



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Nivel de conocimiento de los padres sobre la
higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año
2021.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Cirujano Dentista

AUTORES:

Arce Yaco, Juana Bethy (ORCID: 0000-0002-6942-6080)

Mamani Turpo, Ximena Carolay (ORCID: 0000-0002-4269-8465)

ASESOR:

Dr. Plasencia Castillo, Jaime Uxon (ORCID: 0000-0001-8086-2206)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi hermosa Lili Marleen, que se ha convertido en mi ángel de la guarda que me acompaña en cada uno de los pasos que doy.

A mi esposo y familia que me han apoyado en todo momento y que han hecho posible que cumpla mis objetivos y metas.

Juana Bethy

A mis padres, mamá Zoila y papá Bonifacio, quienes me educaron con valores y respeto, motivándome a seguir adelante, porque siempre apostaron por brindarme una buena educación.

A mi pareja, por su paciencia, amor y respaldo para alcanzar mis objetivos trazados.

Ximena Carolay

Agradecimiento

A Dios, por habernos dado la vida, guiado y acompañado a lo largo de nuestra carrera profesional, por ser la fortaleza en momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

A la Universidad César Vallejo, por brindarnos el apoyo necesario para la titulación.

A nuestro asesor, Dr. Jaime Uxon Plasencia Castillo, por su orientación y dedicación para conseguir la meta propuesta.

Al gerente general del centro dental “Priodent”, por abrirnos las puertas de su establecimiento y así poder realizar el trabajo de investigación.

A nuestros familiares y amigos que siempre han prestado un gran apoyo moral y humano, necesario en los momentos difíciles de esta profesión.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	¡Error! Marcador no definido.
Índice de tablas	iv
Índice de abreviaturas	vi
Resumen.....	¡Error! Marcador no definido.
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. MÉTODOLÓGÍA.....	10
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	10
3.2. Variables y operacionalización	10
3.3. Población, muestra y muestreo	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.5. Procedimientos.....	12
3.6. Método de análisis de datos	13
3.7. Aspectos éticos.....	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	29
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS	39
ANEXO 1	39
ANEXO 2	40
ANEXO 3	41
ANEXO 4	45
ANEXO 5	46
ANEXO 6	47
ANEXO 7	48
ANEXO 8	50
ANEXO 9	51
ANEXO 10	52
ANEXO 11	55

Índice de tablas

Tabla1: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021.....	14
Tabla 2: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según edad de los padres.....	16
Tabla 3: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según sexo de los padres.....	17
Tabla 4: Nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral según número de hijos.....	18
Tabla 5: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según el grado de instrucción.....	19
Tabla 6: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según ocupación.....	20

Índice de abreviaturas

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

FDI : Federación Dental Internacional.

ADA : Asociación Dental Americana

Resumen

El conocimiento de los padres sobre higiene bucal es un pilar importante en la vida del menor ya que solo así se puede prevenir enfermedades bucodentales. El objetivo principal del estudio fue evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa. La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 120 padres de familia que cumplieron los criterios de selección. El instrumento un cuestionario validado de 15 preguntas, se realizó la prueba de confiabilidad donde se obtuvo 0,815, indicando que el estudio según KR20 era confiable. La puntuación se clasificó en malo (0 a 6), regular (7 a 11) y bueno (12 a 15). Los resultados demostraron conocimiento malo en un 32,5%, para el conocimiento regular el 47,5% y el 20,0% restante conocimiento bueno. El estudio concluye que el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos es regular.

Palabras claves: Conocimiento en salud, higiene oral, cepillado dental.

Abstract

The parents' knowledge about oral hygiene is an important pillar in the child's life since only in this way can oral diseases be prevented. The main objective of the study was to evaluate the level of knowledge of parents about the oral hygiene of their children in Arequipa. The research was descriptive, cross-sectional and quantitative. The sample consisted of 120 parents who met the selection criteria. The instrument was a validated questionnaire of 15 questions, the reliability test was performed where 0.815 was obtained indicating that the study according to KR20 was reliable. The score was classified as bad (0 to 6), fair (7 to 11) and good (12 to 15). The results showed bad knowledge in 32.5%, for regular knowledge 47.5% and the remaining 20.0% good knowledge. The study concludes that the knowledge of parents about the oral hygiene of their children is regular.

Keywords: Health knowledge, oral hygiene, tooth brushing.

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucal es un componente importante para mantener la salud en general ya que es el espejo de la forma como se mantiene el bienestar personal¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor parte de las enfermedades bucales están relacionadas con caries y enfermedad periodontal, se estima que el 60 y 90% de personas padecen estas enfermedades a nivel mundial². Además, la Organización Panamericana de la Salud refiere, que es importante una conducta preventiva frente a las infecciones orales, puesto que nueve de cada diez personas a nivel global tienen un gran riesgo de padecerlas³.

Existen reportes epidemiológicos hechos en Perú donde manifiestan la prevalencia de enfermedades bucales, entre ellas la caries dental, que en dentición decidua es de 60,5% y en mixta de 90,4%⁴, considerado como una enfermedad crónica de la infancia que ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de los niños y de las familias². La presencia de caries en la dentición decidua se asocia a la caries en la dentición permanente¹.

En la actualidad, la caries es un problema de salud pública¹ y según Okunseri⁵, afecta mayormente a las personas de ingresos económicos bajos. Además, se le considera como una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción de prácticas culturales y factores ambientales. En la misma línea de ideas, Faria⁶ y Chen⁷, refieren que está asociado a causas socioculturales, alimenticias, malos hábitos, deficiencia en el cepillado y falta de conocimiento de los padres sobre cuidado bucal.

La información que adquieren los padres anticipadamente ante la prevención de la enfermedad es de suma importancia porque va a permitir que las prácticas diarias de higiene sean realizadas de una forma correcta, esta acción hará que los padres desempeñen positivamente el cuidado de la salud bucal de sus hijos y del círculo familiar^{8,9,10}, proporcionando calidad de vida al menor siendo la familia el entorno principal en cuanto a conocimientos. Por esta razón, es importante que los padres conozcan la manera óptima de realizar esta tarea y así instruir a los menores hasta que alcancen una edad suficiente donde adquieran la destreza adecuada^{11,12,13}.

Por otro lado, es importante que los padres no sólo conozcan el cuidado dental, sino que tomen conciencia de la gravedad de no practicarlo. La ausencia de conocimiento acerca de la salud en general y la salud bucal es uno de los principales problemas en el Perú, teniendo como base en muchas ocasiones la falta de interés de los tutores, mediados por la falta de concientización hacia el tema y presentándose con más prevalencia en los estratos de educación más bajos, donde los recursos económicos son limitados y la participación de los tutores es de gran importancia¹⁴.

Con la realidad problemática mencionada se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021?

El presente estudio de investigación pretende evaluar el conocimiento de los padres sobre la higiene bucal de sus hijos en el centro dental “Priodent” del distrito de Porvenir – Miraflores, debido a que cuenta con todas las normas de bioseguridad y cuidados necesarios para evitar algún tipo de contagio. Además, cuenta con la especialidad de Odontopediatría y los pacientes que acuden son de distintos factores sociodemográficos y es ese campo el que permitirá obtener información para la investigación y así dar a conocer si el nivel de conocimiento de los padres tiene alguna significancia según el sexo, edad, número de hijos, grado de instrucción y ocupación. La finalidad del estudio es buscar la causa de la alta prevalencia de enfermedades bucales, asimismo compartir los resultados en los centros de atención públicos y privados a fin de que puedan motivar a los padres a ser conscientes de la salud dental de sus hijos y acudan tempranamente a revisiones bucales. Adicionalmente, pueda servir como dato de estudio para otras investigaciones.

Finalmente, el estudio es factible de realizar ya que cuenta con todos los recursos necesarios para su desarrollo y conclusión. Al desarrollar el tema de investigación se pretende dar respuesta al siguiente objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021. Además, se buscó respuestas a los siguientes objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral de sus hijos según edad de los padres. Determinar el nivel de conocimiento de los padres

sobre higiene oral de sus hijos según sexo de los padres. Determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral según número de hijos. Determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral de sus hijos según grado de instrucción. Determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral de sus hijos según ocupación.

II. MARCO TEÓRICO

Muljadi et al¹⁵, en Indonesia en el año 2017. Realizó un estudio que tuvo por objetivo medir el conocimiento de los padres sobre la higiene bucal y el cepillado dental de los estudiantes de kindergarten. El estudio se realizó en 25 padres mediante un cuestionario de 24 preguntas y en los niños se evaluó el cepillado dental. El diseño fue transversal, observacional y descriptivo. Donde un 68% de padres ayudan a cepillar los dientes de sus hijos; el 60% usa el tamaño adecuado de pasta dental; el 60% cepilla la lengua; el 52% no sabe la técnica adecuada de cepillado; 92% sabe que el cepillado dental es 2 a 3 minutos, el 100% sabe que el cepillo debe ser reemplazado cada cierto tiempo. El estudio concluye que el 75% de padres demostró buen conocimiento sobre higiene bucal y el 15% mal conocimiento, en cuanto al cepillado dental de los estudiantes fue bueno en un 32%, medio en un 60% y malo en un 8%.

Shaghaghian et al¹⁶, en Shiraz en el año 2017. Realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento de los padres sobre la higiene bucal de sus hijos y factores asociados (sexo, número de hijos, educación y ocupación). El estudio de diseño fue transversal y se realizó mediante un cuestionario en 396 padres. Donde los progenitores sin título tuvieron buen conocimiento en un 50,9% y malo en un 49,1%; los padres con título en un 70,7% de conocimiento bueno y malo el 29,3%. Según la ocupación los padres con empleo demostraron conocimiento bueno en un 72% y malo en un 28% y las amas de casa en un 54,3% de conocimiento bueno y malo el 45,7%. El estudio concluye que hubo diferencia significativa del conocimiento sobre higiene bucal con la ocupación y educación de los padres, en cuanto número de hijos no hubo diferencia significativa.

Nadazdyova et al¹⁷, en Eslovaquia en el año 2017. Realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento dental de los padres sobre la higiene bucal de sus hijos, resaltando la influencia en prevención y salud dental. Se recopiló 152

cuestionarios de padres con hijos de 7 a 13 años de edad. Donde el 95,4% de los tutores afirmó que los niños se cepillan los dientes solos; el 0,7% de niños son revisados por sus tutores para ver si la higiene es correcta; el 9,2% de los padres no pudo responder preguntas sobre las técnicas de limpieza de dientes de sus hijos; el 78,9% utiliza pasta de dientes para cepillar los dientes de los niños; el 56,6% usa habitualmente enjuague bucal; el 17,8% utiliza hilo dental; el 59,2% acude al dentista preventivamente dos veces al año y 30,9% una vez al año. El estudio concluye que el 42,72% tuvo conocimiento malo sobre la higiene bucal de los niños y el 57,28% conocimiento bueno.

Demari et al¹⁸, en Brasil en el año 2016. Realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el conocimiento sobre higiene bucal de los responsables de niños de 0 a 6 años atendidos en la clínica de Odontopediatría en Brasil y la prevalencia de caries y condición periodontal de los niños. Se aplicó un cuestionario semiestructurado en 55 padres, el estudio fue descriptivo, transversal. Se realizaron preguntas demográficas (ingreso familiar, nivel educativo) y de higiene bucal. Donde el 50,9 no sabía sobre la técnica de higiene; el 60% no sabía sobre la cantidad de pasta dental; el 80% no sabía a qué edad es la primera cita dental; el 61,8% no utilizaba hilo dental. El estudio concluye que los tutores demostraron conocimiento malo en un 62,1% y bueno en un 37,9%, en cuanto al conocimiento y el nivel educativo de los padres no hubo significancia estadística. En los niños se encontró que el 92% presentó caries y el 76,1% gingivitis.

Pilozo et al¹⁹, en Ecuador en el año 2016. Realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimiento de higiene oral en las madres y su influencia en la salud bucodental de sus hijos de 0 a 3 años, atendidos en Jaramijo. El estudio fue de tipo descriptivo y observacional. Se realizó mediante un cuestionario de 7 preguntas en 80 madres. Donde el 63% no sabía la técnica adecuada de higiene bucal; el 60% no sabía el tiempo ideal para llevar al Odontopediatra; el 57,5% no sabía a qué edad se debe iniciar la limpieza bucal; el 60% no sabía sobre la limpieza de carrillos y lengua; el 40% no sabía con qué frecuencia se debería ir al Odontopediatra. El estudio concluye que el 54% de madres tuvo un nivel bajo de conocimiento y el 45% un nivel alto, además demostraron que las madres con

bajo nivel educativo, tuvieron bajo nivel de conocimiento e influyo directamente en la salud bucal de sus hijos.

Gaona et al²⁰, en Paraguay en el año 2016. Realizó un estudio que tuvo por objetivo evaluar el estado de salud bucal en preescolares y el nivel conocimiento de higiene bucal de sus madres en las escuelas públicas y privadas de la ciudad de San Lorenzo. El estudio se realizó en 221 niños y sus madres. Se evaluó el conocimiento de las madres mediante un cuestionario de 7 preguntas. El diseño fue transversal, observacional y descriptivo. Donde el 82,81% indicó que el cepillado es después de cada comida; el 31,22% no sabía la importancia del cepillado dental; el 47,96% sabía sobre la primera cita del bebé; el 82,81% sabía que las citas dentales son cada 6 meses. El estudio concluye que el estado de salud bucal de los niños de escuelas públicas fue bajo en comparación a los niños de las escuelas privadas, en cuanto al nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene bucal, el 19,0% fue bueno, el 60,0% regular y 21,0% malo.

Khanal et al²¹, en Nepal en el año 2015. Realizó una investigación que tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres de niños en edad preescolar que asisten al departamento de pediatría ambulatoria en el Hospital Dhulikhel. El estudio se realizó mediante un cuestionario en 100 padres. El diseño fue transversal, observacional y descriptivo, el método una entrevista (cara a cara). Se formularon preguntas demográficas y de conocimiento. Donde el 76% sabía que la higiene es 2 veces por día; el 36% sabía sobre la pasta dental con flúor; el 49% sabía que el cepillado es de 2 a 3 minutos; el 28% indicó que el cepillo se cambia cada 6 meses; el 22% no sabía sobre el tamaño de la pasta dental; el 83% no sabía sobre la técnica de cepillado. El estudio concluye que el 81% tuvo conocimiento regular, el 15% malo y el 4% bueno, según el sexo de los padres no hubo diferencia estadística.

Jaramillo²², en Ecuador en el año 2015. Realizó una investigación que tuvo por objetivo evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene bucal de madres de niños de 1 a 2 años que frecuentan el centro de salud de Sangolquí, Quito. Se seleccionaron 64 madres de 26 a 30 años. El diseño fue transversal, descriptivo. Se realizaron preguntas demográficas y de conocimiento mediante un

cuestionario. Donde el 57% no sabía sobre la higiene bucal de sus hijos; el 63% no sabía ninguna técnica de cepillado; el 57,5% no sabía a qué edad es el inicio de la higiene bucal; el 60% no sabía que la lengua y carrillos deben ser limpiados. El estudio concluye que el 58% demostró conocimiento malo y el 42% conocimiento bueno, además no existió alguna significancia estadística entre la edad y el conocimiento, sin embargo, las madres con mejor nivel educativo demostraron mejor conocimiento.

Definiendo los conceptos que guardan relación con este estudio, las enfermedades bucales siguen siendo prevalentes en todo el mundo², provocando una serie de daños, como dolor, actividades sociales limitadas, falta de crecimiento y desarrollo, pérdida prematura de dientes, infecciones, disminución en el rendimiento escolar y economía familiar afectada²³. Según los estudios de Alyahya et al²⁴, Elkarmi et al²⁵, Fidler et al²⁶, Anderson et al²⁷, Hamasha et al²⁸ y Gurunathan et al²⁹, refieren que existe mayor prevalencia de enfermedades bucales por factores asociados a la dieta, estilo de vida, nivel educativo, situación económica, falta de conocimiento y conciencia de los tutores. Además, Folayan et al³⁰, hace referencia al tiempo prolongado de biberón, práctica inadecuada de higiene bucal, dieta azucarada, tamaño de la familia y el orden de nacimiento del niño.

La actitud que se transmite de generación en generación está basada en la información de los tutores mediante la educación en salud, siendo un eje importante que asegure la prevención de enfermedades^{31,32}. Asimismo, desde el embarazo la madre tiene la responsabilidad de tener un hijo fuerte y sano. La nutrición, cuidados y sus consultas periódicas con el odontólogo deben ser importantes a fin de que la madre tenga una boca sana y libre de infecciones ya que está comprobado que la principal fuente de adquisición y transmisión de bacterias a los hijos es a partir de la saliva de la progenitora, que se da cuando besa al bebé en la boca o prueba los alimentos³³. Los niños menores de cinco años pasan la mayor parte de tiempo con las madres³², siendo estas las personas referentes más importantes, ya que asumen un papel central en la formación del desarrollo personal y social, es probable que la salud de la madre y del niño sean similares o se encuentren vinculados a los determinantes sociales^{34,35}.

Por lo tanto, el conocimiento de los padres es un factor que influye en la calidad de vida y conducta del niño debido que en la niñez se adopta aspectos conductuales de la familia quienes son referentes en la vida del infante³⁶.

Así mismo, la salud bucal está relacionada con la capacidad de hacer uso de todas las funciones y estructuras que forman parte de la boca (maxilares, labios, lengua, paladar, glándulas, dientes y demás tejidos de cara y cuello) para permitir sin ninguna molestia la masticación, deglución, succión y estética, además, favorecer los procesos de alimentación y el apoyo de procesos vitales, funciones básicas para poder vivir, también el poder articular palabras, pronunciarlas, poder gesticular y expresar emociones como la sonrisa o el beso, requiere de la funcionalidad de las estructuras de la boca y para todo esto se necesita salud bucal. Así mismo, las citas periódicas para orientar e informar se deben realizar aproximadamente a los 6 meses³⁷, que es el tiempo aproximado en el que brotan los primeros dientes temporales y es ahí el tiempo idóneo para el inicio del cepillado dental³³.

Los bebés de 0 a 6 meses se alimentan de leche materna o mixta con o sin el uso de biberón, el cual sólo debe utilizarse hasta el año de vida. La higiene bucal se inicia en cuanto le salen los primeros dientes alrededor de los seis meses utilizando el cepillo pediátrico y pasta dental fluorada; los bebés de 7 meses a 1 año ya consumen alimentos semisólidos, por lo tanto, el cepillado debe ser respetando la frecuencia y cantidad suficiente de pasta dental, además del uso del hilo dental; los niños de 1 a 2 años, igualmente la higiene debe ser realizada respetando la frecuencia y cantidad de algún dentífrico con flúor, además del hilo dental. En este tiempo se completa la dentición temporal (20 dientes) y se da un tiempo de espera donde no le salen más dientes hasta comenzar con el recambio, que inicia alrededor de los seis años hasta los doce aproximadamente, los dientes deciduos mantendrán el espacio para los permanentes. Además, es importante el rol del Odontopediatra informando e incentivando a la buena salud bucal^{33,13}.

De hacer caso omiso a los métodos preventivos, a través de la educación sobre higiene oral y el tiempo más adecuado para la primera visita odontológica, podría producirse la caries de la infancia temprana, complicándose el tratamiento puesto

que los niños pequeños suelen presentar ansiedad dificultando de esta manera la atención adecuada³⁴.

La alimentación debe incluir verduras, alimentos sanos, evitando el consumo excesivo de azúcares. La ingesta desproporcionada de alimentos dulces aumenta significativamente el riesgo de caries en la infancia, llegando a la conclusión que el consumo de alta frecuencia de azúcares en la dieta forma el medio idóneo para la proliferación de bacterias cariogénicas y posteriormente desmineralización del esmalte^{38,39}. Por este motivo, la higiene oral es un factor importante en el cuidado diario siendo el cepillado el método más común para interrumpir la formación de la placa dental⁴⁰.

Según Cisneros et al⁴¹, el cepillado dental deberá tener una frecuencia asociada a la cantidad de veces que consumen alimentos o principalmente tres veces al día, eliminando la acumulación de residuos en boca. El cepillado se realiza mediante movimientos de fricción sobre la superficie de los dientes arrastrando la placa bacteriana acumulada. Existen dos tipos de cepillos; los manuales, que son usados regularmente y los eléctricos, sus cerdas tienen diferentes firmezas; cerdas duras, estas son rígidas y fuertes, utilizados comúnmente para personas sin sensibilidad con boca bien cuidada; cerdas medias, indicado para personas con buena salud dental; cerdas suaves, estas son blandas y no producen mucha fricción, recomendado para personas sensibles y en casos de cirugía bucal^{42,43}.

Así mismo, hay dos tipos de cepillos, de acuerdo a la edad; uno que es de uso adulto y es utilizado desde los 7 años y el otro el infantil indicado para bebés y niños, se caracteriza por tener un cabezal pequeño, redondeado con filamentos de cerdas muy suaves y con un mango más grande de lo habitual para que el niño pueda manejarlo con facilidad mientras desarrolla su motricidad fina⁴⁴.

El cepillo está conformado por la cabeza, mango, cuello y filamentos sintéticos de diferente dureza. La técnica de cepillado es una rutina que debe ser aplicada desde la niñez y debe mantenerse por siempre, existen varias técnicas que basan su eficacia principalmente en respetar el orden establecido, entre ellas: La técnica de cepillado horizontal; siendo una de las técnicas más simples y de fácil manejo usando el cepillo con una inclinación de 90 grados respecto al eje mayor del diente realizando movimientos tipo barrido de atrás hacia adelante, esta técnica

es recomendada para niños pequeños debido a su corta edad, también es recomendado para personas con habilidades especiales^{44,45}.

En cuanto a la pasta dental para niños que sean menores de 3 años de edad, es del tamaño de un grano de arroz y para los niños mayores 3 años de edad debe ser parecido al tamaño de una alverja⁴³.

Según la Organización Mundial de la Salud, el cepillado dental debe durar unos dos minutos por lo menos y el cepillo debe renovarse cada dos a tres meses aproximadamente o cuando sus filamentos muestren signos de desgaste siendo el cepillado una herramienta básica que debe ser realizada como mínimo 2 veces al día o de preferencia después de cada alimento, la pasta dental debe ser fluorada con una concentración de 1100 a 1500 partes por millón (ppm) se deberá realizar movimientos suaves y cortos, sin dejar de limpiar ninguna zona del diente, se incluirá el cepillado de encías y lengua^{46,47}.

En cuanto al hilo o seda dental también es importante ya que ayuda a retirar la placa situada entre los dientes y encías, además controla el mal aliento. Existen tipos de hilo dental como los encerados y no encerados, aquellos que tienen sabor y los de sabor neutro, algunos tipos cinta y otros en hilo, además de texturados y suaves. El método más comúnmente usado, el de carrete o método del dedo envuelto, para este se corta un aproximado de 60 centímetros de hilo o seda y se envuelve en el dedo medio de cada lado dejando un aproximado de 3 centímetros entre el dedo medio de ambas manos, seguidamente con mucho cuidado se pone el hilo dental entre las piezas dentarias utilizando el dedo índice de una mano y el pulgar de la otra, pasando por el punto de contacto teniendo cuidado de no lesionar la papila y asegurándose de que el hilo pase por dentro de la línea de la encía, haciendo la forma de una "c" abrasando lateralmente cada diente⁴⁷.

La higiene bucal debe completarse limpiando la lengua, para esto puede utilizarse un limpiador lingual realizando movimientos circulares desde la parte más interna hasta llegar a la punta de la lengua. También algunos cepillos dentales tienen en el extremo contrario a las cerdas (en el cabezal) el limpiador, pudiéndose aprovechar el mismo cepillo, realizando movimiento tipo barrido^{46,47}.

En cuanto a la aplicación tópica del flúor en las superficies dentales, el flúor barniz resulta ser más aceptable y de fácil aplicación sobre todo en niños muy pequeños, así mismo, también se reduce la ingesta excesiva de flúor en comparación con la aplicación de flúor en gel. La forma más común de presentación del flúor barniz es en porciones para una sola aplicación que debe ser repetida cada 3 meses en niños con riesgo alto de caries y cada 6 meses en niños con riesgo moderado^{13,47}.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo básico porque tuvo como finalidad la obtención y recopilación de información respecto al conocimiento de los padres sobre salud oral, incrementando el conocimiento teórico ya existente. Su diseño es no experimental debido a que no se manipuló la variable que se estudió. Descriptivo porque se analizó la variable tal y como se presentó⁴⁸. Transversal porque se midió la variable en tiempo presente y en una sola oportunidad. Prospectivo, porque la información fue recopilada por el investigador y es de tipo cuantitativo puesto que accedería a usar los datos de forma numérica cuantificándolos a través de la aplicación estadística^{48,49}.

3.2. Variables y operacionalización

Conocimiento sobre higiene oral de sus hijos (única, categórica)

Definición conceptual: Es la información adquirida a través del tiempo sobre higiene bucal como factor que influye en la calidad de vida y conducta de la familia mediante técnicas aplicadas^{3, 34}.

Definición operacional: El nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral de sus hijos será cuantificado por medio del instrumento de evaluación (cuestionario) y será valorado como malo, regular y bueno.

Co-variables cualitativas: Se evaluará el conocimiento según sexo (masculino y femenino), según edad, número de hijos, grado de instrucción y ocupación.

Operacionalización de variables (Anexo1).

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

La población de la presente investigación estuvo conformada por los padres de familia que asistieron al centro dental "Priodent," ubicado en la Av. San Martín 4505 en el distrito de Porvenir - Miraflores en la ciudad de Arequipa, que según las historias clínicas la población es de 897 unidades muestrales que tendrán que cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión. Se consideró a los padres de 18 hasta 40 años de edad que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, con hijos de 0 a 12 años de edad, y que aceptaron ser parte de la investigación firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión. Padres que llenaron inadecuadamente el cuestionario, realizando borrones, o aquellos que presentaron algún tipo de alteración cognitiva, asimismo fueron exceptuados los padres con título de cirujanos dentista.

Muestra:

Para la presente investigación se utilizó el algoritmo de proporciones en poblaciones finitas (Anexo2). Luego de aplicar el algoritmo mencionado se establece que la muestra constará de 120 unidades muestrales.

Muestreo:

Para el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico, ya que se seleccionó la muestra basada en un juicio y no aleatoriamente.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica usada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario tomado de la tesis de Delgado y Navarro⁵⁰, cuyo proceso de validación incluyó tres expertos, quienes realizaron el índice de concordancia y la validez del instrumento, para esto aplicaron la prueba estadística del Coeficiente de V de Aiken (claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología), donde el resultado fue 0,8426. Asimismo, el autor obtuvo la confiabilidad del instrumento

mediante prueba piloto en 15 unidades muestrales, obteniendo un KR20 de 0,907⁵⁰.

El instrumento mencionado estuvo conformado por 5 preguntas demográficas y 15 de conocimiento, cada pregunta cuenta con cuatro alternativas de respuesta donde solo uno es el correcto y estuvo distribuido de la siguiente manera: La primera sección incluye 5 preguntas demográficas de los padres; edad, sexo, número de hijos, grado de instrucción y ocupación. La segunda sección incluye 5 preguntas básicas en cuanto conocimiento de higiene bucal, la tercera sección incluye 3 preguntas relacionadas al tiempo de duración del cepillo dental y técnica de cepillado, la cuarta sección incluye 4 preguntas sobre concentraciones de flúor y cantidad adecuada de pasta dental según edades, la quinta sección incluye 3 preguntas sobre el tamaño y uso correcto del hilo dental. A cada pregunta correcta le asignaron el valor de 1 punto, los que contestaron de 12 a 15 respuestas correctas fueron calificados como conocimiento bueno, los que contestaron de 7 a 11 respuesta correctas fueron calificados como conocimiento regular y por ultimo las calificaciones de 0 a 6 para el conocimiento malo⁵⁰ (Anexo 3).

Para evaluar la confiabilidad del instrumento propuesto por Delgado y Navarro⁵⁰, en el presente estudio se sometió a una prueba piloto con la participación de 20 pacientes mayores de edad, los resultados de la prueba KR-20 indicaron una adecuada fiabilidad del instrumento puesto que el valor fue de 0,815 (Anexo 4).

3.5. Procedimientos

Mediante un documento oficial se solicitó a la dirección de la escuela de estomatología UCV – Piura de la Universidad César Vallejo, una carta de presentación como investigador, que detalló el enunciado, motivo y objetivo principal del estudio, así como el nombre de los investigadores a cargo del proyecto, con el fin de obtener el permiso respectivo del Gerente General del centro dental “Priodent” (Anexo5).

La carta fue aceptada, brindando el permiso correspondiente para acceder a las instalaciones y ejecutar el proyecto de investigación (Anexo 6); con este

documento, los investigadores se apersonaron a las instalaciones del centro dental a recopilar los datos necesarios para investigación; previa firma del consentimiento informado. Los investigadores de acuerdo al protocolo para la atención de pacientes en consultorios dentales en la pandemia COVID-19, tuvieron que presentarse al centro asistencial siguiendo las siguientes medidas de bioseguridad: Uso de equipo de protección personal (mameluco descartable), respirador N95, máscara facial y guantes; además, el lavado de manos y la desinfección con alcohol gel, previo al ingreso, luego de haber obtenido cada cuestionario y al finalizar la permanencia en la clínica. El tiempo para el desarrollo del cuestionario fue aproximadamente de 10 minutos, el estudio fue realizado en los meses de marzo a mayo del 2021, ocho semanas a razón de 4 horas diarias, se obtuvieron aproximadamente 3 cuestionarios por día, hasta completar la muestra de 120, se excluyeron a los usuarios que participaron en la prueba piloto (Anexo 6).

3.6. Método de análisis de datos

Los datos recopilados por medio del cuestionario fueron ordenados, tabulados y procesados en el programa Microsoft Excel 2010 y el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 24.0; luego se hizo el análisis de la variable de estudio por medio del cálculo de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), las cuales se presentaron en sus respectivas tablas. La prueba estadística se estableció a través de la aplicación del chi cuadrado (χ^2), la cual se interpretó asumiendo un nivel de significancia del 5%.

3.7. Aspectos éticos

El estudio se realizó respetando los derechos de los pacientes sometidos a investigación, los cuales fueron recogidos de la declaración de Helsinki, incluye el respeto a la confidencialidad de datos salvaguardando la dignidad de las personas. Asimismo, se respetó el principio de autonomía del paciente y su participación libre y voluntaria, para lo cual se informó los objetivos y alcances de la investigación, así como los riesgos y beneficios del mismo, todo ello finalmente se acreditó con la firma del consentimiento informado (Anexo7)⁵¹.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021.

Preguntas del cuestionario	Correcto		Incorrecto		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Edad de la primera visita odontológica.	30	25.0	90	75.0	120	100
2. Objetivo del cepillado dental.	110	91.7	10	8.3	120	100
3. Frecuencia del cepillado.	92	76.7	28	23.3	120	100
4. Duración del cepillado.	64	53.3	54	46.7	120	100
5. Supervisión del cepillado.	58	48.3	62	51.7	120	100
6. Técnica del cepillado dental.	76	63.3	44	36.7	120	100
7. Técnica del cepillado lingual.	64	53.3	56	46.6	120	100
8. Frecuencia de cambio del cepillo dental	100	83.3	20	16.7	120	100
9. Concentración de flúor en dentífricos para niños mayores de 3 años.	27	22.5	93	77.6	120	100
10. Comienzo del cepillado con pasta dental fluorada.	36	29.2	84	70.8	120	100
11. Cantidad de pasta dental en niños de 12 a 24 meses.	69	57.5	51	42.5	120	100
12. Cantidad de pasta dental en niños de 3 a 5 años.	88	73.3	52	26.6	120	100
13. Momento del día para utilizar el hilo dental.	72	60.0	48	40.0	120	100
14. Función del hilo dental.	80	66.7	40	33.3	120	100
15. Medida del hilo dental que se debe utilizar.	39	32.5	81	67.6	120	100

NIVEL DE CONOCIMIENTO	n	%
Malo	39	32.5
Regular	57	47.5
Bueno	24	20.0
Total	120	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1, se puede apreciar que, del total de encuestados, 57 padres que representan el 47,5% poseen un conocimiento de nivel regular sobre la higiene oral de sus hijos. Por otro lado, el 20% calificó como nivel bueno y, por último, el 32,5% reflejó mal conocimiento.

Tabla 2: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según edad de los padres.

Edad	Nivel de Conocimiento						Total		P Valor*
	Malo		Regular		Bueno		n	%	
	N	%	n	%	n	%			
De 18 a 29 años	22	34,9	26	41,3	15	23,8	63	100,0	
De 30 a 40 años	17	29,8	31	54,4	9	15,8	57	100,0	0,319
Total	39	32,5	57	47,5	24	20,0	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

* Prueba de Chi Cuadrado. Nivel de significancia 0.05

En la tabla 2, se puede apreciar que, del total de encuestados, los mayores porcentajes fueron obtenidos por el conocimiento regular, puesto que los padres de 18 a 29 años alcanzaron el 41,3%; y los de 30 a 40 años el 54,4%. Por otra parte, los padres de 18 a 29 años el 34,9% de conocimiento malo; y los de 30 a 40 años el 29,8%. Por último, el conocimiento bueno fue para los padres de 18 a 29 años con un 23,8%; y los de 30 a 40 años el 15,8%. La prueba estadística confirma que no hubo diferencia significativa ($p > 0,05$).

Tabla 3: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según sexo de los padres.

Sexo	Nivel de Conocimiento						Total		P Valor*
	Malo		Regular		Bueno		n	%	
	N	%	n	%	n	%			
Femenino	19	26,4	33	45,8	20	27,8	72	100,0	
Masculino	20	41,7	24	50,0	4	8,3	48	100,0	0,022
Total	39	32,5	57	47,5	24	20,0	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

* Prueba de Chi Cuadrado. Nivel de significancia 0,05

En la tabla 3, se puede apreciar, que el 45,8% de mujeres alcanzaron un nivel regular de conocimiento sobre la higiene oral de sus hijos, en el caso de los varones fue del 50,0%. Por otra parte, el nivel de conocimiento bueno fue alcanzado por el 27,8% de mujeres y el 8,3% de varones. Por último, el conocimiento malo fue de 26,4% para las mujeres y de 41,7% para los varones. La prueba estadística confirma que existe diferencia significativa ($p < 0,05$).

Tabla 4: Nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral según número de hijos.

Número de Hijos	Nivel de Conocimiento						Total		P Valor*
	Malo		Regular		Bueno		n	%	
	N	%	n	%	n	%			
Un hijo	22	37,9	24	41,4	12	20,7	58	100,0	0,045
Dos hijos	13	30,2	21	48,8	9	20,9	43	100,0	
Tres a más hijos	4	21,1	12	63,2	3	15,8	19	100,0	
Total	39	32,5	57	47,5	24	20,0	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

* Prueba de Chi Cuadrado. Nivel de significancia 0.05

En la tabla 4, se puede apreciar, que el 63,2% de madres con más de tres hijos alcanzaron un nivel regular de conocimiento, siendo el porcentaje mayoritario. Por otro lado, el conocimiento malo fue para las madres que tienen un hijo con un 37,9%. Mientras que el menor porcentaje fue de 15,8% para el conocimiento bueno en las madres que tienen de tres hijos a más. La prueba estadística confirma que existe diferencia significativa ($p < 0,05$).

Tabla 5: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según el grado de instrucción.

Nivel de Instrucción	Nivel de Conocimiento						Total		P Valor*
	Malo		Regular		Bueno		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Secundaria	17	44,7	15	39,5	6	15,8	38	100,0	0,023
Superior no universitaria	14	33,3	19	45,2	9	21,4	42	100,0	
Superior universitaria	8	20,0	23	57,5	9	22,5	40	100,0	
Total	39	32,5	57	47,5	24	20,0	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

* Prueba de Chi Cuadrado. Nivel de significancia 0.05

En la tabla 5, se puede apreciar, que el mayor porcentaje fue para el nivel de conocimiento regular con un 57,5%, el cual ocurre en padres con nivel de instrucción universitario. Mientras que el menor porcentaje fue para el nivel de conocimiento bueno, con un 15,8% en padres con grado de instrucción secundario. La prueba estadística confirma que existe diferencia significativa ($p < 0,05$).

Tabla 6: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según ocupación.

Ocupación	Nivel de Conocimiento						Total	P Valor*
	Malo		Regular		Bueno			
	N	%	n	%	n	%	n	
Amas de casa	14	45,2	10	32,3	7	22,6	31	100,0
Técnicos	15	38,5	17	43,6	7	17,9	39	100,0
Profesionales	10	20,0	30	60,0	10	20,0	50	100,0
Total	39	32,5	57	47,5	24	20,0	120	100,0

0.098

Fuente: Elaboración propia

* Prueba de Chi Cuadrado. Nivel de significancia 0,05

En la tabla 6, se puede apreciar que, el mayor porcentaje fue para el nivel de conocimiento regular con un 60,0% en los profesionales, y de 43,6% en los técnicos. Por otro lado, el mayor porcentaje para el conocimiento malo, fue de 45,2% en las amas de casa, y de 38,5% en los técnicos. Por último, el menor porcentaje fue para el conocimiento bueno, en los técnicos con un 17,9% y en los profesionales con un 20,0%. La prueba estadística confirma que no existe diferencia significativa ($p < 0,05$).

V. DISCUSIÓN

El conocimiento de los padres sobre higiene oral es un pilar importante en la vida de los hijos para prevenir enfermedades dentales. Asimismo, es un determinante esencial para proporcionar calidad de vida a la familia^{11,7}. Además, en los primeros años de vida, los padres son la principal fuerza social que influye en el desarrollo del niño, donde muchas veces pueden estar condicionados por distintos factores^{15,16,17,18,19,20,21,22}.

El presente estudio tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en un centro dental en el distrito de Porvenir – Miraflores en la ciudad de Arequipa, además buscó determinar algún tipo de significancia estadística del conocimiento con la edad, sexo, número de hijos, grado de instrucción y ocupación de los padres.

En el presente estudio se evaluaron diferentes preguntas sobre higiene bucal; entre ellas a qué edad es la primera visita al dentista, donde más de la mitad de los padres respondieron incorrectamente, este resultado parecido a los estudios de Demari et al¹⁸, Pilozo et al¹⁹ y Gaona et al²⁰. Sin embargo, en los estudios de Nadazdyova et al¹⁷, realizado en Eslovaquia donde la mayor parte de padres demostró buen conocimiento. Es importante indicar que en este país el seguro médico público cubre tratamientos dentales para pacientes menores de 18 años, cada seis meses, solo si el paciente ha acudido con anterioridad a un chequeo dental preventivo.

Asimismo, en el estudio de Jaramillo²², realizado en Ecuador también se pudo evidenciar buen conocimiento, debido a que es un país en vías de desarrollo con múltiples programas gubernamentales de salud, además, existe una influencia de creencias ligadas al entorno biopsicosocial donde la madre tiene el rol de cuidadora permanente y por lo tanto la responsable directa del cuidado del niño, siendo capacitada desde su embarazo para prevenir enfermedades bucales, aun así la prevalencia de caries es del 75,6 % en la población escolar²².

En cuanto a la pregunta sobre el objetivo del cepillado dental, casi la totalidad de los padres respondieron correctamente, indicando que es para eliminar la placa

bacteriana. Similar al estudio de Khanal et al²¹. Sin embargo, en el estudio de Pilozo et al¹⁹, realizado en Ecuador el resultado fue diferente donde la mayoría de padres no respondieron acertadamente. La limpieza de la boca es el cuidado preventivo para mantener la salud bucal. En países desarrollados, el 60% de niños en edades de 5 a 6 años no presentan enfermedades dentales, dado por la información preventiva en los padres²⁰. Por el contrario, en países subdesarrollados el índice de caries es del 60,4% en dentición decidua puesto que no les brindan el cuidado necesario a los dientes temporales, aduciendo que serán reemplazados⁴. Es importante que los padres mejoren su conocimiento y fomenten hábitos de higiene en sus hijos¹⁹.

Al consultar sobre cuantas veces al día el niño debe realizar el cepillado dental; el 76,7% respondió correctamente. Este resultado parecido a los estudios de Demari et al¹⁸ y Khanal et al²¹. Sin embargo, en el estudio de Pilozo et al¹⁹, fue diferente donde un poco más de la mitad (57%) de padres encuestados respondió incorrectamente, evidenciándose que los hijos de las madres encuestadas cuyas respuestas fueron desfavorables tenían enfermedades bucales¹⁹. Los niños con caries en la infancia temprana tienen mayor riesgo de presentar malestares en la dentición permanente, por esta razón el cepillado dental debe ser realizado diariamente por lo menos dos veces al día^{22,47}.

En la pregunta sobre el tiempo de duración del cepillado dental, el 46,7% de padres respondieron erróneamente, este resultado parecido al estudio de Pilozo et al¹⁹, y diferente al estudio de Muljadi et al¹⁵, donde los padres indonesios demostraron buen conocimiento en higiene bucal, sin embargo, en sus hijos se evidenció regular estado de salud oral, similar al estudio de Gaona et al²⁰. Estos resultados se pueden explicar debido a la falta de tiempo que tienen los padres para dedicarse al cuidado bucal de sus hijos, de manera que, el conocimiento y las actitudes positivas sobre higiene oral en edades tempranas generarán una vida saludable²⁰. Según la Organización Mundial de la Salud el cepillado dental debe durar por lo menos dos minutos⁵².

En cuanto a la interrogante sobre la supervisión del cepillado dental, más de la mitad de los encuestados respondieron correctamente, indicando que los padres deberían verificar la higiene de sus hijos, este resultado es parecido al estudio de Muljadi et al¹⁵. Sin embargo, en los estudios de Nadazdyova et al¹⁷ y Jaramillo²², los padres no ayudan, ni supervisan la higiene de sus hijos. Es importante tener en cuenta que, en las primeras etapas de desarrollo del niño, la habilidad motora fina que le permite hacer movimientos pequeños y muy precisos, aún no está completamente desarrollado por lo que es necesario que en casa un adulto responsable se encargue del cuidado dental del niño. A la edad de seis a siete años aproximadamente la maduración está prácticamente completa, donde el menor puede realizar su higiene solo, pero supervisado y complementado por los padres¹⁵.

En la pregunta sobre la técnica de cepillado dental el 63,3% de padres respondieron adecuadamente, indicando que es mediante movimientos circulares y rotatorios. Sin embargo, en los estudios de Nadazdyova et al¹⁷, Pilozo et al¹⁹ y Jaramillo et al²², solo un aproximado del 40% de padres demostraron buen conocimiento. En el estudio de Muljadi et al¹⁵, los padres indonesios demostraron buen conocimiento (81,3%) en distintas preguntas sobre higiene bucal, pero desconocían la técnica adecuada del cepillado dental, aun así, en sus hijos se evidenció buen cuidado oral. El cepillado de los dientes es la forma más sencilla y eficaz de disminuir la placa bacteriana, el cual debe ser introducido por los padres al niño desde una edad temprana¹⁵. La técnica utilizada influirá en la eficacia y los resultados¹¹. El Ministerio de Investigación, Tecnología y Educación Superior de la república de Indonesia muestra que las tasas de caries son altas debida a la falta de conciencia de los padres, al no realizar la higiene adecuada de sus hijos¹⁵.

En el estudio, al consultar sobre la técnica de cepillado lingual el 53,3% contestó satisfactoriamente, este resultado similar al estudio de Muljadi et al¹⁵, y diferente a los estudios de Pilozo et al¹⁹ y Jaramillo et al²², donde la mayoría de padres no supieron responder adecuadamente. Las características anatómicas del dorso de la lengua favorecen la acumulación de desechos bucales como alimentos, saliva, células epiteliales, que pueden actuar como sustratos para el metabolismo y

crecimiento de microorganismos que contribuyen a la halitosis y enfermedades bucales, siendo una práctica que no se adopta ampliamente, principalmente por la incomodidad al momento de realizarlo⁵³.

En la pregunta sobre el tiempo ideal para cambiar el cepillo dental, los padres en su mayoría demostraron buen conocimiento, similar al estudio de Muljadi et al¹⁵. Es importante indicar que el cepillo dental debe renovarse cada tres meses o cuando se visualice alguna alteración en las cerdas, debido a que con el uso pierden resistencia y por consiguiente efectividad dependiendo exclusivamente del criterio de los padres⁵⁴. En nuestro país, el ministerio de salud promociona contenidos y sugerencias sobre salud e higiene bucal en una cartilla informativa a los niños y sus padres de las instituciones educativas públicas por medio de los docentes, también existen programas como “Perú sonrío” destinado principalmente para niños, buscando sensibilizar a la población en temas referentes a higiene bucal, consumo de alimentos saludables, mejora en la calidad de vida y autoestima⁵⁵.

Al consultar sobre la concentración ideal de flúor en niños mayores de tres años y en qué momento es el inicio del cepillado dental con pasta dental fluorada, la mayoría de los padres respondieron incorrectamente. Estas respuestas tienen sustento debido a que en muchas ocasiones los padres compran pastas dentales pediátricas sin tener en cuenta la concentración de flúor, esto demuestra que no han sido capacitados y tampoco se han informado. A nivel mundial, la utilización de flúor es la principal estrategia para la prevención y control de caries. La concentración de flúor adecuada es de 1100 y 1500 partes por millón de flúor (ppm)²². Es importante indicar que, en algunos países de África, Oriente Medio y América Central, además de la pasta dental fluorada utilizan el miswak, como estrategia preventiva de caries, siendo estos unos palitos seleccionados y preparados a partir de ramas, tallos o las raíces de una variedad de especies, tipo de limpieza que se práctica hace miles de años⁵⁶.

Al consultar sobre la cantidad correcta de pasta dental según la edad de los niños, los padres demostraron mejor conocimiento en niños de 3 a 5 años que de 12 a

24 meses, este resultado ocurre porque los padres en su mayoría desconocen la manera correcta de realizar la limpieza bucal de sus hijos cuando son pequeños. Además, existen algunos factores externos, como estilos de vida, creencias culturales, costumbres familiares. La Academia Americana de Odontología Pediátrica asegura que la responsabilidad de la higiene oral, para que sea efectiva es de los padres⁵⁷. En el estudio de Muljadi et al¹⁵, el 60% supo responder adecuadamente. Sin embargo, en el estudio de Demari et al¹⁸, realizado en Brasil la mayoría de progenitores no pudieron responder correctamente a pesar de contar con programas de salud dental “Brasil sonriente” que ayudan e incentivan a la prevención de enfermedades bucales.

En las preguntas sobre el momento ideal y la función del hilo dental, aproximadamente el 60% de padres respondieron correctamente, sin embargo, en cuanto a la medida correcta a utilizar la mayoría de padres no pudieron responder adecuadamente. En los estudios de Nadazdyova et al¹⁷ y Demari et al¹⁸, no utilizan hilo dental. Estos resultados demuestran que los padres que realizan la higiene bucal de sus hijos, no siempre consideran saber sobre el uso y la función del hilo dental, teniendo en cuenta que las lesiones cariosas muchas veces empiezan en las áreas interproximales¹⁸.

Los resultados generales del estudio demostraron que el mayor porcentaje fue para el nivel de conocimiento regular, seguido del conocimiento malo y por último el bueno. Similar al estudio de Khanal et al²¹, y diferente a los estudios de Demari et al¹⁸, Pilozo et al¹⁹ y Jaramillo et al²², donde predominó el conocimiento malo y en menor porcentaje el bueno. En el estudio de Demari et al¹⁸, realizado en Brasil no solo evaluaron el conocimiento de los padres sino también la prevalencia de caries y estado periodontal de sus hijos, poniendo en evidencia que el 92% de niños presentaban caries y el 76% gingivitis, demostrando que, aun teniendo programas de salud dental que brinda acceso odontológico gratuito, mediante la prevención y promoción de la salud bucal, existe descuido de los padres hacia el bienestar bucal de sus hijos.

Por el contrario, en el estudio de Muljadi et al¹⁵, predominó el conocimiento bueno, en este estudio la muestra fue menor y se realizó en un jardín de niños de 4 y 5

años, en el cual los profesores activamente ayudan y motivan a los padres e hijos con programas de salud escolar¹⁵. Adicionalmente, evaluaron la higiene bucal de los niños, evidenciando que más del 50%, tenían buen cepillado dental. Asimismo, en el estudio de Nadazdyova et al¹⁷, realizado en Eslovaquia, también los padres demostraron buen conocimiento, teniendo en cuenta que la muestra fue mayor. Es importante indicar que en la legislatura eslovaca los menores de 18 años tienen un seguro médico público que les permite acceder a procedimientos dentales solo si el paciente ha acudido a chequeos preventivos con anterioridad¹⁷.

La edad y el conocimiento de los padres también fue motivo de estudio a fin de determinar si existe o no significancia entre ambos. Con los resultados obtenidos se pudo apreciar que los padres de 18 a 29 años conformaron la mayor parte de la muestra y el resto los padres de 30 a 40 años y se pudo arribar que no existe significancia entre la edad de los padres y el conocimiento sobre higiene oral de sus hijos. Este resultado es similar al estudio de Jaramillo²². Sin embargo, en el estudio solo evaluaron a padres de 26 a 30 años y la muestra fue menor. Estos resultados pueden argumentarse debido a que las personas se motivan en aprender distintos temas en torno a necesidades o centro de interés, lo cual no siempre podría estar relacionado con la edad⁵⁸.

El presente estudio también evaluó el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según sexo, buscando si existe o no algún tipo de significancia, evidenciándose que existe diferencia estadística. Este resultado difiere con los estudios de Khanal et al²¹ y Shaghaghian et al¹⁶, puesto que no se encontró diferencias significativas, sin embargo, la muestra fue mayor, aun así, las mujeres demostraron más conocimiento que los varones. Este resultado puede argumentarse debido a que las madres están más cerca de los hijos cumpliendo el rol más importante en la salud y el cuidado del menor y considerando que ejercen múltiples tareas y responsabilidades³³. La Organización Panamericana de la Salud, señala que se debe disminuir la asimetría entre hombres y mujeres en su contribución a la formación de hábitos dentro del contexto familiar⁵⁹.

Otro dato importante en este estudio fue determinar si existe algún tipo de significancia estadística entre el conocimiento de los padres y el número de hijos. Según los hallazgos encontrados se determinó que los padres que tienen un hijo demostraron menor conocimiento que los que tienen más de dos hijos. Poniendo en evidencia que existe diferencia significativa. Este resultado difiere con el estudio de Shaghaghian et al¹⁶, puesto que no se encontró significancia entre el número de hijos y el conocimiento. Según un estudio realizado por la Universidad de Cornell, en los Estados Unidos, los padres con más de un hijo pasan más tiempo con el primogénito que con los más pequeños cuando los niños están entre los 4 y los 13 años señalando que existe una diferencia en cuando a la calidad de tiempo sobre todo cuando tienen varios hijos⁶⁰.

Además, en el presente estudio también se pudo determinar algún tipo de significancia entre el conocimiento y el grado de instrucción de los padres. Los resultados de este estudio demostraron un nivel de significancia de $0,023 < 0,05$, estableciendo claramente que mientras mayor es el nivel educativo de los padres, mejor es el conocimiento. Este resultado similar al estudio de Shaghaghian et al¹⁶. La preparación educativa de los padres ayuda a comprender y procesar mejor la información adquirida sobre higiene bucal, pero si los padres no son conscientes, sus hijos sufrirán las consecuencias. Es importante indicar que en muchos países existen programas de alfabetización en salud bucodental con la finalidad de educar a la población mejorando las rutinas de higiene diarias^{17,22,55,61}. Además, el estatus socioeconómico tiene relación con el grado de instrucción de los padres ya que tienen acceso a mejores oportunidades lo cual mejora el conocimiento y comportamiento⁶².

Otro motivo de estudio fue la ocupación de los padres y el nivel de conocimiento, buscando si hay algún tipo de significancia entre ambas. Según la prueba estadística aplicada dio como resultado 0.098, lo que demuestra que no existe significancia entre el conocimiento sobre higiene oral de los hijos y la ocupación de los padres, este resultado es similar al estudio Khanal et al²¹, donde no se encontró significancia estadística. Estas respuestas se dan debido a que los padres no siempre conservan un mismo empleo y el nivel de conocimiento puede ser muy variable⁶³.

En el estudio se tuvo todos los cuidados pertinentes a fin de garantizar la claridad y objetividad, aun así, se pudo apreciar que la muestra es limitada, por lo tanto, los hallazgos encontrados pueden dar una idea de la situación actual, pero no generaliza a toda la población, sin embargo, puede servir como información previa para próximos estudios. Otro inconveniente que se tuvo es que algunos padres tenían la intención de participar en el estudio, pero no querían aceptar el consentimiento informado, por lo tanto, fueron excluidos. El tiempo reducido del estudio y la pandemia COVID-19 también fue una limitación, pero se pudo culminar con mucho esfuerzo y dedicación.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en un centro dental de la ciudad de Arequipa, fue regular.
2. No existe diferencia en el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según la edad de los progenitores, determinando que la edad no es un indicador que implique en el conocimiento.
3. Existe diferencia entre el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos según sexo de los padres, siendo las mujeres las que en mayor porcentaje tuvieron mejor conocimiento que los varones.
4. Existe diferencia entre el conocimiento de los padres sobre la higiene oral según el número de hijos, estableciendo que mientras más hijos, el conocimiento mejora significativamente.
5. Existe diferencia del nivel de conocimiento y el grado de instrucción de los padres sobre la higiene oral de sus hijos, determinando que mientras más grado educativo tienen los padres sus niveles de conocimiento mejoran.
6. No existe diferencia entre el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos de acuerdo a la ocupación, debido a que los padres no siempre conservan la misma labor y el nivel de conocimiento puede ser muy variable.

VII. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud para que implementen planes educativos incentivando a la prevención de enfermedades bucales, fomentando la conciencia los padres por medio de campañas publicitarias, así como programas de salud bucal enfocadas en la prevención primaria, la detección y las acciones correspondientes para acudir a establecimientos de salud.

Se sugiere a los cirujanos dentistas que motiven a los padres a actuar anticipadamente, creando conciencia mediante la mejora del conocimiento sobre higiene bucal infantil.

Se recomienda a las instituciones educativas para que incorporen temas sobre conocimiento de salud bucal en los padres, con la finalidad que ellos actúen de manera correcta y con prontitud.

A los padres de familia a fin de concientizarlos para que acudan tempranamente a revisiones dentales teniendo en cuenta que los primeros años de vida del menor son importantes a fin de garantizar una vida saludable.

REFERENCIAS

1. Greenshields S. Oral health care in children. BrJNurs [Internet]. 2019 [Consultado 01 de diciembre de 2020]; 28(15):980-81. Disponible en. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.15.980.
2. Abed R, Bernabe E, Sabbah W. Family impacts of severe dental caries among children in the United Kingdom. Int J Environ Res PublicHealth. [Internet]. 2019 [Consultado 01 de diciembre de 2020]; 17(1):109. Disponible en: DOI.10.3390/ijerph17010109.
3. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es.
4. MINSA. Prevalencia nacional de caries dental, Fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6, 7, 8, 10, 12 y 15 años. Perú. [Internet].2002. [Consultado 15 de enero del 2021]; Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4195.pdf>.
5. Okunseri C, Gonzales C, Hodgson B. Children's oral health assessment, prevention, and treatment. clínicas pediátricas de América del Norte [Internet]. 2015 [Consultado 25 de enero del 2021] 62 (5): 1215-26. Disponible en: DOI. 10.1016 / j.pcl.2015.05.010.
6. Faria PC, Goncalves SP, Paiva SM, Pordeus AI. Incidence of dental caries in primary dentition and risk factors: a longitudinal study Braz Oral Res [Internet] 2016 [Consultado 15 de enero del 2021]; 30(1): S1806-83242016000100254. Disponible en:
<https://sci-hub.se/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0059>.
7. Chen L, Hong , Xiong , Zhang , Li Y, Huang, Fang. ¿Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. BMC Oral Health [Internet].2020 [Consultado 25 de febrero del 2021]; 20(1):203. Disponible en: DOI. 10.1186/s12903-020-01186-4.
8. Alyahya L. Parental knowledge and practices regarding oral health their children in Kuwait.Eur J PaediatrDent. [Internet]. 2016 [Consultado 15 de enero del 2021]; 17(4):267-73. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28045313/>.

9. Kotha SB, Alabdulaali RA, Dahy WT, Alkhaibari , Mohammed Albaraki ,Alghanim .The influence of oral health knowledge on parental practices among the Saudi parents of children aged 2–6 years in Riyadh city, Saudi Arabia. *J IntSocPrev Comunidad Dent*. [Internet]. 2018 [Consultado 01 de marzo del 2021]; 8 (6): 565-71. Disponible en: DOI. 10.4103 / jispcd. JISPCD_341_18.
10. Zhang Z. Xia B, Tang ZG, Chen YQ. Evaluation of effect of oral health intervention on children in Shaoshan area of Hunan province [Internet]. 2020 [Consultado 17 de enero de 2021] 52(5):913-18. Disponible en: DOI. 10.19723/j.issn.1671-167X.2020.05.020.
11. Finlayson TL, Cabudol L, Gomez.A qualitative study of the multi-level influences on oral hygiene practices for young children in an Early Head Start program.*BMC*. [Internet].2019 [Consultado 17 de enero de 2021]; 19 (1): 166. Disponible en: DOI: 10.1186 / s12903-019-0857-7.
12. Hamilton K, Cornish S, Kirkpatrick A, Kroon J, Schwarzer. Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control.*R. Br J HealthPsychol* [Internet]. 2018 [Consultado 17 de enero de 2021] 18. 23(2):387-406. Disponible en: DOI. 10.1111/bjhp.12294. Epub 2018 Jan 18.
13. Pollick H. The role of fluoride in the prevention of tooth decay. *Pediatr Clin North Am*. [Internet] 2018 [Consultado 25 de febrero del 2021] 65(5):923-40. Disponible en: DOI. 10.1016/j.pcl.2018.05.014.
14. Meneses. Problemática actual en salud bucal en el Perú. [Internet] 2017 [Consultado 25 de febrero del 2021] *Scientiarvm* P.55 - 8 Disponible en: DOI.10.26696/sci.epg.0060.
15. Muljadi VA, Mandalas. Parent's knowledge and oral hygiene level of kindergarten students *Journal of Dentistry* [Internet]. 2017 [Consultado 02 de marzo del 2021]; 29(2):86-90. Disponible en: DOI. 10.24198 / pjd. vol29no2.13608.
16. Shaghaghian A, Savadi , Amin M. Evaluation of parental awareness regarding their child's oral higiene *Int J Dent Hyg*. [Internet]. 2017 [Consultado 01 de marzo del 2021]; 15(4): e149-e55. Disponible en: DOI.10.1111/idh.12221.

17. Nadazdyova A, Sirotnakova D, Samohyl M. Parents' Dental Knowledge and Oral Hygiene Habits in Slovak Children Iran. J PublicHealth [Internet]. 2017 [Consultado 07 de marzo del 2021]; 46(7): 999-1000. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/2b4b/11a7f066397d53d3149fbe5f0e2bd0710c77.pdf?_ga=2.145060276.1890964390.1626052281-825456091.1614632384.
18. Demari S, Marques C, Pereira J, Oliveira R, Werle S. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. rev. unimep [Internet]. 2016 [Consultado 10 de marzo del 2021]; 26(1): 11-8.
19. Pilozo M, Cevallos, Alarcón. Nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental. Revista Publicando [Internet]. 2016 [Consultado 12 de marzo del 2021]; 3(7): 90-7. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/111>.
- Gaona F, Reissner, Diaz, Bejarano, Pérez, Vázquez, Rodas. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. [Internet]. 2016 [Consultado 04 de marzo del 2021]; 43(2): 129-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309431153_Salud_bucal_en_preescolares_y_nivel_de_conocimiento_sobre_higiene_bucal_de_sus_madres_en_escuelas_publicas_y_privadas_de_San_Lorenzo_Paraguay.
21. Khanal K, Shrestha D, Ghimire N, Younjan R, Sanjel . Assessment of knowledge regarding oral hygiene among parents of pre-school children attending pediatric out patient department in Dhulikhel Hospital. [Internet]. 2015 [Consultado 04 de marzo del 2021]; 13 (49): 38-43. Disponible en: DOI. 10.3126 / kumj. v13i1.13751.
22. Jaramillo, Nuñez, Armas. conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene bucal de madres de niños de 1 a 2 años que frecuentan el centro de salud de Sangolquí, Quito, Ecuador. [Internet]. 2015 [Consultado 04 de marzo del 2021]; 14(2): 53-7 Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1245/987>.
23. Kastenbom L, Falsen A, Larsson P, Sunnegårdh-Grönberg K, Davidson T. Costs and health-related quality of life in relation to caries. BMC Oral Health. [Internet]. 2019 [Consultado 01 de marzo del 2021] 16; 19(1): 187. Disponible en: DOI: 10.1186/s12903-019-0874-6.

24. Alyahya L. The purpose of this study is to assess the knowledge and practices of parents toward their children's oral health in Kuwait. *Dent. Eur J Paediatr*. [Internet]. 2016 [Consultado 03 de marzo del 2021];17(4):267-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28045313/>.
25. Elkarmi r, Shore E, Connell A. Knowledge and behaviour of parents in relation to the oral and dental health of children aged 4-6 years. *EurArchPaediatrDent* [Internet]. 2015 [Consultado 03 de marzo del 2021] ;16(2):199-204. Disponible en: DOI: 10.1007/s40368-014-0155-7.
26. Fidler N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, et al. Sugar in infants, children and adolescents: a position paper of the european society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition j pediater gastroenterol nutr. *J PediatrGastroenterolNutr* [Internet]. 2017 [Consultado 07 de marzo del 2021]; 65(6): 681-96. Disponible en: DOI: 10.1097/MPG.0000000000001733.
27. Anderson AC, Rothballer , Jörg M, Altenburger , Woelber JP, Lamprini Karygianni , Lagkouvardos L. In-vivo shift of the microbiota in oral biofilm in response to frequent sucrose consumption. *Sci Rep*. [Internet]. 2018 [Consultado 07 de marzo del 2021];14202-18. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-32544-6>.
28. Hamasha A , Rasheed , Aldosari , Rajion N. Knowledge and awareness of parents about the oral health of their children in Riat, Arabia Sauditadentj-13-236[Internet].2019 [Consultado 01 de marzo del 2021];236-41. Disponible en: DOI: 10.2174 / 1874210601913010236.
29. Gurunathan D, Moses J, Arunachalam SK. Knowledge attitude, and practice of mothers regarding oral hygiene of primary school children in Chennai, Tamil Nadu, India. *Int J Clin PediatrDent*. [Internet].2018 [Consultado 01 de marzo del 2021] ;11(4):338-43. Disponible en: DOI. 10.5005/jp-journals-10005-1535.
30. Folayan MO, Kolawole KA, Oziegbe EO. Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria. *BMC Oral Health* [Internet] 2015 [Consultado 07 de marzo del 2021] 30; 15:72. Disponible en:DOI. 10.1186/s12903-015-0058-y.

31. Nguyen U, Rowe J, Barker. Survey of knowledge, beliefs, and behaviors of migrant vietnamese parents regarding young children. *Oral Health J DentHyg.* [Internet]. 2017 [Consultado 01 de marzo del 2021] 91(2):45-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29118256/>.
32. Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study December 14, 2018 Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208886>.
33. Pangrazio NDK. Salud bucal de mi bebé, guía práctica de padres desde el nacimiento hasta los dos años, 2002.
34. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis.[Internet]. 2019[Consultado 07 de marzo del 2021] 53(4):411-421. Disponible en: DOI: 10.1159/000495187. Epub 2019 Jan 10.
35. Alkhtib A, Morawala A. Knowledge, attitudes, and practices of mothers of preschool children about oral health in Qatar: A cross-sectional survey *dent j* [Internet]. [Consultado 07 de marzo del 2021];1;6(4):51. Disponible en: DOI. 10.3390/dj6040051.
36. Oufi A.A., Omar O.M. Oral health knowledge and practices of mothers toward their children's oral health in al Madinah. *Br. J. Med R.* [Internet]. 2016; [Consultado 07 de marzo del 2021] 15:1–10. Disponible en: DOI. 10.9734/BJMMR/2016/26113.
37. Ruiz O, Estupinan S, Miller T, Soto A, Hernández F. Modulo salud oral del niño y del adolescente Salud familiar y comunitaria. Organización Panamericana de la Salud 2009; 1: 1- 62. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>.
38. Chaffee BW, Feldens CA, Rodrigues PH, Vítolo MR. Feeding practices in infancy associated with caries incidence in early childhood. *CommunityDent Oral Epidemiol* [Internet]. 2015 [Consultado 10 de marzo del 2021]; 43(4):338-48. Disponible en: DOI: 10.1111/cdoe.12158. Epub 2015 Mar 5.
39. Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study December 14, 2018 Disponible en:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208886>.

40. Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE, Tugwell. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. Database Syst Rev. 2013 [Consultado 07 de marzo del 2021] Dec.18;(12):CD009857. Disponible en: DOI: [10.1002/14651858.CD009857.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009857.pub2).
41. Cisneros G, Hernández Y. Education for oral health in early years of life. Medisan [Internet]. 2011 [Consultado 10 de marzo del 2021]; 15(10):1445-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445234013>.
42. Tipos de cepillos dentales. Disponible en: <https://clinicadentalmagallanes.com/cepillosde-dientes/>
43. Guiainfantil.com 19 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/salud/dientes/tipos-de-cepillos-de-dientes-para-ninos/#header0>.
44. Técnicas de cepillado dental - TIC's – Calaméo. 2019. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/005909748e11eab39cadf>.
45. Una guía para la salud dental de los niños. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/teething-tooth-care/Paginas/A-Guide-to-Childrens-Dental-Health.aspx>.
46. Poklepovic P T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, et al withdrawn: Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. Syst. Rev. de la base de datos Cochrane [Internet], 2019 [Consultado 11 de diciembre de 2020]; 4 (4): CD009857. Disponible en: DOI. 10.1002/14651858.CD009857.pub2.
47. Ministerio De Salud. Cartilla Informativa para la promoción de la salud bucal 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3430.pdf>.
48. Sampieri R. Metodología de la investigación. 6ª ed. Mexico: Mcgraw-Hill; [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
49. Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. Metodología de la investigación: cuantitativa-cualitativa y redacción de tesis. Bogotá: 2014. Ediciones de la U. 5ta edición septiembre de 2018 ISBN. 978-958-762-876-0. Disponible en:

<https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Metodologia-de-la-Inv-cuanti-y-cuali-Humberto-Naupas-Paitan.pdf>.

50. Delgado B, Navarro A. Diseño y validación de un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en una institución educativa primaria, Piura 2019. [tesis] Universidad Cesar Vallejo.
51. Hammer MJ. Informed consent in the changing landscape of research. *OncolNurs Forum*. [Internet]2016 [Consultado 15 de mayo del 2021] Sep 1;43(5):558-60. Disponible en: DOI. 10.1188/16.ONF.558-60.
52. Recommendations de la OMS. Disponible en: <https://megasonexchile.com/blogs/news/las-recomendaciones-de-la-oms-para-un-correcto-cepillado-de-dientes>.
53. Bordas A , Rod McNab, Staples AM, Bowman J, Kanapka J, Bosma MP. Impact of different tongue cleaning methods on the bacterial load of the tongue dorsum. *Arch Oral Biol* [Internet]2008 [Consultado 16 de mayo del 2021] Apr;53 Suppl 1: S13-8. Disponible en: DOI. 10.1016/S0003-9969(08)70004-9.
54. Pons I, P. Hospital Universitari General de Catalunya. Obtenido de Servicios de Odontología: Cuidado dental en niños. Cepillado. 2017. Disponible en: <http://www.hgc.es/es/pacientes-visitantes/consejossalud/odontologia/cepillado-dental-niños>.
55. Ministerio de Salud. Disponible en: https://larepublica.pe/sociedad/462150-ministerio-de-salud-lanza-campana_peru-sonrie/.
56. Alshammary F, Aljohani FA, Alkhuwayr FS, Siddiqui A. Measurement of parents' knowledge toward oral health of their children: an observational study from hail, Saudi Arabia. *J ContempDentPract*. [Internet]. 2019 [Consultado 17 de mayodel 2021];20(7):801-05. Disponible en <https://www.thejcdp.com/doi/JCDP/pdf/10.5005/jp-journals-10024-.2600>
57. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *CommunityDent Oral Epidemiol*. [Internet].2005[Consultado 17 de mayodel 2021]; 33(4):274-9.
58. Características del aprendizaje en el adulto según Knowles. Disponible en: <https://learninglegendario.com/aprendizaje-adultos/>.

59. Organización Panamericana de la Salud. Política de igualdad de género. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es.
60. Escobari C. The place of children in the family and leadership Rev. de Psicología [Internet]. jun. 2017. [Consultado 19 de mayo del 2021]; Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322017000100005.
61. Dudovitz R, Teutsch C, Holt K, Herman A.J. Improving parent oral health literacy in Head Start programs. Public Health Dent. [Internet] 2020 [Consultado 19 de mayo del 2021] 80(2):150-158. Disponible en: DOI.10.1111/jphd.12361. Epub 2020 Feb 21.
62. Liangwen Chen, Jialan Hong, Dian Xiong, Luyi Zhang, Yuhong Li, Shengfu Huang, Fang Hua. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors A survey of 8446 families in Wuhan. BMC Oral Health [Internet] 2020 [Consultado 19 de mayo del 2021] Jul 11;20(1):203. Disponible en DOI: 10.1186/s12903-020-01186-4.
63. Shaghaghian S, Savadi N, Amin, Evaluation of parental awareness regarding their child's oral hygiene First published [Internet] 2016 [Consultado 19 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idh.12221>.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES/ COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Variables independientes					
Conocimiento en higiene oral	Es la información adquirida a través del tiempo sobre higiene bucal como factor que influye en la calidad de vida y conducta de la familia mediante técnicas aplicadas. ^{3,34}	El nivel de conocimiento de los padres sobre higiene oral de sus hijos será cuantificado por, medio del instrumento de evaluación (cuestionario) y será valorado como malo, regular y bueno.	Malo Regular Bueno	0 -6 puntos = malo 7 a 11 puntos = regular 12 a 15 puntos = bueno	Ordinal
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas con las que se nace.	Dato proporcionado en el cuestionario.	Femenino Masculino		Nominal
Edad	Periodo de tiempo que ha vivido un ser vivo desde su existencia.	Dato proporcionado en el cuestionario.	De 18 a 29 años De 30 a 40 años		Ordinal
Hijos	Descendientes directos de una persona		De 1 a 2 hijos De 3 a más hijos		Ordinal
Grado de instrucción	Es el grado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.		Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria		Ordinal
Ocupación	Actividad en la que una persona participa cotidianamente		Ama de casa Dependiente Independiente		Nominal

ANEXO 2

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

N = Tamaño de la población (897)

α = Error alfa (0.05)

1 - α = Nivel de confianza (0.95)

Z (1 - α) = Z de 1 - α (1.96)

p = Prevalencia de la enfermedad (0.9)

q = Complemento de p (0.1)

d = Precisión (0.05)

$$n = 119.939316 \rightarrow 120$$

Entonces, luego de aplicar la fórmula correspondiente, obtenemos un tamaño muestral mínimo de 120 padres de familia, los cuales también deben reunir los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN.

La presente ficha de recolección de datos tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021.

II. DATOS

Edad:

Sexo:

Número de hijos:

Grado de instrucción:

Ocupación:

1. A qué edad se debe realizar la primera visita odontológica.

- a) A los 5 años
- b) Al cumplir el primer año
- c) Alrededor de los 6 meses de edad**
- d) A los 3 años.

2. ¿Cuál es el objetivo principal del cepillado dental?

- a) Tener un buen aliento
- b) Eliminar la placa bacteriana**
- c) Masajear los dientes.
- d) Que brillen los dientes

3. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a) 1 vez
- b) De 2 a 3 veces**
- c) De 5 a más veces

d) Los niños no deben cepillarse los dientes.

4. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?

a) 10 minutos

b) 30 minutos

c) 1 minuto

d) Por lo menos 2 minutos.

5. En cuanto al cepillado dental

a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño

b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños hasta los 10 años de edad.

c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.

d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

6. ¿Cómo se deben cepillar los dientes temporales de los niños?

a) Movimientos de barrido

b) Movimientos verticales

c) Movimientos circulares y rotatorios

d) Movimientos horizontales.

7. ¿Cómo se debe limpiar la lengua con el cepillo dental?

a) De arriba abajo

b) Movimientos de barrido, de atrás hacia delante.

c) Movimientos circulares

d) No se debe limpiar la lengua.

8. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

a) Cada 3 meses

b) Cada 8 meses

c) Al año

d) Nunca.

9. ¿Cuál es la concentración ideal de flúor en las pastas dentales para niños mayores de 3 años de edad?

a) 10 partes por millón

b) 100 partes por millón

c) 1100 – 1500 partes por millón

d) 10000 – 20000 partes por millón.

10. ¿En qué momento se debe comenzar el cepillado con pasta dental fluorada?

a) Cuando aparezca el primer diente permanente

b) Cuando aparezca el primer diente primario

c) Cuando el niño tenga todos sus dientes

d) En la adolescencia.

11. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 12 a 24 meses de edad?

a) Una lentejita

b) Una alverjita

c) Un granito de arroz

d) Una uva.

12. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 3 a 5 años de edad?

a) Una lentejita

b) Una alverjita

c) Un granito de arroz

d) Una uva.

13. ¿En qué momento del día es más importante utilizar el hilo dental?

a) Después de comer dulces

b) Después del almuerzo y antes de dormir

c) Antes de desayunar.

d) No se debe usar hilo dental.

14. ¿Cuál es la función del hilo dental?

a) Limpiar las superficies de los dientes

b) Limpiar las áreas de contacto de los dientes

c) Limpiar la lengua.

d) Tener buen aliento

15. ¿Cuál es la medida de hilo dental que se debe utilizar?

a) 5 cm

b) 1 m

c) 30cm– 60cm

d) 90 cm.

ANEXO 4

VALIDE Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE LOS EVALUADORES	ÁREA DE INVESTIGACIÓN
---	---	-----------------------

I. DATOS INFORMATIVOS

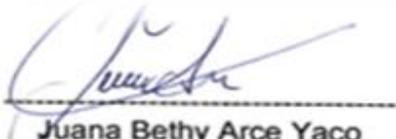
1.1. ESTUDIANTE :	JUANA BETHY ARCE YACO XIMENA CAROLAY MAMANI TURPO
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE HIGIENE ORAL DE SUS HIJOS EN AREQUIPA EN EL AÑO 2021
1.3. ESCUELA PROFESIONAL:	ESTOMATOLOGÍA
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :	CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA HIGIENE ORAL DE SUS HIJOS.
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO:	<i>Kuder Richardson</i> (0.815)
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	14 DE MARZO DEL 2021
1.7. MUESTRA APLICADA :	20 PACIENTES, DE CUALQUIER SEXO Y MAYORES DE EDAD

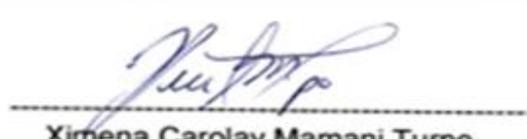
II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	El índice alcanzado fue de 0.815, el cual se ubica en el intervalo (0.750 – 0.999) donde el instrumento se considera con una confiabilidad excelente .
------------------------------------	---

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (*Items iniciales, items mejorados, eliminados, etc.*)

Se aplicó la prueba de Kuder Richardson, indicada para instrumentos cuyos resultados son dicotómicos (correcto/incorrecto). Dado que el cuestionario mide nivel de conocimientos, también hay que considerar que las preguntas deben ser homogéneas respecto a su dificultad, es decir, debe haber más o menos la misma cantidad de preguntas fáciles y difíciles; en este contexto, se ha demostrado que existe equivalencia entre este tipo de preguntas, obteniendo valores de confiabilidad ideales para el cuestionario.


Juana Bethy Arce Yaco
DNI: 41312243


Ximena Carolay Mamani Turpo
DNI: 48275719


Javier Sacca Urday
Doctor en Salud Pública
Epidemiología - Investigador

ANEXO 5

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Piura, 25 de febrero de 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 178-2021/UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Doctor
Juan Manuel Paricoto Quispe
Gerente General del centro dental "Priodent
Tarapoto. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a las alumnas **JUANA BETHY ARCE YACO** identificada con **DNI 41312243** y **XIMENA MAMANI TURPO** identificada con **DNI 48275719**, quienes están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César vallejo – Filial Piura y desean realizar su Tesis titulada "**Nivel de conocimientos de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en un centro dental en Arequipa, 2021**" en la entidad que usted dirige.

Por lo tanto, solicito permiso para realizar una encuesta a los padres de familia que acuden al centro dental y así pueda continuar con su investigación.

Asimismo, hacemos de conocimiento que esta carta solo tiene validez virtual, pues motivos de la pandemia no podemos entregar el documento de manera física y menos exponer a nuestros alumnos.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,



MG. WILFREDO TERRONES CAMPOS
DIRECTOR ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO 6

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)



CARTA DE ACEPTACION

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia".

Arequipa 01 marzo del 2021

Sr. : MG. ESP. CD. WILFREDO TERRONES CAMPOS
DIRECTOR ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA UCV – PIURA

Asunto : FACILIDADES PARA REALIZAR ENCUESTA EN EL CENTRO
DENTAL "PRIODENT"

Ref. : CARTA N° 178-2021/ UCV-EDE-P13-F01/PIURA.

Tengo el agrado de dirigirme a su despacho para expresarle el cordial saludo y ratificar el permiso solicitado para que las señoritas, Juana Bethy, Arce Yaco, identificada con DNI N° 41312243 y Ximena Mamani Turpo, identificada con DNI. N° 48275719 puedan realizar el trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en un centro dental en Arequipa, 2021". y así puedan culminar y optar por el título profesional.

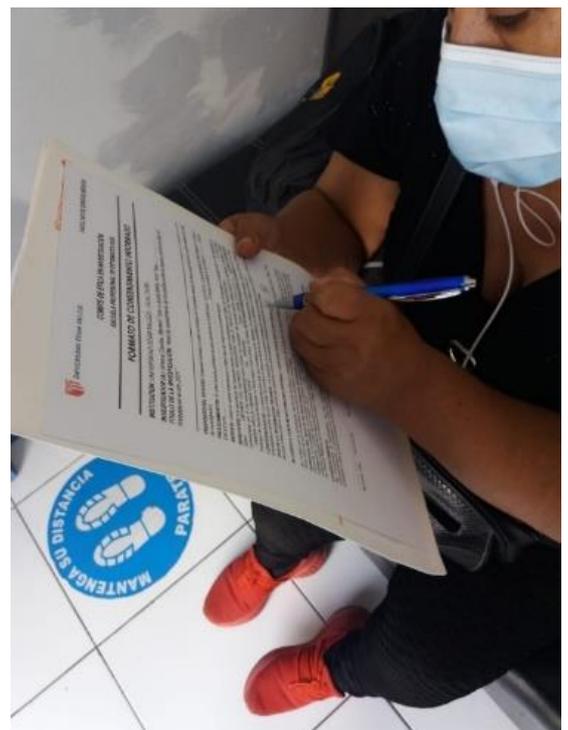
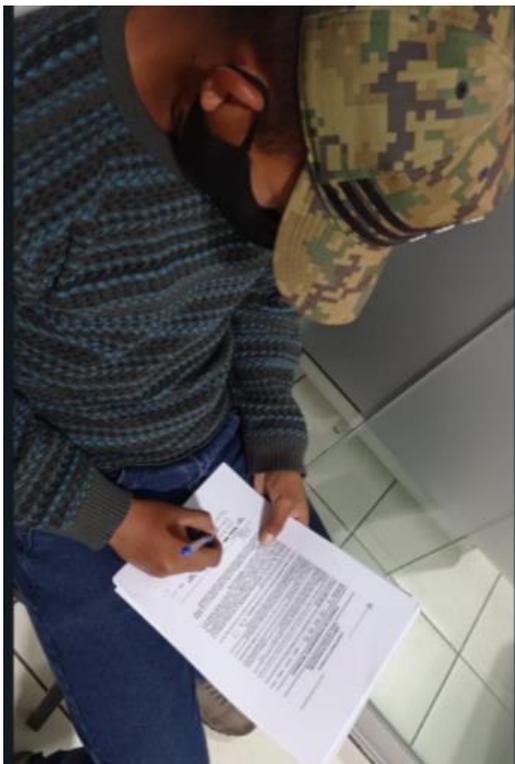
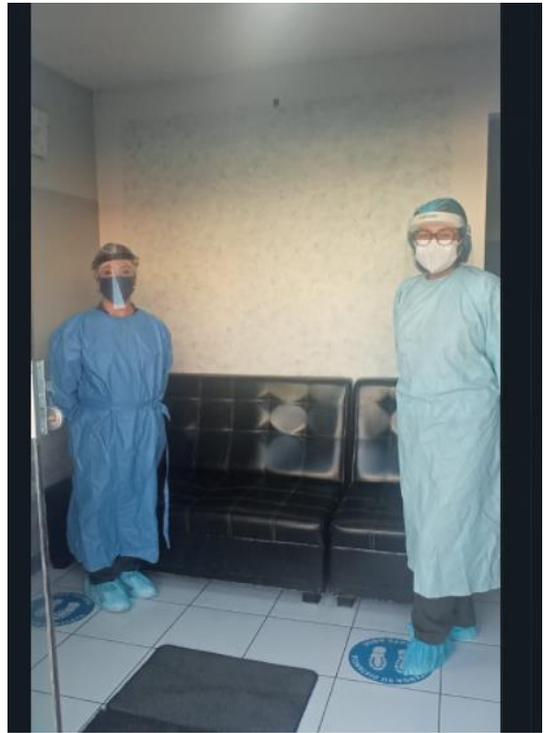
Sin otro particular me suscribo a usted.

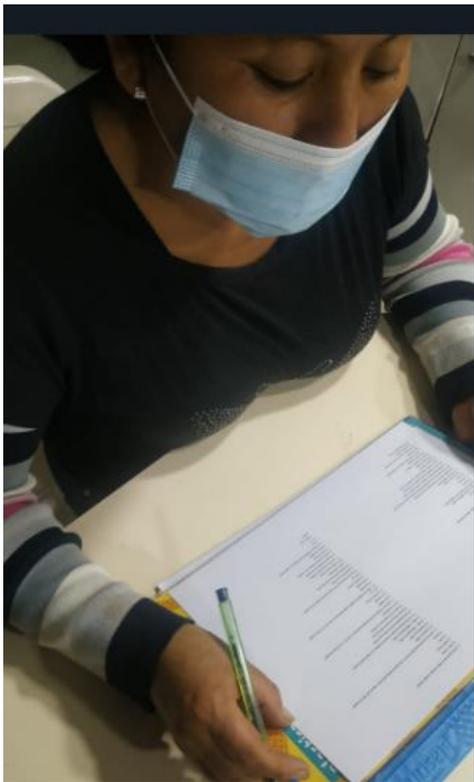
Atentamente

Juan Manuel Paricoto
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 31437

ANEXO 7

FOTOS





CONSENTIMIENTO INFORMADO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A):JUANA BETHY ARCE YACO Y XIMENA CAROLAY MAMANI TURPO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en la ciudad de Arequipa 2021

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que...DEBERA LLENAR UNA ENCUESTA VIRTUALA FIN DE RECOLECTAR DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION ...El tiempo a emplear no será mayor a.....3.....minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: JUANA BETHY ARCE YACO. Cel. 900604180...Correo...anubiz2_123 hotmail.com

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO** ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absolutamente confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: SI NO



Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora, XIMENA CAROLAY MAMANI TURPO, Cel. 935933566...correo.: xcarolay_111otmail.com..... Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo. 5553

CONSENTIMIENTO

ANEXO 9

MATRIZ DE DATOS DE LA PRUEBA PILOTO

	A	B	C	D	E	F	G
1 Paciente	1	2	3	4	5	6	
2 Sexo	f	F	F	F	F	F	
3 Grado de instrucción	ADARIA	SECUNDARIA	INSTITUTO	INSTITUTO	CSIDAD INCO	RSIDAD COM	
4 Ocupacion	VENDEDOAR	VENDEDORA	AMA DE CASA	ENFERMERA	CONTADORA	MISITRADOA	
5 Numero de hijos	1	1	1	1	1	1	
6 Edad	22	26	20	35	35	39	
7 RESPUESTA DE 20 PACIENTES / 15 preguntas	1	2	3	4	5	6	
8 1. A qué edad se debe realizar la primera visita odontológica.	C	d	C	C	C	C	
9 2. ¿Cuál es el objetivo principal del cepillado dental?	B	B	B	B	B	B	
10 3. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?	B	B	B	BB	B	B	
11 4. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?	C	C	D		C	D	
12 5. En cuanto al cepillado dental	A	A	B	B	B	B	
13							
14 6. ¿Cómo se deben cepillar los dientes temporales de los niños?	A	A	B	B	B	C	
15 7. ¿Cómo se debe limpiar la lengua con el cepillo dental?	A	A	A	A	C	B	
16 8. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?	C	c	a	c	b	b	
17 9. ¿Cuál es la concentración ideal de flúor en las pastas dentales para niños mayores de 3 años de	A	A	A	B	C	A	
18 10. ¿En qué momento se debe comenzar el cepillado con pasta dental fluorada?	A	B	B	B	B	B	
19 11. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 12 a 24 meses de edad?	B	A	A	A	B	B	
20 12. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 3 a 5 años de edad?	A	B	B	B	B	B	
21 13. ¿En qué momento del día es más importante utilizar el hilo dental?	A	A	A	A	A	A	
22 14. ¿Cuál es la función del hilo dental?	B	B	B	B	B	B	
23 15. ¿Cuál es la medida de hilo dental que se debe utilizar?	B	B	C	D	C	D	
24							
25							
26							

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
6															
7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
9	3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1
10	4	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
11	5	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1
12	6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
13	7	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1
14	8	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1
15	9	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
16	10	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
17	11	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
18	12	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
19	13	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
20	14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1
21	15	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1
22	16	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
23	17	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
24	18	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
25	19	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
26	PACIENTE 20	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1
27															

ANEXO 10

MATRIZ DE DATOS

	A	B	C	D	E	F
1	EDAD	SEXO	HIJOS	INSTRUCCIÓN	OCUPACION	CONOCIMIENTO
2	27	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	AMA DE CASA	REGULAR
3	19	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
4	19	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
5	25	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
6	21	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	BUENO
7	23	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	BUENO
8	22	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	BUENO
9	29	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
10	18	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
11	31	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO DE EMPRESAS	MALO
12	25	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
13	30	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
14	34	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
15	24	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	BUENO
16	40	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	BUENO
17	29	FEMENINO	UN HIJO	Superior no universitaria	TECNICO	BUENO
18	37	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
19	29	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
20	40	FEMENINO	TRES HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	BUENO
21	24	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	AMA DE CASA	REGULAR
22	29	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	BUENO
23	34	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
24	24	MASCULINO	UN HIJO	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
25	37	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
26	18	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
27	40	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
28	29	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
29	33	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	BUENO
30	28	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	AMA DE CASA	BUENO
31	36	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
32	26	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	AMA DE CASA	MALO
33	40	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
34	40	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
35	23	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
36	34	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
37	27	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
38	40	MASCULINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR

Hoja1

Listo

39	40	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
40	20	FEMENINO	UN HIJO	Superior no universitaria	AMA DE CASA	MALO
41	21	MASCULINO	UN HIJO	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
42	30	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	MALO
43	23	MASCULINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
44	40	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
45	35	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
46	26	MASCULINO	UN HIJO	Superior no universitaria	AMA DE CASA	MALO
47	30	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
48	36	FEMENINO	MAS DE TRES	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
49	34	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
50	36	MASCULINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
51	40	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	AMA DE CASA	BUENO
52	38	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
53	40	FEMENINO	MAS DE TRES	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
54	40	FEMENINO	TRES HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
55	25	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	TECNICO	MALO
56	40	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
57	33	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
58	37	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
59	37	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	AMA DE CASA	MALO
60	32	FEMENINO	UN HIJO	Superior no universitaria	AMA DE CASA	MALO
61	25	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
62	28	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	BUENO
63	25	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
64	26	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
65	26	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	TECNICO	MALO
66	25	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	BUENO
67	29	MASCULINO	UN HIJO	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
68	28	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESOR	BUENO
69	37	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
70	28	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
71	19	FEMENINO	UN HIJO	Superior no universitaria	PROFESIONAL	BUENO

	A	B	C	D	E	F
85	25	MASCULINO	UN HIJO	TECNICO	TECNICO	MALO
86	27	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	AMA DE CASA	REGULAR
87	26	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	PROFESIONAL	BUENO
88	27	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
89	24	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
90	27	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	TECNICO	BUENO
91	32	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	MEDICO	REGULAR
92	34	MASCULINO	UN HIJO	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
93	32	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
94	28	MASCULINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
95	20	FEMENINO	TRES HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
96	27	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	AMA DE CASA	REGULAR
97	39	MASCULINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
98	39	MASCULINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
99	35	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
100	29	MASCULINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
101	37	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	BUENO
102	40	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
103	40	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	AMA DE CASA	BUENO
104	38	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
105	40	FEMENINO	MAS DE TRES	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
106	20	FEMENINO	UN HIJO	Superior no universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
107	30	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
108	38	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	MALO
109	28	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
110	38	FEMENINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
111	37	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	MALO
112	40	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	TECNICO	BUENO
113	38	MASCULINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	REGULAR
114	40	MASCULINO	DOS HIJOS	Superior no universitaria	TECNICO	MALO
115	39	FEMENINO	DOS HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	REGULAR
116	27	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior no universitaria	AMA DE CASA	MALO
117	31	FEMENINO	TRES HIJOS	SECUNDARIA	AMA DE CASA	MALO
118	36	FEMENINO	UN HIJO	SECUNDARIA	TECNICO	REGULAR
119	27	MASCULINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	MALO
120	27	FEMENINO	UN HIJO	Superior universitaria	PROFESIONAL	REGULAR
121	26	FEMENINO	TRES HIJOS	Superior universitaria	TECNICO	REGULAR
122						

ANEXO 11

Frecuencias de respuestas de la encuesta

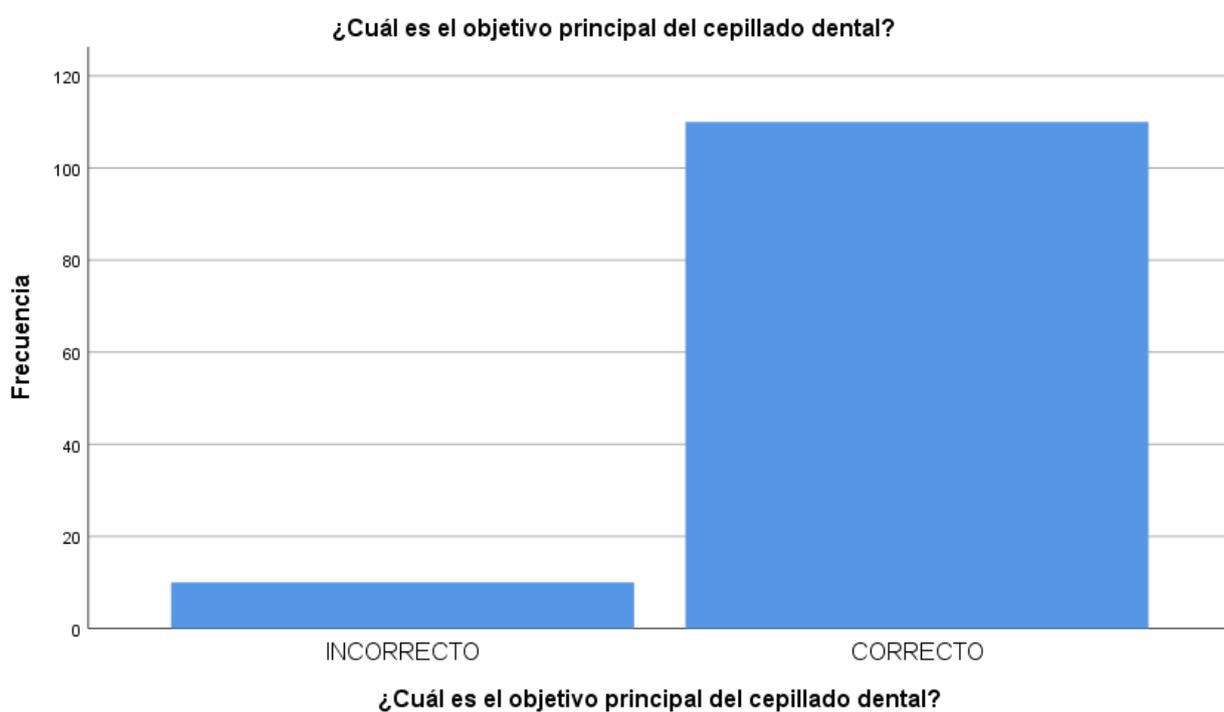
1. A qué edad se debe realizar la primera visita odontológica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	24	20,0	20,0	20,0
	INCORRECTO	51	42,5	42,5	62,5
	CORRECTO	30	25,0	25,0	87,5
	INCORRECTO	15	12,5	12,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



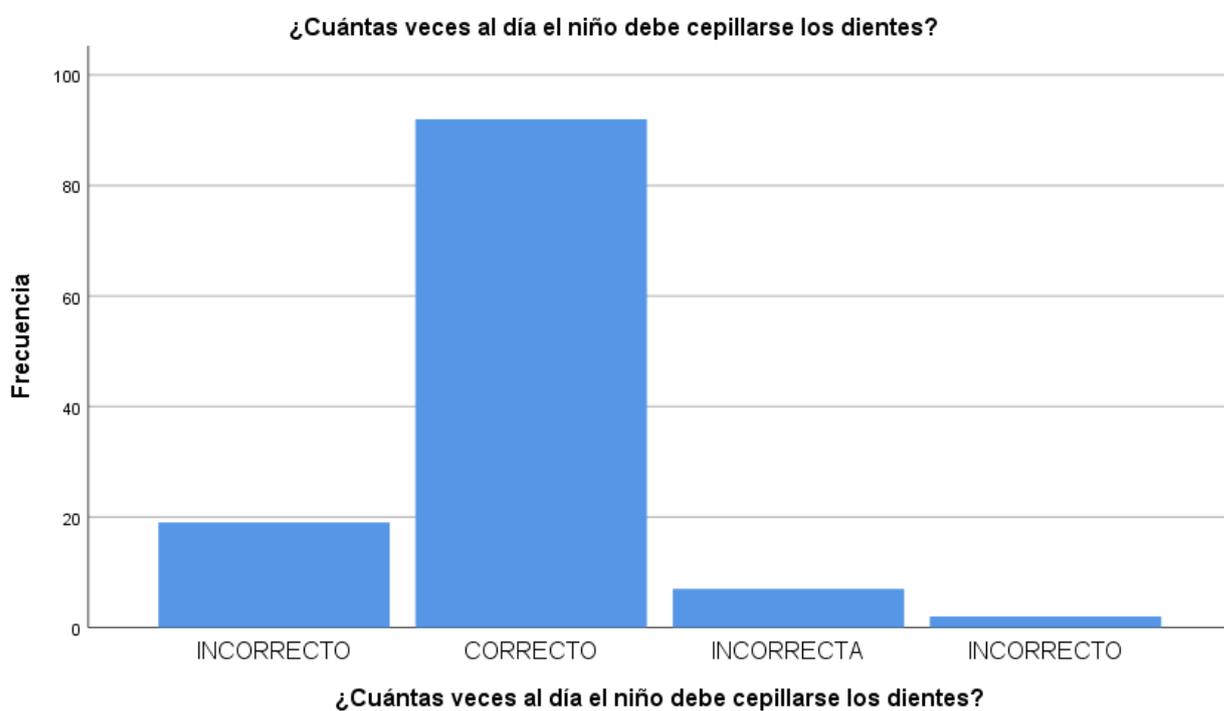
2. ¿Cuál es el objetivo principal del cepillado dental?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	10	8,3	8,3	8,3
	CORRECTO	110	91,7	91,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



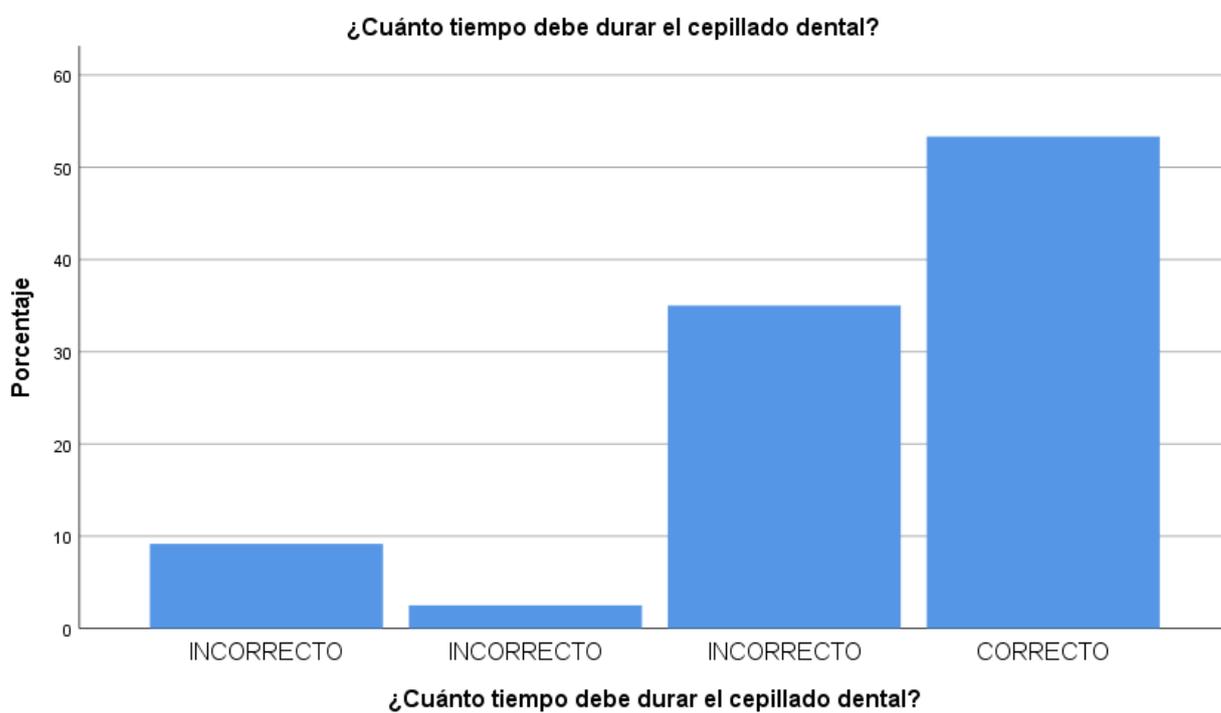
3. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	19	15,8	15,8	15,8
	CORRECTO	92	76,7	76,7	92,5
	INCORRECTA	7	5,8	5,8	98,3
	INCORRECTO	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



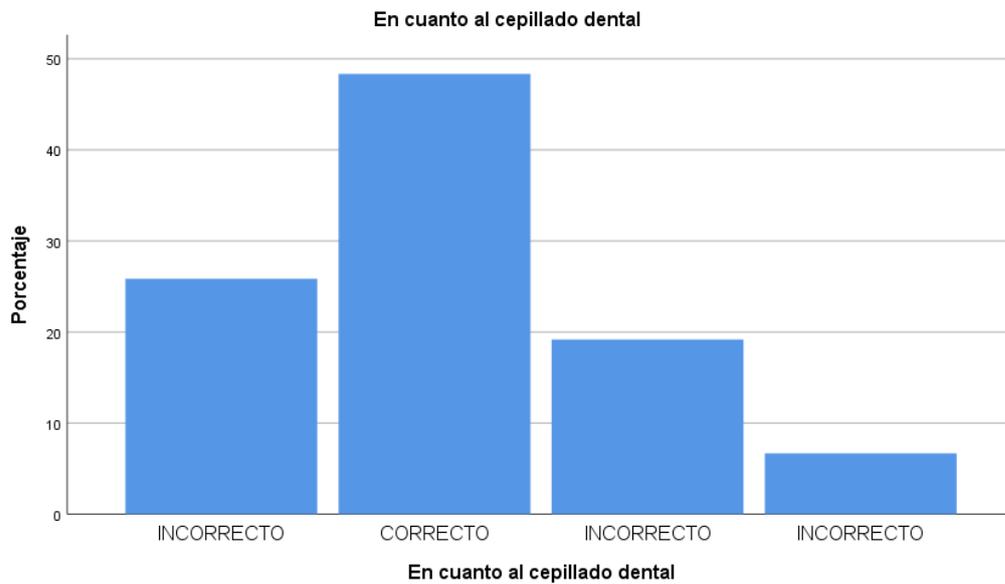
4. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	11	9,2	9,2	9,2
	INCORRECTO	3	2,5	2,5	11,7
	INCORRECTO	42	35,0	35,0	46,7
	CORRECTO	64	53,3	53,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



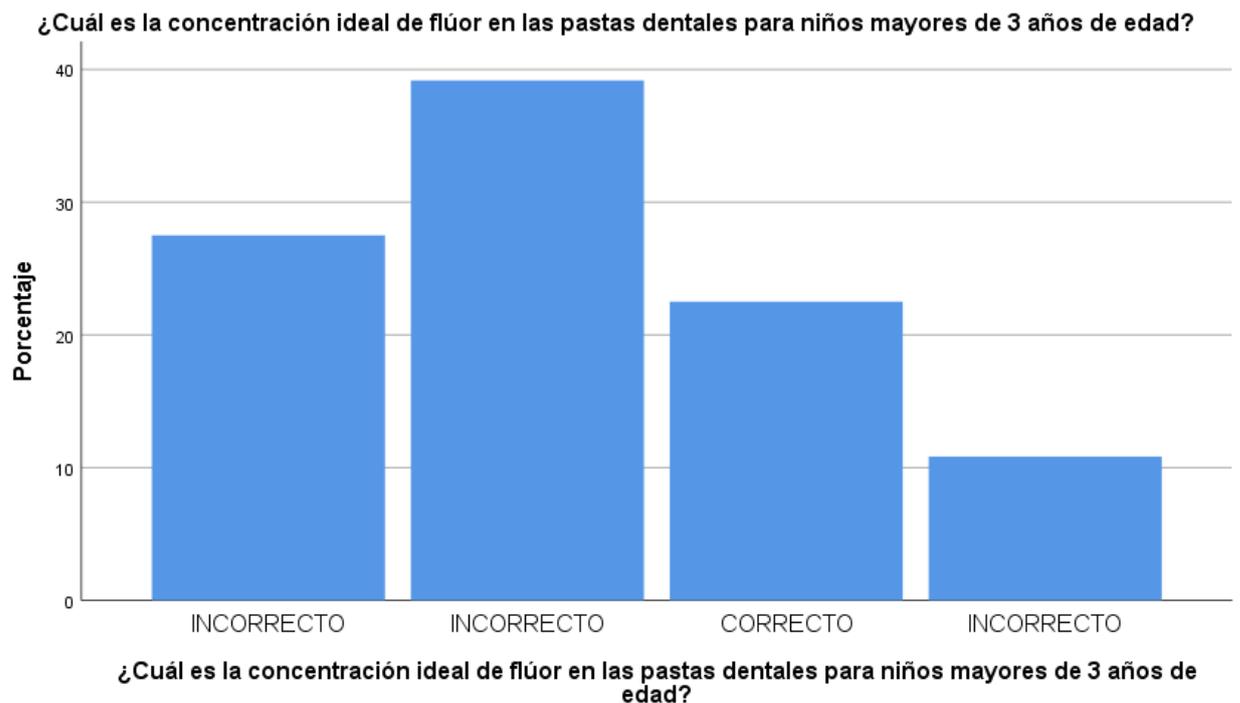
5. En cuanto al cepillado dental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	31	25,8	25,8	25,8
	CORRECTO	58	48,3	48,3	74,2
	INCORRECTO	23	19,2	19,2	93,3
	INCORRECTO	8	6,7	6,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



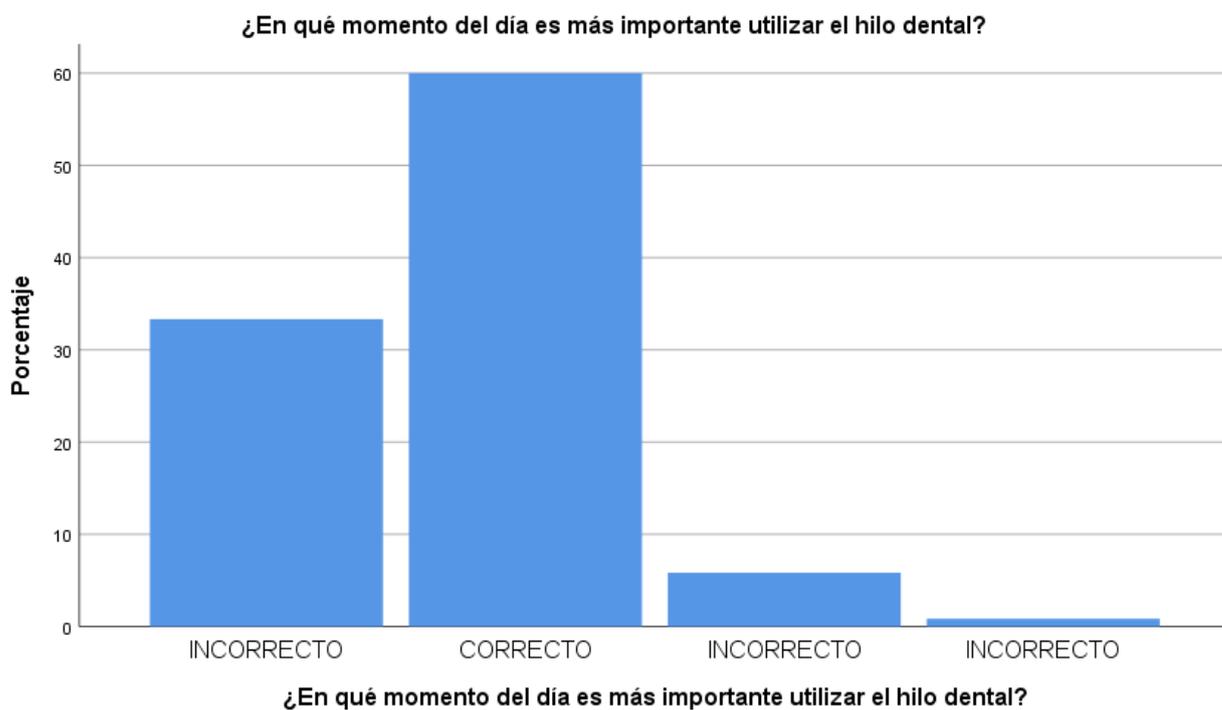
9. ¿Cuál es la concentración ideal de flúor en las pastas dentales para niños mayores de 3 años de edad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	33	27,5	27,5	27,5
	INCORRECTO	47	39,2	39,2	66,7
	CORRECTO	27	22,5	22,5	89,2
	INCORRECTO	13	10,8	10,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



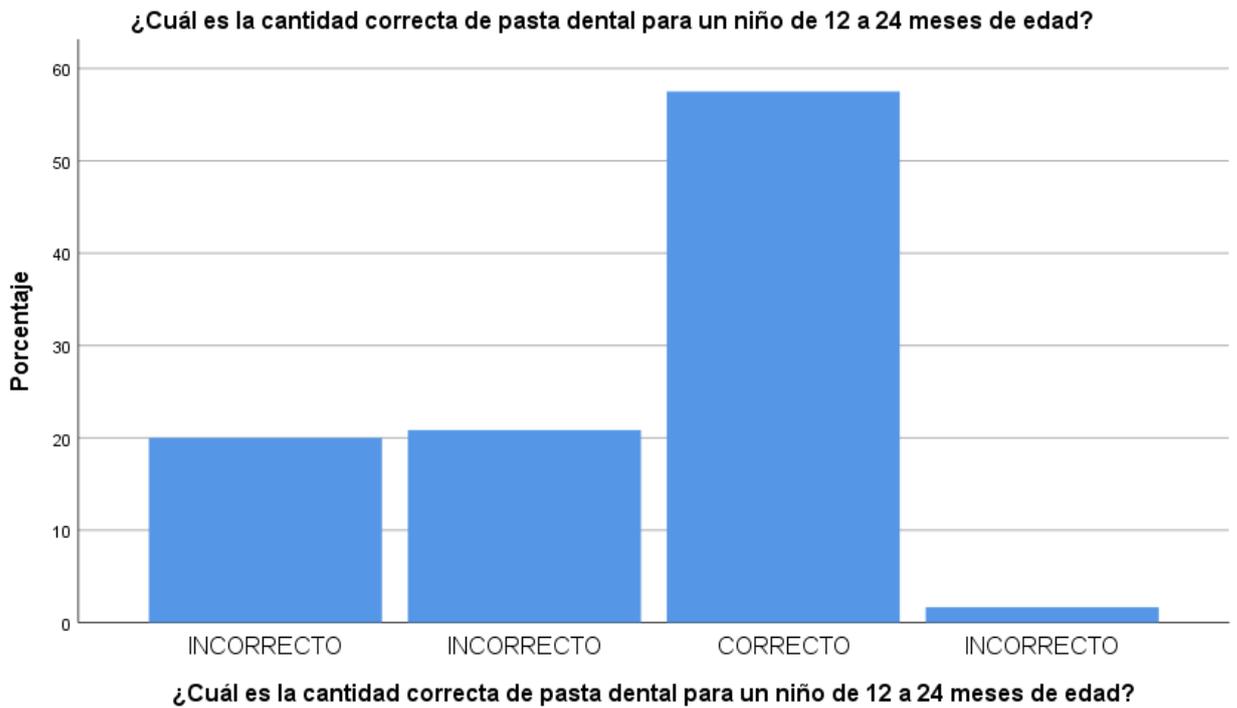
10. ¿En qué momento se debe comenzar el cepillado con pasta dental fluorada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	46	38,3	38,3	38,3
	CORRECTO	36	30,0	30,0	68,3
	INCORRECTO	35	29,2	29,2	97,5
	INCORRECTO	3	2,5	2,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



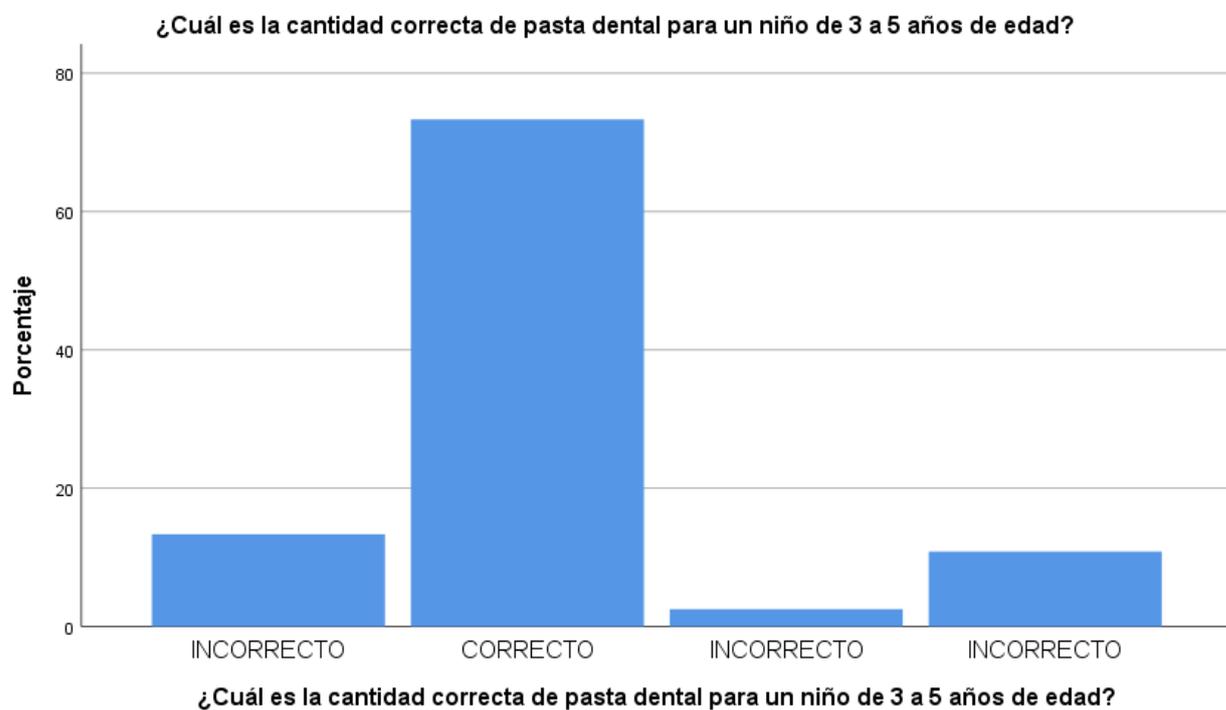
11. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 12 a 24 meses de edad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	24	20,0	20,0	20,0
	INCORRECTO	25	20,8	20,8	40,8
	CORRECTO	69	57,5	57,5	98,3
	INCORRECTO	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



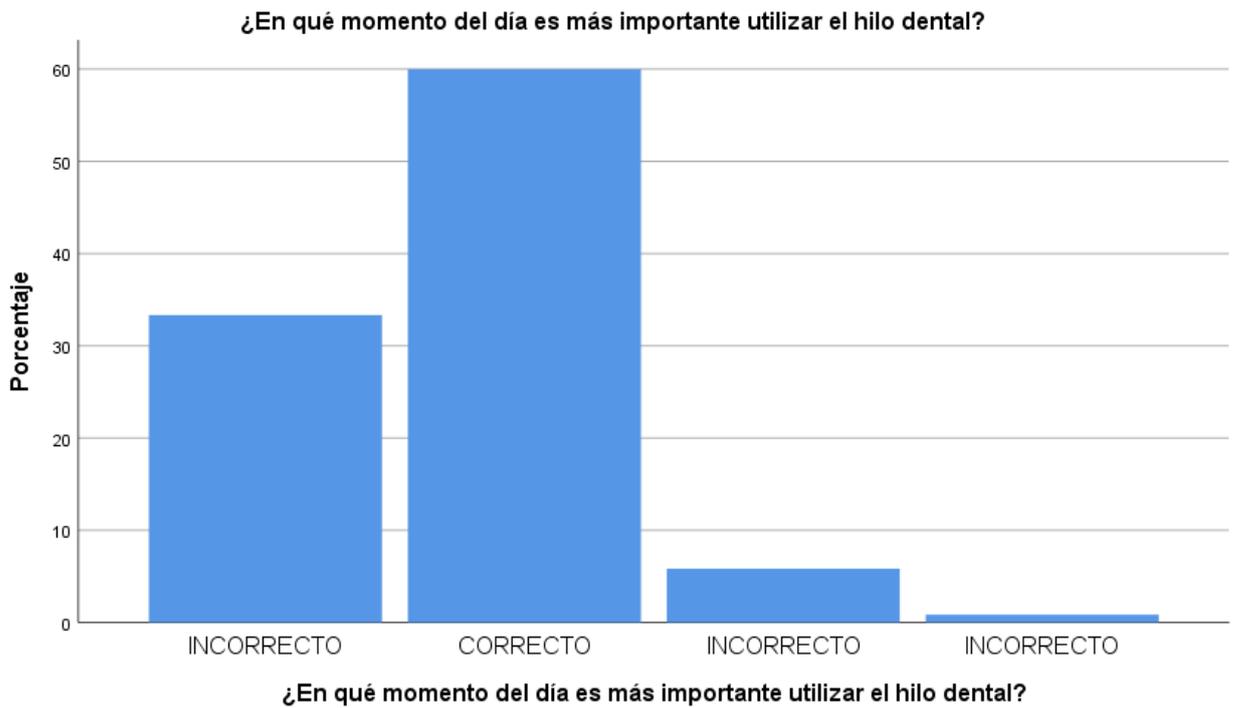
12. ¿Cuál es la cantidad correcta de pasta dental para un niño de 3 a 5 años de edad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	16	13,3	13,3	13,3
	CORRECTO	88	73,3	73,3	86,7
	INCORRECTO	3	2,5	2,5	89,2
	INCORRECTO	13	10,8	10,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



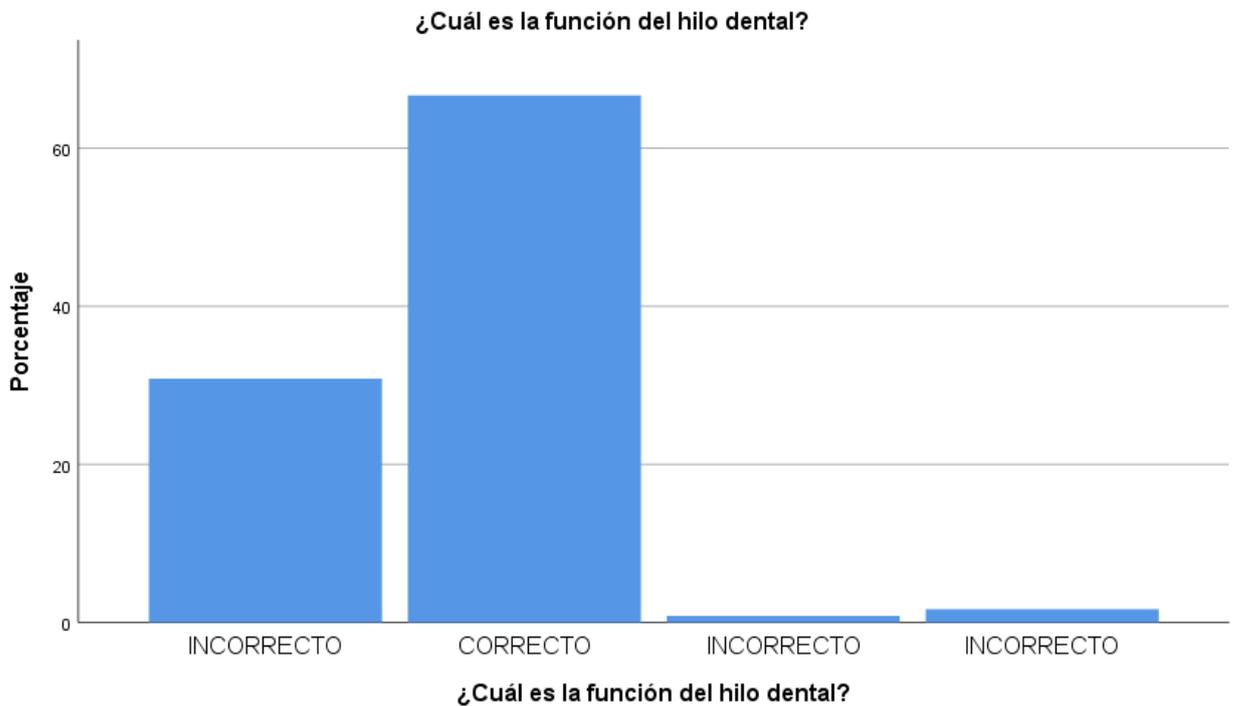
13. ¿En qué momento del día es más importante utilizar el hilo dental?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	40	33,3	33,3	33,3
	CORRECTO	72	60,0	60,0	93,3
	INCORRECTO	7	5,8	5,8	99,2
	INCORRECTO	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



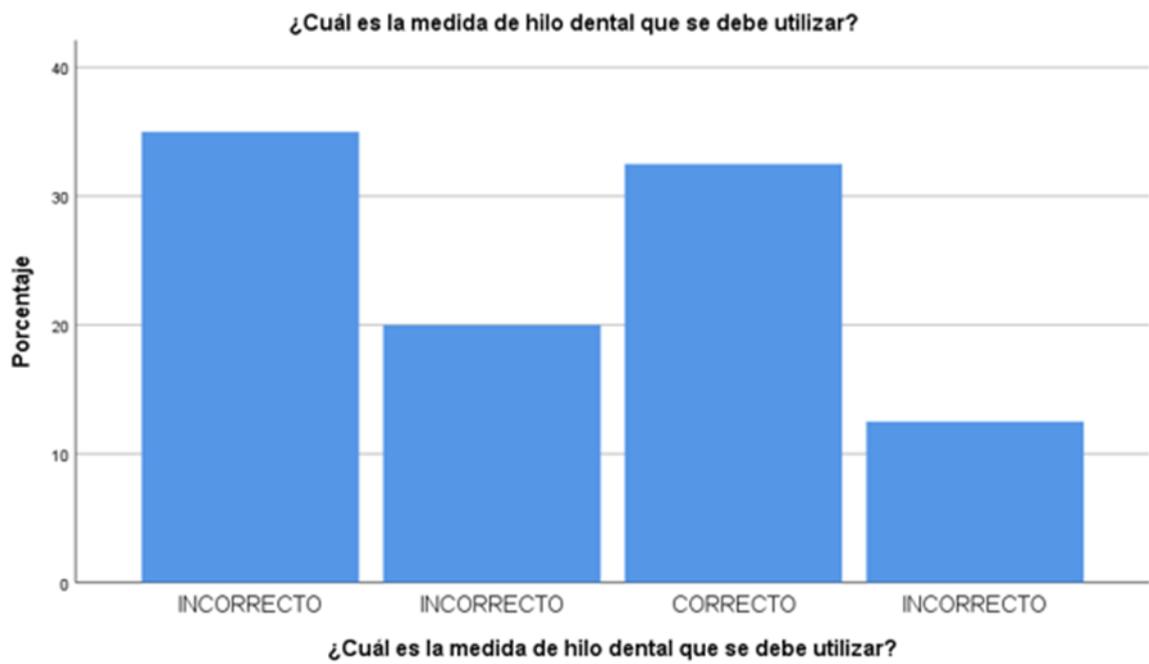
14. ¿Cuál es la función del hilo dental?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	37	30,8	30,8	30,8
	CORRECTO	80	66,7	66,7	97,5
	INCORRECTO	1	,8	,8	98,3
	INCORRECTO	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



15. ¿Cuál es la medida de hilo dental que se debe utilizar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INCORRECTO	42	35,0	35,0	35,0
	INCORRECTO	24	20,0	20,0	55,0
	CORRECTO	39	32,5	32,5	87,5
	INCORRECTO	15	12,5	12,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	



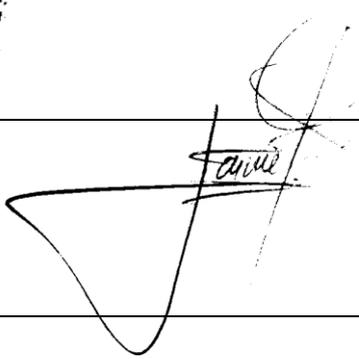
Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, **Jaime Uxon Plasencia Castillo**, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad César Vallejo Filial Piura, asesor de la Tesis titulada: “**Nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene oral de sus hijos en Arequipa en el año 2021**” de las autoras **Arce Yaco Juana Bethy** y **Mamani Turpo Ximena Carolay**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **17%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Piura, 26 de agosto del 2021.

Apellidos y Nombres del Asesor: Plasencia Castillo, Jaime Uxon	
DNI 40181636	Firma 
ORCID: 0000-0001-8086-2206	