



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3
a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Cirujano Dentista

AUTORES:

Ríos Atuncar, Yajayra Milagros (ORCID: 0000-0003-3506-3987)

Saavedra Hidalgo, Jazmín Francesca (ORCID: 0000-0003-4567-2292)

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

Yo, Jazmín Francesca Saavedra Hidalgo, dedico esta tesis a Dios y mi maravillosa familia, quienes han creído y confiado en mi persona, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que he logrado, en mí fomentaron, el deseo de superación y del triunfo en la vida. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

Yo, Yajayra Milagros Ríos Atuncar, dedico esta tesis a mis padres que me dejaron valiosas enseñanzas, valores y muchas ganas de salir adelante. Todos mis logros son por y para ustedes, me hubiera encantado que pudieran compartir este momento conmigo y poder llenarlos de felicidad con esta meta concluida.

Agradecimiento

Quiero dar gracias a mi Familia y personas especiales en mi vida, por este nuevo logro obtenido, porque he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio parecía una tarea titánica e interminable porque existieron muchas dificultades en el camino. A Karla por brindarnos su apoyo incondicional en la trayectoria de este camino.

Francesca Saavedra.

Quiero agradecer a Dios, por permitirme llegar a este momento tan esperado, por permitirme cumplir un objetivo más. Agradecer a mis padres, sin su apoyo incondicional en todo momento nada de esto hubiera sido posible, gracias por siempre confiar en mí. A mi hermana por darme apoyo moral y ayudarme a concluir esta meta. Agradecer también a la Srta. Karla Martell, por brindarnos todo su apoyo y conocimiento a lo largo de este camino.

Yajayra Rios.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables y operacionalización	18
3.3. Población, muestra y muestreo, unidad de análisis	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos	20
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	31
VII. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	42

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal	23
Tabla 2. Nivel de conocimiento de padres de niños de 3 a 5 años en salud bucal en función del sexo - Caserío Unión, San Martín, 2021	24
Tabla 3. Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal según edad	25
Tabla 4. Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal según grado de instrucción	26

Resumen

La presente investigación tuvo como principal objetivo, evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021, a partir de ello, la metodología se enmarca dentro de un tipo de investigación básica, con un diseño no experimental de corte transversal, siendo la muestra conformada por 150 padres de familia a quienes se les administró un cuestionario de preguntas como instrumento, construido por Cupé-Araujo y García, por medio de la técnica de la encuesta. Los resultados mostraron que los padres de sexo masculino son los que presentan mayor proporción de bajo nivel de conocimientos (97,7%). A nivel de rango de edad, los que se encontraban entre 51 a 65 años presentaron un bajo nivel de conocimiento (88,9%), y a nivel de grado de instrucción, los que no presentaron grado de instrucción tuvieron menor nivel de conocimientos (100%). Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia fue bajo, con el 83,3% del total.

Palabras claves: Conocimiento, salud bucal, sexo, edad, grado de instrucción

Abstract

The main objective of this research was to evaluate the level of knowledge of parents about oral health in children aged 3 to 5 years - Caserío Unión, San Martín, 2021, from this, the methodology was framed within a type of research Basic, with a non-experimental cross-sectional design, being the sample made up of 150 parents to whom a questionnaire of questions was administered as an instrument constructed by Coupe-Araujo and Garcia, using the survey technique. The results showed that males are the ones with the highest proportion of low level of knowledge (97.7%). At the age range, those who were between 51 and 65 years old presented a low level of knowledge (88.9%), and at the level of education grade, those who did not present a level of education had a lower level of knowledge (100 %). Concluding that the level of knowledge about oral health in parents was low, with 83.3% of the total.

Keywords: Knowledge, oral health, sex, age, educational level

I. INTRODUCCIÓN

El hogar es el primer lugar donde los niños reciben su educación, por ello es importante que los padres tengan conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos, para que así puedan tener resultados beneficiosos con el cuidado de sus dientes¹. Por otra parte, se ha identificado que los problemas de salud bucal en los niños se deben a factores demográficos, socioeconómicos, conductuales y biológicos de los padres, ya que, en los últimos 10 años, se ha evidenciado y demostrado que las prácticas dietéticas de los padres, en particular el consumo de azúcares libres, influyen respecto el desarrollo de caries en los niños, y la falta de criterios sobre el uso de los mismos ha constituido una de las principales causas².

Por lo general, al considerar el tema de la caries dental, se consideran temas de riesgo biológicos y se nos olvida el hecho de que el núcleo familiar y en especial los progenitores y/o cuidadores constituyen un aspecto esencial para futuros programas de promoción y prevención para reducir la morbilidad, el avance de la enfermedad y los costos de la misma³.

A nivel mundial, la presencia de caries en niños de edad preescolar varía de 18,5% a 76% si se toma en consideración el grado de severidad; esto se debe en su mayoría a la influencia que tiene el conocimiento de los padres, puesto que son los principales responsables del cuidado en general y bucal en una etapa temprana, por otra parte, se ha efectuado un análisis global donde las calificaciones a nivel cuantitativo sobre el conocimiento de los padres sobre el tema va en 4,6 de 10 y en un nivel regular en términos cualitativos⁴.

Por otra parte, en un estudio de Chile⁵ se menciona que es evidente el rol predominante que tiene la madre sobre el desarrollo de hábitos saludables bucales en sus hijos, mientras que los padres no evidencian ser corresponsables en estas prácticas de salud bucal en sus hijos. Otro estudio en Colombia halló que el 69% de los niños reconocía que sus padres le enseñaban a cuidar su salud bucal, mientras los padres, respecto al conocimiento del tema, el 51,4% considera que las caries son generadas a causa de la placa bacteriana y que se evita con un correcto cepillado (89%)^{6,7}.

Es evidente que nuestro país es uno de los más afectados por las distintas enfermedades bucales y al estar considerado en vías de desarrollo⁸, es notable el bajo conocimiento sobre salud integral y alimentación saludables, de allí que las dietas altas en azúcares son populares y las golosinas de fácil acceso a los niños, por lo que las caries y las enfermedades periodontales se convierten en un riesgo latente^{9,10}. Esto se ve reflejado en los índices de caries en niños menores de 6 años, ya que presentan un índice mucho mayor de 6,5 en torno al CEO-D en casi todos los casos llegados a consulta ^{11, 12, 13}. Uno de los factores que ha influido sobre esto es que la mayoría de los padres no tienen el conocimiento adecuado acerca de la salud bucal y el cómo mantenerla, lo que hace evidente la necesidad de que el Ministerio de Salud refuerce las campañas de concientización y capacitación en todo el país que permita la reducción de estos casos¹⁴.

Ahora bien, esta realidad también puede encontrarse en diversas ciudades y comunidades como el Caserío Unión, concretamente en la región San Martín donde el desconocimiento sobre salud bucal en los padres es notable, sobre todo, el factor dominante es el desconocimiento acerca de los tipos de alimentos que deben consumir los niños para poder prevenir las caries y que alimentos se deben sustituir o disminuir; de hecho, casi ningún padre entiende qué es y para qué se usa el flúor y/o el hilo dental. En contraparte, sí bien las madres tienen un conocimiento un poco más elevado sobre la salud bucal, queda más que claro que este desbalance no tiene que ver con los niveles de instrucción de ambos.

La disfuncionalidad en la formación de los hogares deja de lado el hecho de que la importancia del hogar consiste, en que ella es el núcleo, que realiza el paso inicial para conducir a un niño sin conocimiento, a un marco mínimo de actitudes, valores, hábitos y creencias que conducirán su crecimiento personal. La falta de conocimiento sobre salud bucal por parte de los padres lleva a creencias erróneas, entre ellas, que los “dientes de leche”, no son fundamentales, lo que genera que los niños que no son bien atendidos, incrementen el riesgo de contraer enfermedades orales, que pudieron ser evitadas mediante el conocimiento de salud bucal y la adquisición de conductas saludables.

Esto hace clave que se deba evaluar qué nivel de conocimiento poseen los padres acerca de la salud bucal de sus hijos y, por supuesto, si son capaces de llevarlo a la práctica con la frecuencia adecuada.

Dado lo anterior, el problema general queda en evidencia con la interrogante de ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021?, y como problemas específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función del sexo, en el Caserío Unión, San Martín, 2021?; así como, ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función a la edad, en el Caserío Unión, San Martín, 2021?; finalmente ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función al grado de instrucción, en el Caserío Unión, San Martín, 2021?

En torno al ámbito social, el estudio se justifica porque permite conocer la problemática, identificando el nivel de conocimiento que cuentan los padres respecto a la salud bucal de sus hijos, así como establecer qué características se encuentran más asociadas a este conocimiento, de esta manera se pueden definir patrones de conducta no solo del caserío Unión, sino de otros caseríos del distrito, dado que el escenario puede ser similar en lugares cercanos, estableciendo alcances de la situación de la salud bucal en la zona, que permitan la generación de políticas públicas en salud que garantice una mayor atención de esa población y que contribuya a su calidad de vida.

En lo que respecta a la justificación teórica, se presentaron argumentos (teorías) que permitieron constatar la importancia del tema tratado, realizando una revisión documental sobre los enfoques de distintos autores, en donde la amplia existencia de desconocimiento sobre la salud bucal en los niños generó la motivación de realizar la presente investigación.

En torno a la justificación práctica, la presente investigación presenta información relevante respecto a la situación de vulnerabilidad de los problemas de salud bucal en los niños del Caserío Unión, sirviendo de insumo para las autoridades de salud correspondientes, la generación de programas de prevención y de concientización sobre la importancia del cuidado de la salud bucal, además de contribuir a que se

puedan desarrollar futuras investigaciones en la región ya que servirá como un antecedente.

Asimismo, el objetivo general: evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021. Para poder alcanzarlo, será necesario llevar a cabo los siguientes objetivos específicos: i) establecer el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función al sexo de cada padre - Caserío Unión, San Martín, 2021; ii) establecer el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función a la edad - Caserío Unión, San Martín, 2021; y, por último iii) establecer el nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función del grado de instrucción - Caserío Unión, San Martín, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Al-Haj & Alshabaan¹⁵, Arabia Saudita, en el año 2020. Realizaron un estudio con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal y el cuidado de los niños en edad preescolar. El estudio fue transversal con una muestra de 754 padres. Los resultados señalaron la existencia de diferencias significativas entre el conocimiento sobre salud bucal y el género de los padres ($p < 0,001$), donde la media de la variable conocimiento en varones fue de 4,48 de un total de 11 puntos, siendo catalogado como de nivel bajo, mientras que en mujeres fue de 5,2 de un total de 11 puntos, catalogado como regular. Continuando, respecto al nivel de conocimiento de salud bucal y el grado de instrucción también se obtuvieron diferencias significativas ($p = 0,024$), donde el nivel de conocimientos de aquellos padres que nunca fueron a la escuela presentó una media de 2,00, mientras que aquellos que solo contaban con primaria la media fue de 4,87, con secundaria fue de 4,39, y con universidad de 4,92, siendo en todos casos considerado como de nivel bajo. La conclusión fue que el 70,7% de los padres presentaron un nivel bajo de conocimiento acerca de la salud bucal.

Calcagnile et al.¹⁶, Italia, en el año 2019. Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el conocimiento y la conciencia de los padres sobre la salud bucal de niños de 3 a 5 años que asisten a un centro educativo en Italia. El estudio fue transversal, siendo la muestra conformada por 101 padres de familia a quienes se les administró un cuestionario de preguntas. Los resultados mostraron que el 60,2% de los padres cuentan con un bajo nivel de conocimientos sobre la salud bucal, mientras que el 37,2% mostraron un regular nivel de conciencia sobre la salud bucal de sus hijos. Concluyendo, que los padres presentan un nivel bajo de conocimiento sobre salud bucal, así como presentar un regular nivel de conciencia.

Hamasha¹⁷, Arabia Saudita, en el 2019. Realizó una investigación con el objetivo de analizar el conocimiento de los padres acerca de la salud bucal de sus hijos. El estudio fue transversal con una muestra conformada por 324 padres de familia a quienes se les administró un cuestionario. Los resultados mostraron diferencias significativas ($p < 0.001$), en lo que respecta al grado de instrucción y el nivel de

conocimiento de los padres, los resultados mostraron que, los padres que contaban con primaria completa tuvieron solo el 8,6% de respuestas correctas, mientras que los padres que presentaron secundaria tuvieron el 32,4% de respuestas correctas, y los que cuentan con estudios superiores en adelante tuvieron el 43,5% de respuestas correctas de un total de 10 preguntas que contenía el cuestionario. Concluyendo que, el 59,2% de los padres de familia presentaron un bajo nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Zhou, et al.¹⁸, China, en el año 2019. Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre las caries dentales y los factores asociados al conocimiento de los padres de niños de 3 a 5 años en la provincia de Zhejiang, China. El estudio fue transversal, con una muestra conformada por 1620 padres de familia. En esta investigación, los resultados mostraron la no existencia de diferencias significativas entre los niveles de instrucción de la madre y el nivel de conocimiento ($p>0,05$), dado que las madres que realizaron solo primaria presentaron una media entre 4,06 y 4,49 de un total de 18 preguntas, siendo catalogado como de nivel bajo, mientras que las que contaban con educación secundaria presentaron una media entre 4,50 y 4,82 de las respuestas correctas, presentando también un bajo nivel, y por otro lado, las que contaban con educación superior en adelante contaron con una media entre 4,12 a 4,53 de las respuestas de un total de 18 preguntas, catalogarse también como de bajo nivel; en relación a la edad de los padres el nivel de conocimiento malo se encuentra en las edades de 30 a 39 años con un 60%. Se concluyó que el 70,4% de los padres presentaron un bajo nivel de conocimiento.

Djordjevic¹⁹, Serbia, en el año 2018. Llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal de los niños con edades entre los 3 a los 6 años. El estudio fue transversal con una muestra conformada por 136 padres de familia a quienes se les administró un cuestionario de preguntas. Los resultados mostraron que el 72% de los padres de familia tuvieron un rango de respuestas correctas entre el 58 al 100% respecto del total de preguntas, mostrando un alto nivel de conocimiento, el 27% de los padres presentaron entre el 30 al 58% de las preguntas correctas, presentando un nivel regular, y solo el 1% de los padres presentaron un bajo nivel (menos del 30% de

respuestas correctas). Concluyendo que los padres de familia de niños con edades entre los 3 a los 6 años presentaron un alto nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Pawar²⁰, India, en el año 2018. Realizó un estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos, la actitud y las prácticas de las madres respecto al estado de salud bucal de los niños. La investigación fue transversal donde la muestra estuvo conformada por 600 madres. Los resultados mostraron que el 90% de las madres presentaron un alto nivel de conocimiento, por otro lado, el 75% de las madres tenían una actitud regular ante el tema, y el 51% de las madres tenían un alto nivel de prácticas relacionadas con la salud bucal. Así mismo, según los rangos de edad, los padres de 18 a 34 años presentan un conocimiento bueno con el 59%. Con ello, se llegó a concluir que, las madres de familia contaron con un alto nivel de conocimientos, actitud y prácticas sobre la salud bucal de los niños.

Noaman et al.²¹, Irak, en el año 2018. Llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre el conocimiento de la salud bucal de las madres y la caries dental en niños entre 4 y 5 años de Erbil, Irak. La investigación fue descriptiva y transversal, la muestra estuvo conformada por 79 madres a quienes se les administró un cuestionario de preguntas. Los resultados mostraron que el 53.4% de las madres presentaron un nivel bajo de conocimiento sobre la salud bucal, y el 63% de los niños presentaban caries dental. A partir de ello, se llegó a concluir que los conocimientos de salud bucal por parte de las madres se relacionan con la caries dental de los niños al presentar un $p < 0,05$.

Muljadi et al.²², Indonesia, en el año 2017. Realizaron una investigación con la finalidad de analizar el nivel de conocimiento y el nivel de higiene bucal en niños entre 3 a 6 años. El estudio fue descriptivo y transversal, la muestra lo conformaron 25 padres a quienes se les administró un cuestionario de preguntas. Los resultados mostraron que el 81,3% de los padres presentaron un alto conocimiento sobre la salud bucal de los niños, mientras que la conducta respecto a la salud bucal de los niños estuvo a un nivel medio (60%). Asimismo, el 52% de las madres obtuvieron un nivel alto de conocimiento, mientras que en los padres

fue del 29,3%. Con ello se llegó a concluir que el conocimiento de los padres sobre la higiene bucal presentó un nivel alto.

González et al.²³, España, en el año 2015. Realizaron una investigación con la finalidad de analizar el nivel de conocimiento de los padres y pediatras sobre las caries e higiene bucal en edad temprana. La investigación fue transversal, con una muestra conformada por 112 padres de niños menores de 3 años y 113 pediatras. Los resultados mostraron que el 35,2% de los padres de familia presentaron un nivel bajo de conocimiento, el 41,8% un nivel medio, y el 23% presentó un nivel alto. Con ello se concluye que los padres cuentan con un nivel medio de conocimiento sobre caries dental e higiene bucal.

Bozorgmehr, et al.²⁴, Irán, en el año 2015. Realizaron un estudio con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños en edad preescolar en Irán. La investigación fue transversal, con una muestra conformada por 222 padres a quienes se les administró un cuestionario de preguntas. Los resultados plasmaron que no existe asociación significativa entre el conocimiento sobre la salud bucal de los niños y el grado de instrucción del padre ($p > 0,05$), sin embargo, si se presentó relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el grado de instrucción de la madre ($p < 0,001$), así como con la edad de los padres ($p < 0,05$). Por otro lado, se evidenció que el 59% de los padres presentaron un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal, el 29% un bajo nivel de conocimiento, y el 12% un alto nivel. Con respecto a la edad, el 69% de los padres menores entre 23 a 33 años presentaron un bajo nivel de conocimiento, mientras que el 73,4% de los que presentaban entre 34 a 45 años mostraron un nivel regular, y el 76% de aquellos mayores a 45 años mostraron también un nivel regular. Con ello se concluye que los padres presentan un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal.

En cuanto a las teorías que sustentan la investigación se iniciará tratando la salud bucal, los investigadores en Medicina apreciaron el concepto desde una perspectiva más amplia de la salud ya en la década de 1960. Pero la necesidad y el alcance del horizonte más amplio del concepto de salud y bienestar con respecto a las afecciones bucales fueron reconocidos casi una década después

por médicos e investigadores dentales. Esto se debe en parte a que se pensó que las enfermedades dentales no satisfacían la teoría clásica del papel del enfermo, que formó la base para el desarrollo del modelo de salud y calidad de vida según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), de la Organización Mundial de la Salud.

Si bien se nos enseña desde una edad temprana que la salud bucal adecuada es mantener los dientes sanos. Los simples actos de cepillarse y usar hilo dental no son inculcados para que mantengamos los 'dientes blancos'; sin embargo, la salud bucal es mucho más que dientes limpios. Involucra las encías y sus tejidos de soporte, el paladar, el revestimiento de la boca y la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos masticadores, los nervios y los huesos de la mandíbula superior e inferior. Investigaciones recientes han indicado posibles asociaciones entre las infecciones orales crónicas y la diabetes, las enfermedades cardíacas y pulmonares, los accidentes cerebrovasculares y el bajo peso al nacer o los nacimientos prematuros. En otras palabras, la salud bucal se refiere a la salud de la boca, pero al mismo tiempo, apoya y refleja la salud de todo el cuerpo²⁵.

Aunque los problemas de salud bucal rara vez ponen en peligro la vida, siguen siendo un problema importante de salud pública debido a su carga y alta prevalencia; por esa razón ahora se reconoce ampliamente que la salud bucal logre contribuir en aspectos sociales, económicos y psicológicos de un individuo; en otras palabras, la salud bucal puede afectar la calidad de vida de una persona. Hay que entender que la salud bucodental y la consiguiente calidad de vida del individuo son un componente esencial de la salud y el bienestar general, por tanto, la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo perfila como un tema muy importante dentro de su Programa Mundial de Salud Bucodental²⁶.

En este sentido se define la salud bucal como una ciencia y una práctica que involucra la identificación, tratamiento y prevención de las enfermedades dentales. Asimismo, su importancia radica en que previene el 80% de todos los problemas dentales, como caries dental y enfermedades periodontales²⁷. Cuando no son tratadas ocasionan dolor, visitas de emergencia, pérdida prematura de

dientes y tiene como secuela la masticación comprometida y el perjuicio a la dentición permanente en los niños pequeños ²⁸. Por lo tanto, estos problemas muestran el significado de mejorar la salud bucal desde temprana edad ²⁹.

Por otro lado, el nivel de conocimiento se refiere a la cantidad o grado de información adquirida y comprendida por un individuo sobre un tema en específico³⁰. Por lo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se centra en la información obtenida y aprendida por medio de experiencia personal y la observación respecto a la salud bucal³¹, como son las caries, la prevención de las mismas, la dieta y la higiene bucal, en este caso, referido a los padres de familia.

Tomando en cuenta lo mencionado, la evaluación de la variable nivel de conocimiento de salud bucal se realiza en consideración a cuatro dimensiones, aquellas que resultan cruciales para el saber de cualquier persona, entre ellas están las caries dentales, la prevención dental, el conocimiento de una adecuada dieta y una correcta higiene bucal. En primer lugar, la dimensión caries dental está estrechamente relacionada con el conocimiento general que deben poseer los padres de familia, por ejemplo, el significado de las caries, los factores que las causan, la forma de transmisión, las señales o indicadores que permiten reconocerla y las consecuencias que puede generar sobre la vida y la salud de aquel que la padece³².

Por ello, la caries dental se define como la destrucción localizada de tejidos duros dentales (esmalte y dentina) por subproductos ácidos de la fermentación bacteriana de azúcares libres (definidos como monosacáridos y disacáridos agregados a alimentos y bebidas por el fabricante, cocinero o consumidor y azúcares naturalmente presentes en miel, jarabes, jugos de frutas y concentrados de jugos de frutas). El proceso de caries es dinámico, con períodos alternos de mineralización de la estructura dental relacionados con fluctuaciones en el pH del biofilm de placa³³.

En general, cuanto menor es el pH, mayor es la tendencia a la disolución de los componentes del tejido duro. Si el pH del biofilm cae por debajo de un umbral crítico durante un período sostenido después del consumo de azúcares libres, el resultado es una desmineralización progresiva y una pérdida sostenida de calcio

y fosfato de la sustancia mineral del diente. En las etapas muy tempranas (subclínicas), e incluso una vez que se pierde suficiente mineral para que la lesión aparezca clínicamente como una mancha blanca en la superficie del diente, la caries puede revertirse o detenerse, especialmente con la exposición al flúor³³.

Si la caries progresa y conduce a la cavitación, la afección puede causar un dolor e incomodidad considerables y, si se propaga a la pulpa dental, también puede causar infección y, en última instancia, sepsis y pérdida de dientes. La exposición óptima al flúor es importante para limitar la progresión de la enfermedad, ya que el flúor promueve la mineralización. La cavitación es el criterio habitual para la detección de caries en la mayoría de los estudios epidemiológicos en todo el mundo³³.

El índice de caries dental más utilizado es el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), que cuenta el número de dientes cariados, faltantes y rellenos que resultan de la caries dental (con letras minúsculas que representan la dentición primaria y mayúsculas que representan la dentición permanente). Por tanto, el índice CPOD captura la experiencia acumulada de un individuo de caries dentales pasadas y presentes, ya sea sin tratar (el número de dientes cariados) o tratadas (dientes rellenos o extraídos por caries)³³.

A partir de lo mencionado, se puede establecer que la caries dental es una enfermedad microbiana y multifactorial, producto del ataque de ácidos generados por los microorganismos de la placa dental. Se considera multifactorial debido a que, para su desarrollo deben conjugar diversos factores como: huésped defensor, sustrato rico en hidratos de carbono, microorganismos y tiempo; por tanto, se encuentra estrechamente relacionada con la dieta y también la composición del flujo salival. Además, pueden influir otros factores de riesgo como puede ser el acceso a los servicios de salud o factores físico-ambientales.

A pesar de ello, puede prevenirse controlando la formación de la placa dental, mediante el cepillado dental normal y la baja ingesta de carbohidratos en comidas y bebidas azucaradas; si la placa dental no se remueve las microbes que causan la caries dental se multiplican y adhieren a la superficie dental formando una película pegajosa, entonces las microorganisms transforman en ácido los

azúcares, dando lugar a la caries dental³⁴. Resulta imperante el reconocimiento de este problema, dado que permite a los padres y tutores de los niños contar con un control adecuado sobre el cuidado de los dientes de los niños.

La segunda dimensión involucra la prevención, considerada una de las herramientas principales en la salud bucal, ya que, al iniciarse de manera temprana hace posible que los padres de los menores tomen conocimientos sobre las medidas preventivas y los medios para prevenir cualquier enfermedad bucodental. Siendo esta la razón principal, por la cual se toma en consideración el inicio de las visitas al odontólogo, la regularidad y el conocimiento del flúor³⁵.

El momento para la prevención primaria de la EC (Early Childhood Caries por sus iniciales en inglés o caries en dentición primaria), para prevenir la transmisión de bacterias cariogénicas a los niños, debe centrarse en la mitigación y prevención de la colonización de la biopelícula dental (placa) por bacterias cariogénicas, especialmente *Streptococcus mutans* (el cual es una bacteria Gram positiva, anaerobia facultativa que se encuentra normalmente en la cavidad bucal humana) que ocurre dentro de un par de años después de la erupción del diente³⁶.

La madre del niño u otros cuidadores, a través de la transmisión de bacterias salivales, es la fuente habitual de *Streptococcus mutans* que coloniza a los niños pequeños. Cuando las nuevas madres tienen niveles bajos de *Streptococcus mutans* en la saliva, la colonización de sus bebés por estas bacterias se retrasa mucho, al igual que la edad y la gravedad de las lesiones de caries en esos niños; mientras que, cuando las madres tienen altos niveles de *Streptococcus mutans* en saliva, la mayoría de sus bebés son colonizados más jóvenes y las lesiones ocurren dentro de un par de años después³⁶.

La caries no ocurre sin azúcar. Más bien, la evidencia es abrumadora de que la frecuencia del consumo de azúcar y la duración del azúcar en la boca son determinantes más poderosos del riesgo de caries que la cantidad de su consumo. Proporcionar orientación dietética en los programas de salud pública dental a edades más tempranas es imperativo. Además, es importante evitar las bebidas enriquecidas con azúcar, como jugos, refrescos y otro tipo de bebidas en

todas las edades. Por otro lado, la leche y la fórmula para bebés nunca deben complementarse con azúcar³⁶.

Así también, una mayor frecuencia de la ingesta de azúcar simple parece tener el mayor efecto sobre el inicio de las lesiones. Por ejemplo, la ‘caries del biberón’ resultante de la leche de vaca o la ‘fórmula’ artificial es un ejemplo importante: la restricción de la exposición al biberón de 3 a 6 horas de comida, según el peso y la edad, reduce drásticamente la incidencia de caries, y se debe desaconsejar la exposición durante la noche³⁶.

Por otro lado, El flúor reduce la cantidad de nuevas lesiones de caries en niños. Se supuso que este efecto se extrapola a los niños más pequeños. Se ha documentado que incluso puede ser seguro el uso de flúor en los bebés. Donde un aumento en el uso de flúor a partir de la erupción del primer diente, puede ayudar a prevenir la generación de caries dental³⁶.

El conocer cada uno de estos elementos permite que se prevenga de manera oportuna el desarrollo de caries y contar con señales de alerta ante cualquier enfermedad bucal, permitiendo así tener una respuesta rápida y oportuna sobre la salud bucal de los niños. La salud bucodental no depende esencialmente de los servicios estomatológicos, sino que tiene que ver realmente con las acciones que tiene la persona sobre su prevención, para ello es necesario que se le faciliten alternativas sanas e inculcar en las personas la facultad de decidir sobre sus propias acciones.

Por otra parte, la tercera dimensión a evaluar corresponde a la dieta, en donde se busca identificar el grado de conocimiento que poseen los padres acerca de una correcta alimentación, la disponibilidad de cambiar la misma por una alimentación saludable y aquellos alimentos que resultan perjudiciales para su salud bucal. Es importante recalcar que el mantener una dieta alimenticia no se refiere a eliminar por completo ciertos alimentos, sino disminuir la frecuencia y las horas de consumo, de este modo se controla la cantidad de alimentos que puede ingerir el niño, además que se ven priorizados aquellos alimentos que aportan los nutrientes necesarios para su vida³⁷. Por otra parte, es esencial que los niños consuman altas cantidades de verduras y frutas, pues estas son una fuente de

vitaminas, minerales y fibras, los cuales influyen sobre la cantidad y composición de la saliva que aumenta los efectos protectores en la cavidad bucal, dado que, la falta ello podría generar enfermedades dentales³⁸.

Por esta razón, se considera que desde una edad temprana los niños consuman lácteos por el aporte de calcio que generan, además que su composición inhibe las bacterias de las caries y mejoran la película que rodea los dientes, reducen la desmineralización del esmalte y mejoran la remineralización del esmalte⁴. Así mismo, debe disminuirse el consumo de golosinas y cualquier alimento o bebida con grandes cantidades de azúcar, dado que son una carga de enfermedades bucodentales²⁹.

Dado, que la literatura ha demostrado que el azúcar es la principal causa de caries dental y es una amenaza para la salud bucal desde la infancia hasta la vejez. En donde, a excepción de la lactosa, existe una variabilidad de la cariogenicidad de los diferentes azúcares, como sacarosa, glucosa y fructosa. Por otro lado, existe un bajo riesgo de desarrollar caries dental por consumir alimentos básicos ricos en almidón, sin la adición de azúcar. Los alimentos básicos basados en almidón tienen poca importancia en el desarrollo de caries³⁹.

Específicamente, los alimentos básicos cocidos con almidón, como el arroz, las papas y el pan, son de baja cariogenicidad en los seres humanos. La cariogenicidad del almidón crudo es muy baja. En general, las personas que consumen dietas altas en almidón y bajas en azúcar experimentan caries con menos frecuencia que aquellas que consumen dietas bajas en almidón y altas en azúcar³⁹.

La última dimensión a evaluar es la higiene bucal, dado que, este genera un efecto positivo sobre las encías, dientes y la boca en general porque al mantener un buen hábito de higiene permite que los dientes de los niños reciban la atención y cuidado que requieren para estar sanos y limpios³⁵.

Mantener una higiene bucal adecuada involucra un cepillado dental, la remoción de la placa bacteriana de manera regular y el uso del hilo dental³⁵. Esto permite que se eliminen las bacterias encontradas en la boca de los niños y así se evitan

posibles infecciones. Los conocimientos que deben de desarrollar los tutores referentes a la higiene bucal se encuentran en el momento o tiempo en el que se debe de realizar el cepillado de los dientes, el conocimiento de lo que es la placa bacteriana, el momento en el que se debe de iniciar la limpieza de los dientes, la vida útil del cepillo, duración del cepillado, así como el conocimiento general de las técnicas de cepillado.

Es importante tener presente, que, por ejemplo, se necesita tiempo para que la placa dental cariogénica se acumule hasta el punto en que pueda distribuir suficiente ácido en la superficie del diente para disolver el esmalte. Las caries no ocurren en los dientes que se limpian constantemente. Es necesario enseñar a los padres cómo limpiar los dientes manteniendo una uniformidad razonable tanto para los mismos padres como para sus hijos³⁶.

Es útil desarrollar un sentido de control en el niño dividiendo cada episodio de cepillado en pequeños fragmentos con un tiempo estructurado, incluso durante la infancia. Los dientes se pueden limpiar en cualquier lugar. No se necesitan lavabos ni baños y, con frecuencia, es más fácil limpiar los dientes de un niño pequeño, por ejemplo, en el piso o en un sofá con la cabeza del niño en el regazo entre las piernas³⁶.

Así también, es importante que los padres se orienten sobre cómo elegir una pasta de dientes que contenga flúor. Muchas veces el etiquetado y la publicidad pueden generar confusión al momento de elegir. También necesitaban instrucciones sobre cómo cepillar los dientes de un niño. A menudo, los padres piensan que necesitan cepillarse los dientes en el baño tratando de hacer esto de manera incómoda con el niño sentado en el lavabo. No pueden ver los dientes ni mantener la boca abierta. Muchos padres y cuidadores piensan que los niños pueden cepillarse los dientes por sí mismos, incluso cuando son muy pequeños³⁶.

Es necesario saber que un padre debe modelar un buen cepillado, y también cepillar los dientes del niño ellos mismos hasta una edad avanzada en la que ellos puedan cepillarse eficazmente (alrededor de 7 años). Algunos padres creen que el cepillado puede dañar los dientes o que los niños de 3 años pueden cepillarse los dientes correctamente, por ello, los padres necesitan información precisa³⁶.

Conjuntamente, con el conocimiento de la salud bucal, se presentan las características sociodemográficas, las cuales son aquellas características biológicas, sociales, económicas y culturales presentes en una población en particular, en donde se toman aquellas características medibles acorde a la variable de estudio⁴⁰.

Por estas razones, en el presente estudio no solo se evaluará el nivel de conocimiento sobre salud bucal, sino que este se medirá en función de las características sociodemográficas de los padres. En este sentido, las características sociodemográficas se centran en aspectos generales respecto a un grupo poblacional⁴¹. Siendo que estos rasgos definen la identidad de los integrantes de una población, siendo entre otros aspectos, el género, la edad, el grado de instrucción, entre otros⁴².

Las características sociodemográficas abordadas en el estudio se centran en el género de los padres de familia, siendo femenino y masculino⁴², ello permitirá establecer cuál de los dos géneros presenta mayor nivel de conocimiento sobre salud bucal. Con respecto a la edad, estos se establecen por rangos⁴³ los cuales se agrupan a partir de los 25 a los 65 años, con la finalidad de identificar sobre qué rangos de edad se tiene mayor presencia y nivel de los conocimientos sobre salud bucal, mientras que el grado de instrucción, el cual se centra específicamente en el grado de formación educativo es la educación primaria, la educación secundaria, la educación técnica o superior^{44,45,46}, tiene como propósito conocer que la educación de los padres se encuentra reflejado en el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El presente estudio corresponde al tipo básico debido a que el principal interés es reforzar el constructo teórico respecto al conocimiento sobre salud bucal por parte de los padres a partir de los resultados obtenidos; además la investigación básica porque permite servir de insumo o base para el desarrollo de estudios de tipo aplicados en la región⁴⁷. Asimismo, CONCYTEC indica que las investigaciones básicas están orientadas a un conocimiento más completo, mediante la comprensión de aspectos fundamentales hallados en los fenómenos, así como de los hechos observables, como es el caso a partir de identificar el conocimiento de los padres sobre salud bucal, pues de esta manera se comprende el comportamiento de la variable dentro del contexto presentado en el Caserío Unión, con ello, se puede profundizar la información y el conocimiento de las variables bajo análisis⁴⁸.

Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal. El diseño no experimental, es aquel que, designa la realización del levantamiento de datos sin manipular ninguna de las variables del estudio ni las condiciones de la realidad en la que se recogen los datos y acontece el fenómeno observado^{49, 50}. En tanto que, un diseño de corte transversal se trata de estudios en los que la recolección de los datos se realiza en un momento determinado⁵¹. Por tanto, en la presente investigación la recolección de los datos se realizó en el medio natural, sin la manipulación de ninguna de las variables, y además en un único momento determinado en el periodo 2021.

3.2. Variables y operacionalización

Nivel de conocimiento sobre salud bucal (cualitativa, única)

Definición conceptual. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se centra en la información obtenida y aprendida por medio de experiencia personal y la observación respecto a la salud bucal³¹, como son las caries, la prevención de las mismas, la dieta y la higiene bucal, en este caso, referido a los padres de familia.

Definición operacional. Se evalúa mediante un test de conocimiento, elaborado en base a las dimensiones e indicadores, el cual presenta una valoración de “AD” básico si se obtienen entre 18 a 20 puntos, “A” corresponde a bueno si se obtiene una puntuación de 15 a 17, “B” corresponde a regular si se obtienen de 11 a 14 puntos y “C” corresponde a malo si se obtienen de 0 a 10 puntos³².

Operacionalización de las variables (Anexo 1)

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población

La población estuvo constituida por 150 padres de familia de niños de 3 a 5 años ubicados en el Caserío Unión - San Martín, durante el periodo mayo - junio 2021⁵².

En cuanto a los criterios de inclusión se contó con los padres de familia de niños de 3 a 5 años, mayores de edad, residentes en el Caserío Unión que aceptaron participar libremente en el estudio, expresando dicha voluntad con la firma del consentimiento informado. Por otro lado, los criterios de exclusión se aplicaron para aquellos padres de familia en donde la madre aún se encuentre en gestación y no cuenten con más hijos, además de aquellos padres que por alguna incapacidad no estén en la condición de responder al cuestionario.

Muestra

La muestra estuvo constituida por el total de la población, es decir los 150 padres de familia de niños de 3 a 5 años ubicados en el Caserío Unión. Se consideró tomar a toda la población ya que cumple con las características necesarias para el estudio, siendo accesible contar con su totalidad al ser esta una población pequeña, es decir, es viable trabajar con su totalidad.

Unidad de análisis: Estuvieron considerados los padres de familia de los niños de 3 a 5 años del Caserío Unión.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó la encuesta como técnica para la recolección de la información requerida sobre la variable de estudio nivel de conocimiento sobre salud bucal. La encuesta se llevó a cabo planteando interrogantes a los individuos que constituyen la muestra con el objetivo de recolectar datos relevantes acerca de las variables de investigación a través de la aplicación del cuestionario como instrumento⁵³.

En cuanto al instrumento de recolección de información se empleó el cuestionario. Este instrumento estuvo constituido por un conjunto de preguntas creadas a partir de la variable a medir, posibilitando, de esta manera, la estandarización del proceso de recopilación de datos⁵⁴. De manera que, para evaluar la variable nivel de conocimiento sobre salud bucal se contó con un cuestionario realizado por Cupé-Araujo y García³², el cual está constituido por 20 preguntas elaborados a partir de 4 dimensiones y 18 indicadores. Además, cada pregunta posee una alternativa de respuesta múltiple donde se evalúa la respuesta correcta, otorgando un puntaje de 1 cuando la respuesta sea correcta y 0 cuando sea incorrecta. Este instrumento tiene por objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños entre 3 a 5 años, así mismo, el tiempo de aplicación de este instrumento es de 15 minutos, se puede aplicar de manera grupal o individual una vez sea explicado el proceso de llenado a los participantes.

Por otra parte, referente al modo de evaluar la variable, se ha aplicado la escala de calificación referida por el Ministerio de Educación, la cual fue adaptada por Cupé-Araujo y García³², donde: AD es básico si se obtienen entre 18 a 20 puntos, A corresponde a bueno si se obtiene una puntuación de 15 a 17, B corresponde a regular si se obtienen de 11 a 14 puntos y C corresponde a malo si se obtienen de 0 a 10 puntos.

Por otro lado, el instrumento ha sido previamente ya validado, en el caso del instrumento correspondiente a la variable conocimiento sobre salud bucal ha sido validado a nivel nacional por Cupé-Araujo y García en el 2015 en el cual se demostró que el mismo resultó aplicable, todo ello realizado mediante un análisis de validez por juicio de expertos y la validación por V de Aiken cuyo valor fue 0,95; para llevarlo a cabo, recurrió a 4 odontólogos especialistas en odontopediatría, y 3 odontólogos especialistas en metodología de la investigación, todos con más de 10 años de experiencia en el dichas áreas³².

Finalmente, en cuanto a la confiabilidad, resultó necesario establecer la confiabilidad de los instrumentos. Para este objetivo, se empleó la fórmula establecida por Alfa de Crombach ya que dicha prueba es recomendada para evaluar la confiabilidad en test donde se presentan una respuesta correcta y las otras incorrectas, la respuesta correcta se valora como 1 y la incorrecta como 0⁵⁵. Para tal efecto, se desarrolló una prueba piloto considerando 30 padres de familia de niños de 3 a 5 años ubicados en el Caserío Unión, San Martín. Luego de aplicar la prueba, el coeficiente Alfa de Crombach fue de 0,86, lo cual indica que el cuestionario de conocimiento sobre salud bucal presenta una confiabilidad alta.

3.5. Procedimientos

Para poder obtener la información necesaria sobre las variables de estudio, se solicitó en primer lugar, la autorización y consentimiento de los padres de familia del caserío Unión, para ser parte de la investigación, es decir se brindó toda la información correspondiente mediante el consentimiento informado, el cual se firmó previo a la aplicación del test de conocimiento de salud bucal. Asimismo, la duración de cada encuesta fue de 15 minutos, para lo cual las investigadoras

visitaron la vivienda de cada participante cumpliendo con los protocolos de bioseguridad como: uniforme de protección, guantes, doble mascarilla, protector facial, alcohol en gel y respetando el 1,5 metros de distancia, lo que significa que la encuesta fue dirigida (el investigador realizó las preguntas y él mismo llenó las encuestas, con la finalidad de que no exista contacto entre los investigadores y participantes del estudio).

La encuesta se aplicó de lunes a viernes entre las 9 de la mañana a las 4 de la tarde, con un aproximado máximo de 15 entrevistas diarias, por lo que el tiempo total utilizado fue de 3 semanas, cada cuestionario completado se guardó para su ingreso al programa Excel y su tabulación posterior.

3.6. Método de análisis de datos

Luego de la recolección de los datos se procedió con el análisis de los mismos, para ello se creó una data en el programa de Microsoft Excel, además se empleó la estadística descriptiva, en donde los datos fueron presentados por medio de tablas de frecuencia y porcentajes con su respectiva interpretación. Por otro lado, se utilizó la estadística inferencial a través del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), en donde se realizó la prueba estadística de chi-cuadrado para establecer las diferencias entre sexo, edad y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, conforme con los objetivos de la investigación.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio se rige bajo el principio de respeto hacia el derecho de autor. Por lo tanto, cada párrafo que corresponde a la idea de otro autor se citó de acuerdo a las normas Vancouver. Adicionalmente, el estudio sigue lo establecido por Creswell⁵⁶ quien expresó que todo investigador que emplee instrumentos debe obtener un consentimiento de los participantes, para lo cual debe exponerles la finalidad de la investigación y las ventajas de su desarrollo. Así mismo, el estudio aborda lo referido en la promulgación de la declaración de Helsinki⁵⁷ el cual considera que todo participante debe ser informado a través de un asentimiento informado en el que se le comunique el objetivo del estudio, su

planificación y fin del mismo, debido a esto antes de empezar con la encuesta se les puso en conocimiento a los encuestados la importancia del tema, el uso que se le daría a la información obtenida y la confidencialidad garantizando que su identidad sería resguardada.

Es importante mencionar que se respetaron la mayoría de los principios éticos en investigación propuestos por la UCV⁵⁸, entre ellos: Autonomía: Las personas que participan en la investigación tienen la capacidad de elegir su participación o retiro de las investigaciones en el momento que lo requieran; Beneficencia: La investigación debe procurar el bienestar o procurar beneficios a los participantes del estudio; Integridad humana: Se reconoce al ser humano por encima de los intereses de la ciencia, independientemente de la procedencia, estatus social o económico, etnia, género, cosmovisión cultura u otra característica; Justicia: Es el trato igualitario de los participantes en la investigación, sin exclusión alguna, para el mejor desarrollo de la misma; No Maleficencia: Se debe realizar un análisis riesgo/beneficio antes de realizar investigaciones para respetar la integridad física y psicológica de las personas que participen en la investigación; Respeto de la propiedad intelectual: El personal investigador debe respetar los derechos de propiedad intelectual de otros investigadores, incluyendo evitar el plagio de manera total o parcial de las investigaciones de otros autores.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021.

Nivel de conocimiento	N	%
Deficiente	125	83,3%
Regular	15	10%
Bueno	6	4%
Muy bueno	4	2,7%
Total	150	100%

Fuente. Base de datos obtenido del cuestionario aplicado

La tabla 1, presenta los resultados generales del nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, en donde podemos observar que estos presentan un nivel de conocimiento deficiente con 83,3% los cuales corresponden a 125 padres de familia, seguido con un nivel regular de conocimiento con 10% compuesto por 15 padres de familia, un nivel de conocimiento bueno con solo 4% representado por 6 padres de familia y un nivel de conocimiento muy bueno con 2,7% representado por 4 padres de familia.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función al sexo de cada padre - Caserío Unión, San Martín, 2021

		Conocimiento de Salud Bucal					TOTAL	
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno			
Sexo	Femenino	n	82	15	6	3	106	p = 0,009
		%	77,3%	14,2%	5,7%	2,8%	100,0%	
	Masculino	n	39	4	1	0	44	
		%	88,6%	9,1%	2,3%	0,0%	100,0%	
TOTAL		n	121	19	7	3	150	
		%	80,6%	12,7%	4,7%	2%	100,0%	

*p. Prueba de chi-cuadrado, nivel de significancia 0,05

Fuente. Elaboración propia

La tabla 2, presenta los resultados del nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en función al sexo, en el cual se puede observar que tanto madres como padres presentan un deficiente nivel de conocimiento con 77,3% y 88,6% respectivamente. Asimismo, se presenta un regular nivel de conocimiento en madres del 14,2% y en padres con 9,1%; con nivel de conocimiento bueno las madres se encuentran en un 5,7%, a diferencia de los padres con un 2,3%, finalmente con un nivel de conocimiento muy bueno las madres con 2,8% y los padres no alcanzan este nivel. Con ello, hubo diferencias estadísticamente significativas del conocimiento de los padres en función del sexo ($p < 0,05$).

Tabla 3. Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función a la edad - Caserío Unión, San Martín, 2021

		Conocimiento de salud bucal				TOTAL		
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno			
Edad	De 18 a 25 años	n	27	7	0	0	34	p = 0,046
		%	79,4%	20,6%	0,0%	0,0%	100,0%	
	De 26 a 35 años	n	55	7	1	1	64	
		%	85,9%	10,9%	1,6%	1,6%	100,0%	
	De 36 a 50 años	n	30	3	1	1	37	
		%	81,1%	8,1%	8,1%	2,7%	100,0%	
	De 51 a 65 años	n	9	3	2	1	15	
		%	60%	20%	13,3%	6,7%	100,0%	
TOTAL		n	121	20	6	3	150	
		%	80,7%	13,3%	4%	2%	100,0%	

*p. Prueba de chi-cuadrado, nivel de significancia 0,05

Fuente. Elaboración propia

La tabla 3, presenta los resultados del nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en función a la edad, en el cual podemos observar que los padres con edades entre 26 a 35 años presentan un nivel de conocimiento deficiente con el 85,9%; siendo los padres que más participaron del estudio se encontraron dentro de este rango de edades entre 26 a 35 años (64 padres del total), mientras que los padres entre 18 a 25 años son los que presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal con un 20,6%; los padres entre 51 a 65 años presentan un nivel de conocimiento bueno y ningún rango de edad alcanza un nivel importante en conocimiento muy bueno. Con ello, hubo diferencias estadísticamente significativas del conocimiento de los padres en función a la edad ($p < 0,05$).

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función al grado de instrucción- Caserío Unión, San Martín, 2021.

		Conocimiento de salud bucal				TOTAL		
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno			
Grado de instrucción	Ninguna	n	5	0	0	0	16	p = 0,000
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Primaria	n	44	8	0	0	52	
		%	84,6%	15,4%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Secundaria	n	67	6	3	1	77	
		%	87,0%	7,8%	3,9%	1,3%	100,0%	
	Técnica o Superior	n	3	7	3	3	16	
		%	18,7%	43,9%	18,7%	18,7%	100,0%	
	TOTAL	n	119	21	6	4	150	
		%	79,3%	14,0%	4,0%	2,7%	100,0%	

*p. Prueba de chi-cuadrado, nivel de significancia 0,05

Fuente. Elaboración propia

La tabla 4, presenta los resultados del nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en función al grado de instrucción, en ella se puede observar que en los padres predomina un nivel de conocimiento deficiente (79,3%) y que, entre ellos, el 100% de los padres que no cuentan con ningún nivel de instrucción presentaban un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal, seguido por los que presentaron educación primaria (84,6%) y secundaria (87,0%), finalmente los padres con grado de instrucción técnica o superior presentan un conocimiento deficiente con 18,7%. Con ello, podemos observar que existen diferencias estadísticamente significativas del conocimiento de los padres en función al grado de instrucción ($p < 0,05$).

V. DISCUSIÓN

Dada la problemática se planteó como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años, para lograr este objetivo se empleó un cuestionario elaborado por Cupé-Araujo y García³² para recolectar información sobre el nivel de conocimiento de los padres acerca de salud bucal, el cual se realizó a 150 padres en el Caserío Unión. Luego de haber sido aplicado el instrumento, se evidenció que del total de padres de familia participantes del estudio, el 83,3% presentaron un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal, seguido por el 10% que presentaron un nivel regular de conocimientos, el 4% presentó un nivel de conocimientos bueno y el 2,7% de padres presentó un nivel de conocimiento muy bueno sobre salud bucal en los niños.

Estos resultados muestran similitudes con los siguientes estudios; en la investigación de Calcagnile et al.¹⁶ el 60,2% de los padres cuentan con un bajo nivel de conocimiento sobre la salud bucal de los niños; así también la investigación de Hamasha ¹⁷ muestra que el 59,2% de los padres tenía un bajo nivel de conocimiento; por su parte en la investigación de Zhou, et al.¹⁸ el 70,4% de los padres presentaron un bajo nivel de conocimiento.

Por otra parte, se puede mencionar que los resultados obtenidos, difieren con los siguientes estudios, en la investigación de González et al.²³, los padres de familia en un 41,8% mostraron un nivel medio o regular de conocimientos sobre salud bucal; así también, Bozorgmehr, et al.²⁴ evidenció que el 59% de los padres presentaron un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal; mientras que en la investigación de Djordjevic¹⁹ el 72% de los padres de familia mostraron un alto nivel de conocimiento y finalmente la investigación de Muljadi et al.²² en su investigación mostró también que el 81,3% de los padres presentaron un alto conocimiento sobre la salud bucal de los niños; con ello, se pudo establecer que el nivel de conocimientos sobre salud bucal es un tema persistente de generación en generación y que al no ser considerado tema de interés eleva la falta de conocimiento y descuido en las prácticas para su preservación; por otra parte en los estudios donde los resultados son regulares y altos, se debe en su mayoría a

que los padres van mejorando su nivel de conocimiento al contar con acceso a los centros de salud bucal, en donde la sensibilización y la orientación profesional hace que se eleve su preocupación por conocer sobre el tema y lo practique.

En los resultados sobre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función al sexo de los padres, se pudo constatar que los padres presentan un nivel de conocimiento deficiente con 88,6%, a diferencia de las madres 77,3%. Estos resultados tienen similitud con el estudio de Al-Haj & Alshabaan¹⁵, en donde se pudo conocer que la media de la variable nivel de conocimiento en varones fue de 4,48, mientras que en mujeres fue de 5,2 de un total de 11 puntos; así también se puede comparar con el estudio de Noaman et al.²¹ en donde el 53.4% de mamás presentaron un nivel bajo de conocimiento sobre la salud bucal.

Sin embargo, los resultados a su vez difieren con los hallados por Muljadi et al.²², donde alrededor del 52% de las madres presentó un alto nivel de conocimiento, en cuanto a los padres el alto nivel de conocimiento fue solo 29,3%; por su parte para Pawar²⁰ el 90% de las madres presentaron un alto nivel de conocimiento. Ante estos resultados se puede concluir que las mujeres llegan a elevar su nivel de conocimiento ya que, al ser consideradas pilar fundamental en el hogar, se involucran más en el cuidado de los niños; entre esos, el cuidado de su salud bucal; las madres son las que acuden a los centros de salud con sus hijos para sus chequeos preventivos y de crecimiento, en estos lugares son orientadas a participar en charlas educativas sobre salud integral, (programadas que se desarrollan en estos centro) algunas de estas desarrolladas en varias sesiones, en donde se abordan diversos temas, como estimulación temprana, alimentación, crecimiento, vacunas, salud dental, entre otros; todo ello, explicaría la existencia de un incremento en el nivel de conocimiento de las mamás sobre el tema, a diferencia de los padres que generalmente se ocupan más de sus actividades labores, agrícolas, entre otras, para el sustento de sus hogares.

En relación al nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años en función a la edad, se puede observar que los padres con edades entre 26 a 35 años muestran un mayor nivel de conocimiento deficiente con

85,9%; a diferencia de los otros grupos etarios; estos resultados se asocian con lo hallado Zhou, et al.¹⁸, quien muestra que, en relación a la edad, los padres con edades de 30 a 39 años, presentan un nivel de conocimiento malo, con un 60%. Por otra parte, se difiere con lo encontrado por Bozorgmehr, et al.²⁴, en donde los padres que contaban con menos edad en el estudio (23 a 33 años) presentaron muy bajo nivel de conocimientos con 69%; así también el estudio de Pawar²⁰, muestra que, según los rangos de edad, de padres de 18 a 34 años presentan un conocimiento bueno con el 59%. Este escenario podría explicarse a razón de que, a partir de que, cuanta más edad tienen los padres, existe la posibilidad que cuenten con más de un hijo, siendo la experiencia en el tiempo un valor importante para establecer el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

En cuanto al nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en función al grado de instrucción, se pudo constatar que, en relación a aquellos padres que no presentaron ningún grado de instrucción, la totalidad de ellos registraron un nivel de conocimientos deficiente sobre salud bucal (100%) seguido por aquellos padres con grado de instrucción secundaria, con un nivel de conocimiento deficiente del 87%, por otro lado, los únicos que presentaron un nivel de conocimientos en salud bucal bueno y muy bueno fueron en su mayoría los padres que cuentan con un grado de instrucción técnica o superior con el 18,7%.

Los resultados coinciden con la investigación de Zhou, et al.¹⁸ en donde los resultados mostraron que los que contaban con educación secundaria presentaron una media entre 4,50 y 4,82 de las respuestas correctas, presentandotambién un bajo nivel, de un total de 18 preguntas; así también en el estudio de Al-Haj & Alshabaan¹⁵, aquellos padres con cuentan con secundaria completa fue de 4,39, de un total de 11 puntos, considerado también como bajo. Este escenario se presenta a raíz de que, contar con un mayor grado de educación, sobre todo de aquellos que presentan educación superior, puede llevar a desarrollar un mayor nivel de conocimiento sobre aquellos que no pudieron formarse en un colegio.

En las limitaciones de la fase empírica del estudio, se evidenció falta de cooperación de algunos padres y carencia de un espacio adecuado para poder

realizar el llenado de los cuestionarios debido a la pandemia, por lo que se tuvo que buscar la mejor estrategia para lograr que acepten y poder realizarlo; por otro lado, conforme con el análisis y contraste de los resultados se evidenció que las investigaciones están ligadas al estudio del género en torno al conocimiento de salud bucal de los padres, abordando en menor medida aspectos relevantes como es el caso de la edad. Otro aspecto importante es el contexto de las investigaciones, ya que los estudios realizados en zonas urbanas, difieren de los escenarios rurales como los caseríos ya que son poco analizados en muchas de las investigaciones analizadas.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia del caserío Unión es deficiente en un 83,3%, esto debido a que los padres desconocen lo que son enfermedades bucales, la alimentación correcta de un niño, el cepillado y sus técnicas, así como, la poca importancia otorgada a los dientes de leche y mucho menos la importancia de las visitas al odontólogo, siendo este un patrón bien marcado, considerando que son conductas que se transmiten de generación en generación entre los padres.
2. De acuerdo al sexo, el nivel de conocimiento de los padres es más deficiente en los padres con 88,6%; que en las madres con 77,3%, esto en función a que en la mayoría de los casos las madres son las que asumen mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos y su desarrollo, mientras que, los padres trabajan; en otra gran cantidad de casos nos encontramos ante hogares monoparentales donde solo hay madre y en otra parte, se encontró que, en algunos pocos hogares estas responsabilidades son compartidas con los padres.
3. El nivel de conocimiento en salud bucal según edad, es altamente deficiente en los padres de familia de los rangos entre de 26 a 35 años de edad equivalente al 85,9%, mientras que, se presenta como bueno en los rangos de 51 a 65 años con un 13,3% esto en función a que, se considera que el nivel de conocimientos se fortalece con la experiencia de los años, pero que, a pesar de ello, este tema aún es desconocido por una gran parte de ellos.
4. De acuerdo al grado de instrucción, el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia es altamente deficiente en aquellos que no han tenido acceso a educación de ningún tipo, seguido de aquellos que han tenido acceso a la educación secundaria con 87,0%, posteriormente por los que cuentan con educación primaria 84,6%, esto debido a que, se considera que la adquisición de un mayor grado de instrucción incrementa y fortalece el nivel de conocimientos en las personas.

VII. RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud, y organismos competentes, elaborar un plan para programar, implementar y ejecutar programas de apoyo para educar e informar a los padres de familia en temas relacionados con medidas preventivas sobre salud bucal.
2. Al Ministerio de Educación; es importante que en los centros educativos no solo se considere la parte cognitiva sino también la adquisición de hábitos saludables para la vida, en ese sentido se debe reforzar los temas sobre salud bucal en la educación inicial, primaria y secundaria.
3. El Ministerio de Salud debe considerar entre sus actividades, reiniciar los programas de salud bucal en los niños, dentro de los centros de salud, con charlas educativas y de orientación a los padres de familia, así como campañas odontológicas.
4. Es importante que futuros investigadores amplíen el panorama respecto al conocimiento sobre salud bucal, tomando en cuenta aspectos como, la facilidad de algunos segmentos mejor que otros al acceso a la salud, al sector de la vivienda, el nivel de ingresos, ámbito geográfico, entre otros, para que de esa manera se pueda tener y comprender mejor el escenario que enmarca el estudio.

REFERENCIAS

1. Beljan M, Puharić Z, Žulec M, Borić D, Neumuller K. Parents' and children 's behavior and knowledge about oral health. [Internet]. 2016 [Consultado el 11 de junio de 2021]. 70(3):165-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064207/>
2. OMS. Promoting oral health in Africa [Internet]. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016 [Consultado el 07 de junio de 2021] p. 126. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205886/9789290232971.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Feldens C, Kramer P, Vargas F. The role of diet and oral hygiene in dental caries. *Pediatr Restor Dent* [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de junio de 2021]. 1(1):31-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/327604024_The_Role_of_Diet_and_Oral_Hygiene_in_Dental_Caries
4. Tunick M, Van Hekken D. Dairy Products and Health: Recent Insights. *J Agric Food Chem* [Internet]. 2014 [Consultado el 11 de junio de 2021]. 63(43). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394286/>
5. Humeres P, Guzmán D. Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *Int J Interdiscip Dent* [Internet]. 2020 [Consultado el 27 de junio de 2021]. 13(2):62-6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000200062&lang=pt
6. Vergara M, Cerezo M, Cifuentes O, Paz A, Parra G. Sistematización del Programa “Sonrisas Saludables” realizado en Manizales, Colombia. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de junio de 2021]. 57(2):1-14. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1440/1750>
7. González G. Prevalencia de caries y clases sociales en un grupo de niños menores de 6 años del sur de Chile. *Medisur* [Internet]. 2020 [Consultado el 14 de junio de 2021]. 18(2):223-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200223

8. Santa Cruz N, Pérez C, Villagra N, Achucarro S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Memorias del Inst Investig en Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [Consultado el 22 de junio de 2021]. 17(2):56-63. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008419>
9. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. [Internet]. 2020 [Consultado el 17 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/oral-health>
10. Kutesa A, Kasangaki A, Nkamba M, Muwasi L, Okullo I, Rwenyonyi C. Prevalence and factors associated with dental caries among children and adults in selected districts in Uganda. Afr Health Sci [Internet]. 2015 [Consultado el 1 de julio de 2021]. 15(4): 1302-7. Disponible en: Prevalence and factors associated with dental caries among children and adults in selected districts in Uganda
11. Rocha J, Gómez W, Grisi B. Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. César Vallejo de Chorrillos, junio 2018. Horiz Med (Barcelona) [Internet]. 2019 [Consultado el 18 de junio de 2021]. 19(1): 37 -45. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100007
12. Gómez G, Morales R, Romero M. Lesiones cariosas en niños con discapacidad de 0-12 años en una población peruana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2020 [Consultado el 20 de junio de 2021]. 57(4). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2905/1857>
13. Basilio Y, Cavalié K, Ortega M. Factores de riesgo asociados a caries y enfermedad periodontal en Centro de Educación Básica Especial de Huánuco, 2017. Rev Peru Investig en Salud [Internet]. 2020 [Consultado el 10 de junio de 2021]. 4(2): 70-6. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/502/575>
14. Cervantes S, Sucari W, Padilla T. Programa educativo sobre prevención en salud bucal en niños menores de cinco años. Rev Innova Educ [Internet]. [Consultado el 12

de junio de 2021]. 2(2): 1-12. Disponible en:
<https://revistainnovaeducacion.com/index.php/rie/article/view/81>

15. Al-Haj S, Alshabaan S. What do Parents Know About Oral Health and Care for Preschool Children in the Central Region of Saudi Arabia? *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2020 [Consultado el 11 de junio de 2021]. 20(6): 1-9. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/pboci/a/LbrDp7dXy8nHwrjkR8P53wS/?lang=en>
16. Calcagnile F, Pietrunti D, Pranno N, Di Giorgio G, Ottolenghi L, Voza I. Oral health knowledge in pre-school children: A survey among parents in central Italy. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2019 [Consultado el 11 de junio de 2021]. 11(4): 327-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6522113/>
17. Hamasha A, Rasheed S, Aldosari M, Rajion Z. Parents Knowledge and Awareness of their Children 's Oral Health in Riyadh, Saudi Arabia. *Open Dent J* [Internet]. 2019 [Consultado el 13 de junio de 2021]. 13(1): 236-41. Disponible en: <https://opendentistryjournal.com/VOLUME/13/PAGE/236/FULLTEXT/>
18. Zhou H, Yadong W, Xiaolong Y, Dingwan C, Hui C. Dental caries and associated factors in 3 to 5-year-old children in Zhejiang Province, China: an epidemiological survey. *BMC Oral Health* [Internet]. 2019 [citado 12 de junio de 2021];19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6329098/>
19. Djordjevic A. Parents' Knowledge about the Effects of Oral Hygiene, Proper Nutrition and Fluoride Prophylaxis on Oral Health in Early Childhood. *Balk J Dent Med* [Internet]. 2018 [Consultado el 9 de julio de 2021]. 22(1): 26-31. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322859287_Parents_Knowledge_about_the_Effects_of_Oral_Hygiene_Proper_Nutrition_and_Fluoride_Prophylaxis_on_Oral_Health_in_Early_Childhood
20. Pawar P. Knowledge, Attitude, and Practices of Mothers Related to their Oral Health Status of 6-12 Years Old Children in Bhilai City, Chhattisgarh, India. *Eur Sci J* [Internet]. 2018 [Consultado el 11 de julio de 2021]. 14(21): 248-60. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326647796_Knowledge_Attitude_and_Practices_of_Mothers_Related_to_their_Oral_Health_Status_of_6-

12 Years Old Children in Bhilai City Chhattisgarh India

21. Noaman B, Khalid R, Fattah L. Maternal dental health knowledge and its relation to the dental caries experience of their children in Mamezawa camp of refugees in Erbil, Iraq. *Acta Med Acad* [Internet]. 2018 [Consultado el 9 de junio de 2021]. 48(3):294- 302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32124628/>
22. Muljadi V, Mandalas H, Mónica G. Parents knowledge and oral hygiene level of kindergarten students. *Padjadjaran J Dent* [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de junio de 2021]. 29(2): 86-90. Disponible en: <https://jurnal.unpad.ac.id/pjd/article/view/13608>
23. González E, Pérez S, Alarcón J, Penalver M. Knowledge of Andalusian paediatricians and parents about early-onset tooth decay. *An Pediatría* [Internet]. 2015 [Consultado el 1 de julio de 2021]. 82(1): 19-26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2341287914001124>
24. Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek T. Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children. *Int Sch Res Not* [Internet]. 2015 [Consultado el 30 de junio de 2021]. 17(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23738088/>
25. Benjamin R. Oral Health: The Silent Epidemic. *Public Health Rep* [Internet]. 2010 [Consultado el 30 de junio de 2021]. 125(2):158-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821841/>
26. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagnostic Res* [Internet]. 2017 [Consultado el 8 de julio de 2021]. 11(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>
27. Gopikrishna V, Bhaskar N, Kulkarni S, Jacob J. Knowledge, attitude, and practices of oral hygiene among college students in Bengaluru city. *J Indian Assoc Public Health Dent* [Internet]. 2016 [Consultado el 14 de julio de 2020]. 14(1): 75-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/298342600_Knowledge_attitude_and_practices_of_oral_hygiene_among_college_students_in_Bengaluru_city

28. Shaghaghian S, Savadi N, Amin M. Evaluation of parental awareness regarding their child 's oral hygiene. Int J Dent Hyg [Internet]. 2016 [Consultado el 14 de junio de 2021]. 15(4): 149-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27113969/>
29. Moynihan P, Makino Y, Peterson P, Ogawa H. Implications of WHO Guideline on Sugars for dental health. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2018[Consultado el 29 de junio de 2021]. 46(1): 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29168887/>
30. Bolisani E, Bratianu C. The elusive definition of knowledge. Emergent Knowle strateg [Internet]. 2018 [Consultado el 20 de junio de 2021]. 1(1): 1-22. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318235014_The_Elusive_Definition_of_Knowledge
31. Poudel P, Griffiths R, Wong V, Arora A, Flack J, Khoo C, et al. Oral health knowledge, attitudes and care practices of people with diabetes: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2018 [Consultado el 4 de julio de 2021]. 1(18):1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29716561/>
32. Cupé-Araujo A, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Hered [Internet]. 2015 [Consultado el 8 de junio de 2021]. 25(2):112-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
33. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet [Internet]. 2019 [Consultado el 8 de junio de 2021]. 394(10194): 249-60. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334556723_Oral_diseases_a_global_public_health_challenge
34. Díaz C, Pérez N, Sanabria D, Ferreira M. Nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental. Investigación Científica y Tecnológica [Internet]. 2016 [Consultado el 17 de junio de 2021]. 29(1). Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/3922>

35. Gaeta M, Cavazos J, Cabrera M, del Rosario L. Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv [Internet]. 2017 [Consultado el 22 de junio de 2021]. 15(2):965-78. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n2/v15n2a12.pdf>
36. Horst J, Tanzer J, Milgrom P. Fluorides and Other Preventive Strategies for Tooth Decay. Dent Clin North Am [Internet]. 2018 [Consultado el 5 de junio de 2021]. 62(2): 207-34. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323705790_Fluorides_and_Other_Preventive_Strategies_for_Tooth_Decay
37. Esquivel R, Correa M. Nutrición y salud [Internet]. 4ta ed. 2015 [Consultado el 22 de junio de 2021]. 349 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=UoJZDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
38. Moynihan P, Peterson P. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr [Internet]. 2016 [Consultado el 1 de julio de 2021]. 7(1): 201-26. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/public_health_nut7.pdf?ua=1
39. Naidoo S. Oral health and nutrition for children under five years of age: a pediatric food-based dietary guideline. S Afr J Clin Nutr [Internet]. 2013 [Consultado el 14 de junio de 2021]. 26(3): 150-5. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/sajcn/article/view/97848/87145+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
40. Ortiz R, Torres M, Peña S, Quinde G, Durazno G, Culcay C. Características sociodemográficas de la población adulta de la parroquia cumbe, Cuenca-Ecuador. Arch Venez Farmacol y Ter [Internet]. 2017 [Consultado el 6 de julio de 2021]. 36(2): 57-64. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/1919>
41. Moquillaza M, León E, Dongo M, Munayco C. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015 [Consultado el 23 de junio de 2021]. 32(4): 693-700. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/288040449> Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima Peru

42. Pérez S, Gascón J, Salmerón D, Parra P, Monteagudo O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. Rev Calid Asist [Internet]. 2016 [Consultado el 19 de junio de 2021]. 31(5): 300-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-caracteristicas-sociodemograficas-variabilidad-geografica-relacionada-S1134282X16300148>
43. Mandawa K. Socio-Demographic Statuses: Theory, Methods, and Applications. Soc Sci [Internet]. 2019 [Consultado el 4 de junio de 2021]. 1(1): 1-31. Disponible en: <https://www.preprints.org/manuscript/201902.0051/v2>
44. CEPAL. Definición de algunos indicadores demográficos [Internet]. Santiago; 2015 [Consultado el 2 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/def_ind.pdf
45. INEI. Características de la Población [Internet]. Lima; 2015 [Consultado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf
46. Cuenca R, Carrillo S, de los Ríos C, Reátegui L, Ortiz G. La calidad y equidad de la educación secundaria en el Perú [Internet]. 2017 [Consultado el 4 de julio de 2021]. Disponible en: https://repositorio.iep.org.pe/bitstream/handle/IEP/923/Cuenca-Ricardo_Calidad-Equidad-Educacion-Secundaria.pdf;jsessionid=1B7F39C50E31CC6A3BC5A44027231473?sequence=1
47. Sánchez H, Reyes C. Metodología y Diseño en la investigación Científica. Lima: Visión Universitaria; 2015 [Consultado el 15 de junio de 2021].
48. CONCYTEC. Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica [Internet]. 2020 [Consultado el 19 de junio de 2021]. Disponible en: https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf

49. Reiro T. Non Experimental research: strengths, weaknesses and issues of precision. Eur J Train De [Internet]. 2016 [Consultado el 24 de junio de 2021]. 40(8): 676-90. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/EJTD-07-2015-0058/full/html>

50. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación científica. Bogotá: Ediciones de la U; 2018. [Consultado el 28 de junio de 2021].

51. Bernal C. Metodología de la investigación: Administración, Economía, Humanidades y Ciencias Sociales [Internet]. 2016 [Consultado el 30 de junio de 2021]. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigación-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>

52. INEI. Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017 [Internet]. 2017 [Consultado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

53. Wallimann. Research methods [Internet]. 2011 [Consultado el 3 de junio de 2021]. 205 p. Disponible en: <https://www.lsms.ac/public/uploads/sqkcstdKySSt9RrFhypN8RPjLMuHkPgZwylmlwgbwkdUiidx41575401371vQXcGCdkUWCXO267edUDMcGByBfk7e2uUSnkIMiJxdoXE0LLn.pdf>

54. Cascaes de Silva F, Gonçalves E, Valdivia B, Grazielle G, da Silva T, Soleman S. Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: el uso del coeficiente alfa. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015 [Consultado el 11 de julio de 2021]. 32(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100019

55. Kumar R. Research Methodology a Step- by guide for beginners [Internet]. 2011 [Consultado el 10 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.sociology.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/06/Ranjit_Kumar-Research_Methodology_A_Step-by-Step_G.pdf

56. Creswell J. Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research [Internet]. Boston: Pearson; 2012 [Consultado el 16 de junio de 2021]. Disponible en: <http://lcwu.edu.pk/ocd/cfiles/TESOL/MS-TSL-505/EducationalResearchPlanningConductingandEvaluatingQuantitativeandQualitativeResearch.pdf>
57. Health and Human Services. El informe Belmont [Internet]. 1979 [Consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
58. WMM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [Consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	El nivel de conocimiento sobre salud bucal se centra en la información obtenida y aprendida por medio de experiencia personal y la observación respecto a la salud bucal ³¹ , como son las caries, la prevención de las mismas, la dieta y la higiene bucal, en este caso, referido a los padres de familia.	Se evalúa mediante un test de conocimiento, elaborado en base a las dimensiones e indicadores, el cual presenta una valoración de "AD" básico si se obtienen entre 18 a 20 puntos, "A" corresponde a bueno si se obtiene una puntuación de 15 a 17, "B" corresponde a regular si se obtienen de 11 a 14 puntos y "C" corresponde a malo si se obtienen de 0 10 puntos ³² .	Caries	Etiología	Nominal
				Forma de transmisión	
				Causas	
				Consecuencias	
				Reconocimiento	
			Prevención	Inicio de visita al odontólogo	
				Beneficios del flúor	
				Cantidad de visitas al odontólogo	
				Método para el cuidado de los dientes	
			Dieta	Prevención de caries	
				Alimentación	
			Higiene bucal	Modificación de la dieta	
				Momento para el cepillado	
				Placa bacteriana	
				Inicio de limpieza del diente	
				Vida útil de cepillo	
	Duración del cepillado				
	Conocimientos de técnicas de cepillado				
Género	Condición fisiológica que define las características que distinguen a los masculinos de las femeninas	Sexo del participante, el cual se obtendrá mediante el cuestionario virtual.	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Número de años que tiene una persona desde su nacimiento.	Edad de la persona que se obtendrá mediante el cuestionario.	Rango de edad.	18 a 25 26 a 35 36 a 50 51 a 65	Intervalo
Grado instrucción	Formación del nivel educativo de la persona	Nivel de instrucción del participante, el cual será registrado en el cuestionario.	Grado de formación educativo	Ninguna Educación Primaria Educación Secundaria Educación Técnica y/o Superior	Nominal

ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

Test de conocimiento sobre salud bucal

El presente test tiene como propósito conocer su nivel de conocimiento sobre la salud bucal. Se le solicita su colaboración respondiendo con sinceridad considerando que la información proporcionada será tratada con reserva.

I. DATOS

Fecha: _____

¿Quién responde el cuestionario?

- a) Masculino b) Femenino

Edad del tutor: _____

Grado de instrucción del tutor:

- a) Ninguna b) Educación Primaria c) Educación Secundaria d) Educación Técnica y/o Superior

Instrucciones: Por favor, lea con detenimiento cada pregunta y marque con una equis "X" la alternativa que usted considere correcta.

Se le agradece su participación.

CARIES DENTAL

1. ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
b) No es una enfermedad
c) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
d) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2. Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por
- a) Compartir utensilios
 - b) Compartir cepillos dentales
 - c) Besos en la boca
 - d) Todas las anteriores**
3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?
- a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes**
 - b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
 - c) Es el sarro que se forma en los dientes
 - d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos
4. ¿Son importantes los dientes de leche?
- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes**
 - b) No, porque no cumplen ninguna función
 - c) No, porque al final se van a caer
 - d) No, porque no son los dientes permanentes
5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?
- a) 2 años
 - b) 4 años**
 - c) 6 años
 - d) 8 años

PREVENCIÓN

6. La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de:
- a) A partir de los 2 años
 - b) Cuando aparece el primer diente de leche**
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto
 - d) Solo cuando existe dolor
7. ¿Qué beneficios conoce del flúor?
- a) Fortalece los dientes y previene la caries**
 - b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
 - c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños

- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte
8. Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:
- a) **Si, para un examen clínico de rutina**
 - b) Solo si tiene dientes chuecos
 - c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
 - d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca
9. Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque está con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?
- a) **Si**
 - b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
 - c) No
 - d) Los dientes de leche no son importantes
10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
- a) El flúor
 - b) Una correcta higiene bucal
 - c) Evitar consumo excesivo de azúcares
 - d) **Todas las anteriores**

DIETA

11. ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?
- a) **Frutas y vegetales**
 - b) Gaseosas y frutas
 - c) Frugos y galletas
 - d) Todas las anteriores
12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?
- a) **Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.**
 - b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
 - c) Frugos, leche chocolatada, chizitos
 - d) Todas las anteriores

13. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a) El niño nunca debe consumir azúcar
- b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes**
- d) Todas las anteriores

14. ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a) Hasta los 15 días de nacido
- b) Hasta los 3 meses de edad
- c) Hasta los 6 meses de edad**
- d) Hasta el primer mes de nacido

15. Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a) Va a estar más fuerte al despertar
- b) Estará más fuerte y sano
- c) Estará más expuesto a tener caries**
- d) No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16. ¿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

17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años**
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si**

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

- a) **Cada 3 meses**
- a) Cada 8 meses
- b) Al año
- c) Nunca

20. 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 a esta 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

ANEXO 3. Formato de confiabilidad

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

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTES :	Ríos Atuncar, Yajayra Milagros Saavedra Hidalgo, Jazmín Francesca
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021
1.3. ESCUELA PROFESIONAL :	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :	Cuestionario sobre Nivel de conocimiento
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO :	Alfa de Crombach { x } Kuder Richardson ()
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	10/06/2021
1.7. MUESTRA APLICADA :	30

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	0.860
------------------------------------	-------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Ítemes iniciales, ítemes mejorados, eliminados, etc.)

El instrumento presenta una alta confiabilidad, por lo tanto, puede ser aplicado.


Estudiante: Yajayra Milagros Ríos Atuncar
DNI : 72513973


Estudiante: Jazmín Francesca Saavedra Hidalgo
DNI : 72049601

Datos de la confiabilidad de los instrumentos

Tabla 5. Confiabilidad del cuestionario de conocimiento sobre salud bucal

Coeficiente KR-20	Número de elementos
0.86	20

Tabla 6. Confiabilidad por pregunta del cuestionario de conocimiento sobre salud bucal

Ítems	Análisis de fiabilidad
PG1	,675
PG2	,681
PG3	,686
PG4	,675
PG5	,719
PG6	,679
PG7	,670
PG8	,693
PG9	,726
PG10	,694
PG11	,724
PG12	,680
PG13	,705
PG14	,666
PG15	,689
PG16	,680
PG17	,655
PG 18	,690
PG19	,738
PG20	,691

ANEXO 4. Carta de presentación



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Piura, 01 de julio de 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 340-2021/UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Señor

JAIME NAVARRO RAMIREZ

Gobernador del Caserío Unión - San Martín
San Martín. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a las alumnas **Ríos Atuncar Yajayra Milagros** identificada con DNI N° 72513973 y **Saavedra Hidalgo Jazmín Francesca** identificada con DNI N° 72049601, quienes están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César vallejo – Filial Piura y desean realizar su Proyecto titulado “**Nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años - Caserío Unión, San Martín, 2021**”.

Por lo tanto, solicito a usted otorgue acceso al caserío unión para realizar una encuesta a los padres de los niños de 3 a 5 años de edad y así puedan continuar con su investigación.

Asimismo, hacemos de conocimiento que esta carta solo tiene validez virtual, pues por motivos de pandemia no entregamos el documento de manera física.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,



Mg. Eric Giancarlo Becerra Atoche
Director Escuela de Estomatología

C.C.

ANEXO 5. Carta de Aceptación

CONSTANCIA DE ACEPTACION PARA REALIZAR LA TESIS

JAIME NAVARRO RAMIREZ
GOBERNADOR CACERÍO UNIÓN

HACE CONSTAR:

Que las señoritas Yajayra Milagros Rios Atuncar DNI 72513973 y Jazmín Franchesca Saavedra Hidalgo DNI 72049601; estudiantes de la escuela de Estomatología, de la Universidad Cesar Vallejo – Filial Piura, vienen desarrollando en este Caserío su tesis de grado titulada: *"Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años del Caserío Unión – San Martín, 2021"*, de manera que quedan autorizados para recabar la información necesaria para uso exclusivo de la investigación.

Asimismo, se deja constancia que los estudiantes han de cumplir con hacer llegar a nuestra institución un ejemplar de su tesis, contribuyendo así al desarrollo de nuestra localidad.

Se expide la presente, a solicitud de los interesados, agradeciéndoles de antemano por los trabajos realizados en bien de nuestra localidad.

Tarapoto, 22 de Junio del 2021.



Jaime Navarro Ramirez
TENIENTE GOBERNADOR
DNI. 0107060
LABRADOR DE SAMBORCA
LA BANDA DE SHILCAYO

ANEXO 6. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROPÓSITO DE ESTUDIO:

Bienvenido (a), lo estamos invitando a participar en un estudio para determinar el nivel de conocimiento de padres sobre salud bucal en niños de 3 a 5 años, Caserío Unión, 2021, como parte de la elaboración de tesis.

PROCEDIMIENTO:

Si decide participar en este estudio deberá responder un cuestionario de 20 preguntas que le tomará 15 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 a las investigadoras. Si usted desea comunicarse con las investigadoras para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: 966553424 / 997687907 o a los correos yajayrarios@gmail.com / saavedrahidalgof@gmail.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 absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto las investigadoras tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO FUTURO 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.

DERECHO DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN:

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 las investigadoras a los siguientes correos:

yajayrarios@gmail.com /

saavedrahidalgof@gmail.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](tel:073-285900) Anexo. 5553

padres de familia 16	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1
padres de familia 17	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2
padres de familia 18	1	2	4	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2
padres de familia 19	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 20	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2
padres de familia 21	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 22	1	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2
padres de familia 23	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
padres de familia 24	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 25	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 26	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 27	1	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2
padres de familia 28	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
padres de familia 29	1	4	3	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1
padres de familia 30	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2
padres de familia 31	1	3	4	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2
padres de familia 32	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 33	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2

padres de familia 34	1	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
padres de familia 35	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
padres de familia 36	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 37	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 38	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 39	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 40	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 41	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2
padres de familia 42	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 43	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 44	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 45	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 46	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 47	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 48	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 49	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
padres de familia 50	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1
padres de familia 51	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2

