https://doi.org/10.3390/children9020262>

Clarke, M., Locker, D., Berall, G., Pencharz, P., Kenny, D. J., & Judd, P. (2006).

Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries.

Pediatric Dentistry, 28(3), 254–259.

de Sousa Né, Y. G., Frazão, D. R., Bittencourt, L. O., Fagundes, N. C. F., Marañón-Vásquez, G.,

Crespo-Lopez, M. E., Maia, L. C., & Lima, R. R. (2022). Are dental caries associated with oxidative stress in saliva in children and adolescents? A systematic review.

Metabolites, 12(9), 858. <https://doi.org/10.3390/metabo12090858>

Du, M. Q., Li, Z., Jiang, H., Wang, X., Feng, X. P., Hu, Y., Lin, H. C., Wang, B., Si, Y., Wang,

C. X., Zheng, S. G., Liu, X. N., Rong, W. S., Wang, W. J., & Tai, B. J. (2018). Dental caries status and its associated factors among 3- to 5-year-old children in China: A national survey. *Chinese Journal of Dental Research*, 21(3), 167–179.

<https://doi.org/10.3290/j.cjdr.a41076>

Kazeminia, M., Abdi, A., Shohaimi, S., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Salari, N., & Mohammadi, M. (2020). Dental caries in primary and permanent teeth in children worldwide, 1995 to 2019: A systematic review and meta-analysis. *Head & Face Medicine*, 16(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00237-z>

Kato, T., Yorifuji, T., Yamakawa, M., Inoue, S., Saito, K., Doi, H., & Kawachi, I. (2015). Association of breast feeding with early childhood dental caries: Japanese population-based study. *BMJ Open*, 5(3), e006982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006982>

Kirthiga, M., Murugan, M., Saikia, A., & Kirubakaran, R. (2019). Risk factors for early childhood caries: A systematic review and meta-analysis of case control and cohort studies. *Pediatric Dentistry*, 41(2), 95–112.

Machiulskiene, V., Campus, G., Carvalho, J. C., Dige, I., Ekstrand, K. R., Jablonski-Momeni, A., Maltz, M., Manton, D. J., Martignon, S., Martinez-Mier, E. A., Pitts, N. B., Schulte, A. G., Splieth, C. H., Tenuta, L. M. A., Ferreira Zandona, A., & Nyvad, B. (2020). Terminology of dental caries and dental caries management: Consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Research*, 54(1), 7–14. <https://doi.org/10.1159/000503309>

- Mahesh, R., Muthu, M., & Rodrigues, S. (2013). Factores de riesgo de caries en la primera infancia: Un estudio de casos y controles. *Archivos Europeos de Odontología Pediátrica*, 14(5), 331–337.
- McDonald, R. E., Avery, D. R., & Dean, J. A. (2004). *Odontología para el niño y la adolescencia*. Mosby.
- Mendoza, J. M. G., López Ayuso, C. A., Amador Licon, N., Lozano Palomino, O., & García Gutiérrez, C. A. (2019). Determinantes de la atención en salud bucal relacionados con la frecuencia y gravedad de la caries dental en niños preescolares. *Nova Scientia*.
<https://doi.org/10.21640/ns.v1122.1708>
- Meyer, F., & Enax, J. (2018). Early childhood caries: Epidemiology, aetiology, and prevention. *International Journal of Dentistry*, 2018, 1415873. <https://doi.org/10.1155/2018/1415873>
- Minervini, G., Franco, R., Marrapodi, M. M., Di Blasio, M., Ronsivalle, V., & Cicciù, M. (2023). Salud bucal de los niños y nivel educativo de los padres: Un estudio transversal. *BMC Oral Health*, 23, 787. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03424-x>
- Miranda-Rosero, O. D., Villarroel-Vargas, J. F., & Miranda-Fernández, J. E. (2023). Factores socioeconómicos relacionados a la aparición de caries en niños: Revisión sistemática de la literatura. *Rev Ciencias Médicas*, 27(2).
<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6229>

Nadeeshani, H., Kudagammana, S. T., Herath, C., Jayasinghe, R., & Liyanage, R. (2023). Early childhood caries and nutritional status of children: A review. *Food and Nutrition Bulletin*, 44(4), 249–264. <https://doi.org/10.1177/03795721231209358>

Naidu, R. S., & Nunn, J. H. (2020). Oral health knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: Implications for oral health promotion. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 18(2), 245–252. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a43357>

Nembhwani, H. V., & Winnier, J. (2020). Impact of problematic eating behaviour and parental feeding styles on early childhood caries. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 30(5), 619–625. <https://doi.org/10.1111/ipd.12628>

Paqlia, L. (2015). ¿La lactancia materna aumenta el riesgo de caries en la primera infancia? *Journal de Odontología Pediátrica*, 1(3), 173.

Park, Y. H., & Choi, Y. Y. (2022). Feeding practices and early childhood caries in Korean preschool children. *International Dental Journal*, 72(3), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.07.001>

Pitts, N. B., Baez, R. J., Diaz-Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., Phantumvanit, P., Seow, W. K., Sharkov, N., Songpaisan, Y., Tinanoff, N., & Twetman,

S. (2019). Early childhood caries: IAPD Bangkok declaration. *Journal of Dentistry for Children*, 86(2), 72.

Rojas, C. F., Espadín, K. R., Nicho-Valladares, M. K., Ladera-Castañeda, M. I., Aliaga-Mariñas, A. S., & Cervantes-Ganoza, L. A. (2021). Knowledge about oral health, salivary pH, body mass index and its relationship with dental caries in preschool children. *Revista de la Facultad de Medicina*, 69(4), e88709. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.88709>

Sacomanno, S., De Luca, M., Saran, S., Petricca, M. T., Caramaschi, E., Mastrapasqua, R. F., Messina, G., & Gallusi, G. (2023). The importance of promoting oral health in schools: A pilot study. *European Journal of Translational Myology*, 33(1), 11158. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2023.11158>

Salinas Goodier, C., Salas Castro, J. C., & Sevilla Gamboa, D. C. (2022). La salud oral: Educación e importancia a temprana edad. *RC*, 18(S2), 107–114. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2447>

Salone, L. R., Vann, W. F., & Dee, D. L. (2013). Breastfeeding: An overview of oral and general health benefits. *Journal of the American Dental Association*, 144(2), 143–151. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0103>

Samuel, S. R., Acharya, S., & Rao, J. C. (2020). School interventions-based prevention of early childhood caries among 3- to 5-year-old children from very low socioeconomic status:

Two-year randomized trial. *Journal of Public Health Dentistry*, 80(1), 51–60.

<https://doi.org/10.1111/jphd.12348>

Seow, W. K. (2019). Early childhood caries. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 941–954.

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.004>

Simancas, M., Ginnis, J., Vann, W., Ferreira, A., Shrestha, J., & Divaris, K. (2022). Children's oral health-related behaviours and early childhood caries: A latent class analysis.

Community Dentistry and Oral Epidemiology, 50(3), 147–155.

<https://doi.org/10.1111/cdoe.12645>

Skafida, V., & Chambers, S. (2018). Positive association between sugar consumption and dental decay prevalence independent of oral hygiene in pre-school children: A longitudinal prospective study. *Journal of Public Health*, 40(3), e275–e283.

<https://doi.org/10.1093/pubmed/fox184>

Sukmana, B. I., Huldani, Achmad, H., Hidayah, N., Putra, A. P., Ramadhany, S., & Gadisha, S.

B. (2020). Una revisión de la lactancia materna en lactantes: Relación con la aparición de caries en la primera infancia (CPI). *Revisiones Sistemáticas en Farmacia*, 11(5), 116–122.

<https://doi.org/10.31838/srp.2020.5.19>

Tantawi, M., Folayan, M. O., Mehaina, M., Vukovic, A., Castillo, J. L., Gaffar, B. O., & Lee, G.

H. (2018). Prevalence and data availability of early childhood caries in 193 United

Nations countries, 2007–2017. *American Journal of Public Health*, 108(8), 1066–1072.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304466>

Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., &

Twetman, S. (2019). Early childhood caries epidemiology, etiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(3), 238–248. <https://doi.org/10.1111/ipd.12484>

Tungare, S., & Paranjpe, A. G. (2023). Caries en la primera infancia. En StatPearls [Internet].

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/>

Uribe, S. E., Innes, N., & Maldupa, I. (2021). The global prevalence of early childhood caries: A

systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(6), 817–830. <https://doi.org/10.1111/ipd.12783>

Van Ligten, T. S., Schmitz, D., Volgenant, C. M. C., Donken, R., Van der Heijden, G. M. J. G.,

& Duijster, D. (2023). Costos de la atención odontológica en niños residentes en Ámsterdam y características sociodemográficas asociadas. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51, 535–546. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12863>

- Victorio-Pérez, J., Mormontoy-Laurel, W., & Díaz-Pizán, M. E. (2019). Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(1), 70. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i1.3496>
- Weston-Price, S., Copley, V., Smith, H., & Davies, G. M. (2018). A multi-variable analysis of four factors affecting caries levels among five-year-old children: Deprivation, ethnicity, exposure to fluoridated water and geographic region. *Community Dental Health*, 35(4), 217–222. https://doi.org/10.1922/CDH_4383Weston-Price06
- World Health Organization. (2015). Guideline: Sugars intake for adults and children. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf
- Yalçın, V., & Öztürk, O. (2022). Salud dental en la primera infancia: “Puedo hacerlo si me enseñas”. *Revista Internacional de Psicología y Estudios Educativos*, 9(Número especial), 856–865. <https://dx.doi.org/10.52380/ijpes.2022.9.4.763>
- Yousaf, M., Aslam, T., Saeed, S., Sarfraz, A., Sarfraz, Z., & Cherrez-Ojeda, I. (2022). Individual, family, and socioeconomic contributors to dental caries in children from low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7114. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127114>

Anexo 1

Encuesta sobre conocimiento de los padres sobre salud oral en sus hijos de 0-3 años.

1. Edad:

- 20-35
- 36-47
- 48-59
- 60-71

2. Género

- Masculino
- Femenino

3. Área de Residencia

- Urbano
- Rural

4. Gastos familiares mensuales

- 460
- 1000
- 1001-2000 o más

5. Ocupación de la madre

- Desempleada (Ama de casa)
- Estudiante
- Sector Privado/ empresa
- Servicio Público

6. Ocupación del padre

- Desempleado (Casa)
- Estudiante
- Sector Privado/ empresa
- Servicio Público

7. Educación de la madre

- Ninguna
- Escuela
- Colegio
- Universidad
- Cuarto Nivel

8. Educación de la madre

- Ninguna
- Escuela
- Colegio

- Universidad
- Cuarto Nivel

FASE 4: Conocimiento de medidas preventivas de los padres y sus hijos.

9. Género de los niños:

- Masculino
- Femenino

10. Edad de los niños:

- 0 años
- 1 año
- 2 años
- 3 años

11. El encuestado se cepilla los dientes:

- 2 veces al día
- Menos de 2 veces al día

12. El niño se cepilla los dientes:

- 2 veces al día
- Menos de 2 veces al día

13. ¿Cómo se cepilla los dientes el niño?

- El niño se cepilla los dientes solo
- Los padres ayudan al niño a cepillarse los dientes

14. El encuestad@ visita al dentista con el niño:

- Una vez al año o con mayor frecuencia
- Irregularmente

15. Sé cómo cepillar correctamente los dientes de mi hijo

- totalmente de acuerdo
- de acuerdo
- en desacuerdo
- totalmente en desacuerdo

16. Podemos prevenir la caries dental en nuestros niños reduciendo los alimentos con azúcares y carbohidratos.

- totalmente de acuerdo
- de acuerdo
- en desacuerdo
- totalmente en desacuerdo

17. Como padres, es nuestra responsabilidad evitar que nuestros hijos sufran caries dentales.

- totalmente de acuerdo
- de acuerdo
- en desacuerdo
- totalmente en desacuerdo

18. Llevar a nuestro hijo al dentista periódicamente es la mejor manera de prevenir la caries dental.

- totalmente de acuerdo
- de acuerdo
- en desacuerdo
- totalmente en desacuerdo