



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE
CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD
ORAL Y CARIES EN LA PRIMERA
INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS
DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA-ICA
EN EL 2022”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN ODONTOLOGÍA
PEDIÁTRICA

YAMILLE YOVANNA CCECCAÑO
QUINTANA

LIMA – PERÚ

2023

ASESOR

Mg. Esp. Dr. Jorge Luis Castillo Cevallos

CO ASESOR

Mg. Ada Pérez Luyo

JURADO DE TESIS

DRA. LIDIA YILENG TAY CHU JON

PRESIDENTE

MG. CARLOS YURI LIÑAN DURAN

VOCAL

DRA. KELLY CÁCEDA GABANCHO

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

A Dios por guiarme y darme la fortaleza para seguir adelante.
A mis padres por su apoyo y motivación incondicional durante esta etapa de
formación profesional.

AGRADECIMIENTOS.

Al **Dr. Jorge Luis Castillo** y la **Dra. Ada Perez** por su dedicación, guía y
motivación en la elaboración de este trabajo de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD ORAL Y CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA-ICA EN EL 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

docs.google.com

Fuente de Internet

1%

2

www.dtic.mil

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Cerritos College

Trabajo del estudiante

1%

4

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

5

f1000research.s3.amazonaws.com

Fuente de Internet

<1%

6

erevistas.uca.edu.ar

Fuente de Internet

<1%

7

repositorio.grade.org.pe

Fuente de Internet

<1%

8

Isabel Miguel, Joaquim P. Valentim, Felice Carugati. "From social representations to

<1%

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	3
III.	MARCO TEÓRICO	4
IV.	METODOLOGÍA	10
V.	RESULTADOS	27
VI.	DISCUSIÓN	47
VII.	CONCLUSIONES	59
VIII.	RECOMENDACIONES	60
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

RESUMEN

El estilo de crianza describe las características dominantes de la relación entre padres e hijos. Estos pueden influenciar en el desarrollo de caries dental, debido a que los padres son los responsables directos de los aspectos relacionados con la salud bucal del infante. **Objetivo:** Determinar la asociación que existe entre estilos de crianza, prácticas en salud oral y caries en niños de 3 a 5 años. **Métodos:** Se reclutó 170 diadas. Los padres respondieron dos cuestionarios: el *Parenting Style Dimension Questionnaire* (PSDQ) y el Cuestionario de salud oral de la OMS. Los niños fueron examinados para determinar la presencia de lesiones de caries según los criterios de la OMS. Se realizó la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación. **Resultados:** Se identificaron dos estilos de crianza: autoritativo (95.8%) y permisivo (4.1%). Los padres autoritativos con un nivel de educación secundaria tenían hijos con mayor prevalencia de caries (71.76%). A diferencia de los que tenían hijos sin lesiones de caries, que contaban con un nivel de educación superior (48.28%). La mitad de los padres autoritativos le cepillaban los dientes a su hijo dos o más veces al día (50%). Sin embargo, no tenían conocimiento sobre si la pasta dental que usaban contiene flúor (56.47%). **Conclusión:** No se encontró asociación entre el estilo de crianza y caries en la primera infancia, no habiéndose identificado el estilo autoritario. Se encontraron altos porcentajes de padres cuyos hijos tienen exposición frecuente a azúcares libres. Se encontró asociación entre el nivel de educación de los padres y la experiencia de caries de sus hijos.

PALABRAS CLAVES

RESPONSABILIDAD PARENTAL, CARIES DENTAL, SALUD BUCAL, PREESCOLAR, HIGIENE BUCAL

ABSTRACT

Parenting style describes the dominant characteristics of the relationship between parents and children. These can influence the development of dental caries, because parents are directly responsible for aspects related to the infant's oral health.

Objective: Determine the association that exists between parenting styles, oral health practices and caries in children from 3 to 5 years old. **Methods:** 170 days were recruited. Parents answered two questionnaires: the Parenting Style Dimension Questionnaire (PSDQ) and the WHO Oral Health Questionnaire.

Children were examined for the presence of caries lesions according to WHO criteria. The Chi square test was performed to determine the association. **Results:**

Two parenting styles are identified: authoritative (95.8%) and permissive (4.1%).

Authoritative parents with a secondary education level had children with a higher prevalence of caries (71.76%). Unlike those who had children without caries

lesions, who had a higher level of education (48.28%). Half of authoritative parents

brushed their child's teeth two or more times a day (50%). However, they were not

aware of whether the toothpaste they used contained fluoride (56.47%).

Conclusion: No association was found between parenting style and caries in early

childhood, and the authoritarian style was not identified. High percentages of

parents were found whose children have frequent exposure to free sugars. An

association was found between the level of education of the parents and their

children's caries experience.

KEY WORDS

PARENTING, DENTAL CARIES, ORAL HEALTH, CHILD, PRESCHOOL,

ORAL HYGIENE.

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental en la infancia es una enfermedad de interés para la salud pública por su alto impacto a nivel mundial. En el 2010 fue considerada como la décima enfermedad más prevalente.¹ Numerosos estudios muestran que la caries dental disminuye la calidad de vida del infante y de sus cuidadores.² Por lo tanto, es vital reconocer los factores de riesgo que son modificables para de esta manera desarrollar estrategias preventivas que tengan en cuenta la diversidad de las comunidades latinoamericanas.³ No obstante, algunos de estos factores como los comportamientos y prácticas de salud oral de los niños están determinadas en gran medida por sus padres o cuidadores.⁴ Sin embargo, algunos padres desconocen el riesgo para la salud que el estilo de crianza supone en sus hijos.⁵

Los estilos de crianza, también conocidos como estilos parentales, son un constructo que busca describir las características dominantes de la relación que existe entre padres e hijos.⁶ Diana Baumrind identificó tres estilos de crianza infantil: autoritarios, permisivos y autoritativos. El estilo autoritario se caracteriza porque los padres de familia valoran la obediencia y emplean medidas de castigo físico o psicológico; y restringen la autonomía de sus hijos.⁷ Por el contrario, el estilo de crianza permisivo se caracteriza porque los padres brindan gran autonomía a sus hijos. Se evita usar la autoridad, las restricciones y el castigo. Finalmente, el estilo de crianza autoritativo se caracteriza por la comunicación bidireccional entre padres e hijos.⁸

Si bien es muy poca la evidencia empírica sobre la relación de los estilos de crianza y la caries dental en niños, estudios recientes van dando cuenta que sí tienen efecto sobre la experiencia de esta dolencia. Los estudios refieren que los infantes con padres autoritativos tenían menos lesiones de caries en comparación con los que tenían padres permisivos y autoritarios.^{9,10} Los padres permisivos no controlan la dieta o las prácticas de higiene bucal y permiten al niño consumir libremente alimentos cariogénicos o rechazar el cepillado de dientes.¹¹ También se ha determinado que la falta de supervisión de los comportamientos en salud bucal de un niño muestran mayor asociación con las lesiones de caries.¹² Por el contrario, la crianza autoritativa puede mantener una buena salud oral en los niños.¹³

Por lo tanto, dado que la caries dental es causada por la falta de higiene bucal y malos hábitos alimentarios, situación que se presenta desde las primeras etapas de vida del niño y siendo los padres los responsables directos en lo concerniente a la salud oral del infante, cabría asumir que los estilos de crianza median en la aparición de caries en la infancia. Sin embargo, los estudios encontrados que asocian los estilos de crianza con caries en esta etapa de la vida del niño son escasos. Por consiguiente, la presente investigación tiene como propósito determinar la asociación entre los estilos de crianza y las prácticas de salud oral en el niño con la presencia de caries en la primera infancia en niños de 3 a 5 años de una institución educativa pública.

II. OBJETIVOS

II.1. Objetivo General

Determinar la asociación que existe entre los estilos de crianza, las prácticas de salud oral en el niño y caries en la primera infancia en niños de 3 a 5 años de una Institución Educativa Pública del Distrito de Ica - Ica en el 2022.

II.2. Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los padres y de los niños de 3 a 5 años de una I.E.P – Ica 2022.
2. Determinar la prevalencia y experiencia de caries en los niños de 3 a 5 años de una I.E.P, según covariables de los padres y de los niños -Ica 2022.
3. Determinar los estilos de crianza de los padres de niños de 3 a 5 años de una I.E.P, según edad, sexo y grado de instrucción. -Ica 2022
4. Determinar las prácticas en salud oral en niños de 3 a 5 años de una I.E.P, según edad, sexo y grado de instrucción de los padres. -Ica 2022
5. Determinar la asociación entre los estilos de crianza y la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de una I.E.P, según covariables de los padres y de los niños - Ica 2022.
6. Determinar la asociación entre los estilos de crianza y la experiencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de una I.E.P, según covariables de los padres y de los niños - Ica 2022.
7. Determinar la asociación entre los estilos de crianza y las prácticas en salud en niños de 3 a 5 años de una I.E.P. - Ica 2022.

III. MARCO TEÓRICO

Estilos de crianza

El primer entorno donde el infante comienza a desenvolverse es la familia. En este ambiente es donde el niño consigue desarrollar sus primeros hábitos, habilidades, así como las primeras conductas que luego le servirán de guía cuando interactue en ambientes nuevos.¹⁴ Es decir, durante la infancia se establecen las bases para un crecimiento sano y desarrollo positivo en los años posteriores.¹⁵

Los estilos de crianza representan la manera cómo los adultos se comportan con los niños en situaciones cotidianas, como tomar decisiones o resolver conflictos. De modo general, se definen como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres tienen sobre la salud, la nutrición y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar.¹⁶ Otros autores lo definen como una constelación de actitudes de los padres que se traducen en prácticas específicas, y a su vez influyen en los comportamientos infantiles.¹⁷

Los estilos de parentales comprenden dos dimensiones: el *control* que los padres imponen a sus hijos, y el *afecto* que se refiere a la capacidad de respuesta de los padres hacia sus hijos, especialmente emocionales.¹⁸

Según la RAE, la palabra “*crianza*” proviene del vocablo “*creare*”, que significa nutrir, alimentar, orientar, instruir y dirigir al niño. Ello implica que la crianza contempla tres procesos psicosociales: las pautas, las prácticas y las creencias acerca de la crianza.¹⁶ Las *pautas de crianza* se

refieren a los patrones que los padres tienen para el comportamiento de sus hijos; es importante enfatizar que cada cultura proporciona a sus hijos sus propias pautas. Por otro lado, las *prácticas de crianza* tienen lugar en el contexto de las relaciones familiares, son acciones y comportamientos que los padres aprenden a través de su propia educación o imitando a otros y luego se ponen en práctica para dirigir el comportamiento de sus hijos. Finalmente, las *creencias* acerca de la crianza se refieren al conocimiento sobre cómo criar a un niño y las explicaciones proporcionadas por los padres sobre la manera como orientan las acciones de sus hijos.¹⁶

Cabe señalar que los padres tienen la capacidad de moldear su estilo de crianza para cada hijo. Los diversos estilos dependen de una variedad de factores como: el número de hijos y su jerarquía (orden de nacimiento), el género, así como la salud y la apariencia física.¹⁸ Sumado a esto, se ha sugerido que los estilos parentales varían según las culturas, e incluso entre los diversos contextos de la misma.¹⁷

Diana Baumrind identificó tres estilos de crianza infantil (1966, 1967): autoritarios, permisivos y autoritativos. En el estilo de crianza *autoritario*, los padres consideran la obediencia como una virtud. Emplean castigos severos o medidas coercitivas restringiendo la autonomía de los niños. En este estilo prevalece la falta de comunicación y afecto. Además, los niños pueden ser menos cariñosos, inseguros, poco comunicativos y con baja autoestima.^{18,16} Por el contrario, en el estilo de crianza *permisivo*, los padres brindan gran autonomía a sus hijos. Evitan la autoridad, el uso de las

restricciones y castigos. Permitiendo que tengan el control de sus acciones, sin imponer exigencias. Los niños se muestran con altos niveles de conducta antisocial e inmaduros.^{18,16} Finalmente, el estilo de crianza *autoritativo*, fomenta la comunicación y el razonamiento sobre las conductas. Hay una valoración y respeto a la intervención de los hijos en las decisiones, promoviendo la responsabilidad, así como la individualidad, respetando sus intereses y a su vez exigiendo un comportamiento adecuado. Estos niños se caracterizan por ser interactivos, sociales, cariñosos e independientes.^{18,16}

En cuanto al instrumento empleado para medir los estilos de crianza, el más frecuentemente utilizado es el *Parenting Style Dimension Questionnaire* (PSDQ)¹⁹, de auto aplicación tanto a padres como a madres y que ha sido adaptado y validado en países como México²⁰, Chile²¹, y Brasil²². En el Perú, este instrumento también ha sido adaptado y validado en el año 2018 habiéndose aplicado a familias con niños pequeños en la ciudad de Chiclayo.²³ El presente estudio evaluará los estilos parentales empleando esta versión adaptada a nuestro contexto.

Caries de Infancia Temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define caries de la primera infancia como la presencia de una o más superficies con lesiones de caries (no cavitadas o cavitadas), pérdida de piezas dentales debido a caries, o superficies obturadas en un niño menor de seis años.²⁴

La caries dental en la infancia es una enfermedad de interés para la salud pública por su alto impacto a nivel mundial. En el 2010 fue considerada como la décima enfermedad más prevalente.¹ La tasa de prevalencia en dientes deciduos alcanza el 7.8% que representa 573 millones de niños en todo el mundo.²⁵ En Latino America y el Caribe, la prevalencia sigue siendo alta con > 50% de niños afectados.²⁶ En el Perú, es la enfermedad más común en infantes la cual aumenta drásticamente con la edad durante los primeros años de vida.²⁷ La prevalencia nacional de caries en escolares, según el Ministerio de Salud (MINSA), es de un 90%²⁸ mientras que por tipo de dentición los porcentajes globales son de 59.1% para la dentición decidua y de 85.6% para la dentición mixta.²⁷

La mala salud bucal tiene un impacto social y psicológico negativo en los niños. Entre los más reportados se encuentran: la incapacidad para concentrarse en la escuela o ausencias escolares, baja autoestima, deterioro del desarrollo del habla, dificultad para dormir y una dieta inadecuada provocando un desarrollo físico insuficiente. Por otro lado, también afecta a la familia mediante noches de insomnio, días de trabajo perdido para los cuidadores y por ende impacto financiero.^{24.29}

La etiología y prevención de caries en la primera infancia están influenciados por los determinantes sociales de la salud como los factores sociales, ambientales, económicos y de comportamiento social.³⁰ Se ha elaborado incluso un modelo conceptual sobre los factores causales que influyen en la salud oral del niño.³¹ No obstante, algunos de estos factores

como los comportamientos y prácticas de salud oral de los niños están determinadas en gran medida por sus padres o cuidadores.⁴

Prácticas en Salud Oral

La promoción de la salud bucal y la prevención de la caries comienza en la infancia con la adquisición de hábitos saludables.³² En el contexto de la salud, una práctica consiste en las actividades que ejecutan las personas con la finalidad de mantener su salud y evitar enfermedades³³

En la infancia, las madres cumplen un rol crucial en el desarrollo de comportamientos de atención médica y determinan las prácticas dietéticas y de higiene bucal de sus hijos. Por esta razón, la OMS recomienda evitar el consumo de azúcares antes de los dos años de edad, como medida para abordar la ingesta dietética como un factor de riesgo común. Además, el cepillado dental debe comenzar a partir de la erupción del primer diente, siendo los padres responsables directos. El cepillado diario de los dientes con pasta de dientes con flúor es esencial para prevenir las enfermedades orales debido a la eliminación y el control regular del biofilm y la entrega de flúor.³⁴

El comportamiento de los padres relacionado a prácticas de salud como higiene oral del niño, uso de pasta dental adecuada, frecuencia de consumo de carbohidratos, asistencia del niño/a al odontólogo, entre otros; pueden ayudar a controlar o evitar el desarrollo de la caries dental.^{33,35}

Los proveedores de atención primaria y los odontopediatras ven a los niños con más frecuencia durante la primera infancia, y tienen la oportunidad de incorporar el cuidado básico de la salud oral infantil en su práctica. Una visión común de la salud con una responsabilidad compartida por el cuidado de la salud oral de los niños entre todos los profesionales de la salud proporciona la base para futuros enfoques preventivos.³⁴

Respecto a las prácticas de salud oral, la OMS elaboró un Cuestionario de Salud Oral para niños.³⁶ Este cuestionario también ha sido adaptado y validado recientemente en Perú³⁷ y será empleado en este estudio.

IV. METODOLOGÍA

IV.1 Tipo y diseño de estudio: Observacional, transversal, descriptivo y analítico.

IV.2 Población censal

El estudio se realizó en toda la población conformada por los binomios padre/madre – niños de 3 a 5 años de ambos sexos del nivel inicial, que cumplieron con los criterios de selección, de la Institución Educativa Pública 08 Flora Tristan del Distrito de Ica en el 2022. La población escolar de este grupo de edad ascendió a 204 niños, según data obtenida de la Unidad de Gestión Educativa Local de Ica (**UGEL Ica**). Se obtuvo el padrón de los alumnos debidamente matriculados en esta institución educativa.

Según cálculos del tamaño muestral, considerando la tasa de pérdidas (20%), el tamaño mínimo muestral debía ser de 167.

IV.3. Criterios de Selección

- **Criterios de inclusión:**

Niños de ambos sexos de 3 a 5 años que se encontraban matriculados en una I.E.P. del Distrito de Ica en el año lectivo 2022.

Padres que otorgaron su consentimiento para ser partícipes del estudio, tanto ellos como sus niños.

Solo se incluyó un niño por familia. *

*Para evitar reclutar al mismo padre dos veces, solo fue un hijo por familia. Se escogió al niño mayor, ya que probablemente sea el más cooperativo para el examen. Solo se incluyó a un padre de familia por niño. **

**Solo se escogió a aquel que pasaba la mayor parte del tiempo con el niño/a. Quien se encargaba de la alimentación, vestimenta y atención general.

- **Criterios de exclusión:**

Niños que no colaboran durante el examen clínico (conducta no receptiva)

Padres con cualquier afección médica diagnosticada que les impedia dar información para responder el cuestionario.

Niños con cualquier afección médica diagnosticada que impedia realizar el examen clínico.

- **Criterios de eliminación:**

Padres que no completaron apropiadamente el cuestionario de estilos de crianza o de prácticas de salud oral, o ambos.

Padres que respondieron parcialmente los cuestionarios.

IV.4 Definición y Operacionalización de Variables (ANEXO 1)

Variables independientes

Estilos de Crianza

Definición conceptual: constelación de actitudes hacia el niño que le son comunicadas y crean un clima emocional en el que tienen lugar los comportamientos de los padres.³⁸

Comprende dos dimensiones: control y afecto.¹⁸

Estas dos dimensiones combinadas determinan las categorías de estilos de crianza establecidos por Diana Baumrind: Autoritativo, Permisivo y Autoritario.

- **Autoritativo:** Estilo de crianza que se caracteriza por un equilibrio entre control y altos niveles de afecto.¹⁸
- **Permisivo:** Estilo de crianza que se caracteriza por una alta sensibilidad afectiva hacia los hijos y conductas de control escasas.¹⁸
- **Autoritario:** Estilo de crianza que se caracteriza por elevados niveles de control y pocas muestras de afecto hacia los hijos.¹⁸

Definición operacional: se generó por la media aritmética de la suma de los puntajes dados a cada uno de los ítems correspondiente a cada una de las categorías. El puntaje final con mayor valor obtenido de las tres categorías corresponderá a la actitud predominante que presenta la persona sobre un estilo de crianza u otro. Variable cualitativa medida en escala nominal.

Prácticas en salud oral:

Definición conceptual: Actividades que llevan a cabo las personas para proteger, promover o mantener la salud y prevenir la enfermedad. ³³

Definición operacional: Información que se obtuvo de las preguntas del cuestionario adaptado de salud bucal para niños de la OMS.

Comprende las siguientes dimensiones:

- Frecuencia de visitas al dentista: Número de veces al año que se visita a un dentista. Se obtuvo de la primera pregunta del cuestionario de salud oral para niños.

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

- Razón de la visita al dentista: Motivo por el cual se acude al dentista. Se generó de la segunda pregunta del cuestionario de salud oral para niños.

Variable cualitativa medida en escala nominal.

- Frecuencia de higiene dental: Número de veces que se realiza la higiene dental al día. Se obtuvo de la tercera pregunta del cuestionario de salud oral para niños.

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

- Uso de implementos de higiene dental: diferentes elementos que se emplean en la higiene oral. Se obtuvo de la cuarta pregunta del cuestionario de salud oral para niños.

Variable cualitativa medida en escala nominal.

- Uso de pasta dental y conocimiento sobre el flúor: Conocimiento y uso sobre el contenido de la pasta dental. Se obtuvo de la quinta pregunta parte a y b del cuestionario de salud oral para niños.
Variable cualitativa medida en escala nominal.
- Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas con azúcar: Cantidad de veces que se consume alimentos con azúcares extrínsecos. Se obtuvo de la sexta pregunta del cuestionario de salud oral para niños.
Conjunto de variables de tipo cualitativa medidas en escala ordinal.

Variable dependiente

Caries en la primera infancia

Definición conceptual: presencia de uno o más dientes afectados con caries, pérdida de piezas dentales o superficies obturadas en niño menor de 6 años. Comprende tres dimensiones:

- **Prevalencia de caries**: Número/ proporción de individuos con caries en una población dada en un tiempo y lugar determinado.

Obtenido del indicador diente con caries (dc) del índice ceod.

Variable cualitativa medida en escala nominal (0=Sano: sin caries dental activa; 1=Enfermo: con caries dental activa). Se expresó en porcentaje de niños con caries y sin caries.

- **Experiencia de caries:** Número de dientes que presentan lesiones de caries, restauraciones, y/o están perdidas debido a caries, acumulado por un individuo a lo largo de su vida.

Los criterios de la OMS³⁶ se emplearon para la medición: Muy bajo menor a 1.2, Bajo entre 1.2 y 2.6, Moderado entre 2.7 y 4.4, Alto de 4.5 a 6.5 y Muy alto mayor a 6.5

Obtenido del Índice ceod, cuyo resultado es la sumatoria de los valores de cada uno de los indicadores que lo componen, expresándose como unidad de medida el diente.

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

Covariables relacionadas con las características de los padres

Edad

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del padre/madre hasta la actualidad medida en años.

Definición operacional: se obtuvo de los datos en la parte 1 del cuestionario. Las edades se agruparán por rangos: De 18 a 29 años; De 30 a 44 años y de 45 a más.

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

Sexo

Definición conceptual: condición orgánica, masculina o femenina.

Definición operacional: se obtuvo de los datos en la parte 1 del cuestionario.

Variable cualitativa medida en escala nominal.

Nivel de educación

Definición conceptual: grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Definición operacional: se obtuvo de los datos en la parte 1 del cuestionario. Teniendo las siguientes categorías: inicial/preescolar, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria, postgrado

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

Covariables relacionadas con las características de los niños

Sexo

Definición conceptual: condición orgánica, masculina o femenina del niño.

Definición operacional: se obtuvo de los datos en la parte 1 de la Ficha epidemiológica.

Variable cualitativa medida en escala nominal.

Edad

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del niño hasta la actualidad medida en años.

Definición operacional: se obtuvo de los datos en la parte 1 de la Ficha epidemiológica. La edad se registrará en años cumplidos.

Variable cualitativa medida en escala ordinal.

IV.5 Métodos, técnicas y/o procedimientos

IV.5.1 Métodos: multimétodo dado que comprendió:

a) La observación estructurada: para determinar la prevalencia y experiencia de caries en los niños de 3 a 5 años.

b) La encuesta estructurada: para determinar los estilos de crianza de la madre o el padre de los niños de 3 a 5 años examinados, así como las prácticas de salud oral en los niños.

IV.5.2 Instrumentos de medición

a) Observación: Se empleó la Ficha Epidemiológica de la OMS.

(ANEXO 2)

b) Encuesta: Para los estilos de crianza se empleó el cuestionario *Parenting Style Dimension Questionnaire* (PSDQ), creado por Robinson et al., en la versión adaptada y validada en una población peruana por Pérez Montenegro.³²

En 1995, Robinson et al. desarrollaron el *Parenting Practices Questionnaire* (PPQ), este instrumento compuesto originalmente por 133 ítems, fue desarrollado con el objetivo de evaluar los estilos parentales según la tipología de Baumrind: 1. Autoritativo; 2. Permisivo 3. Autoritario. Este cuestionario fue aplicado a padres voluntarios que habitaban en el estado de Utah en Estados Unidos.

En el año 2001, se cambió la denominación a *Parenting Style Dimensions Questionnaire* (PSDQ). Asimismo, el número de ítems se disminuyó a 62, organizándose en tres dimensiones correspondientes al estilo autoritativo, autoritario y permisivo.

(ANEXO 3)

En el presente estudio se utilizó una versión reducida del cuestionario original *Parenting Style Dimensions Questionnaire* (PSDQ), validado y adaptado a una población peruana por Pérez Montenegro.²³ **(ANEXO 4).**

En esta versión reducida, se mantuvieron aquellos ítems que demostraron mayor consistencia interna y se omitieron 12 ítems que no estaban acorde a la edad de los niños en estudio (3 a 5 años); ya que se realizó en padres de familia del nivel preescolar. Consta de 50 ítems medidos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. Donde la tipología autoritativa está conformada por 18 ítems, la autoritaria por 18 ítems y la permisiva por 14 ítems.²³

(ANEXO 5)

Para determinar el tipo de estilo de crianza, se realizaron los cálculos siguientes: (1) se suman las puntuaciones de cada uno de los ítems correspondientes a cada una de las categorías, luego, (2) se obtiene la media aritmética entre el número total de ítems correspondiente a cada una de las categorías. El puntaje final con mayor valor corresponderá a la actitud dominante que presenta una persona sobre un estilo de crianza u otro.²³

Este instrumento, al ser una versión reducida se convierte en una herramienta sencilla y de aplicación rápida que resulta útil no solo en un escenario de investigación, sino también de aplicación en la atención clínica odontológica pediátrica, pudiendo aportar información muy útil al profesional clínico.²²

Para las prácticas en salud oral, se empleó el Cuestionario de salud oral para niños de la 5ta. Ed. de métodos básicos en encuestas de salud bucal de la OMS, adaptado y validado en Perú por Morales Carbajal.³⁷ (ANEXO 6). En este estudio se evaluó la validez de contenido, la fiabilidad y la consistencia interna del cuestionario mediante el uso de la V de Aiken, Rho de Spearman y Alpha de Cronbach, respectivamente. Se evaluó la consistencia interna mediante el uso del coeficiente Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,70. Si bien este cuestionario de autoaplicación originalmente se creó y diseñó, en general, para niños de 12 años y adolescentes considerados capaces de responderlo, el Manual de la OMS también lo indica para ser empleado en niños más pequeños, con la salvedad de que en este caso son los padres los que deben responder.³⁶ Por otro lado, también se indica que tanto las preguntas como las respuestas pueden ser adaptadas a los contextos locales o nacionales.³⁶

IV.5.3 Técnicas y procedimientos

a. Solicitud de autorización para ejecución de la investigación:

Se solicitó el permiso correspondiente mediante una carta de

presentación a la autoridad de la I.E.P (ANEXO 7) ubicada en el distrito de Ica, ciudad de Ica, para poder realizar la prueba piloto y posteriormente la investigación principal.

b. Calibración del examinador y prueba piloto (ANEXO 8): La investigadora principal pasó por un proceso de capacitación y calibración en la detección de caries dental con un especialista en Odontopediatría (gold estándar) que cuenta con 27 años de experiencia; de igual modo se capacitó a un personal asistente que registró los datos en la Ficha Epidemiológica. Para la evaluación de los niños participaron dos personas: la investigadora principal que realizó el examen clínico y la asistente que registró la información en la Ficha Epidemiológica. La capacitación y calibración se efectuó en tres sesiones:

1) Sesión teórica que tuvo una duración de 2 horas, en la cual la investigadora principal y el gold estándar revisaron el protocolo de estudio, criterios diagnósticos de caries dental, modo de completar la ficha epidemiológica, sistemática del examen bucal e instrumental necesario según la OMS³⁶. Al finalizar la sesión se resolvieron las dudas y controversias. Luego, hubo un espacio de una semana para que la investigadora principal repase los temas abordados y se proceda a la observación de casos en fotografías. **2)** Sesión práctica con 10 fotografías, se realizó una exposición en Microsoft Power Point® con un banco de imágenes de dientes naturales y casos clínicos. En esta sesión se le solicitó a la investigadora principal que

valore las piezas dentales seleccionadas, en términos de criterios según la OMS. De esta manera, la investigadora principal y el gold estándar discutieron las discrepancias de los criterios diagnósticos y utilización de códigos. Con la finalidad de disminuir la variabilidad en las mediciones y por lo tanto alcanzar el mayor grado de acuerdo posible. Además, se resolvieron las dudas que surgieron. **3)** Evaluación clínica de caries dental en niños (10), para la calibración y cálculo del coeficiente de Kappa. Se preseleccionó a niños de la I.E. N° 02 “Señor de la Esperanza” en Ica (lugar donde también se realizó el estudio piloto). Los padres estuvieron de acuerdo con que sus hijos participen en este entrenamiento, para ello se les explicó el objetivo del estudio y se solicitó que firmen un consentimiento informado. Para la evaluación de cada diente la investigadora principal dictó a un anotador con el fin de consignar en una ficha impresa elaborada con los códigos correspondientes a los criterios visuales de caries. Se secó las superficies con una gasa y se mantuvo el aislamiento relativo con rollos de algodón. Luego de un día se volvió a evaluar los mismos casos para calcular la reproducibilidad intra-examinador e inter-examinador. Después del examen clínico, se entregó al padre una nota refiriendo sobre el estado de salud bucal del niño/a. Los resultados del coeficiente Kappa fueron: interexaminador 0.865 e intraexaminador 0.932.

Luego de capacitación y calibración, se realizó prueba piloto a fin de estandarizar las técnicas, evaluar y perfeccionar los procedimientos

para el recojo de datos. El tamaño de muestra para el estudio piloto fue equivalente al 10% de la población de la I.E. 08 Flora Tristan. Sin embargo, la población binomino padre/niño(a) para el piloto fue tomada de otra Institución Educativa (I.E. N° 02 “Señor de la Esperanza”) y contempló características similares a las del estudio principal. La selección de los participantes fue de manera aleatoria. La justificación de realizar el piloto en otra Institución Educativa fue para no contaminar el estudio en la población principal.

c. Convocatoria a las madres/padres de familia y Consentimiento Informado: Se coordinó previamente con la Dirección de la I.E.P. para que se envíe una Hoja Informativa (**ANEXO 9**) a las madres/padres de familia cuyo contenido fue elaborado con un lenguaje claro y sencillo. Adicionalmente, se adjuntó una hoja donde se les preguntó quienes deseaban participar voluntariamente en el estudio. Para quienes estuvieron de acuerdo, se solicitó la firma del Consentimiento Informado (**ANEXO 10**). Ya teniendo la aprobación para que sus hijos sean parte del estudio, se procedió a generar un cronograma para la evaluación odontológica y se coordinó con la Dirección el día en que se dará inicio.

d. Encuesta sobre Estilos de crianza y Prácticas en salud oral

Para los padres que desearon participar en el estudio y firmaron el Consentimiento Informado se procedió a realizar la entrega de un sobre de manila con los cuestionarios precodificados. Esta se llevó a cabo mediante una lista de cotejo, con el fin de mantener la

confidencialidad de los datos. El cuestionario fue completado por los padres de familia en sus respectivos hogares. El cuestionario de estilos de crianza consta de dos partes, la primera incluye datos demográficos del padre y/o madre como edad, sexo, nivel de educación. La segunda parte consta de 50 ítems, en escala tipo Likert.

Para asegurar la fiabilidad y el entendimiento de este instrumento, se utilizó la validación y adaptación realizada en Perú por Pérez Montenegro.²³ Es importante mencionar que se cuenta con el permiso correspondiente para la utilización del cuestionario en este estudio.

El cuestionario sobre Prácticas de salud oral consta de 6 ítems, donde se evaluó prácticas de higiene oral, dieta/hábitos alimentarios y visitas al dentista. Para asegurar la fiabilidad y el entendimiento de este instrumento, se utilizó la validación y adaptación realizada en Perú por Morales Carbajal.³⁷

Cabe destacar que, con el objetivo de guardar la identidad de los encuestados, se codificarán los cuestionarios para mantener el anonimato. Usando la información de los cuestionarios se confeccionó una base de datos en Excel donde todas las variables fueron codificadas.

e. Examen clínico, registro de datos e Instrumento de registro de

datos: Dos días antes del examen clínico se envió la “ficha de

sintomatología COVID-19”, según lo establecido por el MINSA. Se coordinó con la maestra de cada aula para realizar el envío de esta ficha en los cuadernos respectivos de los niños según el cronograma establecido para la evaluación clínica. De esta manera se descartó algún caso sospechoso.

Asimismo, el cronograma para la evaluación de caries se coordinó con la maestra de cada aula para no afectar las actividades escolares del niño. El examen clínico se realizó en un ambiente dispuesto por la Dirección. Para el ingreso del niño al lugar donde se recolectaron los datos, este debía presentar su ficha de sintomatología COVID-19 debidamente completada por sus padres. Se colocó un pediluvio a la entrada con Hipoclorito 0.1% y se aplicó una solución hidroalcohólica al 70%.

Para la evaluación, la investigadora principal y el personal de apoyo contaron con el EPP respectivo (mascarilla N95, protector facial, mandilón, guantes, gorro) para evitar exposiciones biológicas por COVID-19. Cabe destacar que se siguió la secuencia de uso y retiro del EPP según el Protocolo de Bioseguridad ante el Coronavirus (COVID-19) – 2021 UPCH.³⁹ Además, se utilizó una mesa donde se colocaron los campos descartables, las gasas, el instrumental de diagnóstico debidamente desinfectado y esterilizado. Primero, se estableció una relación con los niños mediante preguntas casuales como su dibujo favorito, deporte de interés, etc. Se le explicó al niño los pasos del examen clínico, mediante la técnica de manejo de

conducta: decir, mostrar y hacer; de asentir se procedió a realizar la evaluación de caries dental. Se limpió con una gasa la superficie de los dientes y se mantuvo un aislamiento relativo con rollos de algodón, para evitar que las superficies se humedezcan nuevamente. Finalmente con el espejo bucal N° 4 se evaluaron las superficies de los dientes deciduos para detectar la presencia o no de lesiones de caries.

La recolección de los datos se realizó mediante la Ficha Epidemiológica, la cual contaba con espacios para el registro de: fecha del examen, nombre del niño(a), edad, sexo. Una asistente dental, previamente entrenada, registró los datos y códigos que la investigadora le dictaba mientras evaluaba a los niños. El personal auxiliar estaba encargado de retirar todo el material y colocarlo en un contenedor sellado. Asimismo se realizó la desinfección del ambiente. Para los desechos se estableció un contenedor donde se podrá descartar el EPP, material descartable posiblemente contaminado (guantes, mascarillas u otros).

Finalizada la atención del niño se le entregó un kit de higiene bucal (cepillo y pasta dental). Luego de recogidos los datos se procedió a sacar el índice de ceod el mismo día del examen clínico. Las fichas fueron digitadas en el programa Microsoft Excel.

IV.6 Consideraciones éticas

Antes de la ejecución del estudio este fue revisado para su evaluación y posterior aprobación tanto por la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería como por el Comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI-Humanos). Asimismo, se siguieron las Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁰

IV.7 Plan de análisis

La tabulación de los datos se realizó en el programa Microsoft Excel, y luego se exportó al programa STATA versión 17 para el análisis.

Se hizo el análisis descriptivo de las variables cualitativas obteniendo la distribución de frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión.

Se hicieron análisis bivariados para determinar la asociación entre los estilos de crianza y las prácticas de salud oral en los niños con a) prevalencia de caries y b) experiencia de caries, ajustado por las características sociodemográficas de los padres y de los niños.

Para determinar las asociaciones se aplicó pruebas bivariadas de Chi cuadrado.

Se consideró un nivel de significancia de 5% un nivel de confianza de 95%.

V. RESULTADOS

Características generales de los participantes del estudio y sus padres

Se reclutaron un total de 170 díadas padre o madre - hijo. Los cuestionarios fueron completados por 142 madres (83,5%) y por 28 padres (16,4%). La mayoría de los padres de familia tienen entre 30 a 40 años (60%) y cuentan con un nivel de educación superior (77.64%). Los niños predominantemente pertenecen al género femenino (n=92; 54,12%). **(Tabla 1)**

Estilo de crianza

El estilo de crianza predominante fue el autoritativo (n = 163; 95,88%), siendo principalmente las madres las que se encuentran en esta categoría (n=138; 81,18%) por cuanto a su vez comprenden la mayoría de participantes en este estudio. No se halló ningún padre en el estilo autoritario y muy pocos presentaron un estilo permisivo (n=7; 4,12%). La mayoría de los padres autoritativos tienen entre 30 a 44 años (n=96; 56,47%) y en general cuentan con un nivel de educación superior (n=67; 39,41%). **(Tabla 1 y 3)**

Prevalencia y experiencia de caries

Las niñas presentaron una mayor prevalencia de caries (n=71; 55,91%). Sin embargo, se observó una mayor experiencia de caries en los niños (1.68 ± 1.57). Con respecto a la edad, se encontró una mayor prevalencia (84.48%) y experiencia de caries en los niños con 5 años (1.72 ± 1.14). **(Tabla 2)**

Prácticas en salud oral/características padres

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de educación de los padres y la frecuencia de higiene ($p=0.001$), razón de visita al dentista ($p=0.017$), uso de pasta dental ($p=0.012$). Con respecto a la exposición

de azúcares, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de educación de los padres y el consumo de dulces o caramelos ($p=0.002$).

(Tabla 4)

Caries y covariables padres

Los padres más jóvenes tienen hijos con una mayor experiencia de caries (1.7 ± 1.42). Por otro lado, los niños con padres de 30-44 años presentan una mayor prevalencia (59.84%), como también aquellos con educación superior no universitaria y secundaria respectivamente (47.24%; 29.92%). Se observó asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia/experiencia de caries y el nivel de educación de los padres ($p=0.001$). **(Tabla 2)**

Estilos de crianza y caries dental

Hubo una mayor prevalencia de caries en los niños con padres autoritativos (71,76%); mayormente en el grupo de madres (61.96%); entre las edades comprendidas de 30 a 44 años (43.56%) y con educación superior (52.76%). Respecto a la experiencia de caries, los valores más altos recaen en los hijos con padres autoritativos (1.50 ± 1.37); de 18 a 29 años (1.70 ± 1.42) y con nivel de educación secundaria (3.50 ± 1.25). **(Tabla 5 y 6)**

Estilo de crianza y prácticas de salud oral

El 50% de los padres autoritativos llevaron a su hijo al dentista de 1-4 veces en los últimos doce meses mientras que el 45.88% no lo llevan o nunca han ido al dentista. Cuando lo hacen suele ser para control (29,41%) o tratamiento (15.88%). Además, los padres autoritativos refieren que sus hijos mantienen una higiene dental frecuente de una a más veces al día (79,41%) con uso de cepillo y pasta dental (95.88%); sin embargo, no tienen conocimiento si ésta

contiene flúor (29,41%). La gran mayoría no emplea hilo dental (89.41%) en la higiene bucal de sus hijos. Solo unos pocos emplean enjuague bucal (11.76%). Los padres autoritativos exponen a sus hijos a los azúcares libres en prácticamente todas las categorías como: galletas y tortas, gaseosas, miel, dulces o caramelos, leche con azúcar y té con azúcar. **(Tabla 7)**

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los padres y de los niños

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo de los Padres		
Masculino	28	16.47
Femenino	142	83.53
Edad de los Padres		
De 18 a 29 años	43	25.29
De 30 a 44 años	102	60
De 45 a más	25	14.71
Nivel Educativo de los Padres		
Secundaria	38	22.35
Superior no universitaria	71	41.76
Superior universitaria	58	34.12
Posgrado	3	1.76
Sexo de los Niños		
Masculino	78	45.88
Femenino	92	54.12
Edad de los Niños		
3 años	55	32.35
4 años	57	33.53
5 años	58	34.12
Estilo de crianza		
Autoritativo	163	95.88
Permisivo	7	4.12
Autoritario	0	0

Tabla 2. Prevalencia y experiencia de caries según covariables de los padres y de los niños

Variables	ceod			prev				
	X	DE	p	Sano: sin caries dental activa		Enfermo: con caries dental activa		p
				n	%	n	%	
Sexo del niño								
Masculino	1.68	1.57	0.693*	22	51.56	56	44.09	0.421****
Femenino	1.48	1.22		21	48.84	71	55.91	
Edad del niño								
3 años	1.4	1.44	0.131**	16	37.21	39	30.71	0.103****
4 años	1.58	1.58		18	41.86	39	30.71	
5 años	1.72	1.14		9	20.93	49	38.58	
Sexo del padre								
Masculino	1.89	1.50	0.201*	5	11.63	23	18.11	0.322****
Femenino	1.51	1.37		38	88.37	104	81.89	
Edad del padre								
De 18 a 29 años	1.7	1.42	0.743**	11	25.58	32	25.20	0.987****
De 30 a 44 años	1.53	1.41		26	60.47	76	59.84	
De 45 a más	1.52	1.29		6	13.95	19	14.96	
Nivel de educación del padre								
Secundaria	3.45	1.25	<0.001**	0	0.00	38	29.92	<0.001****
Superior no universitaria	1.39	0.82		11	25.58	60	47.24	
Superior universitaria	0.64	0.72		29	67.44	29	22.83	
Posgrado	0	0.00		3	6.98	0	0.00	

*Prueba de U de Mann Whitney.

**Prueba de Kruskal Wallis.

***Prueba de Chi-cuadrado.

****Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 3. Estilos de crianza de los padres según edad, sexo y grado de instrucción

	Estilo de crianza				Sig.
	Autoritativo		Permisivo		
	n	%	n	%	
Sexo del padre					
Masculino	25	14.71	3	1.76	0.089*
Femenino	138	81.18	4	2.35	
Edad del padre					
De 18 a 29 años	43	25.29	0	0.00	0.116**
De 30 a 44 años	96	56.47	6	3.53	
De 45 a más	24	14.12	1	0.59	
Nivel de educación del padre					
Secundaria	36	21.18	2	1.18	1.000*
Superior no universitaria	67	39.41	4	2.35	
Superior universitaria	57	33.53	1	0.59	
Posgrado	3	1.76	0	0.00	

*Fisher

**Chi cuadrado

Tabla 4.a. Frecuencia y razón de visita al dentista en niños según sexo, edad y grado de instrucción de los padres

Variables	Sexo de los padres				p	Edad de los padres						p	Nivel educativo de los padres								p
	Masculino		Femenino			De 18 a 29 años		De 30 a 44 años		De 45 a más			Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria		Posgrado		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Frecuencia de visita al dentista																					
Una vez	11	20	44	80		11	20	32	58.18	12	21.82		10	18.18	27	49.09	18	32.73	0	0	
Dos veces	7	24.14	22	75.86		10	34.48	17	58.62	2	6.9		5	17.24	12	41.38	10	34.48	2	6.9	
Tres veces	1	25	3	75		1	25	3	75	0	0		4	100	0	0	0	0	0	0	
Cuatro veces	0	0	0	0	0.314*	0	0	0	0	0	0	0.193*	0	0	0	0	0	0	0	0	
Más de cuatro veces	0	0	1	100		0	0	1	100	0	0		1	100	0	0	0	0	0	0	0
No he ido en los últimos doce meses	3	8.82	31	91.18		8	23.53	21	61.76	5	14.71		3	8.82	16	47.06	15	44.12	0	0	
Nunca he ido al dentista	4	9.52	38	90.48		9	21.43	28	66.67	5	11.9		13	30.95	14	33.33	14	33.33	1	2.38	
No recuerdo	2	40	3	60		4	80	0	0	1	20		2	40	2	40	1	20	0	0	
Razón de la visita al dentista																					
Dolor o molestias	1	12.5	7	87.5		1	12.5	6	75	1	12.5		5	62.5	3	37.5	0	0	0	0	
Tratamiento	6	21.43	22	78.57	0.255*	7	25	18	64.29	3	10.71	0.824*	10	35.71	15	53.57	3	10.71	0	0	
Para un control.	11	21.15	41	78.85		14	26.92	28	53.85	10	19.23		5	9.62	20	38.46	25	48.08	2	3.85	
No sé / no recuerdo	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0	0	0	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 4.b. Frecuencia de higiene, uso de pasta dental y conocimiento sobre flúor en niños según sexo, edad y grado de instrucción de los padres

Variables	Sexo de los padres				p	Edad de los padres						p	Nivel educativo de los padres								p
	Masculino		Femenino			De 18 a 29 años		De 30 a 44 años		De 45 a más			Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria		Posgrado		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Frecuencia de higiene dental																					
Nunca	1	100	0	0		0	0	0	0	1	100		1	100	0	0	0	0	0	0	
De 2 a 3 veces al mes	3	21.43	11	78.57		4	28.57	8	57.14	2	14.29		3	21.43	10	71.43	1	7.14	0	0	
Una vez a la semana.	1	20	4	80	0.139*	0	0	4	80	1	20	0.196*	1	20	1	20	3	60	0	0	
De 2 a 6 veces a la semana.	3	30	7	70		4	40	6	60	0	0		4	40	5	50	1	10	0	0	0.017**
Una vez al día.	10	18.52	44	81.48		18	33.33	30	55.56	6	11.11		19	35.19	11	20.37	23	42.59	1	1.85	
Dos o más veces al día.	10	11.63	76	88.37		17	19.77	54	62.79	15	17.44		10	11.63	44	51.16	30	34.88	2	2.33	
Uso de pasta dental																					
Sí	28	16.47	142	83.53	NR	43	25.29	102	60	25	14.71	NR	38	22.35	71	41.76	58	34.12	3	1.76	
No	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conocimiento sobre flúor																					
Sí	13	18.31	58	81.69		16	22.54	41	57.75	14	19.72		4	5.63	41	57.75	24	33.8	2	2.82	
No	9	16.98	44	83.02	0.749*	10	18.87	39	73.58	4	7.55	0.051*	18	33.96	21	39.62	14	26.42	0	0	0.090**
No sé	6	13.04	40	86.96		17	36.96	22	47.83	7	15.22		16	34.78	9	19.57	20	43.48	1	2.17	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 4.c. Uso de implementos de higiene dental en niños según sexo, edad y grado de instrucción de los padres

Variables	Sexo de los padres					Edad de los padres						Nivel educativo de los padres									
	Masculino		Femenino		p	De 18 a 29 años		De 30 a 44 años		De 45 a más		p	Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria		Posgrado		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cepillo																					
Sí	28	16.47	142	83.53	NR	43	25.29	102	60	25	14.71	NR	38	22.35	71	41.76	58	34.12	3	1.76	NR
No	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
Hilo dental																					
Sí	1	9.09	10	90.91	0.495*	1	9.09	8	72.73	2	18.18	0.442*	2	18.18	1	9.09	6	54.55	2	18.18	0.012**
No	27	16.98	132	83.02		42	26.42	94	59.12	23	14.47		36	22.64	70	44.03	52	32.7	1	0.63	
Palitos de dientes (madera y plástico)																					
Sí	0	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	NR	0	0	0	0	0	0	0	0	NR
No	28	16.47	142	83.53		43	25.29	102	60	25	14.71		38	22.35	71	41.76	58	34.12	3	1.76	
Enjuague bucal																					
Sí	2	10	18	90	0.406*	9	45	9	45	2	10	0.097	3	15	9	45	7	35	1	5	0.582*
No	26	17.33	124	82.67		34	22.67	93	62	23	15.33		35	23.33	62	41.33	51	34	2	1.33	
Otro																					
Sí	1	100	0	0	NR	0	0	1	100	0	0	NR	1	100	0	0	0	0	0	0	0.322*
No	27	15.98	142	84.02		43	25.44	101	59.76	25	14.79		37	21.89	71	42.01	58	34.32	3	1.78	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 4.d. Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas con azúcar en niños según sexo, edad y grado de instrucción de los padres

Variables	Sexo de los padres				Edad de los padres						Nivel educativo de los padres										
	Masculino		Femenino		p	De 18 a 29 años		De 30 a 44 años		De 45 a más		p	Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria		Posgrado		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Fruta fresca																					
Nunca	0	0	1	100		1	100	0	0	0	0		0	0	1	100	0	0	0	0	
Varias veces al mes	2	20	8	80		3	30	5	50	2	20		1	10	3	30	6	60	0	0	
Una vez a la semana	1	7.14	13	92.86	0.851*	4	28.57	8	57.14	2	14.29	0.609*	1	7.14	7	50	6	42.86	0	0	0.763*
Varias veces a la semana	4	12.5	28	87.5		6	18.75	24	75	2	6.25		6	18.75	13	40.63	12	37.5	1	3.13	
Todos los días	13	19.4	54	80.6		15	22.39	40	59.7	12	17.91		18	26.87	29	43.28	18	26.87	2	2.99	
Varias veces al día	8	17.39	38	82.61		14	30.43	25	54.35	7	15.22		12	26.09	18	39.13	16	34.78	0	0	
Galletas tortas																					
Nunca	0	0	1	100		0	0	0	0	1	100		0	0	1	100	0	0	0	0	
Varias veces al mes	3	13.04	20	86.96		5	21.74	14	60.87	4	17.39		4	17.39	7	30.43	12	52.17	0	0	
Una vez a la semana	11	18.97	47	81.03	0.942*	14	24.14	36	62.07	8	13.79	0.310*	12	20.69	21	36.21	23	39.66	2	3.45	0.052**
Varias veces a la semana	8	14.55	47	85.45		16	29.09	30	54.55	9	16.36		8	14.55	32	58.18	15	27.27	0	0	
Todos los días	4	16	21	84		4	16	18	72	3	12		9	36	9	36	6	24	1	4	
Varias veces al día	2	25	6	75		4	50	4	50	0	0		5	62.5	1	12.5	2	25	0	0	
Gaseosas																					
Nunca	2	50	2	50		0	0	3	75	1	25		2	50	0	0	1	25	1	25	
Varias veces al mes	4	13.79	25	86.21		8	27.59	14	48.28	7	24.14		3	10.34	15	51.72	11	37.93	0	0	
Una vez a la semana	9	20	36	80	0.310*	11	24.44	28	62.22	6	13.33	0.509*	9	20	21	46.67	14	31.11	1	2.22	0.106*
Varias veces a la semana	8	18.18	36	81.82		12	27.27	30	68.18	2	4.55		10	22.73	18	40.91	15	34.09	1	2.27	
Todos los días	5	12.5	35	87.5		9	22.5	23	57.5	8	20		11	27.5	15	37.5	14	35	0	0	
Varias veces al día	0	0	8	100		3	37.5	4	50	1	12.5		3	37.5	2	25	3	37.5	0	0	
Miel																					
Nunca	13	20	52	80		20	30.77	36	55.38	9	13.85		12	18.46	35	53.85	18	27.69	0	0	
Varias veces al mes	5	16.67	25	83.33		6	20	19	63.33	5	16.67		9	30	10	33.33	10	33.33	1	3.33	
Una vez a la semana	6	13.95	37	86.05	0.850*	10	23.26	27	62.79	6	13.95	0.818*	12	27.91	13	30.23	17	39.53	1	2.33	0.059*
Varias veces a la semana	4	15.38	22	84.62		7	26.92	16	61.54	3	11.54		4	15.38	11	42.31	11	42.31	0	0	
Todos los días	0	0	5	100		0	0	3	60	2	40		0	0	2	40	2	40	1	20	
Varias veces al día	0	0	1	100		0	0	1	100	0	0		1	100	0	0	0	0	0	0	
Chicles con azúcar																					
Nunca	15	15.63	81	84.38		22	22.92	60	62.5	14	14.58		15	15.63	44	45.83	35	36.46	2	2.08	
Varias veces al mes	3	14.29	18	85.71		5	23.81	14	66.67	2	9.52		5	23.81	8	38.1	8	38.1	0	0	
Una vez a la semana	5	13.16	33	86.84	0.474*	10	26.32	22	57.89	6	15.79	0.645*	9	23.68	17	44.74	11	28.95	1	2.63	0.063*
Varias veces a la semana	4	33.33	8	66.67		4	33.33	6	50	2	16.67		6	50	2	16.67	4	33.33	0	0	
Todos los días	1	33.33	2	66.67		2	66.67	0	0	1	33.33		3	100	0	0	0	0	0	0	
Varias veces al día	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	

Dulces o caramelos																				
Nunca	3	13.04	20	86.96		4	17.39	15	65.22	4	17.39		3	13.04	8	34.78	11	47.83	1	4.35
Varias veces al mes	11	19.64	45	80.36		14	25	34	60.71	8	14.29		9	16.07	25	44.64	22	39.29	0	0
Una vez a la semana	4	8.33	44	91.67	0.268*	13	27.08	28	58.33	7	14.58	0.994*	6	12.5	27	56.25	13	27.08	2	4.17
Varias veces a la semana	7	20.59	27	79.41		10	29.41	19	55.88	5	14.71		16	47.06	9	26.47	9	26.47	0	0
Todos los días	3	33.33	6	66.67		2	22.22	6	66.67	1	11.11		4	44.44	2	22.22	3	33.33	0	0
Varias veces al día	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
Leche con azucar																				
Nunca	6	15.79	32	84.21		12	31.58	19	50	7	18.42		8	21.05	12	31.58	17	44.74	1	2.63
Varias veces al mes	2	16.67	10	83.33		6	50	6	50	0	0		4	33.33	4	33.33	4	33.33	0	0
Una vez a la semana	4	25	12	75	0.915*	5	31.25	9	56.25	2	12.5	0.057*	0	0	9	56.25	7	43.75	0	0
Varias veces a la semana	5	15.63	27	84.38		12	37.5	17	53.13	3	9.38		12	37.5	14	43.75	6	18.75	0	0
Todos los días	11	15.94	58	84.06		8	11.59	49	71.01	12	17.39		13	18.84	30	43.48	24	34.78	2	2.9
Varias veces al día	0	0	3	100		0	0	2	66.67	1	33.33		1	33.33	2	66.67	0	0	0	0
Té con azucar																				
Nunca	12	15	68	85		18	22.5	45	56.25	17	21.25		16	20	34	42.5	27	33.75	3	3.75
Varias veces al mes	3	13.04	20	86.96		8	34.78	13	56.52	2	8.7		4	17.39	7	30.43	12	52.17	0	0
Una vez a la semana	4	22.22	14	77.78	0.786*	4	22.22	13	72.22	1	5.56	0.614*	9	50	7	38.89	2	11.11	0	0
Varias veces a la semana	5	18.52	22	81.48		8	29.63	16	59.26	3	11.11		8	29.63	10	37.04	9	33.33	0	0
Todos los días	4	23.53	13	76.47		3	17.65	12	70.59	2	11.76		1	5.88	10	58.82	6	35.29	0	0
Varias veces al día	0	0	5	100		2	40	3	60	0	0		0	0	3	60	2	40	0	0
Café con azucar																				
Nunca	22	15.38	121	84.62		34	23.78	88	61.54	21	14.69		32	22.38	63	44.06	45	31.47	3	2.1
Varias veces al mes	2	33.33	4	66.67		2	33.33	4	66.67	0	0		2	33.33	2	33.33	2	33.33	0	0
Una vez a la semana	0	0	6	100	0.446*	2	33.33	3	50	1	16.67	0.810*	0	0	3	50	3	50	0	0
Varias veces a la semana	2	28.57	5	71.43		3	42.86	2	28.57	2	28.57		2	28.57	0	0	5	71.43	0	0
Todos los días	2	25	6	75		2	25	5	62.5	1	12.5		2	25	3	37.5	3	37.5	0	0
Varias veces al día	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 5. Estilos de crianza y prevalencia de caries dental según covariables de los padres y niños

	Estilo de crianza							
	Autoritativo				Permisivos			
	Con caries		Sin caries		Con caries		Sin caries	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevalencia	122	71.76	41	24.12	5	2.94	2	1.18
Sexo del padre								
Masculino	21	12.88	4	2.45	2	28.57	1	14.29
Femenino	101	61.96	37	22.70	3	42.86	1	14.29
Edad del padre								
De 18 a 29 años	32	19.63	11	6.75	0	0.00	0	0.00
De 30 a 44 años	71	43.56	25	15.34	5	71.43	1	14.29
De 45 a más	19	11.66	5	3.07	0	0.00	1	14.29
Nivel de educación del padre								
Secundaria	36	22.09	0	0.00	2	28.57	0	0.00
Superior no universitaria	57	34.97	10	6.13	3	42.86	1	14.29
Superior universitaria	29	17.79	28	17.18	0	0.00	1	14.29
Posgrado	0	0.00	3	1.84	0	0.00	0	0.00
Sexo del niño								
Masculino	55	34.74	21	12.88	1	14.29	1	14.29
Femenino	67	41.10	20	12.27	4	57.14	1	14.29
Edad del niño								
3 años	37	22.70	15	9.20	2	28.57	1	14.29
4 años	38	23.31	17	10.43	1	14.29	1	14.29
5 años	47	28.83	9	5.52	2	28.57	0	0.00

Tabla 6. Estilos de crianza y experiencia de caries dental según covariables de los padres y niños

	Estilo de crianza					
	Autoritativo			Permisivo		
	n	Prom	d.s.	n	Prom	d.s.
Sexo del padre						
Masculino	25	2.04	1.51	3	0.67	0.58
Femenino	138	1.50	1.37	4	1.75	1.26
Edad del padre						
De 18 a 29 años	43	1.70	1.42	0	-	-
De 30 a 44 años	96	1.53	1.44	6	1.50	1.05
De 45 a más	24	1.58	1.28	1	0.00	-
Nivel de educación del padre						
Secundaria	36	3.50	1.25	2	2.50	0.71
Superior no universitaria	67	1.42	0.82	4	1.00	0.82
Superior universitaria	57	0.65	0.72	1	0.00	-
Posgrado	3	0.00	0.00	0	-	-
Sexo del niño						
Masculino	76	1.70	1.58	2	1.00	1.41
Femenino	87	1.48	1.23	5	1.40	1.14
Edad del niño						
3 años	52	1.40	1.45	3	1.33	1.53
4 años	55	1.60	1.59	2	1.00	1.41
5 años	56	1.73	1.15	2	1.50	0.71

Tabla 7.a. Estilos de crianza y prácticas de salud oral

Variables	Estilo de crianza				p
	Autoritativo		Permisivo		
	n	%	n	%	
Frecuencia de visita al dentista					
Una vez	51	30.00	4	2.35	0.780*
Dos veces	29	17.06	0	0.00	
Tres veces	4	2.35	0	0.00	
Cuatro veces	0	0.00	0	0.00	
Más de cuatro veces	1	0.59	0	0.00	
No he ido en los últimos doce meses	33	19.41	1	0.59	
Nunca he ido al dentista	40	23.53	2	1.18	
No recuerdo	5	2.94	0	0.00	
Razón de la visita al dentista					
Dolor o molestias	8	4.71	0	0.00	0.144**
Tratamiento	27	15.88	1	0.59	
Para un control.	50	29.41	2	1.18	
No sé / no recuerdo	0	0.00	1	0.59	
Frecuencia de higiene dental					
Nunca	1	0.59	0	0.00	0.059*
De 2 a 3 veces al mes	14	8.24	0	0.00	
Una vez a la semana.	5	2.94	0	0.00	
De 2 a 6 veces a la semana.	8	4.71	2	1.18	
Una vez al día.	50	29.41	4	2.35	
Dos o más veces al día.	85	50.00	1	0.59	
Uso de pasta dental					
Sí	163	95.88	7	4.12	NR
No	0	0.00	0	0.00	
Conocimiento sobre flúor					
Sí	67	39.41	4	2.35	0.258*
No	50	29.41	3	1.76	
No sé	46	27.06	0	0.00	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

Tabla 7.b. Estilos de crianza y prácticas de salud oral

Variables	Estilo de crianza				p
	Autoritativo		Permisivo		
	n	%	n	%	
Cepillo					
Sí	163	95.88	7	4.12	NR
No	0	0.00	0	0.00	
Hilo dental					
Sí	11	6.47	0	0.00	NR
No	152	89.41	7	4.12	
Palitos de dientes (madera y plástico)					
Sí	0	0.00	0	0.00	NR
No	163	95.88	7	4.12	
Enjuague bucal					
Sí	20	11.76	0	0.00	NR
No	143	84.12	7	4.12	
Otro					
Sí	1	0.59	0	0.00	NR
No	162	95.29	7	4.12	

Tabla 7.c. Estilos de crianza y prácticas de salud oral

Variables	Estilo de crianza				p
	Autoritativo		Permisivo		
	n	%	n	%	
Fruta fresca					
Nunca	1	0.59	0	0.00	0.833*
Varias veces al mes	9	5.29	1	0.59	
Una vez a la semana	14	8.24	0	0.00	
Varias veces a la semana	30	17.65	2	1.18	
Todos los días	65	38.24	2	1.18	
Varias veces al día	44	25.88	2	1.18	
Galletas tortas					
Nunca	1	0.59	0	0.00	0.878*
Varias veces al mes	23	13.53	0	0.00	
Una vez a la semana	55	32.35	3	1.76	
Varias veces a la semana	52	30.59	3	1.76	
Todos los días	24	14.12	1	0.59	
Varias veces al día	8	4.71	0	0.00	
Gaseosas					
Nunca	4	2.35	0	0.00	0.985*
Varias veces al mes	28	16.47	1	0.59	
Una vez a la semana	43	25.29	2	1.18	
Varias veces a la semana	42	24.71	2	1.18	
Todos los días	38	22.35	2	1.18	
Varias veces al día	8	4.71	0	0.00	
Miel					
Nunca	63	37.06	2	1.18	0.965*
Varias veces al mes	28	16.47	2	1.18	
Una vez a la semana	41	24.12	2	1.18	
Varias veces a la semana	25	14.71	1	0.59	
Todos los días	5	2.94	0	0.00	
Varias veces al día	1	0.59	0	0.00	
Chicles con azucar					
Nunca	95	55.88	1	0.59	0.072*

Varias veces al mes	18	10.59	3	1.76	
Una vez a la semana	36	21.18	2	1.18	
Varias veces a la semana	11	6.47	1	0.59	
Todos los días	3	1.76	0	0.00	
Varias veces al día	0	0.00	0	0.00	
Dulces o caramelos					
Nunca	22	12.94	1	0.59	
Varias veces al mes	54	31.76	2	1.18	
Una vez a la semana	47	27.65	1	0.59	0.087*
Varias veces a la semana	33	19.41	1	0.59	
Todos los días	7	4.12	2	1.18	
Varias veces al día	0	0.00	0	0.00	
Leche con azucar					
Nunca	37	21.76	1	0.59	
Varias veces al mes	12	7.06	0	0.00	
Una vez a la semana	15	8.82	1	0.59	0.900*
Varias veces a la semana	31	18.24	1	0.59	
Todos los días	65	38.24	4	2.35	
Varias veces al día	3	1.76	0	0.00	
Té con azucar					
Nunca	79	46.47	1	0.59	
Varias veces al mes	22	12.94	1	0.59	
Una vez a la semana	16	9.41	2	1.18	0.146*
Varias veces a la semana	24	14.12	3	1.76	
Todos los días	17	10.00	0	0.00	
Varias veces al día	5	2.94	0	0.00	
Café con azucar					
Nunca	138	81.18	5	2.94	
Varias veces al mes	6	3.53	0	0.00	
Una vez a la semana	5	2.94	1	0.59	0.291*
Varias veces a la semana	6	3.53	1	0.59	
Todos los días	8	4.71	0	0.00	
Varias veces al día	0	0.00	0	0.00	

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates.

VI. DISCUSIÓN

Es interés de la profesión odontológica saber si los estilos de crianza influyen en el establecimiento de caries dental en los niños, en vista de los cambios culturales que se vienen dando en las sociedades.⁹ En el presente estudio, en primer lugar, los resultados determinan que no se encuentra asociación entre el estilo de crianza y caries en la primera infancia. La mayoría de los participantes recaen dentro del estilo de crianza autoritativo, siendo principalmente las madres las que se encuentran en esta categoría por cuanto a su vez comprenden el mayor número en este estudio. Por otro lado, dentro del estilo permisivo son pocos los que se hallan en esta categoría; no encontrándose ninguno en el estilo autoritario. La mayoría de los padres autoritativos tienen entre 30 a 44 años y en general cuentan con un nivel de educación superior. En segundo lugar, respecto a caries en la primera infancia, si bien la prevalencia demuestra ser alta para ambos géneros; la experiencia de caries es baja. Por otra parte, se encuentra asociación entre el nivel de educación de los padres y la experiencia de caries en niños. Los hijos de padres con educación secundaria presentan una experiencia de caries moderada mientras que los hijos de padres con educación superior presentan una baja experiencia de caries. En tercer lugar, en las prácticas de salud oral se encuentra un alto porcentaje de padres cuyos hijos tienen exposición frecuente a azúcares libres y, en cuanto a la visita al dentista, se determinan valores porcentuales equiparables tanto en los padres que llevan a sus hijos a visita dental como los que no lo hacen.

El hallazgo de que solo se reporten dos estilos de crianza, autoritativo (95,8%) y permisivo (4.1%), se encuentra en concordancia con otro estudio donde el estilo de crianza autoritativo fue del 94% mientras que el estilo permisivo alcanzó un 6% , no encontrándose ningún padre en el estilo autoritativo. ⁴¹ Sin embargo, nuestro estudio no es consistente con otros donde sí se logró identificar los tres estilos de crianza. ^{5,9,10,11} Esto se explicaría porque las características de los estilos de crianza varían entre culturas e incluso entre subculturas dentro de la misma. En todo sistema sociocultural el estilo de crianza que adoptan las familias está influenciada por las creencias preponderantes sobre la pertinencia de ciertas estrategias educativas, así como las interacciones entre padres e hijos en cada contexto, e incluso las expectativas de los padres. ^{17,42} Adicionalmente, el no haber identificado el estilo autoritario en este estudio podría ser también a la actual consciencia sobre los derechos que protegen a los niños, donde se reemplaza la autoridad parental por responsabilidad, buscando no usar la violencia o actitudes hostiles hacia los infantes.⁵⁹ No obstante, los estudios donde se encontró asociación entre los estilos de crianza y caries dental podría deberse a que en esa población se logró identificar el estilo autoritario. Esos hallazgos podrían sugerir que la salud bucal no es una prioridad para estas familias.⁹

Un estudio realizado por Majluf y Ojeda en el 2006 (citado por León, J y col.) sobre los estilos de crianza en el Perú, señalan que, en la costa, los padres con

un nivel socioeconómico medio son más autoritativos que los de clase baja, siendo estos más autoritarios. Por otro lado, los padres de la Sierra son más autoritarios que los de la costa, en ambas clases socioeconómicas, y más tradicionales (autoritarios) que los de la selva en el nivel socioeconómico bajo. Este hallazgo muestra la influencia del factor cultural en la crianza.⁶⁰

Los estilos de crianza de hoy en día, en América, son diferentes de lo que era hace 50 años. Estos cambios se atribuyen a las transformaciones culturales, los medios de comunicación, hogares con familias monoparentales, el trabajo de los padres y al rápido ritmo de la vida contemporánea que frecuentemente se acompaña de estrés. De esta manera, los padres actualmente son más complacientes con sus hijos y es posible que la disciplina no se aplique tan rigurosamente dentro del hogar a diferencia de años anteriores. El estilo de crianza de cada individuo está influenciado por los aspectos internos de su propia historia, junto con las características del niño, como la edad o el temperamento. Además, la crianza de los hijos también está moldeada por factores externos como la clase social, la cultura y la comunidad y la época en la que nace el niño.⁶¹

Respecto a que, principalmente son las madres las que presentan un estilo de crianza autoritativo coincide también con otros estudios donde encontraron que las madres reportaron un estilo de crianza autoritativo significativamente alto respecto a los padres.^{41,43} Se debe resaltar que este hallazgo confirma lo que refiere la literatura, que son las madres las que suelen presentar un estilo de crianza autoritativo.⁴⁴

En cuanto a la prevalencia de caries, se encuentra un valor alto en las niñas, mientras que, en lo concerniente a la experiencia de caries, el valor es más bien alto en los niños. Por otro lado, a la edad de 5 años, tanto la prevalencia y experiencia de caries resultan ser altas en ambos géneros. Resultados similares se encontraron en otro estudio donde los niños de 4 años y 5 años tenían mayores probabilidades de tener caries dental en comparación con los de 3 años. Asimismo, las niñas tenían mayores probabilidades de tener caries dental en comparación con los niños.⁵ Otro estudio concluyó que a mayor edad del niño mayor la presencia de lesiones de caries, sumado a esto, se encontró que de los factores que influyen en el nivel de caries del niño, la edad resulta ser el factor que afecta significativamente el nivel de experiencia de caries en el infante.⁴¹ La explicación del porqué a mayor edad del infante mayor la experiencia de caries se debe: 1) al aumentar la edad se establecen los contactos proximales, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar lesiones proximales en los molares deciduos; 2) la baja resistencia a la acción de los ácidos de la biopelícula sobre la nueva superficie dental que emerge dentro de la cavidad oral. Se suma a ello, que los dientes deciduos tienen un grosor delgado de esmalte cuyo contenido mineral es menor que el de un diente permanente; y mientras más pronto erupcionen los dientes mayor es el riesgo a desarrollar caries. Por ello, cuanto más tiempo en boca, es decir, a mayor edad del niño, se incrementa la experiencia de caries.

Los padres más jóvenes tienen hijos con una mayor experiencia de caries, pero, por otro lado, los hijos de padres comprendidos entre los 30-44 años presentan

una mayor prevalencia, como también en aquellos con educación superior no universitaria seguido de aquellos padres con educación secundaria. Un dato importante es que los hijos de padres con nivel de educación secundaria presentan una experiencia de caries moderada en comparación con los hijos de padres con educación superior que presentan una baja experiencia de caries. Estos resultados son similares a otro estudio donde reportaron una prevalencia de ECC del 40% en niños en edad preescolar cuyas madres tenían niveles bajos de educación en comparación con solo el 10% en niños cuyas madres tenían niveles altos de educación. ⁴⁵

En cuanto a la relación entre el estilo de crianza y prevalencia de caries, en este estudio la mayor prevalencia de caries se encuentra en los niños que provienen de padres con estilo de crianza autoritativos, mayormente en el grupo de madres; de manera general entre las edades comprendidas de 30 a 44 años y con educación superior. Cuando se evalúa la relación respecto a experiencia de caries, los valores más altos recaen más bien en los hijos de padres autoritativos de 18 a 29 años y con nivel de educación secundaria.

No encontramos una asociación entre los estilos de crianza de los padres y caries en la primera infancia, lo que concuerda con otros estudios donde tampoco se encontró asociación entre el estilo de crianza y caries dental en los niños. ^{41,43} No obstante, otras investigaciones sí encontraron asociación entre los estilos de crianza y caries. ^{9,10} Esto puede estar relacionado al hecho de que la caries dental al ser una enfermedad crónica multifactorial, otros factores de

riesgo podrían anular el impacto de los estilos de crianza.¹¹ Así mismo, probablemente la distribución sesgada en los estilos de crianza, hallados en este estudio, podría explicar la falta de asociación entre estas dos variables.

Llama la atención los resultados encontrados entre los estilos de crianza y las prácticas de salud oral. Los padres autoritativos prácticamente no llevan a sus hijos a una visita dental, aun cuando tengan educación superior. Cuando lo hacen, suele ser para control o tratamiento. Además, si bien los padres autoritativos refieren que sus hijos mantienen una higiene dental frecuente de una a más veces al día con uso de cepillo y pasta dental; sin embargo, no tienen conocimiento si ésta contiene flúor. Es importante mencionar que la gran mayoría no emplea hilo dental en la higiene bucal de sus hijos. Solo unos pocos emplean enjuague bucal. Por último, lo que más resalta es el consumo frecuente de azúcares libres que los padres, con estilo de crianza autoritativo, señalan que tienen sus hijos; estos valores son altos incluso en aquellos padres con educación superior.

Si bien el nivel de educación es un indicador socioeconómico importante que refleja el conocimiento y las habilidades para tomar decisiones sobre comportamientos saludables. Por ejemplo, los padres con alto nivel de educación suelen reportar actitudes más positivas e intenciones más fuertes para controlar el consumo de azúcar de los niños que los padres con bajo nivel educativo;⁴⁶ en el presente estudio los hijos de padres con educación superior tenían un consumo frecuente de azúcares libres en prácticamente todas las

categorías (galletas, tortas, gaseosas, miel, dulces o caramelos, leche con azúcar, té con azúcar).

En relación con la frecuencia del cepillado dental, los resultados de esta investigación concuerdan con un estudio donde los padres autoritativos informaron que sus hijos se cepillaban más de dos veces al día.⁴¹

Respecto al alto porcentaje de niños de padres autoritativos que consumen azúcares libres, estos resultados difieren con un estudio donde más bien los hijos de padres permisivos consumían dulces y bebidas azucaradas más de tres veces por semana en comparación con los padres autoritativos.⁴¹

Las posibles explicaciones de por qué los niños con padres autoritativos tienen una alta exposición de azúcares libres puede deberse a que los padres acomodan sus estilos de crianza en respuesta a las necesidades y conducta de sus hijos. Esta afirmación se basa en la teoría de los sistemas familiares, donde existe una bidireccionalidad,⁴⁷ en que los padres crean el entorno del niño e influyen directamente en el comportamiento de estos, pero los niños también influyen a su vez en los comportamientos de crianza de los padres. Por ejemplo, los niños con temperamento “difícil” tienen mayor riesgo de caries dental. Esto debido a que los padres buscan calmar, recompensar y motivar a los niños difíciles con alimentos (p. ej., caramelos, bebidas dulces, alimentación nocturna), teniendo así comportamientos que pueden no reflejar necesariamente el estilo de crianza per se, pero reflejan respuestas a las necesidades individuales de su “niño difícil”.⁴⁶

Los hallazgos sobre las prácticas de salud oral en los niños son similares a los encontrados en un estudio en nuestro país.⁵⁴ En primer lugar, podemos destacar la baja frecuencia de visitas al dentista en ambos estudios. Esto puede deberse a la falta de acceso a los servicios odontológicos, falta de personal o incluso a un escaso conocimiento sobre la importancia de la visita al odontólogo en los niños. La educación en salud oral es un componente necesario pero aun insuficiente en nuestro país. En segundo lugar, respecto a la higiene bucal y el uso de pasta dental, los resultados también coinciden en sus buenas prácticas. En esa misma línea, en un estudio donde se analizaron datos de la ENDES (2013 al 2018) se halló que la frecuencia de cepillado en niños peruanos menores de 12 años había mejorado con el paso del tiempo.⁵⁵ Por otro lado, las familias que viven en la costa tienen niños con más probabilidades de tener buenas prácticas en la frecuencia de cepillado y uso de pasta dental en comparación con los que viven en la Sierra o con índice de riqueza “mas pobre”.⁵⁴ Por último, en cuanto al consumo frecuente de azúcar en niños, este coincide con el estudio de Sihuay, manteniéndose elevado a pesar de la sugerencia dada por la OMS en que se reduzca aún más la ingesta de azúcares libres a menos del 5% de la ingesta calórica total.⁵⁶

Existe la Ley N° 30021, Ley de Promoción de Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.⁵⁷ Esta Ley tiene como objetivo proteger la salud, promover una alimentación saludable y regular la publicidad de alimentos y bebidas no saludables para este grupo de población. Además, se establece la

obligatoriedad del etiquetado de advertencia en los envases de alimentos y bebidas que contengan altos niveles de azúcar, sodio y grasas saturadas. Esta medida es importante para promover una alimentación saludable en el Perú.⁵⁸ Sin embargo, el etiquetado nutricional no proporciona información suficiente y clara haciendo que los consumidores tengan dificultades para comprenderlas y tomar decisiones informadas sobre el consumo de dichos alimentos. Por ejemplo, cómo se traduce el contenido de azúcar declarado en las etiquetas a su equivalente en cucharaditas (1 cucharadita equivale a 5 grs.). Según la OMS, 5 cucharaditas de azúcar es la cantidad máxima que debe consumir un niño al día. Esto se podría mejorar a través de la educación sobre los efectos negativos del consumo excesivo de azúcar, promoción de alternativas más saludables e implementación de más regulaciones estrictas sobre el etiquetado y el contenido de azúcar.^{56,58}

Este estudio da luces de cómo las actitudes de un padre crean un telón de fondo importante que da contexto y matiza la interpretación de su comportamiento de crianza. Sumado a esto, en un artículo de revisión se menciona que en lo referente al estilo general de crianza y las prácticas específicas de alimentación, solo las prácticas de alimentación son predictores significativos del estado de peso infantil y alimentos consumidos por el niño, no el estilo general de crianza.

48

De todos los factores relacionados con la familia, se ha encontrado que el consumo de bebidas azucaradas de los niños está estrechamente asociado con la forma en que sus padres actúan como modelos a seguir y qué reglas,

limitaciones y acuerdos se imponen.^{49,50} Por consiguiente, sugerir modelos parentales positivos debería ser un importante componente de cualquier intervención para reducir el consumo de bebidas azucaradas en infantes y no tanto así el estilo de crianza.

En lo referente a la ingesta de azúcares libres, se ha visto que la ingesta de bebidas azucaradas durante la infancia es un factor predictivo para que ésta continúe a la edad de 6 años. Además, la ingesta de bebidas azucaradas durante la infancia temprana podría influenciar a que esta continúe a hasta la adolescencia.⁵¹

La primera limitación encontrada en este estudio tiene que ver con que la mayoría de los participantes fueron madres y esto se puede deber a que el reclutamiento de los padres en investigaciones de este tipo es difícil por su poca disponibilidad de tiempo o interés en participar, a diferencia de las madres. Aún así, este estudio confirmó lo que dice la literatura, que las madres suelen presentar un estilo de crianza autoritativo.⁴⁴ Otra limitación ha sido no poder identificar ningún participante (padre o madre) dentro de la categoría autoritaria, siendo prácticamente el estilo autoritativo el identificado y muy pocos en el permisivo. Se debe subrayar que está bien establecido que realizar estudios sobre la crianza de los hijos tiene sus fortalezas y debilidades. Los problemas asociados con el uso de cuestionarios de autoinforme incluyen: sesgos de deseabilidad social; sesgos de recuerdo; preguntas ambiguas;

conciencia limitada del propio comportamiento; y descuidado o respuesta aleatoria.⁴⁸

Dentro de las fortalezas se puede mencionar que este es el primer estudio que se realiza en el Perú sobre la relación entre los estilos de crianza, prácticas de salud y caries dental en la infancia. Es un tema de estudio que está dentro de la agenda prioritaria sobre la necesidad de desarrollo investigativo bajo nuevos paradigmas basados en una comprensión de los determinantes sociales de la salud oral, agenda propuesta por la IADR.⁵²

Antes de terminar, si bien la mayoría de los estudios, incluso en odontología, buscan saber si los estilos de crianza están asociados o, son un factor predictor de alguna variable respuesta en los niños (p.ej., caries dental, problemas de conducta), la teoría que fundamenta los estilos de crianza se basa en los modelos bidireccionales, es decir, el estilo de crianza y el temperamento del niño se influyen recíprocamente el uno del otro.⁵³ Esta bidireccionalidad es consistente con la teoría de los sistemas familiares donde las interacciones familiares son interdependientes entre sus miembros (padre, madre, niño).⁴⁷ De ahí que, este tipo de estudios requiera de un trabajo transdisciplinar.

Los resultados de este estudio son relevantes porque contribuyen al conjunto de evidencia existente sobre los factores vinculados a Caries de Infancia Temprana, donde podemos apreciar que la ingesta de azúcares sigue siendo alta en los infantes. De ahí que, los odontopediatras deban seguir reforzando en los padres sobre las prácticas adecuadas en salud oral, estableciendo patrones

dietéticos saludables que no solo ayudarán a prevenir la caries dental, sino también a disminuir el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta como: la obesidad y la diabetes.

Además, como se ha discutido en este trabajo, lo que se debería buscar más bien es promover prácticas de crianza positivas en los padres durante los cinco primeros años de desarrollo del niño no solo en el entorno familiar, sino también en programas como Control del Niño Sano y en Centros de Educación Inicial. Por otro lado, en la práctica clínica, el odontopediatra podría evaluar qué estilo de crianza ejercen los padres de sus pacientes y de esta manera orientarlos en la responsabilidad que ellos tienen en las demandas y necesidades del niño en cuanto a su salud bucal.

Finalmente, los hallazgos de este estudio, al contribuir en reforzar la evidencia científica en cuanto a la situación de salud bucal de los infantes, podrían servir para que, en el plano de la enseñanza de la odontología, se replantee un enfoque curricular dando mayor énfasis a la prevención y etiología de la enfermedad y que además sea transversal en la formación de los estudiantes.

VII. CONCLUSIONES

1. No se encontró asociación entre el estilo de crianza y caries de infancia temprana.
2. La mayoría de los participantes tienen un estilo de crianza autoritativo (95.88%) mientras que solo algunos pertenecen al estilo permisivo (4.12%).
No se identificó el estilo de crianza autoritario.
3. La mayoría de las madres pertenecen al estilo de crianza autoritativo, siendo el mayor número de participantes en el estudio.
4. Predominante los participantes con estilo de crianza autoritativo tienen entre 30 a 40 años y cuentan con un nivel de educación superior.
5. La prevalencia de caries dental es alta para el género femenino mientras que la experiencia es alta en el género masculino.
6. Se encontró asociación entre el nivel de educación de los padres y la experiencia de caries en niños. ($p=0.001$)
7. Los padres con educación secundaria tienen hijos con una experiencia de caries moderada mientras que los padres con educación superior tienen hijos con baja experiencia de caries
8. Se encontró un alto porcentaje de padres cuyos hijos tienen una exposición frecuente a azúcares libres. En cuanto a la visita al dentista, los porcentajes son semejantes para los padres que llevan a sus hijos a la visita dental como quienes no lo hacen.

VIII. RECOMENDACIONES

El estudio sobre la influencia de los estilos de crianza como determinante de salud en el niño, sobre todo en la infancia, es un campo importante. Es por ello necesario que en futuros estudios sobre estilos de crianza y su repercusión en los niños se considere a la diada padre-madre. El uso de múltiples métodos (mixtos: cualitativo-cuantitativo) suele ser el mejor enfoque para contrastar los resultados brindados por los participantes. Además, utilizar una muestra con diferentes poblaciones podría ayudar a confirmar los resultados de este estudio.

Otros puntos importantes para considerar serían: a) las características familiares, es decir, identificar si estas son nucleares o monoparentales; 2) identificar el orden de nacimiento del niño, dado que la literatura refiere que los primogénitos podrían gozar de mejor calidad de cuidado parental que los hermanos que vienen después. 3) número de hijos en la familia

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kassebaum N, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray C, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015 May; 94(5):650-8.
2. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet.* 2019; 394(10194):249-60.
3. Martignon S, Roncalli AG, Alvarez E, Aránguiz V, Feldens CA, Buzalaf MAR. Risk factors for dental caries in Latin American and Caribbean countries. *Braz. Oral Res.* 2021; 35(suppl):19-42.
4. Castilho A, Mialhe F, Barbosa T, Puppim-Rontani R. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr.* 2013; 89(2):116-23.
5. Sabbarwal B, Puranik M, Uma S. Association between Parental Behavior and Child's Oral Health among 3–5-year-old Children in Bengaluru City. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2020; 13(6):677–81.
6. García G, Peraltilla L. Estilos de crianza: la teoría detrás de los instrumentos más utilizados en Latinoamérica. *Rev Psicol.* 2020; 9(2):93–108.
7. Velásquez P, Villouta A. Adaptación y Validación del “Parenting Styles and Dimensions Questionnaire” (PSDQ) (Cuestionario de Dimensiones y Estilos de Crianza) de Robinson y cols. (1995), en padres/madres de niños/as que cursan el nivel preescolar y básico en un grupo de establecimientos municipales de la ciudad de Chillán. [tesis de grado]. Universidad del Bio-Bio; 2013.

8. Navarrete L. Estilos de crianza y Calidad de Vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula. [tesis de maestria]. Universidad del Bio-Bio; 2011.
9. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo P, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*. 2015; 37(1):59-64.
10. Viswanath S, Asokan S, Geethapriya PR, Eswara K. Parenting Styles and their Influence on Child's Dental Behavior and Caries Status: An Analytical Cross-Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2020; 44(1):8-14.
11. Quek S, Sim Y, Lai B, Lim W, Hong CH. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021; 22(1):83-92.
12. Matsuyama Y, Isumi A, Doi S, Fujiwara T. Poor parenting behaviours and dental caries experience in 6- To 7-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2020; 48(6):493-500.
13. Binti N, Soh C. Correlating parenting styles with children's oral health care -A cross sectional study. *J. Pharm. Sci. & Res*. 2019; 11(7):2744-9.
14. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. *Psicología del Desarrollo: De La Infancia a La Adolescencia*. 11a. ed. México: McGrawHill, 2009.
15. Lip C, Rocabado F. *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud, Lima: 2005.

16. Jorge E, González C. Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*. 2017; 17(2), 39-66.
17. Gaxiola J, Frías M, Cuamba N, Franco J, Olivas L. Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2006;11(1):115-128.
18. Torío S, Peña J, Rodríguez M. Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*. 2008; 20,151-178.
19. Robinson C, Mandlco B, Olsen S, Hart C. Authoritative, Authoritarian, And Permissive Parenting Practices: development of a new measure. *Psychol Rep*. 1995; 77, 819-30.
20. Franco J, Olivas L, Frías M, Cuamba N, Gaxiola J. Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2006;11(1):115–28.
21. Navarrete L, Ossa C. Estilos parentales y calidad de vida familiar en adolescentes con conductas disruptivas. *Cienc. Psicol*. 2013; 7(1), 47-56.
22. Oliveira T, Costa D, Albuquerque M, Malloy-Diniz L, Miranda D, de Paula J. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2018; 40(4):410-419.
23. Perez E. Estilos de crianza de los padres según adaptación del Parenting styles and dimensions questionnaire en una institución educativa inicial de Chiclayo,

2018. [tesis de maestría]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2019.

24. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Consequences and preventive strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:90-3.
25. Kassebaum N, Smith A, Bernabé E, Fleming T, Reynolds A, Vos T, Murray C, Marcenes W; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7.
26. Sampaio F, Bönecker M, Paiva S, Martignon S, Ricomini A, Pozos-Guillen A et al. Dental caries prevalence, prospects, and challenges for Latin America and Caribbean countries: a summary and final recommendations from a Regional Consensus. *Braz Oral Res*. 2021; 35(suppl 01): e056.
27. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Perú, Lima-2017.
28. Ministerio de Salud del Perú - Oficina General de Epidemiología y Dirección General de Salud de las Personas. Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Perú, Lima-2005.
29. BaniHani A, Deery C, Toumba J, Munyombwe T, Duggal M. The impact of dental caries and its treatment by conventional or biological approaches on the

oral health-related quality of life of children and carers. *Int J Paediatr Dent*. 2018; 28(2):266-76.

30. Organización Mundial de la Salud. Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS [Ending childhood dental caries: WHO implementation manual]. Ginebra: 2021.
31. Fisher-Owens S, Gansky S, Platt L, Weintraub J, Soobader M, Bramlett M, Newacheck P. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007; 120(3):10-20.
32. Brecher E, Lewis C. Infant Oral Health. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(5):909-921.
33. Martignon S, González M, Jácome S, Velosa J, Santamaría R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños - Hogares Infantiles: ICBF-Usaquén-Bogotá. *Revista Científica - Facultad de Odontología Universidad El Bosque*. 2003; 9(2):46-59.
34. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early Hum Dev*. 2017;114:16-21.
35. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson N. Effect of Toothbrushing Frequency on Incidence and Increment of Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*. 2016 Oct;95(11):1230-6.
36. WHO. Oral health surveys: Basic methods. 5a ed. Genève: World Health Organization; 2014.

37. Morales C. Validación del Cuestionario de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud quinta edición en niños de 12 años de un centro educativo estatal del año 2018. [tesis de grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; 2019.
38. Darling N, Steinberg L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*. 1993; 113 (3), 487-6.
39. Facultad de Estomatología Dental Docente. Protocolo de Bioseguridad ante el Coronavirus (COVID-19) – 2021. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2021.
40. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
41. Alagla M, Al Hussyeen A, Alhowaish L. Do Parenting Styles Affect Children's Oral Health in Saudi Arabia?. *Cureus*. 2019;11(10): e6002.
42. Castillo H, Zeladita J, Cárdenas L, Zegarra R, Cuba J, Morán G. Validation of the Steinberg Parenting Styles Scale in Peruvian adolescents. *Int J Psychol Res*. 2023 Mar 4;15(2):68-76.
43. Arrepia B, da Silva J, Pires P, Duarte M, Primo L, Fonseca A. Association of parenting style with the behaviour and caries prevalence of preschool children. *Revista Científica Do CRO-RJ*. 2020: 4(3), 17–24.

44. Winsler A, Madigan L, Aquilino S. Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*. 2005; 20(1):1–12.
45. Kim Seow W. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent*. 2012;22(3):157-68.
46. 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*. 2012; 40(11):873-85.
47. Johnson B, Ray W. Family systems theory. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*. New York. Wiley-Blackwell Publishing. 2016; 2:782-787.
48. Power T, Sleddens E, Berge J, Connell L, Govig B, Hennessy E et al. Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Child Obes*. 2013; 9: S87-94.
49. Mazarello V, Hesketh K, O'Malley C, Moore H, Summerbell C, Griffin S et al. Determinants of sugar-sweetened beverage consumption in young children: a systematic review. *Obes Rev*. 2015;16(11):903-13.
50. Schneider S, Schilling L, Osenbrügge N. Determinants of soft drink consumption among children and adolescents in developed countries - a systematic review. *Cent Eur J Public Health*. 2021 Dec;29(4):290-300.

51. Park S, Pan L, Sherry B, Li R. The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age. *Pediatrics*. 2014; 134: S56-62.
52. Williams DM. The research agenda on oral health inequalities: the IADR-GOHIRA initiative. *Med Princ Pract*. 2014;23:52-9.
53. Wittig S, Rodriguez C. Emerging behavior problems: Bidirectional relations between maternal and paternal parenting styles with infant temperament. *Dev Psychol*. 2019;55(6):1199-1210.
54. Sihuay J. Factores Sociodemográficos Relacionados a Las Buenas Prácticas En Salud Bucal De Niños Peruanos Menores De 12 Años, ENDES 2020. [tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.
55. Solis G, Pesaressi E, Mormontoy W. Tendencia y factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en menores de doce años, Perú 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(4):562-72.
56. World Health Organisation. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. Geneva: World Health Organisation. 2015. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf?i_sAllowed=y&sequence=2
57. Ley N° 30021. Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Diario Oficial El Peruano. 7 de junio de 2013. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1534348-4>
58. Organización Panamericana de la Salud. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes. Experiencia de Perú. 2021. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54861/OPSPER210004-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

59. Arturo J, Vásquez E. Control parental, comunicación y afecto en la primera infancia. *Revista de Psicología*. 2023; 41(2):619-643.

60. León J, Oré B, Benavides M, Conde G, Miranda A. El efecto de las prácticas parentales en el desarrollo infantil en comunidades urbanas y rurales de la selva peruana. Lima: GRADE, 2021.

61. Bridgers, Shannitta Latrease. *Caregivers' Perceptions On Changing Parenting Styles*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill, 2011.

ANEXO 1
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Descripción conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador	Valores/Categorías
Estilos de Crianza	Control	Presión o número de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas. ³⁶	Determinada por la media aritmética de los puntajes dados a cada uno de los ítems de cada categoría. El puntaje final con mayor valor obtenido corresponderá a al estilo de crianza predominante que presenta la persona.	Cualitativa	Nominal	(PSDQ) Ítems: 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 36, 39, 44, 47, 49	1=Autoritativo (Equilibrio entre control y altos niveles de afecto)
						(PSDQ) Ítems: 2, 6, 9, 13, 18, 21, 25, 28, 30, 32, 35, 38, 41, 46	2=Permisivo (Alta sensibilidad afectiva hacia los hijos y conductas de control escasas)
	Afecto	Grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los hijos, sobre todo, de naturaleza emocional. ³⁶				(PSDQ) Ítems: 4, 8, 11, 15, 17, 20, 23, 24, 27, 31, 34, 37, 40, 42,43, 45, 48, 50	3=Autoritario (Elevados niveles de control y pocas muestras de afecto hacia los hijos)

Prácticas de salud oral en el niño	Frecuencia de visita al dentista.	Cantidad de veces que se va al dentista al año.	Información que se obtiene de las preguntas del cuestionario, adaptado, de salud bucal para niños de la OMS.	Cualitativa	Ordinal	P1: ¿Cuántas veces has ido al dentista en los últimos doce meses?	1=Una vez 2= Dos veces 3=Tres veces 4= Cuatro veces 5=Más de cuatro veces 6= No he ido en los últimos doce meses 7= Nunca he ido al dentista 9= No recuerdo
	Razón de la visita al dentista.	Motivo por el cual se va al dentista.		Cualitativa	Nominal	P2: ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al dentista la última vez?	1=Dolor o molestias en los dientes, encías o boca. 2=Tratamiento (curaciones, extracciones, limpieza). 3=Para un control. 9= No sé / no recuerdo
	Frecuencia de higiene dental.	Cantidad de veces que se realiza la higiene dental al día.		Cualitativa	Ordinal	P3: ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes?	1=Nunca 2=De 2 a 3 veces al mes 3=Una vez a la semana. 4=De 2 a 6 veces a la semana. 5=Una vez al día.

							6= Dos o más veces al día.
	Uso de implementos de higiene dental.	Empleo de diferentes implementos para la higiene dental.		Cualitativa	Nominal	<p>P4: ¿Usas alguno de los siguientes implementos para realizar la limpieza de tus dientes y encías?</p> <p>a) Cepillo</p> <p>b) Hilo dental.</p> <p>c) Palitos de dientes (madera).</p> <p>d) Palitos de dientes (plástico).</p> <p>e) Enjuague bucal.</p> <p>f) Otro.</p> <p>En caso de marcar otro, especifique:</p>	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p>
	Uso de pasta dental y conocimiento sobre el flúor.	Uso y conocimiento sobre lo que contiene la pasta dental.		Cualitativa	Nominal	<p>P5: a) ¿Usas pasta dental para lavar tus dientes?</p> <p>- b) ¿Usas pasta dental con flúor?</p>	<p>1= Sí</p> <p>2= No</p> <p>3= No sé</p>

	Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas con azúcar.	Cantidad de veces que se consume alimentos con azúcares extrínsecos.		Cualitativa	Ordinal	<p>P6: ¿Con qué frecuencia comes o bebes alguno de los siguientes alimentos, aunque sea en porciones pequeñas?</p> <p>a) Fruta fresca b) Galletas, tortas, queques c) Gaseosas, chicha, limonada o un refresco con azúcar d) Miel, mermeladas e) Chiclos con azúcar f) Dulces o caramelos g) Leche con azúcar h) Té con azúcar i) Café con azúcar</p>	<p>6= Varias veces al día. 5= Todos los días. 4= Varias veces a la semana. 3= Una vez a la semana. 2= Varias veces al mes. 1= Nunca</p>
Caries en la primera infancia	Prevalencia de caries	Número/proporción de individuos con caries en una población dada en un tiempo y lugar determinado.	Obtenido del indicador diente con caries (dc) del índice ceod.	Cualitativa	Nominal	<p>dc mayores a 0 iguales a 1</p>	<p>0=Sano: sin caries dental activa 1=Enfermo: con caries dental activa</p>

	Experiencia de caries	Número de dientes que presentan lesiones de caries, restauraciones, y/o están perdidas debido a caries, acumulado por un individuo a lo largo de su vida.	Medido mediante el Índice ceod para dientes deciduos. Compuesto por la suma aritmética de dientes cariados perdidos y obturados.	Cualitativa	Ordinal	Índice ceod	1.Muy bajo <1.2 2.Bajo 1.2 - 2.6 3.Moderado 2.7 – 4.4 4.Alto 4.5 – 6.5 5.Muy alto >6.5
COVARIABLES relacionadas con las características de los PADRES							
Sexo	-	Condición orgánica, masculina o femenina	-	Cualitativa	Nominal	Datos del cuestionario Parte 1	1.Hombre 2.Mujer
Edad	-	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad	-	Cualitativa	Ordinal	Datos del cuestionario Parte 1	1. De 18 a 29 años 2. De 30 a 44 años 3. De 45 a más
Nivel de educación	-	Grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	-	Cualitativa	Nominal	Datos del cuestionario Parte 1	0=Inicial/Pre-escolar 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior no universitaria 4=Superior universitaria 5=Posgrado

COVARIABLES relacionadas con las características de los NIÑOS							
Sexo	-	Condición orgánica, masculina o femenina	-	Cualitativa	Nominal	Datos de la FE Parte 1	1.Hombre 2.Mujer
Edad	-	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad	-	Cualitativa	Ordinal	Datos de la FE Parte 1	3 años 4 años 5 años

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA ROBERTO BELTRAN NEIRA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL

Código de Alumno:

--

FICHA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD ORAL

I.- DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: _____
 Colegio: _____

Género: H M
 Sección: _____

Fecha de examen: _____
 Edad en años cumplidos: _____
 Orden de nacimiento: _____

día	mes	año

II.- REGISTRO DE CARIES DENTAL: (Encierre en un círculo la pieza examinada)

Diente:		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
	Pieza				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Pieza
NDPP =	O																	O
NPPS =	P																	P
DC =	D	<input type="checkbox"/>																D
DP =	V	<input type="checkbox"/>																V
DO =	M	<input type="checkbox"/>																M
CPOD =																		

Diente:	
nddp =	
ndds =	
dc =	<input type="checkbox"/>
de =	<input type="checkbox"/>
do =	<input type="checkbox"/>
ceod =	<input type="checkbox"/>

Superficie:		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	Pieza				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Pieza
NSPP =	O																	O
NSPS =	L																	L
SC =	D	<input type="checkbox"/>																D
SP =	V	<input type="checkbox"/>																V
SO =	M	<input type="checkbox"/>																M
CPOS =																		

Superficie:	
nsdp =	
nsds =	
sc =	<input type="checkbox"/>
se =	<input type="checkbox"/>
so =	<input type="checkbox"/>
ceos =	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

ANEXO 3
PSDQ VERSION 62 ITEMS – ROBINSON ET AL.

828

C. C. ROBINSON, *ET AL.*

APPENDIX

Parenting Practices Questionnaire (Mothers' Form)

Make two ratings for each item; (1) rate *how often your spouse* exhibits this behavior with your child and (2) *how often you* exhibit this behavior with your child.

SPOUSE EXHIBITS BEHAVIOR:

- 1 = Never
- 2 = Once In Awhile
- 3 = About Half of the Time
- 4 = Very Often
- 5 = Always

I EXHIBIT THIS BEHAVIOR:

- 1 = Never
- 2 = Once In Awhile
- 3 = About Half of the Time
- 4 = Very Often
- 5 = Always

[He] [I]

- ___ ___ 1. [He encourages] [I encourage] our child to talk about the child's troubles.
- ___ ___ 2. [He guides] [I guide] our child by punishment more than by reason.
- ___ ___ 3. [He knows] [I know] the names of our child's friends.
- ___ ___ 4. [He finds] [I find] it difficult to discipline our child.
- ___ ___ 5. [He gives praise] [I give praise] when our child is good.
- ___ ___ 6. [He spans] [I spank] when our child is disobedient.
- ___ ___ 7. [He jokes and plays] [I joke and play] with our child.
- ___ ___ 8. [He withholds] [I withhold] scolding and/or criticism even when our child acts contrary to our wishes.
- ___ ___ 9. [He shows] [I show] sympathy when our child is hurt or frustrated.
- ___ ___ 10. [He punishes] [I punish] by taking privileges away from our child with little if any explanations.
- ___ ___ 11. [He spoils] [I spoil] our child.
- ___ ___ 12. [He gives] [I give] comfort and understanding when our child is upset.
- ___ ___ 13. [He yells or shouts] [I yell or shout] when our child misbehaves.
- ___ ___ 14. [He is] [I am] easy going and relaxed with our child.
- ___ ___ 15. [He allows] [I allow] our child to annoy someone else.
- ___ ___ 16. [He tells] [I tell] child our expectations regarding behavior before the child engages in an activity.
- ___ ___ 17. [He scolds and criticizes] [I scold and criticize] to make our child improve.
- ___ ___ 18. [He shows] [I show] patience with our child.
- ___ ___ 19. [He grabs] [I grab] our child when he/she is being disobedient.
- ___ ___ 20. [He states] [I state] punishments to our child and does not actually do them.
- ___ ___ 21. [He is] [I am] responsive to our child's feelings or needs.

(continued on next page)

- ___ ___ 22. [He allows] [I allow] our child to give input into family rules.
- ___ ___ 23. [He argues] [I argue] with our child.
- ___ ___ 24. [He appears] [I appear] confident about parenting abilities.
- ___ ___ 25. [He gives] [I give] our child reasons why rules should be obeyed.
- ___ ___ 26. [He appears] [I appear] to be more concerned with own feelings than with our child's feelings.
- ___ ___ 27. [He tells] [I tell] our child that we appreciate what the child tries or accomplishes.
- ___ ___ 28. [He punishes] [I punish] by putting our child off somewhere alone with little if any explanations .
- ___ ___ 29. [He helps] [I help] our child to understand the impact of behavior by encouraging our child to talk about the consequences of his/her own actions.
- ___ ___ 30. [He is] [I am] afraid that disciplining our child for misbehavior will cause the child to not like his/her parents.
- ___ ___ 31. [He takes] [I take] our child's desires into account before asking the child to do something.
- ___ ___ 32. [He explodes] [I explode] in anger towards our child.
- ___ ___ 33. [He is] [I am] aware of problems or concerns about our child in school.
- ___ ___ 34. [He threatens] [I threaten] our child with punishment more often than actually giving it.
- ___ ___ 35. [He expresses] [I express] affection by hugging, kissing, and holding our child.
- ___ ___ 36. [He ignores] [I ignore] our child's misbehavior.
- ___ ___ 37. [He uses] [I use] physical punishment as a way of disciplining our child.
- ___ ___ 38. [He carries] [I carry] out discipline after our child misbehaves.
- ___ ___ 39. [He apologizes] [I apologize] to our child when making a mistake in parenting.
- ___ ___ 40. [He tells] [I tell] our child what to do.
- ___ ___ 41. [He gives] [I give] into our child when the child causes a commotion about something.
- ___ ___ 42. [He talks it over and reasons] [I talk it over and reason] with our child when the child misbehaves.
- ___ ___ 43. [He slaps] [I slap] our child when the child misbehaves.
- ___ ___ 44. [He disagrees] [I disagree] with our child.
- ___ ___ 45. [He allows] [I allow] our child to interrupt others.
- ___ ___ 46. [He has] [I have] warm and intimate times together with our child.
- ___ ___ 47. When two children are fighting, [he disciplines] [I discipline] children first and asks questions later.
- ___ ___ 48. [He encourages] [I encourage] our child to freely express (himself)(herself) even when disagreeing with parents.
- ___ ___ 49. [He bribes] [I bribe] our child with rewards to bring about compliance.
- ___ ___ 50. [He scolds or criticizes] [I scold or criticize] when our child's behavior doesn't meet our expectations.
- ___ ___ 51. [He shows] [I show] respect for our child's opinions by encouraging our child to express them.
- ___ ___ 52. [He sets] [I set] strict well-established rules for our child.
- ___ ___ 53. [He explains] [I explain] to our child how we feel about the child's good and bad behavior.
- ___ ___ 54. [He uses] [I use] threats as punishment with little or no justification.
- ___ ___ 55. [He takes] [I take] into account our child's preferences in making plans for the family.
- ___ ___ 56. When our child asks why (he)(she) has to conform, [he states] [I state]: because I said so, or I am your parent and I want you to.
- ___ ___ 57. [He appears] [I appear] unsure on how to solve our child's misbehavior.
- ___ ___ 58. [He explains] [I explain] the consequences of the child's behavior.
- ___ ___ 59. [He demands] [I demand] that our child does/do things.
- ___ ___ 60. [He channels] [I channel] our child's misbehavior into a more acceptable activity.
- ___ ___ 61. [He shoves] [I shove] our child when the child is disobedient.
- ___ ___ 62. [He emphasizes] [I emphasize] the reasons for rules.

ID:

ANEXO 4

Parenting Style and Dimensions Questionnaire (Cuestionario de Dimensión y Estilos de Crianza)

Estimado Señor(a)

Estamos realizando una encuesta sobre estilos de crianza parental. Este cuestionario es de manera anónima y agradecemos su sinceridad al responder las preguntas. El objetivo de este cuestionario es conocer la forma habitual sobre cómo se relaciona con su hijo(a).

INSTRUCCIONES: Las preguntas de este cuestionario presentan cinco alternativas de respuesta que debe calificar. Responda marcando con una (X) la alternativa elegida. Por favor, lea cada frase del cuestionario y piense: con qué frecuencia usted actúa de ese modo. Responda las preguntas de manera independiente y no comente sus respuestas hasta que el cuestionario sea devuelto a la investigadora.

I. Datos Personales:

Sexo : M F

Edad : _____

Nivel de educación:

Inicial/Pre-escolar	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior no universitaria	<input type="checkbox"/>
Superior universitaria	<input type="checkbox"/>
Posgrado	<input type="checkbox"/>

N°		Nunca	De vez en cuando	Casi la mitad del tiempo	Muy seguido	Siempre
1	Conozco los nombres de los/as amigos/as de mi hijo/a.					
2	Considero que es difícil disciplinar a mi hijo/a.					
3	Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien.					
4	Aplico castigo físico a mi hijo/a cuando desobedece.					
5	Bromeo y juego con mi hijo/a.					
6	Evito regañar y/o criticar a mi hijo/a, aun cuando no se comporta de la forma que deseo.					
7	Soy cariñoso/a cuando a mi hijo/a cuando lo/a han lastimado o se siente frustrado/a.					
8	Castigo a mi hijo/a quitándole privilegios sin darle explicaciones.					
9	Consiento a mi hijo/a.					
10	Apoyo y entiendo a mi hijo/a cuando está enojado/a, molesto/a.					
11	Le grito a mi hijo/a cuando se porta mal.					
12	Me comporto de forma tranquila y relajada con mi hijo/a.					
13	Permito que mi hijo/a fastidie a otras personas.					
14	Comunico a mi hijo/a lo que espero de él/ella con respecto a su comportamiento antes de realizar una actividad.					
15	Regaño y critico a mi hijo/a para lograr que tenga un mejor comportamiento.					
16	Muestro paciencia con mi hijo/a.					
17	Aprieto con fuerza a mi hijo/a cuando está siendo desobediente.					
18	Doy castigos a mi hijo/a y después no los llevo a cabo.					
19	Respondo a los sentimientos y necesidades de mi hijo/a.					
20	Discuto o regaño con mi hijo/a.					
21	Tengo confianza en mis habilidades para criar a mi hijo/a.					
22	Explico a mi hijo/a las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.					
23	Parezco estar más preocupada/o de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mi hijo/a.					
24	Castigo a mi hijo/a dejándolo solo/a en alguna parte sin darle antes una explicación.					
25	Temo que disciplinar a mi hijo/a cuando se porte mal hará que no me quiera.					
26	Considero los deseos de mi hijo/a antes de decirle que haga algo.					
27	Me enojo con mi hijo/a.					

28	Amenazo con castigar a mi hijo/a frecuentemente en vez de hacerlo de verdad.					
29	Le muestro cariño a mi hijo/a con besos y abrazos.					
30	No tomo en cuenta la mala conducta de mi hijo/a.					
31	Uso el castigo físico con mi hijo/a como una forma de disciplina.					
32	Disciplino a mi hijo/a luego de alguna mala conducta.					
33	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco en su crianza.					
34	Le digo a mi hijo/a la manera de actuar a fin de que realice las cosas correctamente, según mi punto de vista.					
35	Cedo cuando mi hijo/a hace un escándalo por algo.					
36	Converso con mi hijo/a cuando se porta mal.					
37	Le pego una cachetada a mi hijo/a cuando se porta mal.					
37	Permito que mi hijo/a interrumpa cuando conversan los demás.					
39	Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo/a.					
40	Cuando dos niños/as se están peleando, primero los/as castigo y después les pregunto por qué lo hicieron.					
41	Le ofrezco premios a mi hijo/a para que cumpla con lo que le pido.					
42	Reto o critico a mi hijo/a cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él/ella.					
43	Establezco reglas estrictas para mi hijo/a.					
44	Le explico a mi hijo/a cómo me siento cuando se porta bien o mal.					
45	Amenazo a mi hijo/a con castigarlo/a sin justificación alguna.					
46	Me muestro inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de mi hijo/a.					
47	Le explico a mi hijo/a las consecuencias de su comportamiento.					
48	Le exijo a mi hijo/a que haga determinadas cosas o actividades, acorde a su edad.					
49	Conduzco la mala conducta de mi hijo/a hacia una actividad más adecuada.					
50	Jaloneo a mi hijo/a cuando desobedece.					

ANEXO 5
FICHA TÉCNICA

Nombre del Instrumento: Cuestionario PSDQ Adaptación por Pérez (2018)

Autor: Pérez Montenegro, Luz Eliana.

Año: 2018

Objetivo:

- Objetivo general:
 Evaluar los estilos de crianza de los padres en una realidad educativa local.
- Objetivos específicos:
 Adaptar y Validar el instrumento a la realidad local a fin de obtener resultados más fidedignos.

N° de ítems: 50 ítems

Escalamiento: Tipo Likert

Nunca	1 punto
De vez en cuando	2 puntos
Casi la mitad del tiempo	3 puntos
Muy seguido	4 puntos
Siempre	5 puntos

Categorías: Autoritativo, Autoritario y Permisivo

ESTILO AUTORITATIVO (18 ítems)

Cariño y Participación (11 ítems)		Cariño y Participación (8 ítems)	
N° ítem	Version 62 ítems	N° ítem	Version 50 ítems
3	Conozco los nombres de los amigos de mi hijo(a).	1	Conozco los nombres de los/as amigos/as de mi hijo/a.
33	Me doy cuenta de los problemas y preocupaciones que tiene mi hijo(a) en la escuela.	-	-
5	Felicito a mi hijo(a) cuando se porta bien.	3	Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien.

12	Brindo confianza y entendimiento cuando mi hijo(a) se encuentra triste.	10	Apoyo y entiendo a mi hijo/a cuando está enojado/a, molesto/a.
35	Le expreso afecto a mi hijo(a) con abrazos, besos o al cargarlo(a).	29	Le muestro cariño a mi hijo/a con besos y abrazos.
9	Muestro simpatía cuando mi hijo(a) se encuentra herido(a) o frustrado(a).	7	Soy cariñoso/a cuando a mi hijo/a lo/a han lastimado o se siente frustrado/a.
27	Le digo a mi hijo(a) que aprecio sus logros o sus intentos de lograr algo.	-	-
21	Estoy atenta a los deseos y necesidades de mi hijo(a).	19	Respondo a los sentimientos y necesidades de mi hijo/a.
1	Motivo a mi hijo(a) a hablar de sus problemas.	-	-
46	Tengo tiempos agradables junto a mi hijo(a).	39	Comparto momentos agradables y cariñosos con mi hijo/a.
39	Pido perdón a mi hijo(a) cuando comento errores al educarlo(a).	33	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco en su crianza.

Razonamiento / Iniciación (7 ítems)		Razonamiento / Iniciación (5 ítems)	
N° ítem	Version 62 ítems	N° ítem	Version 50 ítems
58	Explico a mi hijo(a) las consecuencias de su mala conducta.	47	Le explico a mi hijo/a las consecuencias de su comportamiento.
16	Le explico a mi hijo(a) lo que espero de él(ella) antes de que inicie una actividad.	14	Comunico a mi hijo/a lo que espero de él/ella con respecto a su comportamiento antes de realizar una actividad.
25	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas que deben ser obedecidas.	22	Explico a mi hijo/a las razones por las cuales las reglas deben ser obedecidas.
29	Ayudo a mi hijo(a) a entender el impacto de la conducta motivándolo(a) a que hable acerca de las consecuencias de sus propias acciones.	-	-
42	Hablo y razono con mi hijo(a) cuando se porta mal.	36	Converso con mi hijo/a cuando se porta mal.
53	Le explico a mi hijo(a) como me siento con su buena o mala conducta.	44	Le explico a mi hijo/a cómo me siento cuando se porta bien o mal.
62	Explico a mi hijo(a) las razones de las reglas.	-	-

Participación Democrática (5 ítems)		Participación Democrática (2 ítems)	
N° ítem	Version 62 ítems	N° ítem	Version 50 ítems
22	Permito a mi hijo(a) establecer las reglas de la familia.	-	-
31	Tomo en cuenta los deseos de mi hijo(a) antes de pedirle que haga algo.	26	Considero los deseos de mi hijo/a antes de decirle que haga algo.
48	Animo a mi hijo(a) a que libremente exprese lo que siente cuando no está de acuerdo conmigo.	-	-
55	Tomo en cuenta las preferencias de mi hijo(a) al hacer los planes familiares.	-	-

60	Cambio la mala conducta de mi hijo(a) hacia actividades más aceptables.	49	Conduzco la mala conducta de mi hijo/a hacia una actividad más adecuada.
----	---	----	--

Relajado/tranquilo (4 ítems)		Relajado/tranquilo (3 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
7	Juego y bromeo con mi hijo(a).	5	Bromeo y juego con mi hijo/a.
14	Me porto tranquila y relajada con mi hijo(a).	12	Me comporto de forma tranquila y relajada con mi hijo/a.
18	Muestro paciencia con mi hijo(a).	16	Muestro paciencia con mi hijo/a.
51	Respeto las opiniones de mi hijo(a) al ayudarlo a que las exprese.	-	-

ESTILO AUTORITARIO (18 ítems)

Hostilidad verbal (4 ítems)		Hostilidad verbal (3 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
13	Grito y rezongo cuando mi hijo(a) se porta mal.	11	Le grito a mi hijo/a cuando se porta mal.
23	Discuto con mi hijo(a).	20	Discuto o regaño con mi hijo/a.
32	Exploto en enojo con mi hijo(a).	27	Me enojo con mi hijo/a.
44	No estoy de acuerdo con mi hijo(a)	-	-

Castigo corporal (6 ítems)		Castigo corporal (6 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
2	Disciplino a mi hijo(a) por medio del castigo mas que usando la razón	43	Establezco reglas estrictas para mi hijo/a.
6	Nalgueo a mi hijo(a) cuando es desobediente.	4	Aplico castigo físico a mi hijo/a cuando desobedece.
19	Jalo con fuerza a mi hijo(a) cuando es desobediente.	17	Aprieto con fuerza a mi hijo/a cuando está siendo desobediente.
37	Empleo el castigo físico como una manera de disciplinar a mi hijo(a).	31	Uso el castigo físico con mi hijo/a como una forma de disciplina.
43	Doy una cacheteada a mi hijo(a) cuando se porta mal.	37	Le pego una cacheteada a mi hijo/a cuando se porta mal.
61	Jalo a mi hijo(a) cuando es desobediente.	50	Jaloneo a mi hijo/a cuando desobedece.

Estrategias punitivas y sin razón (6 ítems)		Estrategias punitivas y sin razón (5 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
10	Castigo a mi hijo(a) quitándole privilegios con poca o ninguna explicación.	8	Castigo a mi hijo/a quitándole privilegios sin darle explicaciones.
26	Me preocupo más de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mis hijos.	23	Parezco estar más preocupada/o de mis propios sentimientos que de los sentimientos de mi hijo/a.
28	Castigo a mi hijo(a) llevándolo(a) a un lugar aislado con poca o ninguna explicación.	24	Castigo a mi hijo/a dejándolo solo/a en alguna parte sin darle antes una explicación.

47	Cuando dos niños se están peleando, primero los disciplino y después les pregunto por qué lo hicieron.	40	Cuando dos niños/as se están peleando, primero los/as castigo y después les pregunto por qué lo hicieron.
54	Amenazo a mi hijo(a) con castigarlo(a) con poca o ninguna justificación.	45	Amenazo a mi hijo/a con castigarlo/a sin justificación alguna.
56	Cuando mi hijo(a) me pregunta por qué tiene que hacer algo, le contesto que porque yo lo digo, o porque soy su mamá y porque así lo quiero.	-	-

Directividad Autoritaria (4 ítems)		Directividad Autoritaria (4 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
40	Le digo a mi hijo(a) que es lo que tiene que hacer.	34	Le digo a mi hijo/a la manera de actuar a fin de que realice las cosas correctamente, según mi punto de vista
59	Demando que mi hijo(a) haga cosas.	48	Le exijo a mi hijo/a que haga determinadas cosas o actividades, acorde a su edad.
17	Ofendo y critico para que mi hijo(a) mejore.	15	Regaño y critico a mi hijo/a para lograr que tenga un mejor comportamiento.
50	Ofendo y critico a mi hijo(a) cuando no hace bien lo que tiene que hacer.	42	Reto o critico a mi hijo/a cuando su comportamiento no cumple con lo que espero de él/ella.

ESTILO PERMISIVO (14 ítems)

Falta de seguimiento (6 ítems)		Falta de seguimiento (6 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
11	Consiento a mi hijo(a).	9	Consiento a mi hijo/a.
20	Amenazo con castigar a mi hijo(a) y no lo cumplo.	18	Doy castigos a mi hijo/a y después no los llevo a cabo.
34	Antes castigaba mas frecuentemente a mi hijo(a) que ahora.	28	Amenazo con castigar a mi hijo/a frecuentemente en vez de hacerlo de verdad.
38	Disciplino a mi hijo(a) después de que se porta mal.	32	Disciplino a mi hijo/a luego de alguna mala conducta.
41	Me dirijo hacia mi hijo(a) cuando causa algún problema.	35	Cedo cuando mi hijo/a hace un escándalo por algo.
49	Premio a mi hijo(a) para que reconozca lo que hace bien.	41	Le ofrezco premios a mi hijo/a para que cumpla con lo que le pido.

Ignorar el mal comportamiento (4 ítems)		Ignorar el mal comportamiento (4 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
8	Evito ofender o criticar a mi hijo(a) cuando actúa contrario a mis deseos.	6	Evito regañar y/o criticar a mi hijo/a, aun cuando no se comporta de la forma que deseo.
15	Permito que mi hijo(a) moleste a otro.	13	Permito que mi hijo/a fastidie a otras personas.
36	Ignoro la mala conducta de mi hijo(a).	30	No tomo en cuenta la mala conducta de mi hijo/a.

45	Permito que mi hijo(a) interrumpa a otros	38	Permito que mi hijo/a interrumpa cuando conversan los demás.
----	---	----	--

Confianza en si mismo (5 ítems)		Confianza en si mismo (4 ítems)	
N° item	Version 62 ítems	N° item	Version 50 ítems
4	Encuentro difícil disciplinar a mi hijo(a).	2	Considero que es difícil disciplinar a mi hijo/a.
24	Tengo confianza de mis habilidades para educar a mi hijo(a).	21	Tengo confianza en mis habilidades para criar a mi hijo/a.
30	Temo que disciplinar a mi hijo(a) cuando se porte mal provocará que no me quiera.	25	Temo que disciplinar a mi hijo/a cuando se porte mal hará que no me quiera.
52	Mantengo reglas claras y estrictas a mi hijo(a).	-	-
57	Me muestro insegura sobre qué hacer ante la mala conducta de mi hijo.	46	Me muestro inseguro/a sobre cómo resolver los problemas de mala conducta de mi hijo/a.

Calificación: Escala Likert de 5 puntos con un continuo de respuestas que van desde: (1) Nunca a (5) Siempre.

Para determinar el tipo de estilo de crianza, este se obtiene al realizar los siguientes cálculos: (1) se suman las puntuaciones de cada uno de los ítems correspondientes a cada una de las categorías, luego, (2) se obtiene la media aritmética entre el número total de ítems correspondiente a cada una de las categorías. El puntaje final con mayor valor corresponde a la actitud predominante que presenta una persona sobre un estilo de crianza u otro.

Confiabilidad del instrumento:

La adaptación y validación del instrumento se realizó por juicio de expertos. Los expertos dieron al instrumento un índice de validación entre 81 y 100% siendo apto para la investigación.

Se aplicó el cuestionario a una muestra piloto, la cual estuvo conformada por 30 participantes. Se efectuaron 3 análisis de fiabilidad, los cuales correspondieron a cada una de las tres escalas que contiene el instrumento. En la escala autoritativa se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,807, lo cual representa una confiabilidad fuerte, mientras que en las escalas autoritaria y permisiva se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,657 y 0,621, respectivamente, indicando una confiabilidad moderada. En cuanto al total del cuestionario, el Alfa de Cronbach fue de 0,807, lo cual representa una confiabilidad fuerte. El instrumento es confiable y da confianza en la interpretación y el alcance de los resultados.

Posteriormente, se realizó la aplicación del cuestionario a una muestra conformada por 96 madres/padres de niños de 3 a 5 años de una institución educativa privada de Chiclayo.

ANEXO 6
CUESTIONARIO DE SALUD ORAL PARA NIÑOS

ID:

Estimado Señor(a)

Estamos realizando una encuesta sobre prácticas de salud oral. Este cuestionario es confidencial, y no se trata de un examen. El objetivo solo es conocer los hábitos de salud oral con respecto a su hija/o. Agradecemos su sinceridad al responder las preguntas.

INSTRUCCIONES: Responda marcando con una (X) la alternativa elegida. Por favor, lea detenidamente cada pregunta del cuestionario y responda las preguntas de manera independiente; no comente sus respuestas hasta que el cuestionario sea devuelto a la investigadora. Verifique que todas las preguntas esten debidamente completadas.

1. ¿Cuántas veces has ido al dentista en los últimos doce meses? Marca solo una alternativa.

- | | |
|--|----------------------------|
| Una vez..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Dos veces..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Tres veces..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| Cuatro veces..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Más de cuatro veces..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| No he ido en los últimos doce meses..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca he ido al dentista..... | <input type="checkbox"/> 7 |
| No recuerdo..... | <input type="checkbox"/> 9 |

En la pregunta 2, solo debe ser llenada por los que han ido al dentista en los últimos doce meses, y deben marcar porque acudieron la última vez al dentista.

2. ¿Cuál fue la razón por la que fuiste al dentista la última vez? Marca solo una alternativa.

- | | |
|---|----------------------------|
| Dolor o molestias en los dientes, encías o boca..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| Tratamiento (curaciones, extracciones, limpieza)..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Para un control..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| No sé / no recuerdo | <input type="checkbox"/> 4 |

3. ¿Con qué frecuencia te lavas los dientes? Marca solo una alternativa.

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Nunca..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| De 2 a 3 veces al mes..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| Una vez a la semana..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| De 2 a 6 veces a la semana..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| Una vez al día..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| Dos o más veces al día..... | <input type="checkbox"/> 6 |

ANEXO 7

SOLICITUD PARA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA



CAR-FE-DPE-SM-0354-2022

Lima, 29 de agosto de 2022

Lic. Esp. Mag.
Magda Elena Uribe Muñante
Directora
Institución Educativa 08 Flora Tristan
Presente.-

Estimada Lic. Esp. Mag.:

Tengo el agrado de presentar a la CD **YAMILLE YOVANNA CCECCAÑO QUINTANA** estudiante del Programa Maestría con mención en Odontología Pediátrica de la Unidad de Posgrado y Especialización Estomatología de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La profesional Coeccaño, se encuentra realizando su investigación: "**ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD ORAL Y CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA-ICA EN EL 2022**" con registro SIDISI N° 209579.

Por ello, agradeceré tenga a bien brindar las facilidades a fin de poder desarrollar su proyecto de investigación, el cual será de gran aporte y beneficio a nuestra profesión.

Agradeciendo de antemano la atención brindada, me despido.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leyla Delgado Cotrina'.

Mg. Leyla Delgado Cotrina
Coordinadora de las Maestrías
Unidad de Posgrado y Especialización



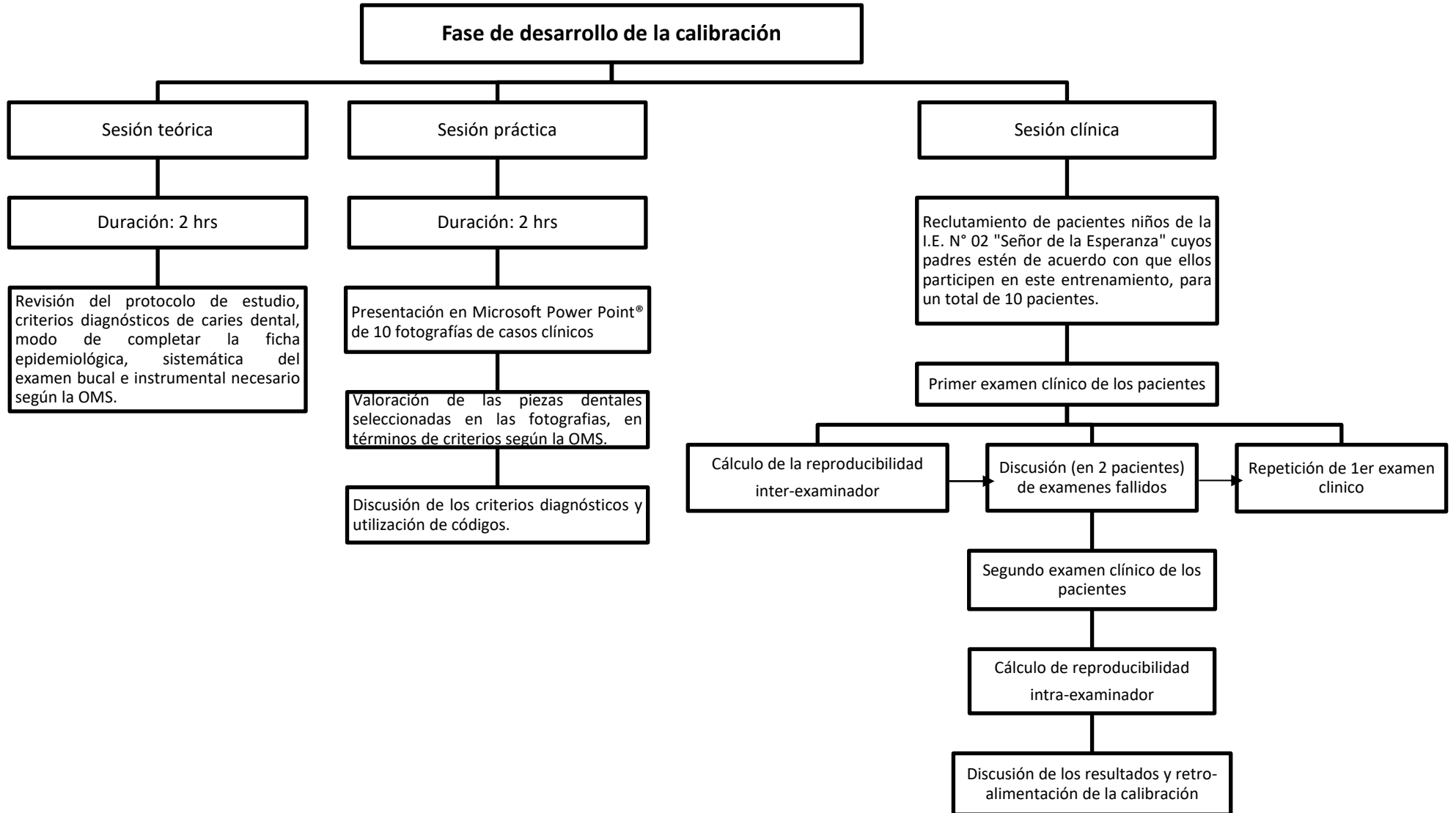
Ana Z.

upch_posgrado.estomatologia
www.upch.edu.pe/faest/postgrado

SEDE SAN ISIDRO
Av. Salaverry 2475, San Isidro
421 2525 / 631 8700

SEDE CENTRAL
Av. Honorio Delgado 430,
Urb. Ingeniería, SMP,
613 9740 anexa 6268

ANEXO 8 CALIBRACIÓN DEL EXAMINADOR



ANEXO 9
HOJA INFORMATIVA

HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio :	ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD ORAL Y CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA- ICA EN EL 2022
Investigador (a) :	Yamille Y. Cceccaño Quintana
Institución :	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Declaración del investigador:

Estamos invitando a los niños y padres de familia a participar en un estudio donde se evaluará la asociación entre los estilos de crianza, prácticas en salud oral y caries en la primera infancia en niños de 3 a 5 años. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La caries dental es causada por falta de higiene, malos hábitos alimenticios entre otros factores. Situación que se presenta desde los primeros años de vida del niño, siendo los padres los responsables directos de todos los aspectos relacionados con la salud oral del infante. Por ese motivo, se presume que las prácticas parentales influyen en el desarrollo de caries en la primera infancia.

Procedimientos:

Si usted acepta participar y decide que su hijo/a participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le realizará al NIÑO/A un examen bucal donde se observará si presenta o no lesiones de caries. (con una duración aprox. 20 min.)
2. Se le realizará al PADRE/MADRE dos encuestas. (con una duración total aprox. 35 min)

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

El niño(a) se beneficiará de una evaluación clínica, se les informará a los padres de manera confidencial los resultados que se obtengan. Además, al finalizar la evaluación se le entregará un kit de limpieza (cepillo y pasta dental). El padre/madre recibirá una charla sobre salud bucal.

Costos y compensación

No se deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información del niño/a con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación del niño/a o de otros participantes del estudio.

Cordialmente,
Investigadora Principal

ANEXO 10 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Padres)	
Título del estudio :	ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD ORAL Y CRIES EN LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA- ICA EN EL 2022
Investigador (a) :	Yamille Y. Cceccaño Quintana
Institución :	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Propósito del estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio donde se evaluará la asociación entre los estilos de crianza, prácticas en salud oral y caries en la primera infancia en niños de 3 a 5 años. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La caries dental es causada por falta de higiene, malos hábitos alimenticios entre otros factores. Situación que se presenta desde los primeros años de vida del niño, siendo los padres los responsables directos de todos los aspectos relacionados con la salud oral del infante.

El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre los estilos de crianza, prácticas en salud oral y caries en la primera infancia en niños de 3 a 5 años de una institución educativa pública.

Procedimientos:

Si usted acepta participar y decide que su hijo/a participe en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le realizará a su HIJO/A un examen bucal para identificar lesiones de caries. (con una duración aprox. 20 min.)
2. Se le realizará a USTED dos encuestas: una que contiene un total de **50** preguntas sobre su estilo de crianza parental (con una duración aprox. 20 min.) y otra de **6** preguntas sobre las prácticas de salud oral en su niño (a). (con una duración aprox. 15 min.)

Riesgos:

No existen riesgos si decide participar en este estudio.

Beneficios:

Su hijo(a) se beneficiará de una evaluación clínica de su estado bucodental, se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan. Además, al finalizar la evaluación se le entregará un kit de limpieza (cepillo y pasta dental) para su niño(a). El padre/madre recibirá una charla sobre salud bucal y estilos de crianza positivos.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por la participación de su hijo(a) en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de su hijo(a) o de otros participantes del estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Padres)	
Título del estudio :	ASOCIACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA, PRÁCTICAS EN SALUD ORAL Y CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA DEL DISTRITO DE ICA- ICA EN EL 2022
Investigador (a) :	
Institución :	UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Uso futuro de la información obtenida

La información de los resultados será guardada y podría ser usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la asociación entre estilos de crianza y caries en la primera infancia, se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad peruana Cayetano Heredia, cada vez que se requiera el uso de la información obtenida.

Derechos del participante:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor puede llamar a la **Dra.** al teléfono

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hijo(a) ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo de las actividades en las que participará si ingresa al estudio, también entiendo que mi hijo(a) puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento.

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora