

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN PADRES O
CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE URACA – CORIRE,
PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA – 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Nauca Dávila, Rosario Gimena

Para optar el título profesional de:

Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Valero Quispe Javier Lucho

Arequipa-Perú

2021

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ODONTOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 04 de Junio del 2021

Dictamen: 002130-C-EPO-2021

Visto el borrador del expediente 002130, presentado por:

2013402092 - NAUCA DAVILA ROSARIO GIMENA

Titulado:

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
SALUD ORAL INFANTIL EN PADRES O CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE
URACA ? CORIRE, PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA - 2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**2234 - GUILLEN FERNANDEZ ELIANA AIDA
DICTAMINADOR**



**2236 - ZEVALLOS CHAVEZ MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR**



**2293 - PEREA CORIMAYA ELIZABETH MARIELA
DICTAMINADOR**



Dedicatoria

A mis padres Pepe y Orializ, quienes siempre me brindaron su apoyo incondicional y me dieron el perfecto ejemplo de perseverancia, gracias porque con su infinito amor inculcaron en mí valores que me guiarán a lo largo de la vida.

A Jeanpiere, porque me sacó sonrisas hasta en los momentos más tristes, porque me entiende como nadie y desde que llegó a mi vida tan solo siendo un tierno bebé se convirtió en el hermano perfecto.

A Jorge el amor de mi vida, por ser mi apoyo y motivación, gracias por ser mi otra mitad y demostrarme que la vida es más bonita de a dos.

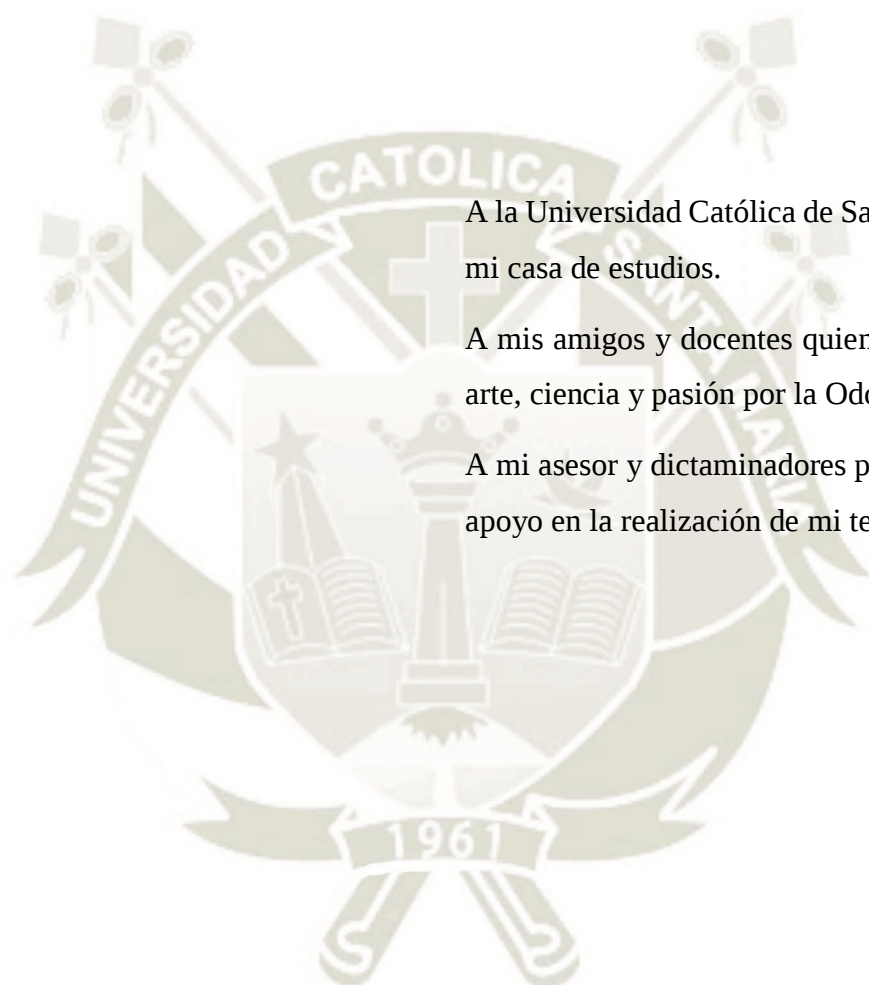
A Zafiro y Canela, mis amores perrunos, porque su compañía solo le da felicidad a mi vida.

Agradecimiento

A la Universidad Católica de Santa María por ser
mi casa de estudios.

A mis amigos y docentes quienes me enseñaron
arte, ciencia y pasión por la Odontología.

A mi asesor y dictaminadores por sus consejos y
apoyo en la realización de mi tesis.



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire en el año 2020. Se trata de un estudio comunicacional, prospectivo, transversal, descriptivo y virtual, de diseño no experimental y nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 82 padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca-Corire, que pertenecieron a tres instituciones educativas de la localidad. Los instrumentos utilizados fueron una Ficha sociodemográfica y el cuestionario estructurado denominado CAPs sobre Salud Oral Infantil elaborada por el Mg. Hirving G. De La Cruz Nieto (2018), los cuales fueron aplicados de forma online a través de la plataforma Google Forms, y luego procesados a través de Microsoft Excel y el paquete estadístico IBM SPSS, utilizándose la estadística descriptiva, inferencial y asociativa para el análisis de frecuencias y la determinación de relaciones entre las variables a través de la prueba estadística chi cuadrado, de la cual se concluyó que existen únicamente relaciones estadísticamente significativas entre las prácticas de salud oral infantil y la edad ($P=0.03$), el nivel educativo ($P=0.03$) y el nivel socioeconómico ($P=0.01$); así como también entre las actitudes de salud oral infantil y el estado civil de los padres o cuidadores ($P=0.01$).

Palabras Claves: Factores Sociodemográficos; Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, Salud oral infantil.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between sociodemographic factors and the level of knowledge, attitudes and practices of child oral health in parents or caregivers of preschool children in the Uraca - Corire district in 2020. It is a communicational study, prospective, transversal, descriptive and virtual, of non-experimental design and relational level. The sample consisted of 82 parents or preschool caregivers from the Uraca-Corire district, who belonged to three educational institutions in the town. The instruments used were a sociodemographic file and the structured questionnaire called CAPs on Infant Oral Health prepared by the Mg. Hirving G. De La Cruz Nieto (2018), which were applied online through the Google Forms platform, and then processed through Microsoft Excel and the IBM SPSS statistical package, using descriptive, inferential and associative statistics to the analysis of frequencies and the determination of relationships between the variables through the statistical chi-square test, from which it was concluded that there are only statistically significant relationships between child oral health practices and age ($P = 0.03$), level educational ($P = 0.03$) and socioeconomic level ($P = 0.01$); as well as between children's oral health attitudes and the marital status of parents or caregivers ($P = 0.01$).

Keywords: Sociodemographic Factors; Level of knowledge, attitudes and practices, Children's oral health.

INTRODUCCIÓN

Los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de los padres o cuidadores responsables de infantes son importantes debido a que el aprendizaje, pese a que se da durante toda la vida, comienza muy temprano en la infancia incluso mucho antes de que inicie la educación formal; donde los padres o cuidadores cumplen un rol fundamental en la prevención y cuidado de la salud oral de los niños bajo su responsabilidad, debido a que son estos los primeros transmisores de hábitos de salud bucal; por tanto resulta imprescindible promover conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral adecuados en padres o cuidadores, lo cual permita que estos pongan en práctica métodos preventivos eficaces de salud oral de manera oportuna desde la infancia (1).

Así también, la OMS propone que intentar modificar los conocimientos, actitudes inadecuadas y comportamientos insanos será ineficaz si es que no tomamos en cuenta el medio ambiente físico, psicosocial, sociocultural y socioeconómico que los rodea (2), por lo que conocer los factores sociodemográficos del entorno del infante será importante para la prevención y transmisión de buenos hábitos de salud bucal.

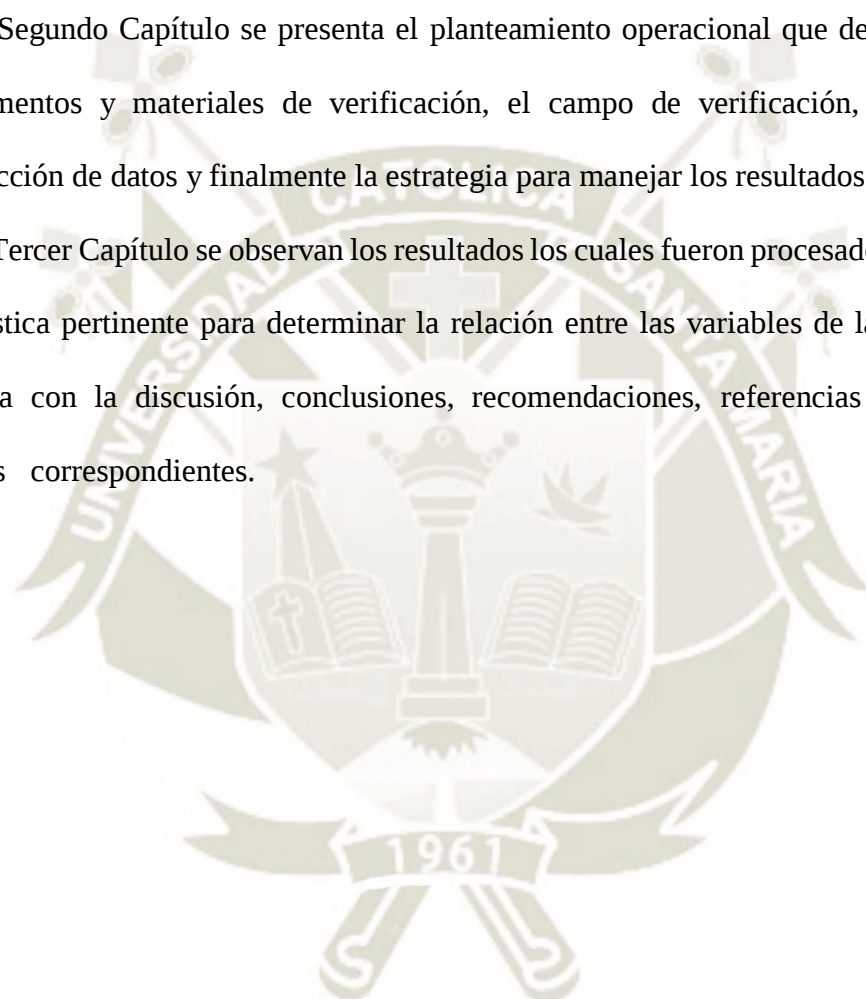
Por otro lado, resulta fácil inferir que las características propias de las zonas rurales difieren en contraste con las de las zonas urbanas, lo cual hace que los factores sociodemográficos de las zonas rurales generen un contexto particular y específico que podría relacionarse con el conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral entre sus residentes; lo cual aunado con la poca frecuencia de investigaciones en dicho medio, resulta relevante explorar la interacción de las variables consideradas en el presente estudio en una zona rural, lo cual aportaría información relevante para el desarrollo de estrategias preventivo promocionales de salud oral en sus residentes.

Es así que, surge el objetivo del presente estudio el cual fue determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire.

En el Primer Capítulo de la investigación se encuentra el planteamiento teórico, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Segundo Capítulo se presenta el planteamiento operacional que describe la técnica, instrumentos y materiales de verificación, el campo de verificación, la estrategia de recolección de datos y finalmente la estrategia para manejar los resultados.

En el Tercer Capítulo se observan los resultados los cuales fueron procesados por una prueba estadística pertinente para determinar la relación entre las variables de la investigación y finaliza con la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes.



ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	 1
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Determinación del Problema.....	2
1.2 Enunciado del Problema	3
1.3 Descripción del Problema.....	3
1.3.1 Área del conocimiento.....	3
1.3.2 Análisis u Operacionalización de Variables.....	4
1.3.3 Interrogantes Básicas.....	5
1.3.4 Taxonomía de la Investigación.....	5
1.4 Justificación	5
1.4.1 Originalidad.....	5
1.4.2 Relevancia Científica.....	6
1.4.3 Relevancia Social	6
1.4.4 Viabilidad	6
1.4.5 Interés Personal.....	7
2 OBJETIVOS	7

3	MARCO TEÓRICO.....	8
3.1	Marco Conceptual.....	8
3.1.1	Factores Sociodemográficos.....	8
3.1.2	Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil.....	14
3.1.3	Conceptos generales de la salud Oral Infantil	17
3.2	Análisis de Antecedentes Investigativos.....	30
3.2.1	Internacionales.....	30
3.2.2	Nacionales	33
3.2.3	Local	38
4	HIPÓTESIS.....	39
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		40
1	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	41
1.1	Técnica.....	41
1.1.1	Especificación.....	41
1.1.2	Esquematización.....	41
1.1.3	Descripción.....	41
1.2	Instrumentos.....	43
1.2.1	Instrumento Documental	43
1.2.2	Instrumentos Mecánicos	45
1.2.3	Medios Virtuales.....	46
1.2.4	Materiales	46

2	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	46
2.1	Ubicación Espacial.....	46
2.1.1	Ámbito General:	46
2.1.2	Ámbito Específico:.....	46
2.2	Ubicación Temporal.....	46
2.3	Unidades de estudio	47
2.3.1	Criterios de Selección.....	47
3	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.1	Organización	48
3.2	Recursos.....	48
3.2.1	Humanos.....	48
3.2.2	Virtuales.....	49
3.2.3	Económicos	49
3.2.4	Institucionales.....	49
4	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	49
4.1	Plan de procesamiento de los datos	49
4.1.1	Tipo de Procesamiento	49
4.1.2	Operaciones del Procesamiento.....	50
4.2	Plan de análisis de Datos.....	50
4.2.1	Tipo de Análisis.....	50
4.2.2	Tratamiento Estadístico	50

CAPÍTULO III: RESULTADOS	51
DISCUSIÓN.....	85
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	97
ANEXOS.....	104
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	105
ANEXO 2: MODELO DEL INSTRUMENTO.....	107
ANEXO 3: SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN.....	124
ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	128
ANEXO 5: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	52
Tabla 2. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	54
Tabla 3. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	56
Tabla 4. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el parentesco de padres o cuidadores del distrito de Uraca-Corire.....	58
Tabla 5. Relación entre el parentesco y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca - Corire	60
Tabla 6. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según las categorías de edad de padres o cuidadores del distrito de Uraca– Corire.....	61
Tabla 7. Relación entre la categoría edad y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca - Corire	63
Tabla 8. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el estado civil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	64
Tabla 9. Relación entre el estado civil y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.	66
Tabla 10. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el nivel educativo de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	67

Tabla 11. Relación entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	69
Tabla 12. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según categoría de ocupación de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	70
Tabla 13. Relación entre la ocupación y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	72
Tabla 14. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según nivel socioeconómico de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	73
Tabla 15. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	75
Tabla 16. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según tipo de hogar de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	76
Tabla 17. Relación entre el tipo de hogar del preescolar y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.	78
Tabla 18. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores según el seguro de salud de preescolares del distrito de Uraca – Corire	79
Tabla 19. Relación entre el seguro de salud de preescolares y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	81

Tabla 20. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según
número de hijos de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire82

Tabla 21. Relación entre el número de hijos y el nivel de conocimientos, actitudes
y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca –
Corire84



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	53
Gráfico 2. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire	55
Gráfico 3. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares en el distrito de Uraca – Corire	57
Gráfico 4. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el tipo parentesco de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	59
Gráfico 5. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según las categorías de edad padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	62
Gráfico 6. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el estado civil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	65
Gráfico 7. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el nivel educativo de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	68
Gráfico 8. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según ocupación de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire	71
Gráfico 9. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según nivel socioeconómico de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	74
Gráfico 10. Nivel conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según tipo de hogar de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	77
Gráfico 11. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores según el seguro de salud de preescolares del distrito de Uraca – Corire	80
Gráfico 12. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según número de hijos de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.....	83



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del Problema

Actualmente se estima que en el mundo más de 530 millones de niños padecen de caries en dientes temporarios, convirtiendo a la caries dental en una enfermedad con alta prevalencia entre la población infantil (3).

Para poder identificar la causa de este problema, es importante entender que la población infantil, y más específicamente los niños en etapa preescolar, se encuentran en absoluta dependencia de sus padres o de quien sea responsable de su cuidado, el cual desarrollará un papel fundamental en la prevención de las enfermedades orales del menor, pues tiene bajo su cargo diversas funciones respecto a la misma, tales como transmitir buenos hábitos de salud oral como el cepillado frecuente de dientes, velar por la ingesta de una dieta balanceada y adecuada para el buen desarrollo del niño, conocer la importancia del uso del flúor, evitar y combatir malos hábitos de salud oral que pueden causar alteraciones en boca, llevar al menor periódicamente al odontólogo, y proveer el financiamiento necesario para el tratamiento dental que sea requerido, entre otros.

Es importante destacar que respecto a la necesidad de la creación y planificación de actividades en promoción de la salud bucal, se da la necesidad de adoptar un enfoque más holístico y de ese modo incluir la relevancia que podrían tener el entorno y los factores sociales en la salud oral del individuo, puesto que no se puede culpar directamente a los niños de conductas que perjudiquen su salud oral, sino más bien se debe investigar aquellos factores sociales, ambientales y económicos de su entorno con el fin de promover políticas de salud eficaces (2).

El cuidado de la salud oral del niño empieza en el hogar y por lo tanto las características sociodemográficas, el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas

de salud oral que realicen los padres o el cuidador, estarán involucradas en el crecimiento del niño, esto quiere decir que, si desde pequeño se le enseña la importancia del cuidado de su salud bucal, se disminuirá el riesgo de que el menor contraiga una enfermedad bucal lo cual tendría una repercusión positiva a lo largo de su vida.

Es por ello que en el presente trabajo se investigaron los factores presentes en el responsable del cuidado del niño, aquel que diariamente le transmite diversos conocimientos, conductas y prácticas, así como también le comparte las características propias de su entorno.

1.2 Enunciado del Problema

Factores sociodemográficos y nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire, Provincia de Castilla, Arequipa - 2020.

1.3 Descripción del Problema

1.3.1 Área del conocimiento

- a. Área general : Ciencias de la Salud
- b. Área específica : Odontología
- c. Especialidad : Odontopediatría y Odontología Preventiva
- d. Línea o tópico : Salud oral infantil

1.3.2 Análisis u Operacionalización de Variables

Cuadro de análisis de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores Sociodemográficos	Parentesco	Madre Padre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Tutor legal
	Categoría de edad	15 - 24 25 - 29 30 - 39 40 - 49
	Estado civil	Casado(a) Conviviente Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)
	Nivel educativo	Inicial Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
	Ocupación	Trabajador del hogar Empleador o patrono Trabajador familiar no remunerado Trabajador independiente Asalariado Ama(o) de casa Estudiante Sin empleo
	Nivel socioeconómico	A, B, C, D, E
	Tipo de hogar	Nuclear monoparental Nuclear biparental Extendido
	Seguro de salud	Ninguno SIS Essalud Particular
	Número de hijos	Se registró la cantidad específica de hijos
Nivel de conocimientos, Actitudes y Prácticas de salud oral infantil	Nivel de conocimientos sobre salud oral infantil	Bueno (18-25) Regular (9-17) Malo (0-8)
	Actitudes hacia la salud oral infantil	Adecuado (11-21) Inadecuado (0-10)
	Prácticas de salud oral infantil	Bueno (25-36) Regular (13-24) Malo (0-12)

1.3.3 Interrogantes Básicas

- ¿Cómo son los factores sociodemográficos en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire?
- ¿Existe relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire?

1.3.4 Taxonomía de la Investigación

Abordaje	Tipo de estudio					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el N° de mediciones de variables	Por el N° de muestras	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Virtual	No experimental	Relacional

1.4 Justificación

1.4.1 Originalidad

El presente trabajo de investigación es parcialmente original porque a pesar de que existen investigaciones previas sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral a nivel nacional e internacional, esta investigación está enfocada en el ámbito rural, y busca conocer la forma en que se relacionan las variables de la investigación en el contexto específico de la población a evaluar, teniendo en cuenta la particularidad de sus características sociodemográficas.

1.4.2 Relevancia Científica

Esta investigación es de interés científico para las áreas de Odontopediatría y Odontología preventiva, pues contribuye al estudio de la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil, lo cual aporta resultados sobre el impacto de estas variables en el cuidado de la salud oral de los niños, asimismo, los datos obtenidos servirán de base científica para el desarrollo de nuevas investigaciones en el entorno de infantes y de esta manera promover la prevención de salud oral infantil.

1.4.3 Relevancia Social

Esta investigación posee relevancia social porque permitió conocer la relación e influencia de los factores sociodemográficos de los padres en los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral respecto a sus menores hijos, los mismos que determinarían métodos de intervención más eficaces contemplando los factores sociodemográficos de medios rurales, y así mismo dar a conocer el impacto de la transmisión de buenos hábitos de salud oral de padres a hijos, así como también la creación de programas preventivos de salud oral más eficaces para la comunidad.

1.4.4 Viabilidad

El presente trabajo de investigación fue viable pues se contó con los recursos, unidades de estudio, materiales, conocimientos metodológicos, tiempo e interés de la investigadora para poder llevarlo a cabo adecuadamente.

1.4.5 Interés Personal

Este trabajo de investigación es de mi interés personal pues considero que, al ser los niños dependientes de las decisiones y acciones que sus padres o cuidadores puedan tomar sobre su salud oral, resulta fundamental estudiar la relación entre los factores sociodemográficos y los conocimientos, actitudes y prácticas de estos últimos, a fin de sentar bases para el desarrollo de métodos más eficaces de prevención contra la aparición de patologías orales en la primera infancia, lo cual podría impactar en la mejora de la salud oral de los niños al largo plazo.

2 OBJETIVOS

- a. Conocer los factores sociodemográficos en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire.
- b. Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire.
- c. Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual

3.1.1 Factores Sociodemográficos

Se define como todas las características referentes a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tamaño de la familia, lo cual se hace para cada miembro de la población, que se encuentre sujeto a estudio y tomando en cuenta las características que se puedan medir (4).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) tiene el cargo de Producir y propagar información estadística oficial que el país necesita con el fin de contribuir al diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas y al proceso de toma de decisiones de los agentes socioeconómicos, el sector público y la comunidad en general (5). Este organismo técnico, presenta aproximadamente cada 10 años el Perfil Sociodemográfico del Perú, siendo el último elaborado a partir de los resultados de los Censos Nacionales XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas, realizado en octubre de 2017.(6).

a. Parentesco

Según del diccionario Real de la academia española, el parentesco se define como un vínculo que puede ser por afinidad, adopción, consanguinidad, matrimonio o relación estable de afectividad análoga a esta (7). Además a pesar de que en la sociedad peruana se observan nuevas estructuras familiares debido a la modernización y a la globalización y que así mismo siguen aumentando los hogares con jefatura femenina cuya participación de las madres de familia se viene incrementando en distintos roles sociales como en el ámbito económico, laboral y familiar (8) y de igual manera también se

viene dando una mayor participación del padre en el cuidado de los hijos, aun así sigue siendo la madre la principal encargada respecto a la salud de la familia, puesto que la madre es quien históricamente se encarga de transmitir desde edades tempranas conductas y hábitos que repercutirán en la salud del niño (9).

b. Edad

De acuerdo al diccionario Real de la academia española, se conceptúa como el tiempo que ha vivido una persona (10), este factor hace mención al tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, y de esta manera se puede segmentar la vida humana en diferentes periodos de tiempo (11).

c. Estado civil

El Estado civil se refiere a la situación de las personas determinadas por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdo a las diversas formas de unión conyugal. A partir del cual se establecen ciertos derechos y deberes validados por el entorno social, y se clasifican en: casado, conviviente, soltero, viudo y divorciado (8).

d. Nivel Educativo

La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), refiere que la organización educativa se encuentra constituida por niveles integrados que se desenvuelven de modo flexible y de acuerdo a los principios y objetivos de la educación, los cuales tiene como fundamento el desarrollo psicosocial de los estudiantes.

Los niveles educativos en el Perú son graduales, de acuerdo al proceso educativo y con objetivos según los distintos estados del desarrollo de los educandos y se clasifican en: Educación inicial, educación primaria, educación secundaria, y educación superior, la cual puede clasificarse en educación universitaria y no universitaria(12).

e. Ocupación

La ocupación de los padres o cuidadores se traduce como un rol fundamental y central en su vida y en la vida de los niños y niñas a su cuidado, en primer lugar, debido a que la cantidad de tiempo que le dedican al trabajo, repercutirá en el tiempo que pasa al cuidado del niño o niña, y en segundo lugar porque le permitirá a la familia satisfacer las necesidades económicas básicas; Dentro de la categoría de ocupación encontramos aquellos denominados empleos vulnerables que engloba a los trabajadores autónomos y a los trabajadores familiares no remunerados, los cuales se asocian con un nivel alto de precariedad por no acceder fácilmente a los sistemas de protección social (13).

La clasificación de la categoría de ocupación según el INEI es la siguiente:

- Trabajador del hogar: Se refiere a la persona que presta servicios en una vivienda particular y recibe una remuneración mensual por sus servicios.
- Empleador o patrono: Es aquella persona que es titular o director en la explotación de una empresa, negocio o profesión y tiene trabajadores remunerados a su cargo.
- Trabajador familiar no remunerado: Es aquella persona que presta sus servicios en una empresa o negocio, cuyo patrón o dueño tiene lazos de

parentesco, sin percibir remuneración. En algunos casos recibe propina u otras formas de pago diferentes a sueldo, salario o comisiones.

- **Trabajador independiente:** Es aquella persona que trabaja en forma individual o asociada, explotando una empresa, negocio o profesión, y que no tiene trabajadores remunerados a su cargo.
- **Asalariado:** Se refiere a los trabajadores que se encuentran contratados por un empleador y reciben un sueldo o salario en contraprestación del trabajo que realiza (14).

Se contempló tres clasificaciones más de acuerdo a la realidad social de la población rural estudiada, estas fueron: Ama de casa, Estudiante y Sin empleo.

f. Nivel socioeconómico

Es importante conocer el nivel socioeconómico de los padres o el responsable del cuidado del preescolar, debido a que vivir en situación de pobreza, es uno de los factores de riesgo para patologías dentales en el niño, ya que, a tan corta edad, el padre o cuidador será el encargado del financiamiento del tratamiento dental del menor.

De acuerdo al informe “Perfiles Socioeconómicos Perú 2019” de Ipsos (15), en el Perú se clasifica el Nivel socioeconómico de la población de acuerdo al siguiente cuadro:

Clasificación de Nivel socioeconómico en el Perú

	INGRESO PROMEDIO 	GASTO MENSUAL  % de sus ingresos
NSE A	S/12,660	62%
NSE B	S/7,020	68%
NSE C	S/3,970	75%
NSE D	S/2,480	80%
NSE E	S/1,300	87%

Fuente: IPSOS (15).

Siendo el NSE A el más alto y el NSE E el más bajo, donde el 34% de la población peruana se clasifica en el NSE E, con un ingreso promedio mensual de 1300 soles(15).

g. Tipo de Hogar

En la sociedad peruana, han surgido nuevas disposiciones familiares, como parejas sin hijos y hogares sin núcleo, a la vez que continúan aumentando los hogares con jefatura femenina, que conviven con los hogares tradicionales, lo que muestra que existen nuevos arreglos familiares propios de la modernidad. La clasificación del tipo de hogar según el INEI es la siguiente:

El hogar nuclear: este se divide en nuclear biparental, nuclear monoparental con jefatura femenina y nuclear monoparental con jefatura masculina y el hogar nuclear sin hijos.

Hogar extendido: esta categoría incluye a familiares y puede ser con hijos y sin hijos.

Hogar compuesto: nuclear y extenso, el cual es considerado compuesto porque involucra no familiares (8).

h. Seguro de Salud

En el Perú permiten a la población atenderse en las Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPRESS), pero según el tipo de régimen en el que estén, por lo tanto, si la persona pertenece a EsSalud o bajo el régimen de las fuerzas armadas solo podrá atenderse en sus respectivos centros de salud.

Dentro de los seguros de salud públicos se encuentran: el SIS, EsSalud, los seguros de las Fuerzas Armadas y el Seguro de Salud de la Policía.

También es importante definir a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), que son empresas públicas o privadas distintas a EsSalud que proveen una cobertura adicional, hay cuatro compañías de EPS en el Perú y estas son: Rímac, Mapfre, Sanitas y Pacífico (16).

i. Número de hijos

En el modelo sobre el campo de salud que fue presentado por Lalonde y citado por Álvarez Pérez (17), para analizar la situación de salud propone cuatro elementos, que son, la biología, el ambiente, los servicios de salud y los estilos de vida, en este informe se enfatiza que todos estos elementos participan de forma integrada, por lo que se determina que los aspectos sociales son influyentes en la salud de la población.

A partir de este modelo se presenta un modelo para analizar los determinantes de la salud la población, en el cual, dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales, la inestabilidad familiar, la soledad, el bajo nivel cultural, la escolaridad y por último el número de hijos se describen como factores que influyen en la salud de la población (18).

En 2006 Marks comprobó cómo, a mayor número de hijos o en caso de desestructuración familiar, la atención y el tiempo que se puede dedicar a cada hijo es menor, lo que podría tener repercusiones en la práctica respecto a la salud oral de sus hijos que realizan los padres o cuidadores (19).

3.1.2 Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil

Las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, también conocidas como encuestas CAP, son estudios cuantitativos de una población específica que van a integrar toda la información obtenida sobre lo que los individuos saben, como estos se sienten y cómo van a comportarse respecto a un determinado tema, este tipo de encuestas se usan para compendiar datos útiles que fortalezcan la planificación y diseño de programas educativos en diversos temas (20).

Se emplean las encuestas CAP en una determinada población como una herramienta para analizar el comportamiento, la cual se puede emplear tanto en una fase inicial de diagnóstico como en una fase posterior para la planificación de un proyecto, es útil porque permite analizar aquellos comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar, por lo que en la presente investigación, este tipo de cuestionario será una herramienta para analizar e integrar toda la información obtenida respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil que tiene los padres o cuidadores. (21).

a. Conocimiento de Salud Oral Infantil

Para comprender el término conocimiento de salud oral infantil es necesario saber que el conocimiento se define como aquel acto consciente y deliberado para poder aprehender las condiciones y cualidades del objeto y generalmente

es referido al sujeto, por lo que viene a ser un proceso continuo y gradual que será desarrollado por el individuo para que este pueda aprehender de su entorno, llegando a la conclusión de que al conocimiento obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que es consecuencia de la razón se le llama conocimiento racional (22).

Además, se han identificado dos formas básicas de conocimientos en el hombre occidental, primero el saber que se adquiere en la vida cotidiana llamado conocimiento social y segundo el saber científico llamado conocimiento científico, estos se interrelacionan entre sí de manera tal que no se manifiestan puros, ninguno de ellos guiará exclusivamente la conducta de las personas. Es así que los conocimientos resultan de distintos mecanismos con lo que las personas hacen contacto durante toda su vida, como son: la escuela, la relación con las personas de su núcleo familiar, la relación con su grupo social, los distintos medios de comunicación (televisión, radio, internet), las características propias de su ambiente y los acontecimientos de su vida diaria (23).

Por lo tanto, se define al conocimiento sobre salud oral como la capacidad que tiene un individuo para conseguir, interpretar y entender todos los servicios e información básica sobre la salud oral, así como también tener capacidad para usar o no estos servicios e información de forma tal que pueda fortalecer y mejorar su salud oral.

Actualmente se tiene la posibilidad de guiar a los padres a criar niños libres de caries, debido a que se puede utilizar el conocimiento y la tecnología para que así los profesionales de la salud aporten con sus conocimientos a la prevención de enfermedades bucales en la primera infancia y de ese modo

educar a los progenitores o cuidadores sobre la importante participación de estos en la salud oral de los niños (24).

b. Actitudes hacia la Salud Oral infantil

El término actitud se define dentro de un marco afectivo de modo tal que contempla valores, condiciones afectivas y algunos impulsos, que definen el actuar del individuo frente a una situación en particular. Viene a ser también una destreza interna que en conjunto a otras influencias se agrupará para definir los distintos comportamientos del individuo respecto a una determinada situación (2).

Es así que las actitudes vienen a ser aquellas conductas que van a manifestar los valores que tienen los individuos respecto a la salud oral infantil y este será un reflejo del grado positivo o negativo con que los individuos van a calificar este aspecto, de modo tal que la actitudes que tengan los padres o cuidadores van a repercutir en la salud oral de sus niños, ya que en la etapa preescolar, de 3 a 5 años, los niños se encuentran en total dependencia de sus padres y su entorno.(25).

c. Prácticas de Salud Oral infantil

La práctica es aquella actividad que realiza una persona constantemente a lo largo de su vida y que puede influir en su estado de salud, en sus relaciones sociales y en todos los ámbitos de su vida, usualmente todos las actividades o comportamientos que tiene una persona tendrá una influencia negativa o positiva en su vida, las prácticas no suelen ser individuales sino que resultan de los grupos sociales de donde pertenecen las personas (23).

Se define a la práctica o comportamiento de salud oral infantil como todas aquellas actividades que van a efectuar un grupo de personas, un individuo o los padres o cuidadores con el propósito de resguardar, promover y conservar la salud bucal de sus hijos, previniendo de esta manera todas las enfermedades o patologías que puedan tratar de afectar la salud oral (26).

3.1.3 Conceptos generales de la salud Oral Infantil

a. Caries dental

- **Concepto**

Se define a la caries dental como una disbiosis que se manifiesta primordialmente por el alto consumo de azúcares fermentables (Simon-Soro 2015).

También se define como una disolución química localizada en la superficie del esmalte como efecto de procesos metabólicos que se dan en la biopelícula que cubre la superficie afectada, estos procesos se conocen como el proceso carioso (Fejerskov 2015) (27).

- **Etiología**

Es relevante saber que la caries es una enfermedad multifactorial igual que otras enfermedades como la diabetes, enfermedades del corazón y el cáncer, pero quizás el factor etiológico más importante es la frecuencia del consumo de azúcares.

El proceso carioso se explica de la siguiente manera, primero el azúcar tendrá que ser metabolizada por las bacterias que están en la cavidad oral principalmente el *Streptococcus mutans*, su patogenicidad será según sus

propiedades individuales o su interacción con otras bacterias presentes en la biopelícula, el producto de este metabolismo que son los ácidos orgánicos, serán los responsables de remover el mineral del diente, aunque también dependerá de factores como la calidad de la saliva, el pH salival, el pH de la placa bacteriana o la calidad de la estructura dentaria. El resultado de que todos estos factores etiológicos interactúen entre sí de forma coordinada será la pérdida mineral neta del diente, comenzando así el proceso de caries dental (Kidd 2016) (27).

- **Fisiopatología**

Las lesiones cariosas se dan desde una pérdida mineral superficial hasta una cavidad cariosa evidente, pero a nivel microestructural la pérdida mineral se da de forma constante en la superficie dentaria, aun así, existe una dinámica que permite el equilibrio que los minerales que se han perdido, sean renovados, llamándose a esto remineralización. Si este equilibrio se rompe se da una lesión inicial y lesión de subsuperficie en el esmalte, que puede ser revertido mientras sea una lesión de caries inicial, incipiente y no cavitada. Pero cuando este proceso continúa con desbalance entre la mineralización y la remineralización, se da la cavidad que penetra más profundo en el esmalte y la dentina, es así que el proceso tiene cada vez menos probabilidades de ser revertido y nos encontramos ante una lesión cariosa cavitada (Fejerskov 2015) (27).

- **Aspectos Epidemiológicos**

En el Perú la caries dental es la enfermedad más prevalente entre los infantes y a partir de los 5 años de edad, los problemas de la cavidad oral son la principal causa de consulta en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA 2016) (27).

- **Cuadro Clínico**

- **Etapas iniciales de lesión de caries dental**

Cuando los múltiples eventos metabólicos causan una pérdida mineral del diente, aumenta la porosidad del esmalte que se refleja en la translucidez del mismo, manifestándose clínicamente como manchas blancas de color opaco, siendo esta la etapa que corresponde a la primera clínicamente visible de caries dental (Fejerskov – Nyvad 2008)

Estas manchas pueden cambiar de color a marrón o negro debido a que por el aumento en la porosidad del esmalte, los pigmentos de comida se quedan dentro del esmalte (Fejerskov – Nyvad 2008) (27).

- **Localización de la lesión en infantes**

Por su ubicación las lesiones cariosas en niños menores 3 años se encuentran en la superficie vestibular y palatina de los incisivos superiores, siguiendo la secuencia de erupción dental, afectando luego a los primeros molares superiores e inferiores y segundos molares (Edelstein 2009). Es así que se encuentra la típica forma semi-circular o de riñón de lesiones cariosas en superficie libre donde se depositó la placa bacteriana por largos periodos de tiempo, mientras que en las superficies oclusales la gran cantidad de lesiones

empiezan en la entrada de fosas y fisuras, áreas profundas e irregulares o de difícil acceso a la higiene dental, dando como resultado el fácil estancamiento de biopelícula (González-Cabezas 2010).

En los infantes, la progresión de la caries suele ser extremadamente rápida y la enfermedad avanza hacia la dentina y pulpa si es que no se realiza ningún tratamiento (Mejare 2009). Esto es debido a que, por la inmadurez de la estructura del esmalte, la etapa durante e inmediatamente posterior a la erupción de un diente, es la más vulnerable (Peters 2010) (27).

- **Progresión de la lesión de caries dental**

Si es que no se controlaron los factores de riesgo de la caries dental, las nuevas condiciones de la biopelícula favorecerán la progresión de la enfermedad, convirtiéndola de lesiones iniciales en el esmalte a cavidades en la dentina, estas cavitaciones van a crear un ambiente propicio para la bacteria anaeróbicas que producen ácido, el nicho ecológico se mantiene intacto y así estas bacterias pueden llegar hasta los túbulos dentinarios en la pulpa dental (González-Cabezas 2010).

Debido a que las lesiones cariosas en los niños siguen el contorno del margen gingival, es muy común ver que las cavidades vestibulares y palatinas se unen quebrantando la corona de un diente y causando así fracturas dentales a edades muy tempranas.

Si la enfermedad progresa hacia la dentina, la pulpa dental reacciona depositando a su alrededor dentina terciaria o reactiva, y mientras más grande sea la cavidad, mayor será la invasión de bacterias y el daño pulpar (González-Cabezas 2010).

Por lo tanto, si persisten los factores de riesgo y las bacterias acidógenas, la pulpa se inflamará terminando en necrosis, durante este periodo los infantes pueden presentar abscesos, dolor y celulitis de origen dental, requiriendo visitas de emergencia al odontólogo, hospitalizaciones, retraso en el crecimiento y desarrollo, faltas al colegio, disminución en las ganas y capacidad de aprender y por último una menor calidad de vida respecto a su salud oral, así también los infantes que tuvieron caries, tiene mayor riesgo de presentar caries en la dentición permanente (27).

- **Caries de Infancia Temprana**

La academia Americana de Odontología en el año de 1978 introdujo por primera vez la expresión “Nursing Bottle Caries” haciendo referencia a una forma de caries severa relacionada al uso prolongado del biberón, además se ha conocido que la caries de infancia temprana no solo es causada por hábitos alimenticios, sino que también es una enfermedad infecciosa y de origen multifactorial, esto se reconoció en las últimas décadas.

Este tipo de caries es habitualmente el resultado de una ingesta frecuente y prolongada de leche, ya sea leche materna o en el biberón, incluyendo líquidos dulces, refrescos con azúcar, fórmulas, jugos de frutas, siendo estos suministrados por el día y por la noche.

Esta enfermedad afecta a un gran número de dientes y su evolución es rápida, ocasionando gran destrucción de la corona dentaria e incluso afectando piezas dentales que son consideradas de bajo riesgo, toda esto la convierte en una enfermedad muy grave y costosa en la salud de los niños y además por su alta

prevalencia da repercusiones en la calidad de vida del infante e incrementa el riesgo de caries en la dentición permanente.

Se define así que Caries de infancia Temprana como la presencia de uno o más dientes cariados, ya sean lesiones cavitadas o no cavitadas, dientes perdidos por caries y superficies obturadas en dientes deciduos, en niños hasta los 5 años y 8 meses (28).

b. Dentición en el infante

En primer lugar, es importante reconocer que en el ser humano la dentición consta de dos periodos, la dentición temporal también llamada de leche, primaria o decidua, constituida por 20 dientes y la dentición permanente formada por 32 dientes. Aquellos factores que afectan la erupción de los dientes pueden ser generales y locales, tales como, sexo, raza, herencia, desarrollo radicular, secuencias eruptivas, diferencias topográficas, etc. (29)

Se entiende que justamente la etapa preescolar del niño va a coincidir con el periodo de reposo dentario que tiene inicio alrededor de los 3 años de edad y ésta va a seguir por los 3 años siguientes en los cuales no hay erupción dentaria, pero sin embargo si se manifiestan distintos cambios que evidencian el crecimiento y desarrollo del niño, es importante resaltar que el proceso de erupción dentaria está afectado por el factor genético y también hay pruebas de que los trastornos mecánicos pueden afectar la erupción dentaria (30).

Tabla de dentición y caída de los dientes de leche

Dientes Superiores		Erupción	Se Caen
Incisivo central		8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral		9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)		16-22 meses	10-12 años
Primer molar		13-19 meses	9-11 años
Segundo molar		25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores		Erupción	Se Caen
Segundo molar		23-31 meses	10-12 años
Primer molar		14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)		17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral		10-16 meses	7-8 años
Incisivo central		6-10 meses	6-7 años

Fuente: American Dental Association ADA (31).

- **Importancia de la dentición temporaria**

La importancia de los dientes ya sean temporarios o permanentes se da porque gracias a estos podemos masticar los alimentos adecuadamente y así facilitar el proceso digestivo, además nos permiten hablar correctamente y con claridad ya que algunos sonidos se emiten con la participación de los dientes y también tiene un rol importante en la buena apariencia, fortaleciendo el desarrollo de la autoestima.

Además de todos estos factores los dientes temporales mantienen el espacio, sirven de guía a los dientes permanentes para su correcta erupción y contribuyen al crecimiento de los maxilares, es por esto que su preservación y cuidado será de vital importancia para el buen desarrollo del niño y su buena calidad de vida, por lo tanto, es de suma importancia que el cuidado de los dientes inicie desde el nacimiento (32).

c. Malos hábitos orales en el infante

Los malos hábitos orales pueden llegar a alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático, generando un desequilibrio entre las fuerzas

musculares internas y externas, además muchas veces se agregan fuerzas que normalmente no están presentes como la presión del dedo durante la succión, o la interposición de otros objetos como el chupón, estas alteraciones pueden generar en el menor problemas emocionales, psicológicos, de los sistemas respiratorio y digestivo, además de los problemas odontológicos.

El problema generado por el mal hábito oral dependerá de tres factores principalmente:

- La edad en que se inicia, ya que cuanto más antes comience el mal hábito mayor será el daño, debido a que en edades tempranas el hueso está aun formándose.

- El tiempo que dura el mal hábito.
- La frecuencia.

Son considerados malos hábitos orales los siguientes:

- La succión de dedo, biberón o chupón después de los 2 años.
- La respiración bucal cuando esta persiste aun después de superado el problema de obstrucción nasal.
- La interposición lingual que consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias
- La deglución infantil luego de la erupción de los dientes de leche.
- Interposición lingual durante la fonación (33).

d. Prevención en salud oral infantil

- **Criterios Básicos de Higiene Oral**

Para cerciorarse de que los órganos dentarios y sus estructuras vecinas se preserven sanos durante toda la vida, es importante tener buenos hábitos de

higiene oral, el mejor momento para iniciar con estos es en la infancia temprana y es por ello que los padres tendrán un papel fundamental para fomentar estos hábitos en el hogar. Sabemos que en las distintas etapas de la vida las condiciones y anatomía y en boca varían, por lo que los requerimientos de higiene deben ajustarse de acuerdo a las necesidades específicas del paciente y su grupo de edad.

La higiene de los dientes es de suma importancia desde pequeños, es ineludible enseñar al menor a usar el cepillo dental y de este modo introducir el hábito de higiene oral, pero hasta los 6 años de edad el cepillado debe ser completado por los padres o por un adulto responsable, ya que los niños aún no tienen la capacidad motora suficiente para ejecutar una adecuada eliminación de los microbios adheridos en los dientes (34).

Existen distintos utensilios de higiene oral que se pueden utilizar en niños de 3 a 5 años, correspondientes a la edad preescolar, como lo son el hilo o seda dental que se usará únicamente en los contactos posteriores en el cierre de espacios entre los molares temporales, así también en esta edad se puede introducir el uso de colutorios de flúor de acuerdo a la edad específica del niño; pero los más importantes aditamentos de higiene oral son el cepillo y la pasta dental que también tienen características específicas para los niños en edad preescolar (35).

- **Cepillado dental**

El cepillado dental es la parte más importante de la rutina de higiene oral, y tiene como principal objetivo eliminar toda la placa dental, esta debe durar

por los menos dos minutos y debe realizarse principalmente después de consumir alimentos (32).

- **Técnicas de cepillado dental**

- **Técnica de Fones:** esta técnica está indicada para preescolares, se ejecuta con movimientos circulares sobre las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes y en las caras oclusales e incisales se hacen movimientos anteroposteriores, lo más recomendable es que el niño o el responsable de su cuidado sujeten el cepillo firmemente y haga movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada, la limpieza por la zona vestibular facilitará a que el niño este con la boca cerrada, estos movimientos circulares debe de realizarse 15 veces área con el fin de remover toda la placa bacteriana (34).
- **Técnica de Stillman modificada:** en esta técnica de coloca el cepillo en la zona mucogingival con sus filamentos apoyados lateralmente sobre la encía, realizándose movimientos vibratorios y de desplazamientos del cepillo sobre toda la superficie dental, dando a esta técnica no sólo eficacia para remover mecánicamente la placa bacteriana, sino también dando un masaje gingival. El movimiento debe repetirse de 20 a 25 veces en cada grupo dentario que será cepillado. En la zona de los caninos, debido a su disposición el cepillo debe colocarse adecuadamente para no dañar la encía, la cara oclusal en los molares debe de limpiarse con movimientos anteroposteriores (34).
- **Técnica horizontal de Scrub:** esta técnica consiste en que los filamentos del cepillo dental deben colocarse en 90 grados respecto a la superficie vestibular, linguo-palatina y oclusal de los dientes, donde se realizan un serie de

movimientos que se repiten de atrás hacia delante sobre toda la arcada, de modo tal que la arcada se divida en sextante y se realizan 20 movimientos para cada sextante, de ha demostrado que esta técnica es también de elección en preescolares, ya que estos tienen menor habilidad para realizar otros métodos de cepillados y se encuentran aun desarrollando sus capacidades motoras (36).

- **Técnica de Bass:** Se indica en Odontopediatría solo a los pacientes que presentan aparatos de ortodoncia fija, se recomienda que los filamentos del cepillo se coloquen directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45° con relación al eje del diente, una vez que el cepillo dental este en esta posición, se ejecutarán movimientos vibratorios de pequeña amplitud, estos movimientos deben de repetirse 15 veces para cada región dentaria (34).

- **El cepillo**

Para que el cepillo dental pueda remover apropiadamente la placa dentaria y sea adecuada para los niños en edad preescolar, debe de poseer las siguientes características:

- La cabeza del cepillo debe de tener bordes protectores y ser de tamaño apropiado al niño, de modo que permita su acceso a las zonas posteriores de la cavidad oral.
- La cerdas o filamentos del cepillo deber ser suaves y de puntas redondeadas.
- Los mangos del cepillo deben se antideslizantes para un correcto agarre.
- Se sugiere cambiar el cepillo cada 3 meses o cada vez que las cerdas se vean desgastadas (32).

- **Pasta Dental**

La remoción de la placa bacteriana que se encuentra en la superficie dental a través del cepillado dental con pasta fluorada, mínimo dos veces al día es la forma más eficaz para prevenir la caries a todas las edades.

Respecto a las pastas dentales, sólo las que tiene igual o más de 1000 partes por millón de flúor son las que tienen el efecto “anticaries” y es por esto que se recomiendan desde la erupción dental, además es relevante:

- Revisar la etiqueta de la pasta dental para asegurarse que contenga como mínimo 1000ppm de flúor.
- En niños menores de 3 años, cepillar dos veces al día con una pasta dental de 1000 ppm de flúor en cantidad de “granito de arroz”.
- Los niños mayores de 3 años deben usar una pasta dental de 1000-1450ppm de flúor del tamaño de una alverjita.
- El cepillado es más efectivo al pedirles a los padres que mantengan al niño estable y levanten el labio superior para higienizar entre la encía y los incisivos.
- En cuanto el niño aprenda a escupir, pedirle que escupa el exceso de pasta dental pero que no se enjuague con agua.
- Cuando se cierran los espacios entre los molares, esto hacia los 3 años de edad, se debe pasar el hilo dental antes del cepillado nocturno (37).

- **Manejo de la dieta**

En los primeros años de vida, los padres tienen en el mayor tiempo control sobre la dieta del niño, excepto cuando incluyen tiempo con niñeras o en alguna guardería, aun así, los padres pueden tener influencia en ellas, con la

condición de dar motivos, es así que para contribuir en la prevención de problemas dentales en los niños se conoce la siguiente información:

- El biberón no debe ser utilizado para calmar al niño o para dormirlo.
- En el biberón solo debe proporcionarse leche o fórmula materna.
- Los episodios muy largos de amamantamiento puede ser un riesgo para desarrollar caries dental.
- Los infantes y los niños pequeños en su mayoría suelen comer más de 3 veces al día, por lo tanto, hay que procurar no aumentar la ingesta de alimentos cariogénicos.
- Los bocadoillos que se les dan a los niños entre comida deben de ser alimentos con escaso potencial cariogénico.
- Dar a conocer que el problema no son la cantidad total de alimentos cariogénicos, sino los factores que contribuyen al riesgo de caries como la frecuencia de ingestión y la adherencia de estos alimentos (24).

- **Tratamientos preventivos**

Los niños deben de asistir a un consultorio dental para una revisión por lo menos una vez al año y la primera visita debe efectuarse antes de cumplir el primer año de edad, en estas visitas el odontólogo realizará una revisión completa de la boca y los dientes para determinar la existencia de enfermedades o problemas de crecimiento o posición de los dientes, además también orientará en el cuidado de salud bucal (32).

Es así que se reconocen cuatro pilares de prevención, que son el control de la placa, la alimentación, fluoruro y selladores de fisuras. Cada uno de estos pilares debe incluirse en el plan de tratamiento preventivo con el fin de

prevenir la gingivitis, la caries y la erosión dental en los niños, es por ello que los efectos que tendrán cada uno de estos pilares son aditivos y cuando se realice la planeación de un tratamiento se deben también de tomar en cuenta: la edad, la cooperación, el riesgo de caries y la necesidad de exposición a fluoruro.

Todos los planes de tratamientos deben de iniciar con la prevención en la primera visita odontológica y a medida que se continúe con el tratamiento se debe ir reforzando con los métodos preventivos, es importante saber que aplicar medidas preventivas al inicio de un tratamiento es oportuno y apropiado respecto a las estrategias de atención en niños (38).

3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos

3.2.1 Internacionales

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia.

Autor: González-Martínez, Farith; Sierra Barrios, Carmen Cecilia; Morales Salinas, Luz Edilma (2011).

Resumen: La presente investigación fue de tipo descriptiva, transversal y relacional; tuvo como objetivo describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores, por lo cual se hizo el estudio en un total de 333 padres y 8 cuidadores de hogares infantiles de Colombia en el 2010. Obteniendo como resultados que los padres tenían buenos niveles de conocimientos con un 58.9%, actitudes favorables con un 74.5% y en cuanto a las prácticas se observó que el 50.6% de los niños duermen con un previo cepillado dental y el 69.6 de los padres se encarga de colocar la pasta dental en sus cepillos; en cuanto a los

cuidadores de puede observar actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales. Llegando a las conclusiones de que tanto los padres como los cuidadores manifiestan condiciones favorables, y esto puede dar indicio de una buena promoción de hábitos de higiene en los niños (39).

Título: Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Padres de Familia Sobre Salud Bucal en El Colegio Inem Sede Escuela San Martín De Bucaramanga.

Autores: Guerrero Marín, July Smith; Infante Prada, Derly Lizeth; Ortega Monsalve, Yusely Yeritza & Salazar Plata Laura Tatiana (2017).

Resumen: El presente estudio fue de tipo descriptivo relacional y de corte transversal, tuvo como objetivo relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de los padres de niños matriculados en el colegio INEM según los factores sociodemográficos para lo cual el universo estuvo constituido por 133 padres de familia de los estudiantes del Colegio INEM Sede San Martín de Bucaramanga durante el segundo semestre del 2016, realizándose el estudio en una muestra final de 83 padres. Los resultados fueron que en cuanto al nivel de conocimientos El 83% de los padres refirió que fueron informados por el odontólogo sobre cómo cuidar los dientes de su niño, en cuanto a las actitudes, el 86% de los padres de familia consideran que tener una buena salud dental y general es la razón más importante para poder cuidar los dientes y en cuanto a las prácticas El 63% de los padres refirió que cepillan los dientes de su niño desde el momento que aparecen los dientes temporales y por otro lado en cuanto a las variables sociodemográficas, la muestra estuvo conformada por 83 adultos de los cuales el 73% era mujeres y el 26% varones, la edad promedio fue de 35 años y el 41% de padres refirió que estudio hasta la secundaria. Las conclusiones fueron que se halló que la edad era un factor que puede influenciar el comportamiento de los padres de

familia y esto puede demostrarse en que los padres mayores tienen un mejor conocimiento y actitudes pero sin embargo los padres de menor edad realizan mejores prácticas, se encontró una tendencia a que la madre es la responsable de realizar la limpieza de los dientes de sus hijos en los diferentes niveles educativos, se identificó que a menor nivel educativo mayor cantidad de crema dental es utilizada para poder realizar la higiene oral de sus menores hijos (25).

Título: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Higiene Bucal de Madres de Niños de 1 A 2 Años que frecuentan el Centro de Salud de Sangolquí, Quito, Ecuador.

Autores: Jaramillo, Nathalia; Núñez, Alejandra; Armas Ana del Carmen (2017).

Resumen: La presente investigación fue de tipo transversal descriptivo y el objetivo fue evaluar el conocimiento sobre salud bucal de madres de niños menores de dos años que acuden a un centro de salud para lo cual este estudio se realizó en una muestra de 64 madres que fueron seleccionadas de forma aleatoria verificando que cumplan los criterios de inclusión y también tras firmar el consentimiento informado, las madres fueron interrogadas sobre conocimientos, prácticas y actitudes frente a la higiene bucal de sus hijos y sus condiciones socioeconómica; obteniendo como resultados que el 31,25% de las madres refirió tener una edad entre los 26 y 30 años, el 35,94% presentó el estado civil de casada y la instrucción superior en curso fue el nivel más frecuente con un 31,25; mediante La prueba de Chi cuadrado se pudo evidenciar que no había relación entre edad de la madre y nivel de conocimientos y más bien si existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre higiene bucal y el grado de instrucción alcanzado por las madres. Llegando a la conclusión de que las madres de niños menores que

acuden al centro de salud de Sangolquí en Ecuador demuestran un nivel de conocimientos regular de conocimientos en cuanto a la higiene bucal de sus hijos (40).

3.2.2 Nacionales

Título: Conocimientos, Actitudes Y Prácticas de Madres de Familia sobre Salud Oral en Preescolar en el Policlínico Pacasmayo Essalud. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.

Autor: Ríos Angulo, Carlos Manuel (2014)

Resumen: La presente investigación fue de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, para lo cual se empleó una muestra de 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo del en el Policlínico Pacasmayo Essalud y que también tuvieron que cumplir con los criterios de selección. A las madres se les aplicó un cuestionario estructurado auto administrado para poder registrar los datos. Los resultados se expresaron de forma porcentual siendo estos que el nivel de conocimientos de las madres fue bueno en un 67.5%, el nivel de actitudes fue adecuado en un 80.8% y las prácticas fueron regulares en el 87.7%. Encontrándose de esta manera una asociación significativa entre el nivel de conocimientos con la edad y la ocupación; entre la actitud y el nivel de instrucción y entre las prácticas con la ocupación y el estado civil de las madres siendo la mayoría de madres mayor de 20 años, trabajadoras familiares no remuneradas y con instrucción hasta el nivel secundario. Por lo que se llegó a la conclusión de que las madres tienen buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los

niños, lo que es favorable para lograr hábitos buenos de higiene en los niños y por lo tanto poder mejorar su calidad de salud oral (41).

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado bucal de niños de 3 a 5 años de Edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 “Casuarinas”, Distrito de Ventanilla, Año 2017.

Autores: Victorio, Jhoana Milagros (2017)

Resumen: La presente investigación fue de tipo observacional, transversal y prospectivo, teniendo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de los niños de 3 a 5 años de edad, para lo cual la muestra estuvo conformada por 79 niños de 3 a 5 años de edad del Centro Educativo Inicial N°120 "Casuarinas" del Distrito de Ventanilla y sus respectivos padres. Se utilizó la técnica de observación y encuesta, para lo cual a los niños se les realizó exámenes bucales para poder determinar su experiencia de caries, mediante el índice (ceo-d) y el estado de higiene bucal mediante el índice de higiene oral simplificado (IHO-S); posteriormente a los padres/cuidadores se les aplicó un cuestionario para poder evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas. Obteniendo como resultados que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los índices evaluados en los niños; llegando a las conclusiones de que en las tres variables se mostraron respuestas regulares de los padres y en los niños se hallaron niveles altos y moderados en los índices de ceod e IHO-S respectivamente y también se encontró asociación entre actitudes y el estado de salud bucal (42).

Título: Conocimientos, Actitudes Y Practicas de Las Madres Sobre Salud Bucal en Relación con el Estado de Higiene Bucal de Niños de 3 A 5 Años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano.

Autores: Ayala Prado, Judy Inés (2018)

Resumen: El presente es estudio fue observacional, analítico, transversal y prospectivo, y tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano. Para lo cual se realizó el estudio en una muestra de 51 niños y sus respectivas madres. Los resultados fueron que en un 72.5% el estado de higiene bucal de los niños fue regular, en cuanto al nivel de conocimientos de las madres fue aceptable en un 72.5%, el tipo de actitudes fue favorable en un 84.3% y en cuanto a las prácticas, estas fueron pobres en un 60.8%, además se encontró relación entre el estado de higiene bucal de los niños y el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal, y no se encontró relación entre el nivel de conocimientos, las actitudes de las madres con el estado de higiene bucal de sus niños; llegando a la conclusión de que existe relación entre las prácticas de las madres sobre bucal y el estado de higiene bucal de sus niños (43).

Título: Impacto de los Factores Sociodemográficos Familiares sobre la Calidad de Vida relacionada a la Salud Bucal en Los Niños de Tres a Cinco Años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Pachacámac, 2017.

Autor: Peña Huamani, Yanet Ysela (2018).

Resumen: La presente investigación fue de tipo prospectivo, observacional, descriptivo, transversal y de un diseño no experimental, tuvo como objetivo

determinar el impacto de los factores sociodemográficos familiares sobre la calidad de vida relacionada a la salud bucal en los niños de tres a cinco años de Instituciones Educativas Estatales del distrito de Pachacámac, 2017, para lo cual la muestra estuvo conformada por 182 niños de 3 a 5 años de edad a quienes se les examinó la cavidad oral por medio de una ficha odontológica evaluando problemas dentales como caries, trauma dentoalveolar y maloclusión, mientras que al responsable del cuidado del niño se le aplicó un cuestionario para evaluar las características sociodemográficas de los familiares y el ECOHIS(escala de impacto de salud oral en la primera infancia), obteniendo como resultados que hay relación estadísticamente significativa entre caries de la infancia temprana y la calidad de vida de los niños, así mismo se encontró relación significativa entre vivienda propia y edad del niño, la frecuencia de caries dental fue de 92.3%, traumatismos dentoalveolares 2.2% y maloclusiones anteriores 5.5%, lo que muestra que en la infancia temprana el impacto en la calidad de vida de los niños se deteriora. Se llegó a las conclusiones de que los factores sociodemográficos y el impacto de las condiciones de salud bucal sobre la calidad de vida en niños de tres a cinco años son estadísticamente significativas a la edad y a la vivienda propia (44).

Título: Conocimientos, Actitudes Y Practicas Maternas Sobre Salud Oral Infantil Y Estado De Salud Bucal En Niños Preescolares, Junín. Universidad Peruana Los Andes, Junín – 2017.

Autor: De La Cruz Nieto, Hirving George (2018).

Resumen: La presente investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal y de un diseño no experimental, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas maternas sobre salud

oral infantil y su relación con el estado de salud bucal de sus niños en etapa preescolar, para lo cual la muestra estuvo conformada por 160 madres y sus niños de 3 a 5 años de edad, para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en las madres sobre salud oral infantil se usó un cuestionario y para determinar el estado bucal de los niños se empleó una ficha de observación. El resultado demostró que el nivel de conocimientos de las madres sobre salud oral es predominantemente regular, respecto a las actitudes no se observó diferencia significativa entre aquellas consideradas adecuadas y las inadecuadas y en cuanto a las prácticas el 63.1% de madres tienen prácticas consideradas regulares, en cuanto a la experiencia de caries de los niños, resultó que el 75% tiene un índice ceod considerado alto, llegando a la conclusión de que hay una correlación inversamente proporcional entre los conocimientos, actitudes y prácticas maternas sobre salud oral infantil con el estado bucal en niños preescolares, por lo que a mayor nivel de conocimientos maternos sobre salud oral infantil hay un menor índice de caries, a mejores actitudes maternas sobre salud oral infantil hay un menor índice de caries y donde hay mejores prácticas maternas sobre salud oral infantil hay menor índice de caries (45).

Título: Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño.

Autor: Vargas Castañeda, Katherine Melissa (2019).

Resumen: La presente investigación fue de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal y de un diseño no experimental, tuvo como objetivo evaluar la asociación de los factores sociodemográficos y conocimientos en salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar respecto a la calidad de vida

relacionada a la salud bucal del niño que acude al colegio I.E.I Estrellitas de Fátima -Carabayllo, para lo cual la muestra estuvo conformada por 189 padres responsables del cuidado de preescolares, lo cuales tuvieron que responder tres cuestionarios que fueron empleados para medir las siguientes variables: Escala de Impacto de Salud Bucal en la Primera Infancia (ECOHIS), factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal, obteniendo como resultados que el nivel de conocimientos en salud bucal del padre es bueno, respecto al ECOHIS el promedio fue de 7.52 ± 8.25 siendo las dimensiones más afectadas el estrés parenteral en la familia y las limitaciones funcionales en el niño, en el análisis de Poisson se encontró asociaciones significativas de la CVRSB con el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, el ingreso económico y el nivel de conocimientos de salud bucal ($p < 0.05$). Llegando a las conclusiones de que tanto el nivel de conocimientos en salud bucal como los factores sociodemográficos no se deben de evaluar de manera aislada sino más bien en conjunto, o de lo contrario causará un impacto negativo en la CVRSB (46).

3.2.3 Local

Título: “Nivel de Conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de la institución educativa inicial Zamácola, Distrito de Cerro Colorado, Arequipa 2020”

Autor: Aguilar Sierra, Paola Mishell (2021).

Resumen: Este estudio fue de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y virtual, el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de los padres sobre salud bucal en los niños de I.E.I. Zamácola, ubicada en el distrito de Cerro Colorado, La población estuvo conformada por 115 padres de familia del nivel inicial de esta I.E.I. Se empleó la técnica comunicacional y se aplicó un cuestionario online

estructurado en indicadores sobre caries dental, prevención, dieta e higiene bucal, los resultados muestran que el nivel de conocimientos de caries dental bueno muy bueno en un 2%, bueno 12%, regular 45% y deficiente 41%, respecto al nivel de conocimientos sobre prevención de caries dental, fue muy bueno 25%, bueno 23%, regular 30% y deficiente 22%, sobre dieta fue muy bueno en 13%. Bueno 42% regular 36% y deficiente 9% y por ultimo sobre higiene bucal fue muy bueno en 17%, bueno en 40%, regular 32% y deficiente 11%, llegando a la conclusión de que los padres de familia de la I.E.I. Zamácola tiene un nivel de conocimientos de salud bucal en los niños regular en el 61% (47).

4 HIPÓTESIS

Dado que las diversas características ambientales, culturales y familiares de las personas, impactan en sus formas de pensar, percibir y actuar respecto a la salud oral (2).

Es probable que exista relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca - Corire.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

1.1.1 Especificación

En la presente investigación se utilizó la técnica de **Cuestionario Virtual**, con el fin de recoger la información requerida de las variables investigativas: Factores sociodemográficos y Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil.

1.1.2 Esquematización

VARIABLES	TÉCNICA
Factores Sociodemográficos	Cuestionario Virtual
Nivel de conocimientos, Actitudes y Prácticas de salud oral infantil	Cuestionario Virtual

1.1.3 Descripción

a. Elaboración del cuestionario virtual

El cuestionario virtual fue elaborado en la plataforma de Google Forms, donde se presentó el consentimiento informado y las alternativas para marcar si acepta o no realizarlo, en el cual, si el participante aceptaba, continuaría con la presentación de la ficha sociodemográfica que contiene 9 preguntas de opción múltiple y abiertas; luego se hizo la presentación del cuestionario de

nivel de conocimientos actitudes y prácticas de salud oral infantil; para lo cual se utilizó el cuestionario estructurado denominado “CAPs sobre Salud Oral Infantil” que fue elaborado por el Mg. Hirving G. De La Cruz en su investigación titulada: “Conocimientos, Actitudes y Practicas Maternas sobre Salud Oral Infantil y Estado de Salud Bucal en Niños Preescolares, Junín - 2017”(45), la cual contempló 25 preguntas de conocimientos, 21 preguntas de actitudes y 12 preguntas de prácticas de salud oral infantil.

b. Autorización de los docentes

Se envió una solicitud a las tres directoras de las instituciones educativas Inicial Corire, Nuestra Señora de Fátima y IE Parroquial Nuestra Señora del Carmen con el objetivo de obtener su autorización y las facilidades para realizar el cuestionario virtual, luego de tener su autorización se coordinó con los docentes de las distintas secciones del nivel inicial para compartir el cuestionario virtual por medio de los grupos de WhatsApp que utilizaban como medio de comunicación con los padres de familia.

c. Aplicación del cuestionario virtual

Se procedió a compartir un video que buscó orientar a los padres o cuidadores respecto a la forma correcta de llenar el cuestionario virtual y concientizar acerca de la sinceridad con la que ellos debían responder el mismo, luego se compartió el link para el desarrollo del cuestionario virtual, el cual tuvo una duración aproximada de 20 minutos para su completa resolución.

1.2 Instrumentos

1.2.1 Instrumento Documental

a. Precisión del instrumento

Se utilizó un sólo instrumento denominado **formulario virtual de preguntas** para recoger información de las variables y sus indicadores.

b. Estructura del Instrumento

VARIABLES	ITEMS	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores Sociodemográficos	1	Parentesco	Madre Padre Hermano(a) Abuelo(a) Tío(a) Tutor legal
		Edad	15 - 24 25 - 29 30 - 39 40 - 49
		Estado civil	Casado(a) Conviviente Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)
		Nivel educativo	Inicial Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
		Ocupación	Trabajador del hogar Empleador o patrono Trabajador familiar no remunerado Trabajador independiente Asalariado Ama(o) de casa Estudiante Sin empleo
		Nivel socioeconómico	A, B, C, D, E
		Tipo de hogar	Nuclear monoparental Nuclear biparental Extendido
		Seguro de salud	Ninguno, SIS, Essalud y Particular
		Número de hijos	Se registró la cantidad específica de hijos
Nivel de conocimientos, Actitudes y Prácticas de salud oral infantil	2	Nivel de conocimientos sobre salud oral infantil	Bueno (18-25) Regular (9-17) Malo (0-8)
		Actitudes hacia la salud oral infantil	Adecuado (11-21) Inadecuado (0-10)
		Prácticas de salud oral infantil	Bueno (25-36) Regular (13-24) Malo (0-12)

c. Modelo de instrumento

Ver Anexo 2

d. Descripción del instrumento

- Para Factores Sociodemográficos

Se elaboró un cuestionario de factores sociodemográficos tomando en cuenta el contexto específico de la población de estudio y antecedentes investigativos, este cuestionario incluyó 9 preguntas de las cuales 6 fueron de opción múltiple (parentesco, estado civil, nivel educativo, ocupación, tipo de hogar y seguro de salud) y 3 fueron preguntas abiertas (edad, número de hijos y nivel socioeconómico)

- Para Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Oral Infantil

Para esta sección del cuestionario virtual, se empleó el cuestionario estructurado denominado CAPs sobre Salud Oral Infantil que fue elaborado por el Mg. Hirving G. De La Cruz N en su investigación titulada: “Conocimientos, Actitudes y Practicas Maternas sobre Salud Oral Infantil y Estado de Salud Bucal en Niños Preescolares, Junín - 2017”(45).

- Para medir el nivel de conocimientos de salud oral infantil, se empleó un instrumento conformado por 25 preguntas. Cada pregunta constó de 3 posibles respuestas que son: si, no y no sé, donde cada pregunta correcta tuvo el valor de 1 punto por lo que se obtuvo un puntaje global que va de 0 a 25 puntos, con ello se categorizó en tres niveles de conocimientos: de 0 a 8

puntos con conocimiento malo, entre 9 a 17 puntos con conocimiento regular, y 18 a 25 puntos con conocimiento bueno (45).

- Para medir las actitudes respecto a la salud oral infantil, se presentó un instrumento de 21 preguntas, el cual permitió medir actitudes, abierta a posibilidades neutras aceptando que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras hacia una situación específica; cada pregunta constó de 3 posibles respuestas utilizando los parámetros: verdadero, falso y no sabe, obteniéndose un puntaje global que vario desde 0 a 21 puntos, con ello se categorizó en actitudes inadecuadas de 0 a 10 puntos y adecuadas de 11 a 21 puntos (45).
- Para medir las prácticas sobre salud oral infantil se utilizó un instrumento de 12 preguntas en escala de tipo Likert, utilizando los parámetros de: Siempre, frecuentemente, a veces y nunca, dónde cada respuesta tuvo un valor de 0 a 3 puntos de modo tal que las respuestas correctas tienen el mayor puntaje y las incorrectas el menor. Al realizar la sumatoria de todo el instrumento y de acuerdo a las respuestas del encuestado, se obtuvo un puntaje global desde 0 a 36 puntos, con ello se catalogó en tres niveles de prácticas según el puntaje obtenido: de 0 a 12 puntos como malas, entre 13 a 24 puntos como regulares, y 25 a 36 puntos como buenas (45).

1.2.2 Instrumentos Mecánicos

- Computadora y accesorios
- Impresora
- Teléfono Celular

1.2.3 Medios Virtuales

- Internet
- Plataforma virtual Google Forms
- Programa de edición de videos Animaker
- Correos electrónicos

1.2.4 Materiales

- Útiles de escritorio

2 CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

2.1.1 Ámbito General:

La presente investigación se realizó en el departamento de Arequipa, provincia de Castilla, distrito de Uraca – Corire.

2.1.2 Ámbito Específico:

- I.E Inicial Corire
- I.E. Nuestra Señora de Fátima
- I.E. Parroquial Nuestra Señora del Carmen

2.2 Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó del mes de octubre a diciembre del año 2020, siendo esta de tipo transversal puesto que se realizó una sola medición.

2.3 Unidades de estudio

Las Unidades de estudio de la presente Investigación estuvieron conformados por una población de 230 padres o cuidadores de preescolares de las Instituciones Educativas Inicial Corire, Nuestra Señora de Fátima y Nuestra Señora del Carmen del Distrito de Uraca – Corire, de la Provincia de Castilla, Departamento de Arequipa, de los cuales se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de 82 participantes quienes cumplieron los criterios de Inclusión y Exclusión previamente establecidos.

2.3.1 Criterios de Selección

a. Criterios de Inclusión

- Padres o cuidadores de Preescolares con hijos que tengan matrícula regular en las Instituciones Educativas Inicial Corire, Nuestra Señora de Fátima y Nuestra Señora del Carmen del Distrito de Uraca – Corire.
- Padres o cuidadores que aceptaron participar en el estudio.
- Padres o cuidadores que otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio
- Padres o cuidadores que se autodenominen como los responsables del cuidado de cada niño.

b. Criterios de Exclusión

- Padres o cuidadores con limitaciones para poder participar adecuadamente en el estudio.
- Padres o cuidadores que no cuenten con los medios necesarios como, internet, celular o laptop para poder llenar correctamente los cuestionarios

- Padres o cuidadores cuyos cuestionarios no hayan sido resueltos completamente o que no hayan consignado los datos sociodemográficos necesarios para la investigación.

3 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

- Coordinación de reuniones virtuales con los directores de las tres Instituciones Educativas del Distrito de Uraca – Corire, para la presentación del proyecto de investigación.
- Presentación de una solicitud dirigida hacia los directores de cada Institución Educativa, pidiendo la autorización para aplicar el cuestionario virtual a los padres o cuidadores de los alumnos del nivel inicial.
- Resolución del cuestionario virtual anónimo por parte de los padres o cuidadores de preescolares de las diferentes instituciones educativas.
- Exportación de cuestionarios resueltos por los padres o cuidadores de preescolares de las diferentes instituciones educativas.
- Procesamiento y análisis de los datos y resultados obtenidos a partir de la información recabada.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

- Investigadora: Rosario Gimena Nauca Dávila
- Asesor: Dr. Javier Lucho Valero Quispe

3.2.2 Virtuales

- Plataforma de Google Forms
- Programa Microsoft Excel
- Paquete estadístico IBM SPSS

3.2.3 Económicos

- El presupuesto fue financiado por la investigadora.

3.2.4 Institucionales

- I.E Inicial Corire.
- I.E. Nuestra Señora de Fátima.
- I.E. Parroquial Nuestra Señora del Carmen.

4 ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento de los datos

4.1.1 Tipo de Procesamiento

Computarizado, a través de la plataforma Google Forms, dado que el cuestionario virtual fue aplicado mediante dicha plataforma. Posteriormente, los datos obtenidos fueron exportados para su ordenamiento, tamizaje, y cálculos de corrección a través del programa Microsoft Excel. Finalmente, dichos datos fueron importados desde el paquete estadístico IBM SPSS, donde se utilizó la estadísticas descriptiva, inferencial y asociativa a través de las pruebas estadísticas pertinentes según los objetivos de la investigación y el comportamiento de los datos de la muestra.

4.1.2 Operaciones del Procesamiento

- **Clasificación**

Una vez que se aplicó el cuestionario virtual los datos obtenidos fueron ordenados en una matriz de sistematización.

- **Recuento**

Se llevó a cabo por medio de los programas mencionados anteriormente.

- **Codificación**

A las opciones de respuesta se les asignaron valores numéricos.

- **Tabulación**

Se confeccionaron tablas de doble entrada con frecuencias y porcentajes.

- **Gráficos**

Se diseñaron gráficos de barras de acuerdo a la naturaleza de las tablas.

4.2 Plan de análisis de Datos

4.2.1 Tipo de Análisis

Análisis cuantitativo de datos, de tipo descriptivo, inferencial y asociativo.

4.2.2 Tratamiento Estadístico

Para el análisis de datos de tipo descriptivo e inferencial, se emplearon tablas con distribución de frecuencia y porcentajes.

Para el análisis de datos de tipo asociativo o relacional, se emplearon tablas de doble entrada donde se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado (X^2) para realizar la prueba de hipótesis considerando un índice de confiabilidad de 95% y un margen de error del 5% ($P=0.05$).



CAPÍTULO III

RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire

Factores Sociodemográficos		N	%
Parentesco con el niño	Madre	73	89.02
	Padre	9	10.98
Edad	15 - 24	9	10.98
	25 - 29	22	26.83
	30 - 39	41	50.00
	40 - 49	10	12.20
Estado Civil	Soltero(a)	13	15.85
	Casado(a)	21	25.61
	Conviviente	45	54.88
	Divorciado(a)	1	1.22
	Viudo(a)	2	2.44
Nivel educativo	Primaria	1	1.22
	Secundaria	24	29.27
	Superior no universitaria	45	54.88
	Superior universitaria	12	14.63

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 1 se observa que el 89.02% de la muestra estaba compuesta predominantemente por madres de los preescolares, así también el 50.0% tenían entre 30 a 39 años, el 54.88% eran convivientes y el 54.88% tenían nivel educativo superior no universitario.

Gráfico 1. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire

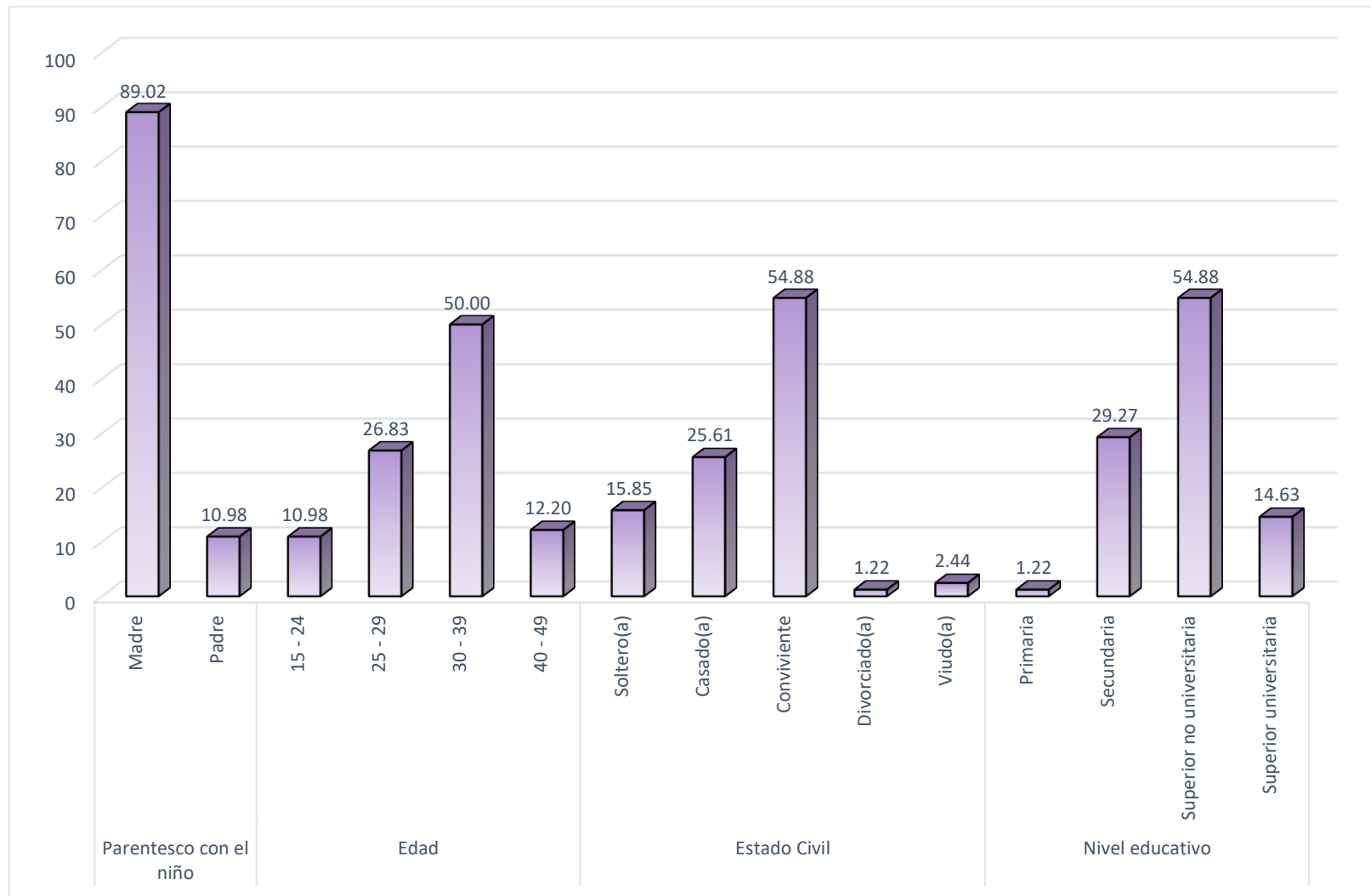


Tabla 2. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire

Factores Sociodemográficos		N	%
Ocupación	Sin empleo	1	1.22
	Estudiante	3	3.66
	Ama(o) de casa	33	40.24
	Trabajador(a) del hogar	1	1.22
	Trabajador independiente	24	29.27
	Asalariado	19	23.17
	Empleador	1	1.22
Nivel socioeconómico	E	54	65.85
	D	19	23.17
	C	7	8.54
	B	2	2.44
Tipo de hogar del niño	Nuclear biparental	41	50.00
	Nuclear Monoparental	4	4.88
	Hogar extendido	37	45.12
Acceso a seguro del niño	Ninguno	12	14.63
	SIS	46	56.10
	ESSALUD	22	26.83
	Seguro Particular EPS	2	2.44
Nro. de hijos	Uno	26	31.71
	Dos	42	51.22
	Tres	9	10.98
	Cuatro	5	6.10

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 2 se observa que el 40.24% de la muestra estaba compuesto por amas de casa, mientras que el nivel socioeconómico predominante era el de clase E con 65.85%, así también el 50.0% de los hogares de la muestra eran de tipo nuclear biparental, el seguro de salud predominante fue el SIS con 56.10%, y la mayoría de padres o cuidadores de la muestra tenían 2 hijos representando el 51.22%.

Gráfico 2. Factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire

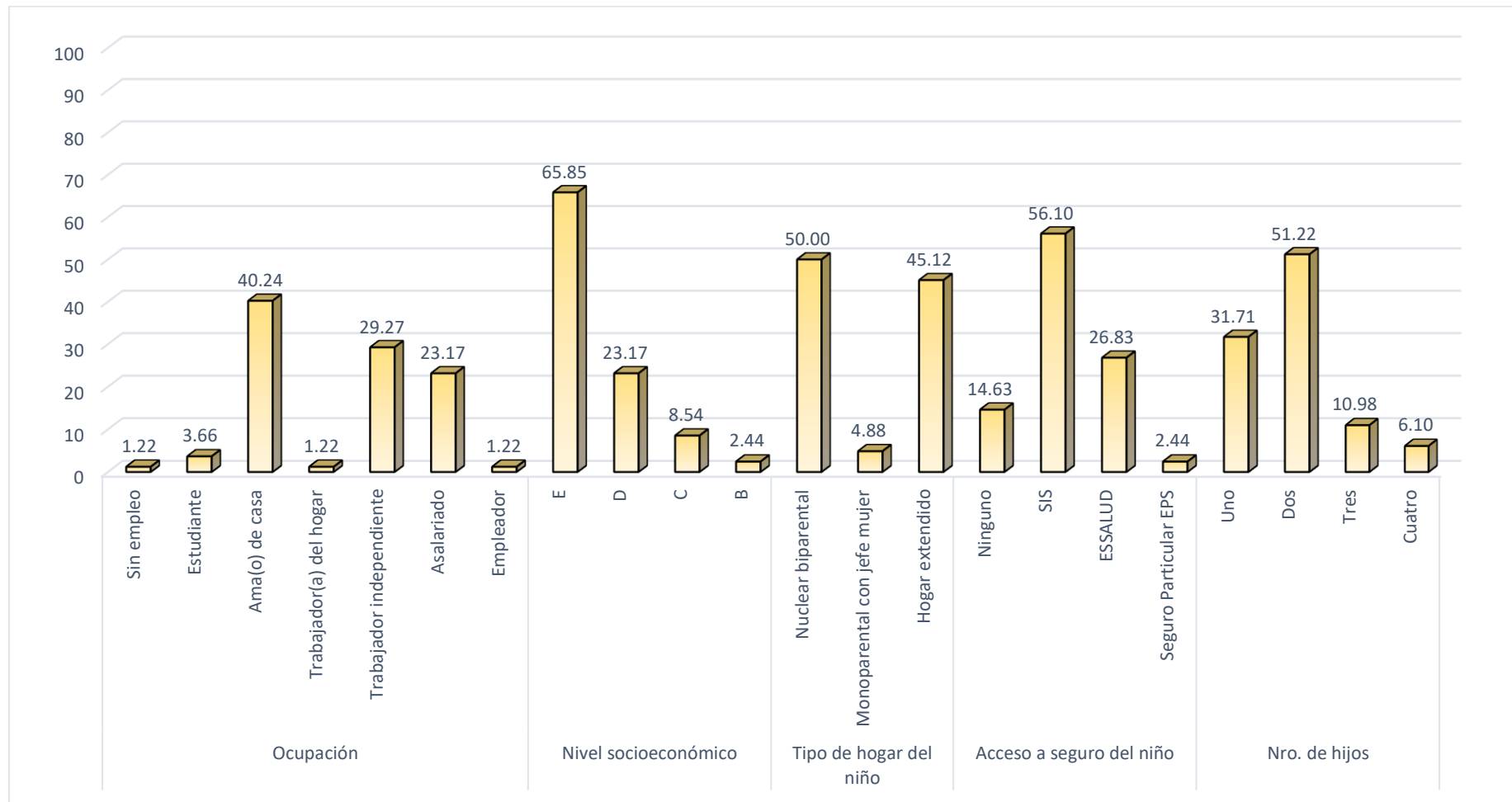


Tabla 3. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire

	CAP	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00
	Regular	42	51.22
	Bueno	40	48.78
Actitudes	Inadecuado	3	3.66
	Adecuado	79	96.34
Prácticas	Malo	1	1.22
	Regular	43	52.44
	Bueno	38	46.34

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 3 se observa que el 51.22% presentó nivel regular de conocimiento de salud oral infantil y el 48.78% nivel bueno, mientras que ningún padre o cuidador presentó nivel malo de conocimiento; por otro lado, el 96.34% de adultos tuvo actitudes adecuadas y el 3.66% actitudes inadecuadas; y respecto a las prácticas, el 54.44% de los padres o cuidadores tuvo prácticas regulares, el 46.34% prácticas buenas y el 1.22% prácticas malas de salud oral infantil.

Gráfico 3. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores de preescolares en el distrito de Uraca – Corire

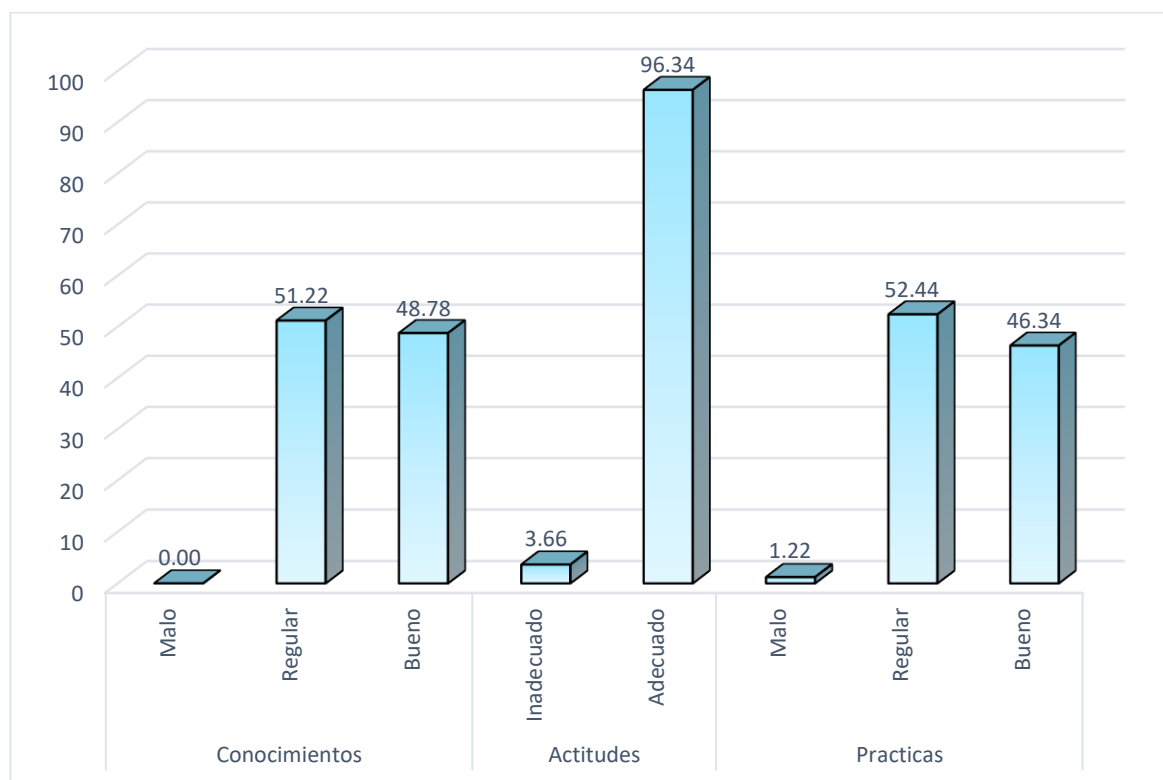


Tabla 4. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el tipo de parentesco de padres o cuidadores del distrito de Uraca-Corire

		Parentesco			
		Madre		Padre	
		N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00
	Regular	37	50.70	5	55.60
	Bueno	36	49.30	4	44.40
Actitudes	Inadecuado	3	4.10	0	0.00
	Adecuado	70	95.90	9	100.00
Prácticas	Malo	1	1.40	0	0.00
	Regular	39	53.40	4	44.40
	Bueno	33	45.20	5	55.60

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 4 se observa que tanto madres y padres tuvieron como predominante al nivel de conocimiento regular con el 50.70% y 55.60% respectivamente; del mismo modo respecto a las actitudes, el 95.90% de las madres y el 100% de los padres presentaron actitudes adecuadas; y respecto a las prácticas, predominaron el nivel regular en las madres con 53.40% y el nivel bueno en los padres con 55.60%.

Gráfico 4. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el tipo parentesco de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

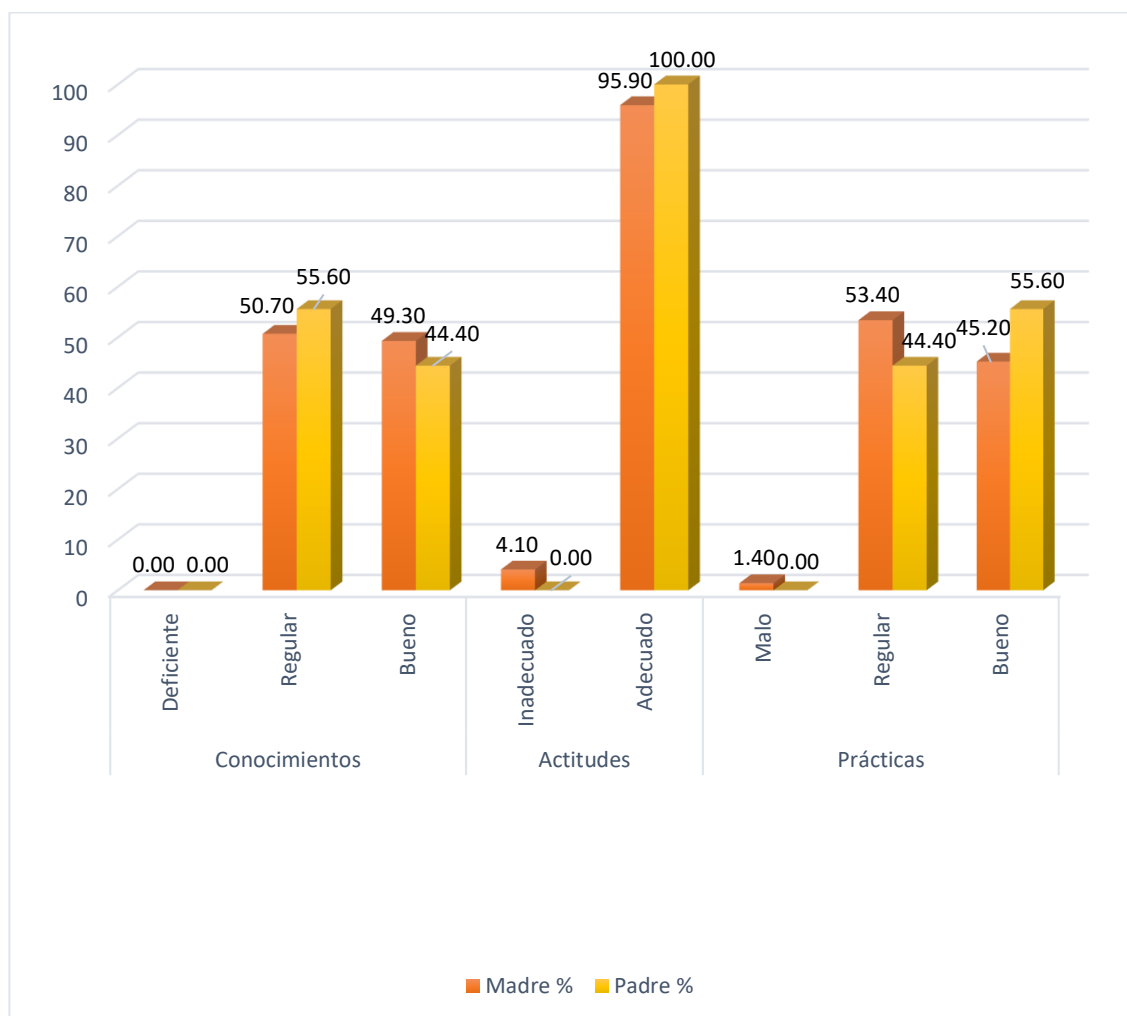


Tabla 5. Relación entre el tipo de parentesco y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca - Corire

CAP	Parentesco				X ²
	Madre		Padre		
	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento					
Malo	0	0,00	0	0,00	X ² =0.07
Regular	37	45,12	5	6,10	P=0.78
Bueno	36	43,90	4	4,88	
Actitudes					
Inadecuado	3	3,66	0	0,00	X ² =0.38
Adecuado	70	85,37	9	10,98	P=0.53
Prácticas					
Malo	1	1,22	0	0,00	
Regular	39	47,56	4	4,88	X ² =0.43
Bueno	33	40,24	5	6,10	P=0.80

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla 5 se observa que según la prueba de chi cuadrado el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral infantil no presentan relación estadísticamente significativa con el parentesco de los padres o cuidadores ($P > 0.05$)

Tabla 6. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según las categorías de edad de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Categoría de edad							
		15 - 24		25 - 29		30 - 39		40 - 49	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	3	33.30	14	63.60	19	46.30	6	60.00
	Bueno	6	66.70	8	36.40	22	53.70	4	40.00
Actitudes	Inadecuado	0	0.00	1	4.50	1	2.40	1	10.00
	Adecuado	9	100.00	21	95.50	40	97.60	9	90.00
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	10.00
	Regular	4	44.40	15	68.20	17	41.50	7	70.00
	Bueno	5	55.60	7	31.80	24	58.50	2	20.00

Fuente: Elaboración Propia.

En Tabla 6 se observa que en las categorías de edad de 15-24 y 30-39 predominan el nivel bueno de conocimientos con 66.70% y 53.70% respectivamente, mientras que en las categorías de edad de 25-29 y 40-49 predominan el nivel regular de conocimientos con 63.60% y 60.00% respectivamente; así también se observa que en todas las categorías de edad predominó el nivel adecuado de actitudes, destacando la categoría de 15-24 con 100%; por otro lado respecto a las prácticas, todas las categorías tuvieron resultados que oscilaban entre regular y bueno, destacando las categorías de 15-34 y 30-39 con un nivel bueno de prácticas de salud oral infantil con 55.60% y 58.50% respectivamente.

Gráfico 5. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según las categorías de edad de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

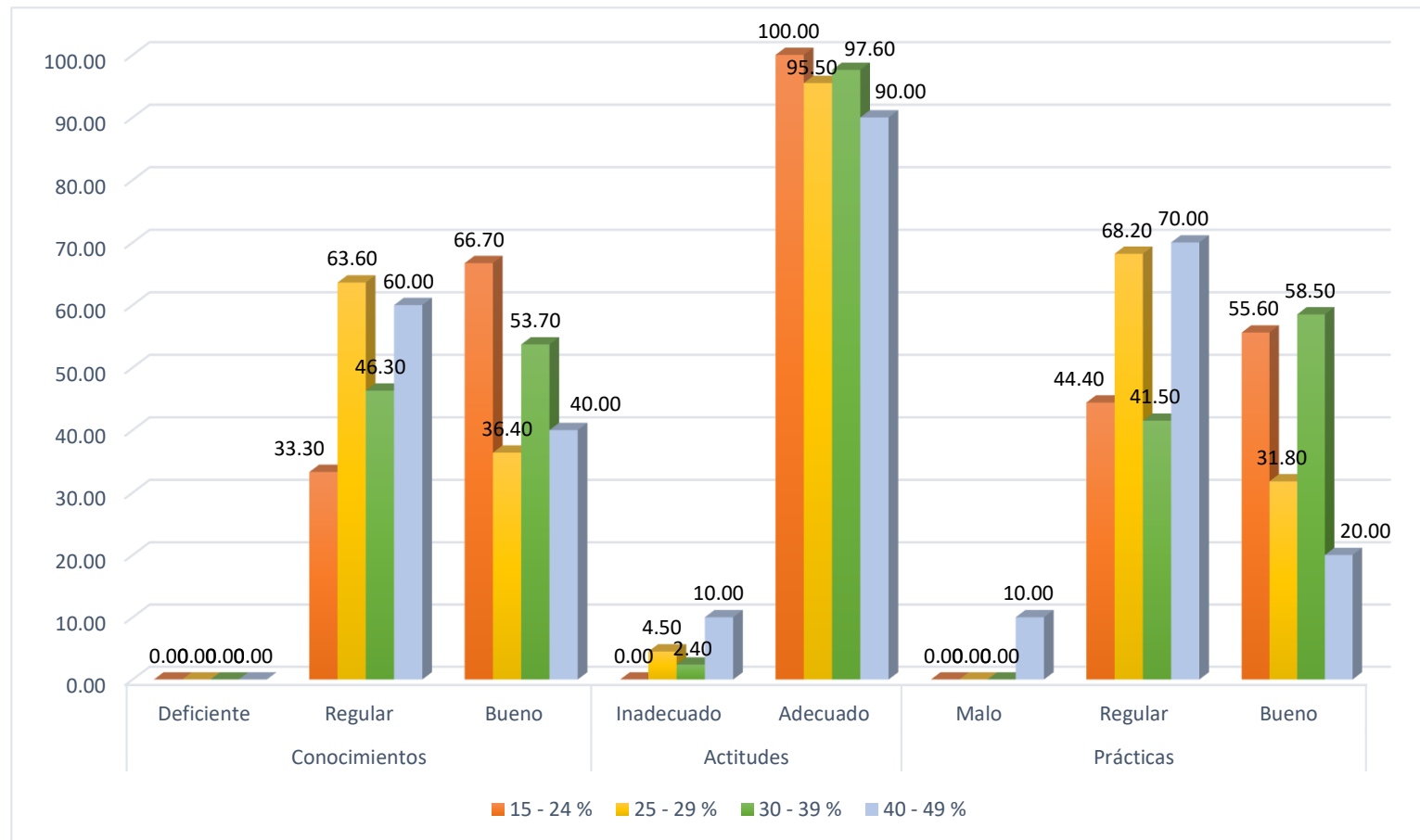


Tabla 7. Relación entre la categoría de edad y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca - Corire

CAP	Categoría de edad								X²
	15 a 24		25 a 29		30 a 39		40 a 49		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Conocimiento									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X²=3.20 P=0.36
Regular	3	3,66	14	17,07	19	23,17	6	7,32	
Bueno	6	7,32	8	9,76	22	26,83	4	4,88	
Actitudes									
Inadecuado	0	0,00	1	1,22	1	1,22	1	1,22	X²=1.70 P=0.63
Adecuado	9	10,98	21	25,61	40	48,78	9	10,98	
Prácticas									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,22	X²=13.85 P=0.03
Regular	4	4,88	15	18,29	17	20,73	7	8,54	
Bueno	5	6,10	7	8,54	24	29,27	2	2,44	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 7 se observa que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.85$) muestra que las prácticas de salud oral y la edad de los padres o cuidadores presenta relación estadísticamente significativa ($P<0.05$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no están relacionados significativamente.

Tabla 8. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el estado civil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Estado Civil									
		Soltero(a)		Casado(a)		Conviviente		Divorciado(a)		Viudo(a)	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	7	53.80	11	52.40	23	51.10	0	0.00	1	50.00
	Bueno	6	46.20	10	47.60	22	48.90	1	100.00	1	50.00
Actitudes	Inadecuado	0	0.00	0	0.00	2	4.40	0	0.00	1	50.00
	Adecuado	13	100.00	21	100.00	43	95.60	1	100.00	1	50.00
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	1	2.20	0	0.00	0	0.00
	Regular	9	69.20	12	57.10	20	44.40	0	0.00	2	100.00
	Bueno	4	30.80	9	42.90	24	53.30	1	100.00	0	0.00

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 8 se observa que el nivel de conocimientos de la muestra fue similar entre los distintos estados civiles contemplados en el estudio, siendo predominante el nivel regular en el caso de los solteros, casados y convivientes con 53.8%, 52.4% y 51.10% respectivamente; del mismo modo, el nivel de actitudes fue similar entre los distintos estados civiles, destacando el nivel adecuado en los solteros, casados, divorciados y convivientes con 100%, 100%, 100% y 95.6% respectivamente; finalmente respecto a las prácticas los estados civiles viudo y conviviente fueron los que presentaron un mayor predominio de prácticas buenas con 100% y 53.3%.

Gráfico 6. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el estado civil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

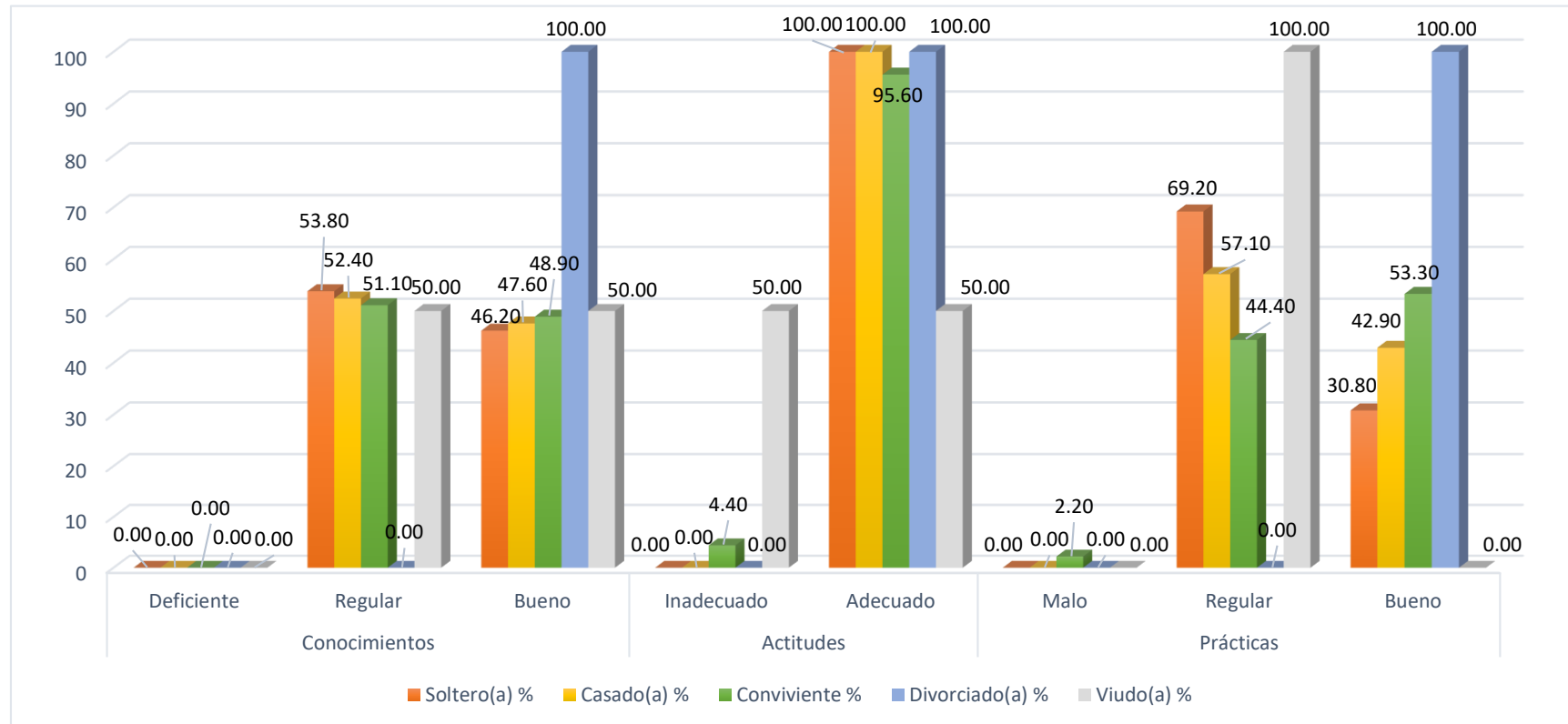


Tabla 9. Relación entre el estado civil y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.

CAP	Estado Civil										X ²
	Soltero(a)		Casado(a)		Conviviente		Divorciado(a)		Viudo(a)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Conocimiento											
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =1.09
Regular	7	8,54	11	13,41	23	28,05	0	0,00	1	1,22	P=0.89
Bueno	6	7,32	10	12,20	22	26,83	1	1,22	1	1,22	
Actitudes											
Inadecuado	0	0,00	0	0,00	2	2,44	0	0,00	1	1,22	X ² =13.59
Adecuado	13	15,85	21	25,61	43	52,44	1	1,22	1	1,22	P=0.01
Practicas											
Malo	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	0	0,00	
Regular	9	10,98	12	14,63	20	24,39	0	0,00	2	2,44	X ² =6.30
Bueno	4	4,88	9	10,98	24	29,27	1	1,22	0	0,00	P=0.61

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 9 se observa que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.59$) las actitudes sobre salud oral y el estado civil de los padres o cuidadores presentan relación estadísticamente significativa ($P<0.05$), mientras que el nivel de conocimiento y las practicas no están relacionados significativamente.

Tabla 10. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el nivel educativo de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Nivel Educativo							
		Primaria		Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	0	0.00	15	62.50	22	48.90	5	41.70
	Bueno	1	100.00	9	37.50	23	51.10	7	58.30
Actitudes	Inadecuado	0	0.00	1	4.20	2	4.40	0	0.00
	Adecuado	1	100.00	23	95.80	43	95.60	12	100.00
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	1	2.20	0	0.00
	Regular	1	100.00	11	45.80	26	57.80	5	41.70
	Bueno	0	0.00	13	54.20	18	40.00	7	58.30

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 10 se observa que el nivel de conocimientos en todas las categorías de nivel educativo contemplados se distribuyeron entre regular y bueno, destacando el nivel bueno en los participantes con formación superior no universitaria y superior universitaria con 51.10% y 58.30% respectivamente; por otro lado el nivel adecuado de actitudes predominó en todas las categorías de nivel educativo, destacando el nivel superior universitario con un 100% de actitudes adecuadas hacia la salud oral infantil; así también, las prácticas tuvieron una distribución contemplada entre el nivel regular y bueno en todas las categorías de nivel educativo, destacando con 54.20% y 58.30% de buenas prácticas de salud oral infantil las categorías de formación secundaria y superior universitaria respectivamente.

Gráfico 7. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el nivel educativo de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

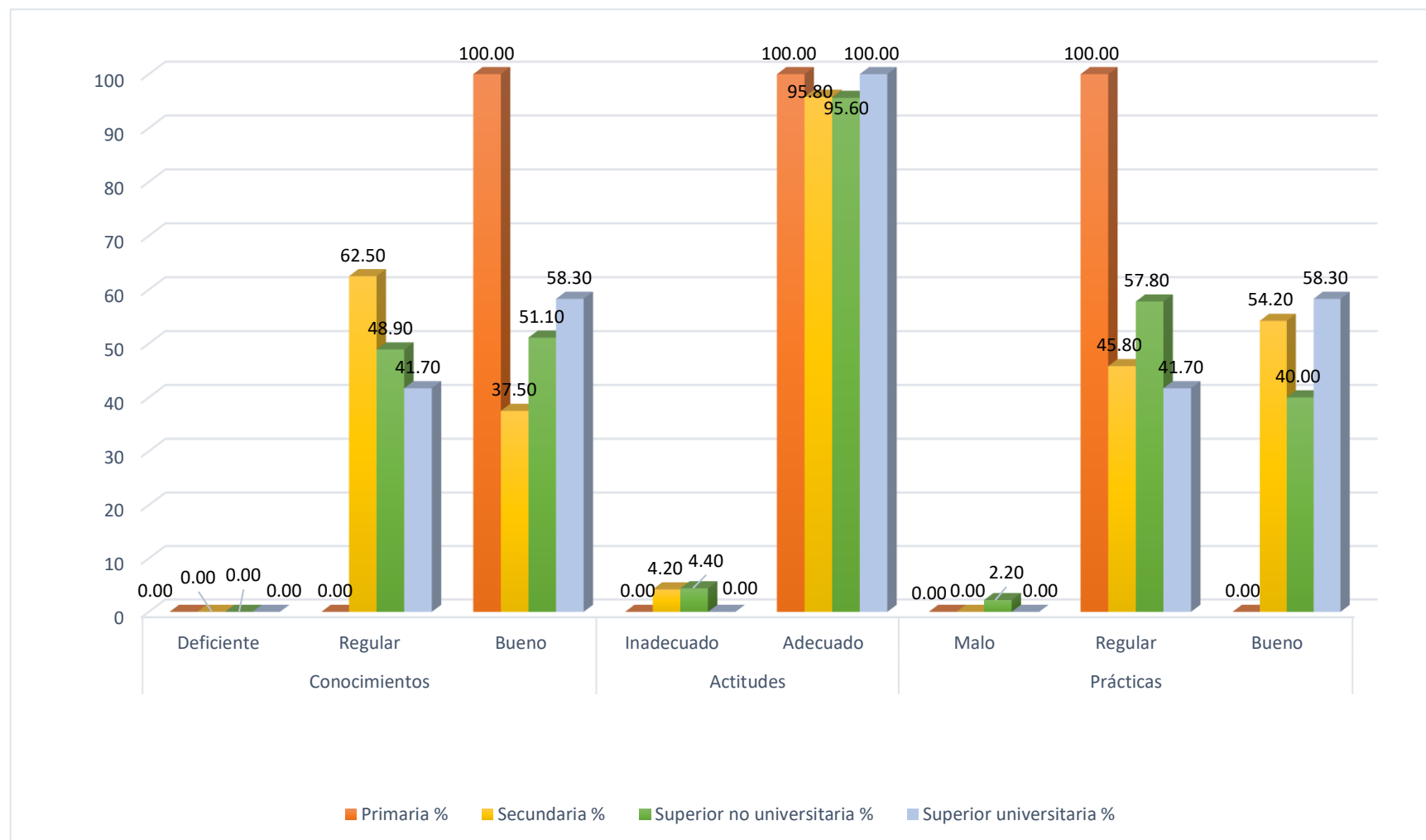


Tabla 11. Relación entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

CAP	Nivel educativo								X ²
	Primaria		Secundaria		Superior no universitaria		Superior universitaria		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =2.80 P=0.42
Regular	0	0,00	15	18,29	22	26,83	5	6,10	
Bueno	1	1,22	9	10,98	23	28,05	7	8,54	
Actitudes									
Inadecuado	0	0,00	1	1,22	2	2,44	0	0,00	X ² =0.59 P=0.89
Adecuado	1	1,22	23	28,05	43	52,44	12	14,63	
Practicas									
Malo	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	X ² =13.85 P=0.03
Regular	1	1,22	11	13,41	26	31,71	5	6,10	
Bueno	0	0,00	13	15,85	18	21,95	7	8,54	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 11 se observa que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.85$) las prácticas de salud oral y el nivel educativo de los padres o cuidadores presenta relación estadísticamente significativa ($P<0.05$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no están relacionados significativamente.

Tabla 12. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según ocupación de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Ocupación													
		Sin empleo		Estudiante		Ama(o) de casa		Trabajador(a) del hogar		Trabajador independiente		Asalariado		Empleador	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	1	100.00	1	33.30	19	57.60	0	0.00	10	41.70	10	52.60	1	100.00
	Bueno	0	0.00	2	66.70	14	42.40	1	100.00	14	58.30	9	47.40	0	0.00
Actitudes	Inadecuado	0	0.00	0	0.00	1	3.00	0	0.00	2	8.30	0	0.00	0	0.00
	Adecuado	1	100.00	3	100.00	32	97.00	1	100.00	22	91.70	19	100.00	1	100.00
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	4.20	0	0.00	0	0.00
	Regular	1	100.00	2	66.70	20	60.60	0	0.00	12	50.00	8	42.10	0	0.00
	Bueno	0	0.00	1	33.30	13	39.40	1	100.00	11	45.80	11	57.90	1	100.00

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 12 se observa que respecto al nivel de conocimientos de salud oral infantil según la categoría de ocupación se distribuyeron entre los niveles regular y bueno, destacando con 66.70% y 58.30% las categorías de estudiante y trabajador independiente respectivamente con un nivel bueno de conocimientos; así también el nivel de actitudes fue predominantemente adecuado, de modo tal que todas las categorías tuvieron una prevalencia de dichas actitudes entre 91.70% y 100%; por otro lado respecto a la prácticas, estas fueron predominante regulares en la mayoría de las categorías.

Gráfico 8. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según la ocupación de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

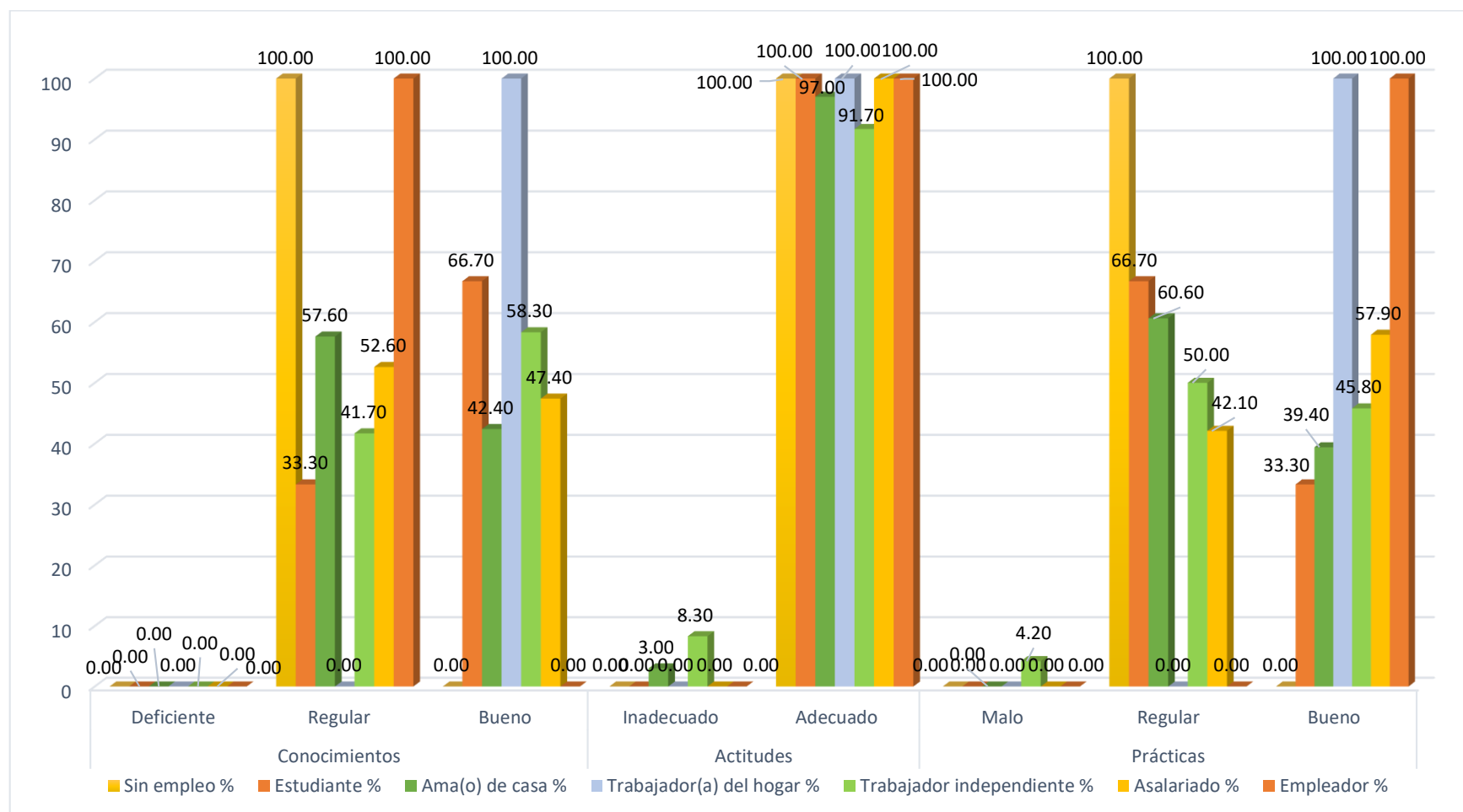


Tabla 13. Relación entre la ocupación y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

CAP	Ocupación														X ²
	Sin empleo		Estudiante		Ama de casa		Trabajador del hogar		Trabajo independiente		Asalariado		Empleador		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento															
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =4.76 P=0.57
Regular	1	1,22	1	1,22	19	23,17	0	0,00	10	12,20	10	12,20	1	1,22	
Bueno	0	0,00	2	2,44	14	17,07	1	1,22	14	17,07	9	10,98	0	0,00	
Actitudes															
Inadecuado	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	2	2,44	0	0,00	0	0,00	X ² =2.74 P=0.87
Adecuado	1	1,22	3	3,66	32	39,02	1	1,22	22	26,83	19	23,17	1	1,22	
Prácticas															
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	0	0,00	X ² =6.30 P=0.61
Regular	1	1,22	2	2,44	20	24,39	0	0,00	12	14,63	8	9,76	0	0,00	
Bueno	0	0,00	1	1,22	13	15,85	1	1,22	11	13,41	11	13,41	1	1,22	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 13 se observa que según la prueba de chi cuadrado el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral infantil no presentan relación estadísticamente significativa con la ocupación de los padres o cuidadores ($P > 0.05$).

Tabla 14. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según nivel socioeconómico de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Nivel Socioeconómico							
		E		D		C		B	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	28	51.90	11	57.90	2	28.60	1	50.00
	Bueno	26	48.10	8	42.10	5	71.40	1	50.00
Actitudes	Inadecuado	2	3.70	1	5.30	0	0.00	0	0.00
	Adecuado	52	96.30	18	94.70	7	100.00	2	100.00
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	1	14.30	0	0.00
	Regular	32	59.30	10	52.60	0	0.00	1	50.00
	Bueno	22	40.70	9	47.40	6	85.70	1	50.00

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 14 se observa que los conocimientos fueron predominantemente regulares en los NSE E y D, además que en el NSE C predominó el nivel bueno con 71.40%; mientras que en las actitudes el nivel adecuado fue predominante en todos los niveles socioeconómicos, con prevalencias entre el 94.70% y el 100%; así también las prácticas fueron mayormente regulares en los NSE E y D, mientras que en el NSE C predominó el nivel bueno con 85.70%.

Gráfico 9. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según nivel socioeconómico de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

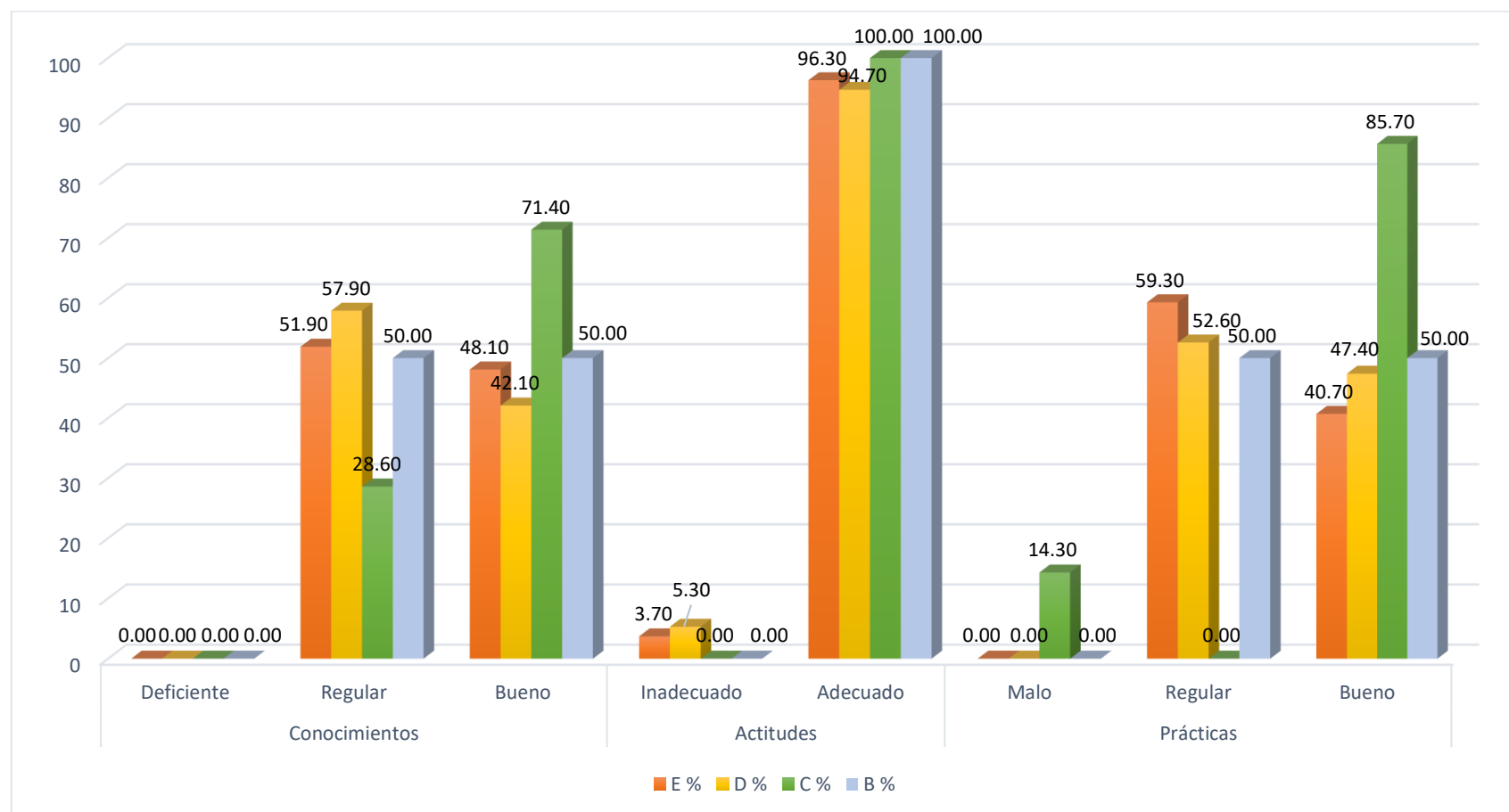


Tabla 15. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral de infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

CAP	Nivel socioeconómico								X²
	E		D		C		B		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Conocimiento									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X²=1.78 P=0.61
Regular	28	34,15	11	13,41	2	2,44	1	1,22	
Bueno	26	31,71	8	9,76	5	6,10	1	1,22	
Actitudes									
Inadecuado	2	2,44	1	1,22	0	0,00	0	0,00	X²=0.48 P=0.92
Adecuado	52	63,41	18	21,95	7	8,54	2	2,44	
Prácticas									
Malo	0	0,00	0	0,00	1	1,22	0	0,00	X²=17.58 P=0.01
Regular	32	39,02	10	12,20	0	0,00	1	1,22	
Bueno	22	26,83	9	10,98	6	7,32	1	1,22	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 15 se observa que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.58$) las prácticas de salud oral infantil y el nivel socioeconómico de los padres o cuidadores presenta relación estadísticamente significativa ($P<0.05$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no están relacionados significativamente.

Tabla 16. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores según tipo de hogar del preescolar de Uraca – Corire

		Tipo de Hogar					
		Nuclear biparental		Nuclear Monoparental		Hogar extendido	
		N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	21	51.20	2	50.00	19	51.40
	Bueno	20	48.80	2	50.00	18	48.60
Actitudes	Inadecuado	1	2.40	0	0.00	2	5.40
	Adecuado	40	97.60	4	100.00	35	94.60
Prácticas	Malo	0	0.00	0	0.00	1	2.70
	Regular	20	48.80	2	50.00	21	56.80
	Bueno	21	51.20	2	50.00	15	40.50

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 16 se observa que, respecto al nivel de conocimientos de salud oral infantil predominó el nivel regular en los tipos de hogar biparental y extendido con 51.20% y 51.40% respectivamente; mientras que las actitudes fueron predominantemente adecuadas con prevalencias entre el 94.60% y el 100%; así también las prácticas fueron mayormente regulares en el hogar extendido con 56.80% y buenas en el hogar nuclear biparental con 51.20%.

Gráfico 10. Nivel conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores según tipo de hogar del preescolar del distrito de Uraca – Corire

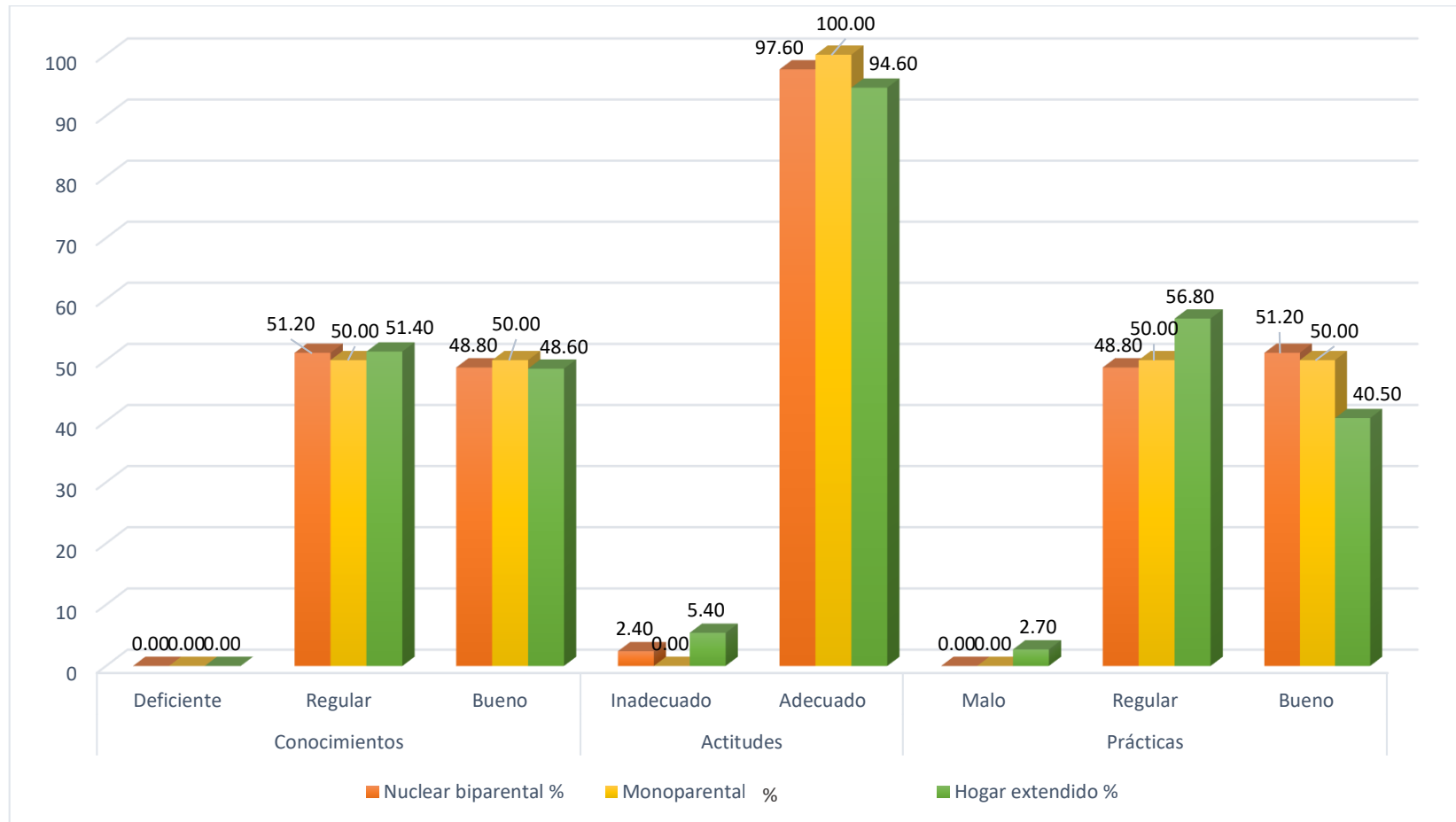


Tabla 17. Relación entre el tipo de hogar del preescolar y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire.

CAP	Tipo de hogar						X ²
	Nuclear		Monoparental		Hogar extendido		
	biparental						
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento							
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =0.00
Regular	21	25,61	2	2,44	19	23,17	P=0.99
Bueno	20	24,39	2	2,44	18	21,95	
Actitudes							
Inadecuado	1	1,22	0	0,00	2	2,44	X ² =0.64
Adecuado	40	48,78	4	4,88	35	42,68	P=0.72
Prácticas							
Malo	0	0,00	0	0,00	1	1,22	
Regular	20	24,39	2	2,44	21	25,61	X ² =1.94
Bueno	21	25,61	2	2,44	15	18,29	P=0.74

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 17 se observa que según la prueba de chi cuadrado el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral infantil no presentan relación estadísticamente significativa con el tipo de hogar de los niños ($P > 0.05$).

Tabla 18. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el seguro de salud de preescolares del distrito de Uraca – Corire

		Seguro de Salud							
		Ninguno		SIS		ESSALUD		Seguro Particular EPS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	4	33.30	26	56.50	11	50.00	1	50.00
	Bueno	8	66.70	20	43.50	11	50.00	1	50.00
Actitudes	Inadecuado	1	8.30	1	2.20	1	4.50	0	0.00
	Adecuado	11	91.70	45	97.80	21	95.50	2	100.00
Prácticas	Malo	1	8.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	7	58.30	25	54.30	10	45.50	1	50.00
	Bueno	4	33.30	21	45.70	12	54.50	1	50.00

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 18 se observa que, respecto al nivel de conocimientos de salud oral infantil, el nivel predominante en los participantes de la categoría ninguno fue el nivel bueno con 66.70%, mientras que en el resto de categorías predominó el nivel regular con prevalencias entre el 50% y 56.50%; por otro lado, las actitudes adecuadas predominaron en todas las categorías con prevalencias entre el 91.70% y 100%; así también predominaron las prácticas regulares en todas las categorías a excepción de los participantes con seguro de Essalud, quienes obtuvieron una prevalencia de 54.50% de buenas prácticas de salud oral infantil.

Gráfico 11. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según el seguro de salud de preescolares del distrito de Uraca – Corire

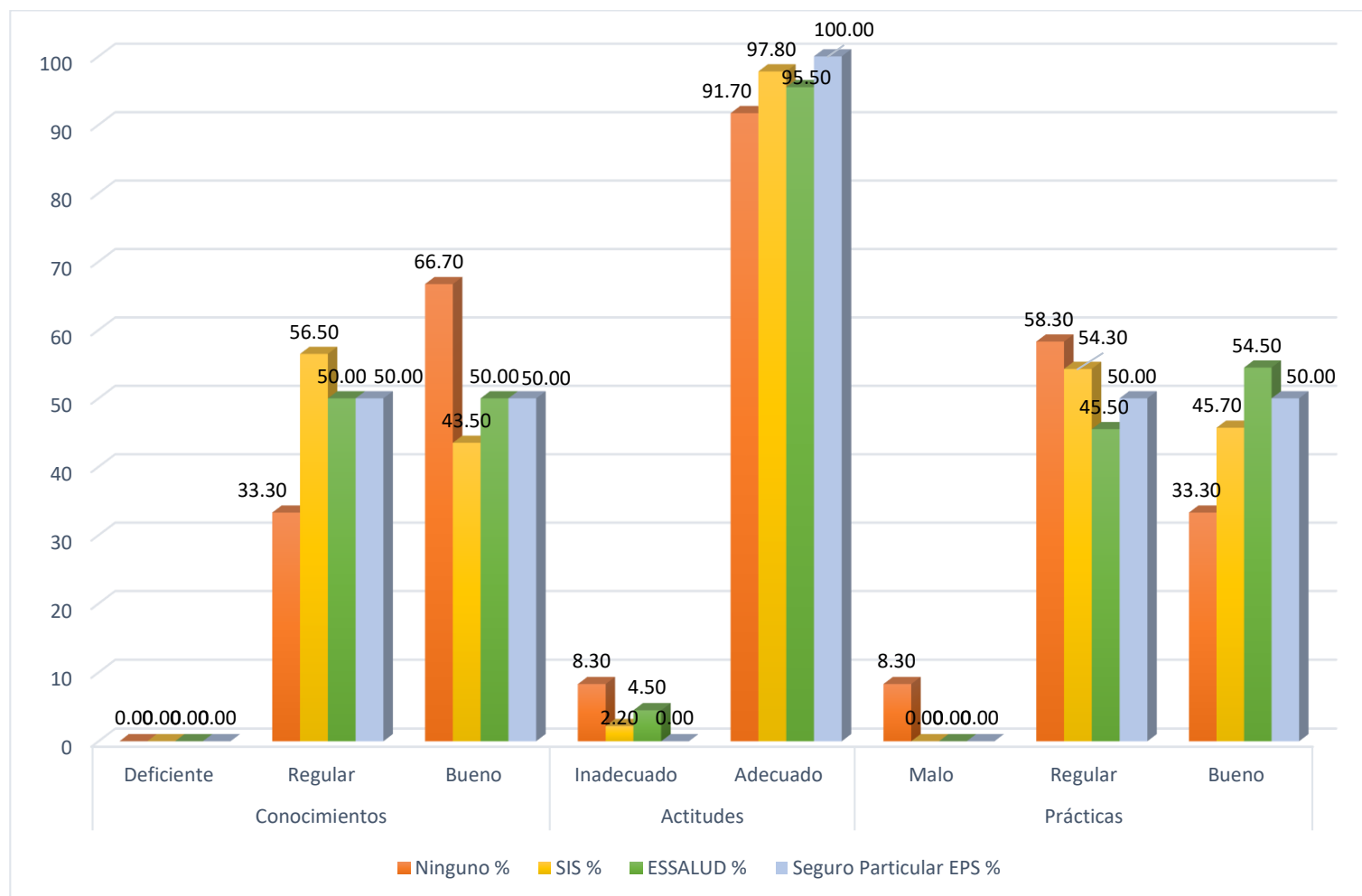


Tabla 19. Relación entre el seguro de salud de preescolares y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

CAP	Seguro de salud								X ²
	Ninguno		SIS		ESSALUD		EPS		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =2.06 P=0.55
Regular	4	4,88	26	31,71	11	13,41	1	1,22	
Bueno	8	9,76	20	24,39	11	13,41	1	1,22	
Actitudes									
Inadecuado	1	1,22	1	1,22	1	1,22	0	0,00	X ² =1.15 P=0.76
Adecuado	11	13,41	45	54,88	21	25,61	2	2,44	
Practicas									
Malo	1	1,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X ² =6.92 P=0.32
Regular	7	8,54	25	30,49	10	12,20	1	1,22	
Bueno	4	4,88	21	25,61	12	14,63	1	1,22	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 19 se observa que según la prueba de chi cuadrado el nivel de conocimiento, actitudes y las prácticas de salud oral infantil no presentan relación estadísticamente significativa con el seguro de salud de los preescolares ($P > 0.05$).

Tabla 20. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según número de hijos de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

		Número de hijos							
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Conocimientos	Malo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Regular	12	46.20	22	52.40	6	66.70	2	40.00
	Bueno	14	53.80	20	47.60	3	33.30	3	60.00
Actitudes	Inadecuado	2	7.70	0	0.00	0	0.00	1	20.00
	Adecuado	24	92.30	42	100.00	9	100.00	4	80.00
Prácticas	Malo	0	0.00	1	2.40	0	0.00	0	0.00
	Regular	14	53.80	21	50.00	4	44.40	4	80.00
	Bueno	12	46.20	20	47.60	5	55.60	1	20.00

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 20 se observa que, respecto al nivel de conocimientos de salud oral infantil, los participantes con 4 hijos tuvieron predominantemente un nivel bueno de conocimientos con 60%, mientras que los participantes con 3 hijos tuvieron mayormente un nivel regular de conocimientos con 66.70%; por otro lado las actitudes fueron predominantemente adecuadas en todas las categorías con prevalencias entre 80% y 100%; así también las prácticas fueron en su mayoría regulares en todas las categorías evaluadas, destacando los participantes con 3 hijos quienes obtuvieron una prevalencia de 55.60% de buenas prácticas de salud oral infantil.

Gráfico 12. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil según número de hijos de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

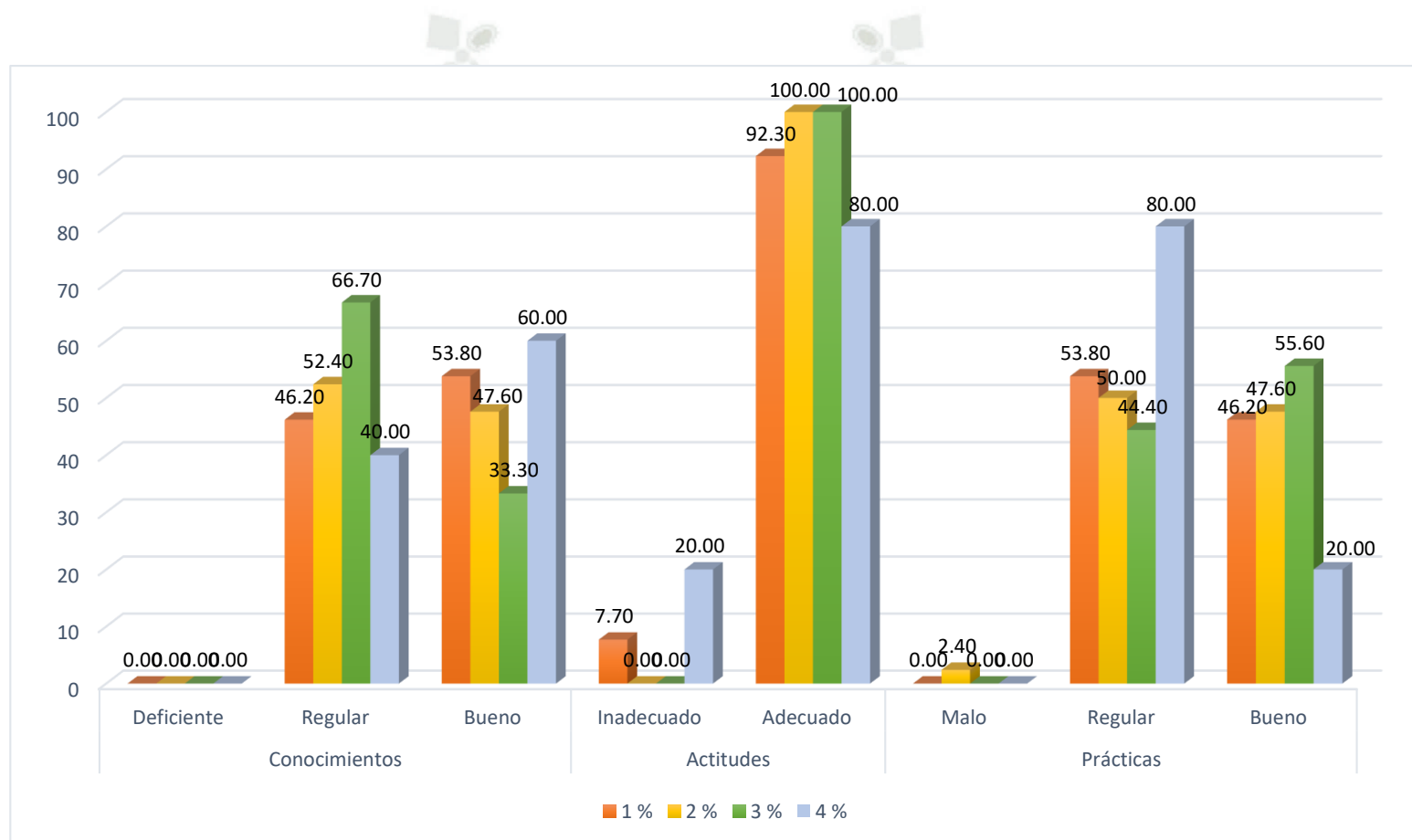


Tabla 21. Relación entre el número de hijos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil de padres o cuidadores del distrito de Uraca – Corire

CAP	Número de hijos								X²
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
Conocimiento									
Malo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	X²=1.40 P=0.70
Regular	12	14,63	22	26,83	6	7,32	2	2,44	
Bueno	14	17,07	20	24,39	3	3,66	3	3,66	
Actitudes									
Inadecuado	2	2,44	0	0,00	0	0,00	1	1,22	X²=6.92 P=0.07
Adecuado	24	29,27	42	51,22	9	10,98	4	4,88	
Practicas									
Malo	0	0,00	1	1,22	0	0,00	0	0,00	X²=2.77 P=0.83
Regular	14	17,07	21	25,61	4	4,88	4	4,88	
Bueno	12	14,63	20	24,39	5	6,10	1	1,22	

Fuente: Elaboración Propia.

En la Tabla 21 se observa que según la prueba de chi cuadrado el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral infantil no presentaron relación estadísticamente significativa con el número de hijos ($P > 0.05$).

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo, conocer los factores sociodemográficos, e identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire en el año 2020, con el fin de determinar la relación entre dichos factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en los mismos; para lo cual, teniendo en cuenta que las variables estudiadas poseían diversos indicadores y subindicadores cuyos resultados no podían ser agrupados e integrados en una sola escala o coeficiente por cada variable que permitiera realizar el análisis y comparación de dichos resultados, fue necesario analizar cada uno de estos individualmente realizando los cruces y comparaciones respectivas lo que permitió obtener diversa información descriptiva y relacional detallada de las variables de estudio y su interacción.

Por otro lado cabe mencionar que, si bien es cierto que las variables de la presente investigación han sido estudiadas en diversas investigaciones de forma individual, son pocas aquellas que contemplaron un nivel relacional de investigación con ambas variables, poblaciones de medios rurales, o la amplitud de indicadores de las variables estudiadas en la presente investigación, por lo que para el contraste de los resultados obtenidos en la misma, se realizó una revisión de investigaciones que contemplaran al menos alguna de las variables, o características similares a las de la presente investigación.

De lo anterior, al realizar la revisión de los diversos resultados obtenidos en contraste con los resultados obtenidos por otros investigadores a nivel local, nacional, e internacional, se pudo evidenciar algunas similitudes y discrepancias que serán descritas en el presente apartado.

Dicho esto, los resultados que obtenidos respecto a los factores sociodemográficos de padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca-Corire fueron los siguientes; respecto al parentesco el 89.02% de la muestra estuvo conformada por madres de los preescolares, el 50% tenían entre 30 a 39 años, el 54.88% eran convivientes, el 54.88% tenía el nivel educativo superior no universitario, el 40.24% tenía como ocupación amas de casa, el nivel socioeconómico predominante fue el de clase E con 65.85%, el 50.0% de los hogares de la muestra eran de tipo nuclear biparental, el 56.10% de los preescolares tenía como seguro de salud el SIS y el 51.22% de padres o cuidadores tenían 2 hijos.

En cuanto a las investigaciones internacionales, Gonzáles-Martínez et al. (2011) que realizaron su estudio en hogares infantiles de Cartagena-Colombia, donde se evaluaron a padres y cuidadores, de modo tal que los padres tuvieron un promedio de edad de 35 años, en cuanto al estrato socioeconómico, el más frecuente fue el uno (nivel más bajo) con 45.0%, siendo estos dos factores similares a los del presente estudio, mientras que respecto al régimen de salud al que se encontraban afiliados en núcleo familiar, el contributivo fue el de mayor frecuencia, con 51.0% y por último, el nivel de escolaridad más frecuente de los padres fue la secundaria completa con 55.5%, resultados que difieren con los de este estudio debido a que el régimen contributivo es equivalente en Perú a una seguro de salud privado, que en esta investigación solo representó el 2.44% y para finalizar el nivel educativo superior no universitario fue el de la mayoría de padres en esta investigación.

Guerrero et al. (2017) quien realizó su investigación en el colegio INEM con sede en Bucaramanga-Colombia, y evaluó a los padres de familia del nivel preescolar al quinto de primaria, de los cuales el 61 (73.4%) fueron mujeres y el 22 (26.5%) fueron varones, además el promedio de edad fue 35 años, mientras que en cuanto al estrato socioeconómico la mayoría perteneció al estrato uno siendo este el más bajo; de modo tal que estos resultados coinciden con los encontrados en la presente investigación, difiriendo solamente en cuanto

al nivel educativo donde el 41% de la muestra refirió que estudió hasta secundaria en contraste con el presente estudio donde la mayoría (54.88%) refirió tener instrucción superior no universitaria.

Jaramillo (2017) quien realizó su investigación en el centro de salud de Sangolquí en Quito-Ecuador, evaluó a las madres de niños menores de dos años donde el 31,25% tenía entre 26 a 30 años, el 35,94% tenía estado civil de casada, el 31.25% tenía de nivel educativo instrucción superior en curso, en cuanto al número de hijos el 48,44% manifestó que el menor era su único hijo, además de que la mayoría contó con una remuneración mensual de más de 2 salarios mínimos (40,63%), y el 35,94% contaba con un trabajo independiente, estos resultados difieren completamente con los del presente estudio debido a que en éste predomina una rango de edad mayor, el estado civil de conviviente, el nivel educativo superior no universitario, fue 2 el número de hijos que tuvo la mayoría de los padres o cuidadores que además predominantemente pertenecieron al nivel socioeconómico E, que implica una remuneración mensual menor a 2 salarios mínimos y además tuvieron mayormente como ocupación el de ama(o) de casa.

Respecto al ámbito nacional, se encuentra Ríos (2014) quién evaluó a las madres de familia de preescolares en el policlínico de Essalud de Pacasmayo-Trujillo y señaló que el 96,1 % de las madres tenían de 20 a más años; el 58% tenía 2 o más hijos y el 42% solo 1; mientras que el 81,2% fueron amas de casa; el 61,6% tenían nivel de instrucción secundaria; el 49% tenían estado civil conviviente y el 32% (83) fueron casadas, siendo estos resultados coincidentes con los de la presente investigación.

De acuerdo a Victorio (2017) que evaluó padres o cuidadores pertenecientes al centro educativo Inicial N 120 “Casuarinas” en Ventanilla-Lima, donde la mayoría fueron madres (84.8%), tuvieron de 20 a 29 años de edad (51.9%), con grado de instrucción secundaria (49.4%) donde solo un padre o cuidador fue analfabeto (1.2%), siendo estos datos

coincidentes con lo de esta investigación respecto al parentesco y la edad sin embargo discrepan respecto el grado de instrucción.

Ayala (2018) quien evaluó a madres de la IEP Juan Espinosa Medrano en el distrito de San Martín de porras en Lima, refirió que, respecto al grado de escolaridad, el 11,8% contó con primaria, 49,0% con secundaria y el 39,2% con educación superior; discrepando con nuestro estudio donde la mayoría (54.88%) refirió tener educación superior no universitaria.

Según Peña (2018) que realizó su investigación en preescolares y padres de instituciones educativas estatales en el distrito de Pachacámac-Lima, teniendo como resultados que la encuesta fue respondida por la madre en un 70.3%, respecto al tipo de hogar los preescolares viven con ambos padres (77.5%), más de la mitad de ellos tiene edades entre 30 y 39 años (56,0%), y referente a los ingresos familiares, el 97,8% declara que ganan menos de tres salarios mínimos, siendo resultados coincidentes con los de este estudio a, por otro lado un 76.4% tuvo educación secundaria a diferencia del presente estudio donde predominó la educación superior no universitaria (54.88%).

Vargas (2019), quien realizó su estudio en padres de preescolares de la I.E.I. Estrellitas de Fátima en Carabayllo, Lima-Perú, donde la mayor parte de los encuestados fue del sexo femenino (93%), es decir, en este caso, mayormente las madres son las que se ocupan del cuidado del preescolar, la edad promedio registrada es de 34 años, respecto al estado civil de los padres en su mayoría estaba conformado por los convivientes y/o casados (84%) y respecto al ingreso económico mensual de cada familia, el mayor porcentaje pertenece al estrato bajo (53%), siendo estos resultados coincidentes con la presente investigación y además en relación al sistema de salud, el mayor número estuvo afiliado a algún tipo de seguro ya sea SIS, Essalud o particular en un 92%, al igual que en nuestro estudio donde la mayoría está afiliado a un seguro de salud siendo así que todos estos resultados concuerdan con los de este estudio; por el contrario respecto al grado de instrucción donde el mayor

porcentaje lo conformaron los padres que solo han cursado el nivel secundario (67%) y sobre la ocupación, la mayor parte la conformaron los padres sin empleo (65%), siendo estos últimos dos resultados diferentes a los de esta investigación, debido a que la mayoría de padres tuvo como nivel educativo el superior no universitario (54.88%) y como ocupación el de ama(o) de casa (40.24%).

Y en cuanto al ámbito local, Aguilar (2021) quien realizó su investigación en padres de la IEI Zamácola en Cerro Colorado-Arequipa, encontró que el 84% son madres y el 16% son padres; y en cuanto al grado de instrucción se tiene que el 1% presenta nivel primario, el 44% secundario, el 50% superior y el 5% no presenta ningún grado de instrucción, siendo estos datos también similares a los de esta investigación, donde además resulta importante mencionar que esta investigación fue la más cercana al presente estudio en el aspecto territorial.

Es así que, como conclusión de este primer apartado de la discusión, se puede denotar que en la mayoría de investigaciones tomadas en cuentas respecto a la variable de factores sociodemográficos se evaluaron los indicadores de parentesco, edad y nivel educativo; es por esto que surgió la necesidad de incluir en este trabajo de investigación otros indicadores los cuales fueron estado civil, ocupación, Nivel socioeconómico, tipo de hogar, seguro de salud y número de hijos; indicadores que demostraron tener asociación con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores, lo cual se pudo comprobar en los resultados.

Ahora bien, de acuerdo a la segunda variable que identifica el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de prescolares del distrito de Uraca-Corire, siendo así que el 51.22% presentó nivel de conocimiento regular y el 48.78% nivel de conocimiento bueno, mientras que ningún padre o cuidador presentó nivel malo de conocimiento; por otro lado, el 96.34% de adultos tuvo actitudes adecuadas y el

3.66% actitudes inadecuadas; y respecto a las prácticas; el 54.44% de los padres o cuidadores tuvo prácticas regulares, el 46.4% prácticas buenas y el 1.22% prácticas malas de salud oral infantil. Se acentúa que respecto a esta variable solo se tomarán en cuenta aquellas investigaciones que evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas a nivel general.

Dicho esto Gonzáles-Martínez et al. (2011) concluyó que de acuerdo a los conocimientos observados en los participantes de su estudio, la mayor frecuencia fue para el nivel bueno con 58.9%; respecto a las actitudes, la mayor frecuencia fue para los valores favorables con 74.5% y en cuanto a las prácticas se hizo un análisis cuantitativo respecto a los distintos indicadores siendo así que en este aspecto se encontró una alta frecuencia de padres y niños que estuvieron totalmente en desacuerdo en visitar al odontólogo solo por esta causa y resaltaron otras más recomendables como control y prevención; encontrándose concordancias con la presente investigación respecto a las actitudes debido a que en este estudio también predominó el nivel adecuado, pero discrepancias respecto a los conocimientos y prácticas.

Ayala (2018) concluyó que en cuanto al conocimiento el 72,5% fue regular, respecto a las actitudes el 84,3% tienen una actitud positiva y sobre las prácticas que se clasificaron en buenas, pobres y malas, siendo pobres en un 60,8%, asimismo Ríos (2014) refirió que el nivel de conocimientos fue bueno en el 67.5 % , la actitud de las madres fue adecuada en un 80.8% y en relación a las prácticas, estas fueron regulares en el 87.7%, siendo los resultados de estos autores concordantes a los de esta investigación.

Según de la Cruz (2018), el nivel de conocimientos maternos sobre salud oral infantil fue regular en el 59.4%, respecto a las actitudes el 51.9% presentó actitudes adecuadas, y sobre las prácticas el 63.1% tuvo prácticas consideradas regulares, siendo estos resultados muy parecidos a los nuestros donde en el mismo orden los conocimientos fueron regulares, las

actitudes adecuadas y las prácticas regulares predominantemente, además hay que resaltar que este en estudio se empleó el mismo instrumento de la presente investigación.

Vargas (2019) en su investigación solo evaluó respecto al nivel de conocimientos de salud bucal con las categorías de muy bueno, bueno, regular y deficiente, donde obtuvo como resultados conocimientos buenos en un 58.2% y regulares en un 31.7%, asimismo Aguilar (2021) quien evaluó respecto al nivel de conocimiento de salud bucal en padres, determinó que este fue muy bueno en el 1%, bueno en el 23%, regular en el 61% y deficiente en el 15%; dichos resultados se asemejan con los del presente estudio debido que pese a que ambos autores consideraron una escala con distintas categorías al de este estudio el nivel más predominante fue el promedio.

Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.85$) se observó que las prácticas de salud oral y la edad de los padres o cuidadores presentaron relación estadísticamente significativa ($P=0.03$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no están relacionados significativamente, Asimismo, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.59$) las actitudes sobre salud oral y el estado civil de los padres o cuidadores presentaron relación estadística significativa ($P=0.01$), mientras que el nivel de conocimiento y las prácticas no estuvieron relacionadas significativamente, también según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.85$) las prácticas sobre salud oral y el nivel educativo de los padres o cuidadores presentaron relación estadísticamente significativa ($P=0.03$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no estuvieron relacionados significativamente. Además, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17.58$) las prácticas de salud oral infantil y el nivel socioeconómico de los padres o cuidadores presentaron relación estadística significativa ($P<0.01$), mientras que el nivel de conocimiento y las actitudes no están relacionados significativamente; además según la prueba de chi el nivel de

conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral infantil no presentaron relación estadísticamente significativa con el sexo, la ocupación, el acceso al seguro de salud, el tipo de hogar, el número de hijos y el parentesco con los niños de los padres o cuidadores ($P>0.05$).

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente respecto a la relación entre las variables de investigación, Gonzáles-Martínez et al. (2011) estableció relaciones entre los conocimientos, actitudes y prácticas con las variables sociodemográficas mediante la prueba de chi cuadrado, de modo tal que se observaron relaciones estadísticamente significativas entre los niveles de conocimientos con el estrato socioeconómico ($p=0.05$), resultado que discrepa con el del presente estudio donde no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p>0.05$).; además también se estableció que los padres pertenecientes al nivel socioeconómico medio/alto, obtuvieron mejor nivel de conocimientos respecto a los del nivel bajo; esto último concuerda con este estudio donde los conocimientos fueron predominantemente regulares en los NSE E y D, mientras que en el NSE C predominó el nivel de conocimiento bueno con 71.40%, referente a la relación entre prácticas y estrato socioeconómico, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.04$), al igual que la presente investigación donde se encontró relación entre estas dos variables con un ($P=0.01$)

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente respecto a la relación entre las variables de investigación, Jaramillo (2017) también relacionó estas dos variables en su estudio mediante la prueba de chi cuadrado y en sus resultados se evidenció similitudes con la presente investigación debido a que no encontró relación entre el nivel de conocimientos y la edad ($p=0.198$), el estado civil ($p=0.352$), tampoco entre el nivel de conocimientos y el número de hijos ($p=0.169$), la remuneración ($p=0.529$) y el tipo de ocupación ($p=0.456$), pero a diferencia de nuestra investigación si encontró relación estadísticamente significativa

entre el nivel de conocimientos con el grado de instrucción alcanzado ($p=0.015$) al igual que con el número de personas que viven el hogar ($p=0.015$).

Ríos (2014) relacionó el nivel de conocimientos sobre salud oral de las madres con los factores sociodemográficos mediante la prueba de chi cuadrado donde encontró que existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de las madres con la edad ($p<0.05$) y entre el nivel de conocimientos y la ocupación, asimismo al evaluar la relación entre las actitudes sobre salud oral de las madres y los factores sociodemográficos obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la actitud y el nivel de instrucción ($p<0.05$) y por último al relacionar la práctica sobre salud oral de las madres y los factores sociodemográficos encontró relación estadísticamente significativa entre la actitud y la ocupación ($p<0.01$) siendo estos datos discrepantes a los de nuestra investigación donde no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre estos indicadores sin embargo se encontró concordancia entre la relación de la actitud y el estado civil, debido a que según la prueba de chi cuadrado también se encontró relación estadísticamente significativa entre estos indicadores $p=0.01$ en este estudio.

Victorio (2017) quien primero evaluó el nivel de conocimiento de los padres o cuidadores según características sociodemográficas, donde se observó que el 73.1% de las madres tuvieron un nivel regular, este dato concuerda con los del presente estudio ya que la mayoría de las madres (50.70%) presentó un nivel regular de conocimientos; también determinó que la mitad de los padres tuvo un nivel malo de conocimientos, este resultado difiere con el de esta investigación donde por el contrario el 55.60% de padres presentó un nivel de conocimientos regular de salud oral infantil; además respecto al nivel de conocimiento de salud bucal en relación al grado de instrucción de los padres o cuidadores, se observó que la mayoría tuvo un nivel de conocimiento regular, dato que tiene concordancia con el de esta investigación. En relación al tipo de actitudes la mayoría de madres presentaron actitudes

inadecuadas (62.7%), mientras que la mayoría de los padres presentaron actitudes adecuadas (58.3%), resultados que difieren con los de la presente investigación donde la mayoría de madres y padres presentaron actitudes adecuadas; en relación a la edad, la mayoría de padres o cuidadores presentaron actitudes inadecuadas y respecto al grado de instrucción presentaron actitudes adecuadas en su mayoría los padres o cuidadores de instrucción primaria y técnica mientras que los de instrucción analfabeto, secundaria y superior presentaron actitudes inadecuadas, estos últimos resultados defieren con los de esta investigación donde en relación a las actitudes y los factores sociodemográficos descritos, predominantemente los padres o cuidadores presentaron actitudes adecuadas. Con respecto al nivel de prácticas el 62.7% de las madres presentaron prácticas regulares, respecto a los padres donde el 41.7% presentaron prácticas buenas; lo cual es concordante a esta investigación donde el 53.40% de madres presentó también nivel de prácticas regulares y el 55.60% de padres presentó nivel bueno de prácticas; y en cuanto al nivel de instrucción, los padres o cuidadores de instrucción primaria, secundaria y técnica tuvieron en mayor proporción un nivel de práctica regular, lo cual concuerda con este estudio; mientras que los de instrucción superior tuvieron un nivel de práctica malo (66.7%), siendo estos últimos resultados discrepantes con los de esta investigación donde el nivel superior presentó en un 58.30% nivel de prácticas bueno.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores sociodemográficos más predominantes en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca-Corire fueron respecto al parentesco que el 89.02% de la muestra estuvo conformada por madres de los preescolares, el 50.00% tenían entre 30 a 39 años, el 54.88% eran convivientes, el 54.88% tenía el nivel educativo superior no universitario, el 40.24% tenía como ocupación ama de casa, el nivel socioeconómico con mayor prevalencia fue el de clase E con 65.85%, el 50.00% de los hogares de la muestra eran de tipo nuclear biparental, el 56.10% de los preescolares tenía como seguro de salud el SIS y el 51.22% de padres o cuidadores declaró tener dos hijos.

SEGUNDA: Respecto al nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca-Corire, el 51.22% presentó nivel regular de conocimiento de salud oral infantil y el 48.78% nivel bueno, mientras que ningún padre o cuidador presentó nivel malo de conocimiento; por otro lado, el 96.34% de adultos tuvo actitudes adecuadas y el 3.66% actitudes inadecuadas; y respecto a las prácticas, el 54.44% de los padres o cuidadores tuvo prácticas regulares, el 46.34% prácticas buenas y el 1.22% prácticas malas de salud oral infantil.

TERCERA: Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, se hallaron únicamente relaciones estadísticamente significativas entre las prácticas de salud oral infantil y la edad de los padres o cuidadores ($X^2=13.85$ y $P=0.03$), el nivel educativo de los padres o cuidadores ($X^2=13.85$ y $P=0.03$) y el nivel socioeconómico de los padres o cuidadores ($X^2=17.58$ y $P=0.01$); así como también entre las actitudes de salud oral infantil y el estado civil de los padres o cuidadores ($X^2=13.59$ y $P=0.01$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades municipales del sector salud y educación del distrito de Uraca-Corire considerar los resultados evidenciados en la presente investigación, a fin de potenciar la eficacia de los programas preventivos promocionales de salud oral vigentes y/o para el desarrollo e implementación de nuevos programas mejor orientados a la población objeto de intervención.
2. Se recomienda ampliar la presente investigación usando métodos de muestreo probabilístico, aleatoriamente determinado y representativo considerando también otros agentes intervinientes en la transmisión de hábitos de salud oral tales como profesores, y otros factores sociodemográficos que podrían tener relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil.
3. Se recomienda ampliar la investigación optando por una técnica de recolección de datos presencial que permita concientizar a los participantes de mejor manera, lo cual podría disminuir la cantidad de evaluaciones inválidas y sesgos, mejorando así la calidad y fiabilidad de los resultados.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Heckman J. Invertir en la Primera Infancia. Encycl Early Child Dev [Online] [Internet]. 2004;1–2. Available from: <http://www.encyclopedia-infantes.com/importancia-del-desarrollo-de-la-primera-infancia/segun-los-expertos/invertir-en-la-primera-infancia>
2. Cuenca Sala E, García Baca P, editors. Odontología preventiva y comunitaria. 4th ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2013.
3. Salud bucodental [Internet]. [cited 2020 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. Martínez Fierro C, Parco Fernández E, Yalli Clemente A. Factores Sociodemográficos en el Cuidador Primario del Paciente Pediátrico con Leucemia en un Instituto Especializado. [PREGRADO][TESIS]. Lima; 2018.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Misión y Visión INEI [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/mision-y-vision/>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. 2017;
7. Diccionario real de la academia española. parentesco | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://dle.rae.es/parentesco>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares. 2019 Dec;
9. Santa María AY, Acevedo S. El lugar de la mujer en la salud de las familias. Jornadas Investig Docencia, Extensión y Ejerc Prof. 2017;5.
10. Diccionario de la Lengua Española. Definición Edad [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://dle.rae.es/edad>

11. Diccionario de la Lengua Española. Definición de edad - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://definicion.de/edad/>
12. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación la C y la C. Estructura general del sistema educativo. 1991;
13. García ZJ. Perú: Evolución de los Indicadores de Empleo e Ingresos por Departamento, 2007-2018. Recuperado de [Consulta: 02 de mayo del 2020]. Inst Nac Estad e Inform [Internet]. 2019;578. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1678/libro.pdf
14. Ministerio de Trabajo. Glosario de Término de Temas de Empleo. Terminología. 2012;
15. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú | Ipsos [Internet]. [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
16. Seguros de salud del Perú Gobierno del Perú [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud-del-peru>
17. Pérez AGÁ, Fariñas AG, Gorbea MB. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cuba Salud Publica. 2007;33(2):1–16.
18. Martínez Pérez M. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. Rev Médica Electrónica. 2009;31(6).
19. Marks G. Family size, family type and student achievement: cross-national differences and the role of socioeconomic and school factors. J Comp Fam Stud. 2006;37(1):1–24.

20. Holman A. 1. Holman A. Enuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. Save Child [Internet]. 2012;124. Available from:
http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/kap_report_sp_hi-res_0.pdfE. Save Child. 2012;124.
21. Infoagro.org. El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). Taller "Formación Sist [Internet]. 2008;5. Available from:
<http://www.actaf.co.cu/biblioteca/cooperacion/taller-qformacion-de-sistematizadoresq/el-analisis-cap-conocimientos-actitudes-y-practicas.html>
22. Ramírez A V. La teoría del conocimiento en investigación científica. Am Coll Occup Environ Med [Internet]. 2009;70(3):217–24. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext
23. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. CES Odontol. 2004;17(1):19–29.
24. Harris N, García-Godoy F. Odontología Preventiva Primaria. 2nd ed. México DF: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2005. 529 p.
25. Guerrero J, Infante D, Ortega Y, Salazar L. Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Padres de Familia sobre Salud Bucal en el Colegio INEM Sede Escuela San Martin de Bucaramanga. [PREGRADO][TESIS] [Internet]. 1st ed. Santander; 2017. Available from:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10301/JulyGuerrero-DerlyInfante-YuselyOrtega-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Victorio-Pérez J, Mormontoy-Laurel W, Díaz-Pizán ME. Conocimientos, actitudes y

- prácticas de padres/ cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. Rev Estomatológica Hered. 2019;29(1):70.
27. Salud M de. Guia de practica clinica para la prevencion, diagnostico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Guía Técnica [Internet]. 2017;41. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322902/Guía_de_práctica_clínica_para_la_prevenición__diagnóstico_y_tratamiento_de_la_caries_dental_en_niñas_y_niños__Guía_técnica20190621-17253-1sj2h61.pdf
 28. Achahui P, Albinagorta M, Arauzo C, Cadenillas A, Céspedes G, Cigueñas E, et al. Caries de Infancia Temprana: Diagnóstico e Identificación de Factores de Riesgo. Vol. 13. 2014.
 29. de la teja ángeles E, lona cervantes P, Madrigal gerardo elías, belmont laguna F, téllez rodríguez J, cadena galdos A, et al. Erupción dentaria. Pediatr Integr [Internet]. 2001;6(3):229–40. Available from: <http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1576/1/ActPed2000-28.pdf>
 30. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica. 1st ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericcana; 2010.
 31. ADA. Desarrollo de los dientes: dientes primarios. Desarro los dientes dientes primarios [Internet]. 2012;2012. Available from: https://www.ada.org/en/~media/MouthHealthy/Files/Resources/ActivitySheets/Fun/OralHealth/ADA_PrimaryToothDev_Sp
 32. Ponce Tejada D, Vergara Pinto B. Promoción de la Salud Bucal. Cartilla Informativa para la promoción de la salud bucal. 2015. 16 p.
 33. Agurto V. P, Díaz M. R, Cádiz D. O, Bobenrieth K. F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a

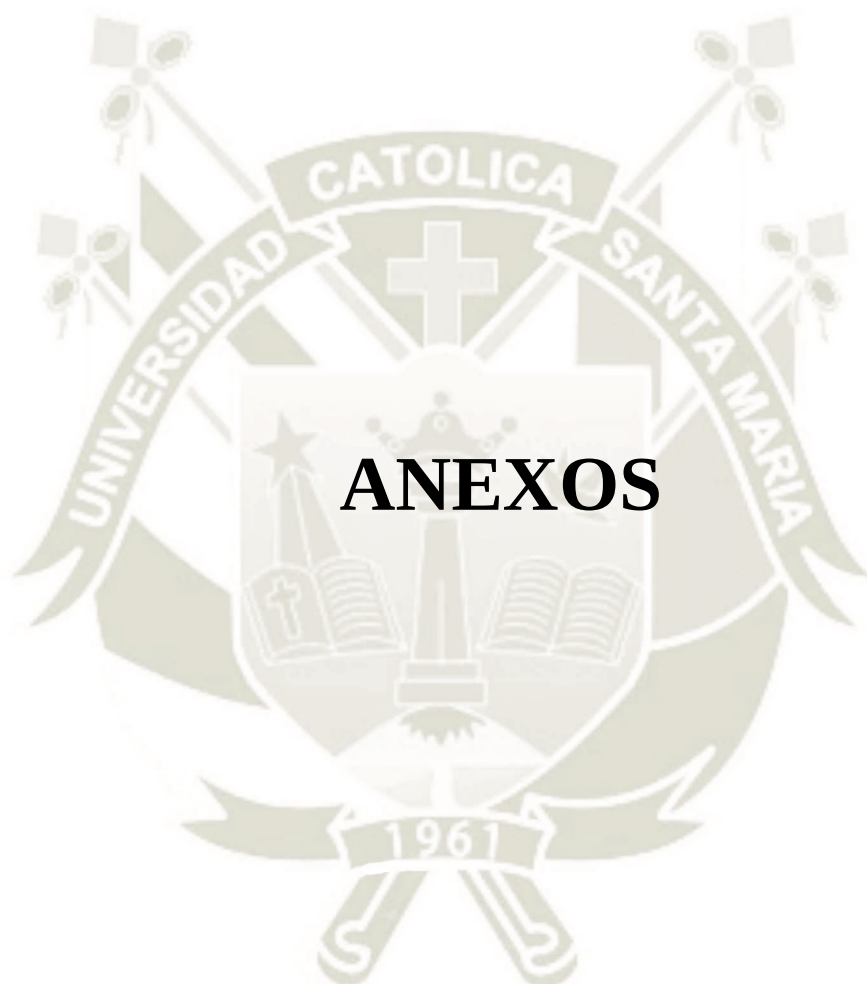
- 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chil pediatría [Internet]. 1999 Nov [cited 2021 Apr 19];70(6):470–82. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Gutiérrez, Irene; Rodríguez, Julio César; Quiñonez, Luz; Corona, Agustín; Aguiar, Emma; Guerrero M. Manual de Prácticas Clínicas de la Unidad de Aprendizaje de Odontopediatría Avanzada [Internet]. 2014. 1–92 p. Available from: www.ecorfan.org
 35. Instrucciones de higiene oral específicas para cada edad [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/higiene-oral-para-cada-edad>
 36. Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES Odontol. 2016;52–64.
 37. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal Infantil para pediatras. 2017;1–8. Available from: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Imprenta.pdf>
 38. Duggal M, Angus C, Jack T. Odontología Pediátrica [Internet]. 1ra ed. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2013 [cited 2021 May 1]. 120 p. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=uqz-CAAAQBAJ&pg=PT55&dq=tratamientos+preventivos+en+odontología+para+niños&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiwke-C7KnwAhX9qZUCHeLODagQ6AEwA3oECAIQAg#v=onepage&q=tratamientos preventivos en odontología para niños&f=false>
 39. González-Martínez F, Sierra Barrios CC, Morales Salinas LE. Conocimientos,

- actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53(3):247–57.
40. Jaramillo N, Núñez A, Armas A del C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene bucal de madres de niños de 1 a 2 años que frecuentan el Centro de Salud de Sangolquí, Quito, Ecuador. Kiru. 2017;14(1):53–7.
 41. Ríos Angulo CM. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Madres de Familia sobre Salud Oral en Preescolares, en el Policlínico Pacasmayo Essalud, 2014. [PREGRADO][TESIS]. Univesidad Privada Antenor Orrego; 2014.
 42. Victorio JM. Relación entre Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/ cuidadores y el estado de Salud Bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 Casuarinas. Distrito de Ventanilla, año 2017. Univ Peru Cayetano Hered [Internet]. 2017;94. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/954/Relacion_VictorioPerez_Jhoana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 43. Ayala Prado JI. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Madres sobre Salud Bucal en Relación con el Estado de Higiene Bucal de Niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016. [PREGRADO][TESIS] [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2018. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1471>
 44. Peña Huamani YY. Impacto de los Factores Sociodemográficos Familiares sobre la Callidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal en los Niños de Tres a Cinco Años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Pachacámac, 2017. [PREGRADO][TESIS]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
 45. De La Cruz H. Conocimientos, Actitudes Y Practicas Maternas Sobre Salud Oral Infantil Y Estado De Salud Bucal En Niños Preescolares, Junín.

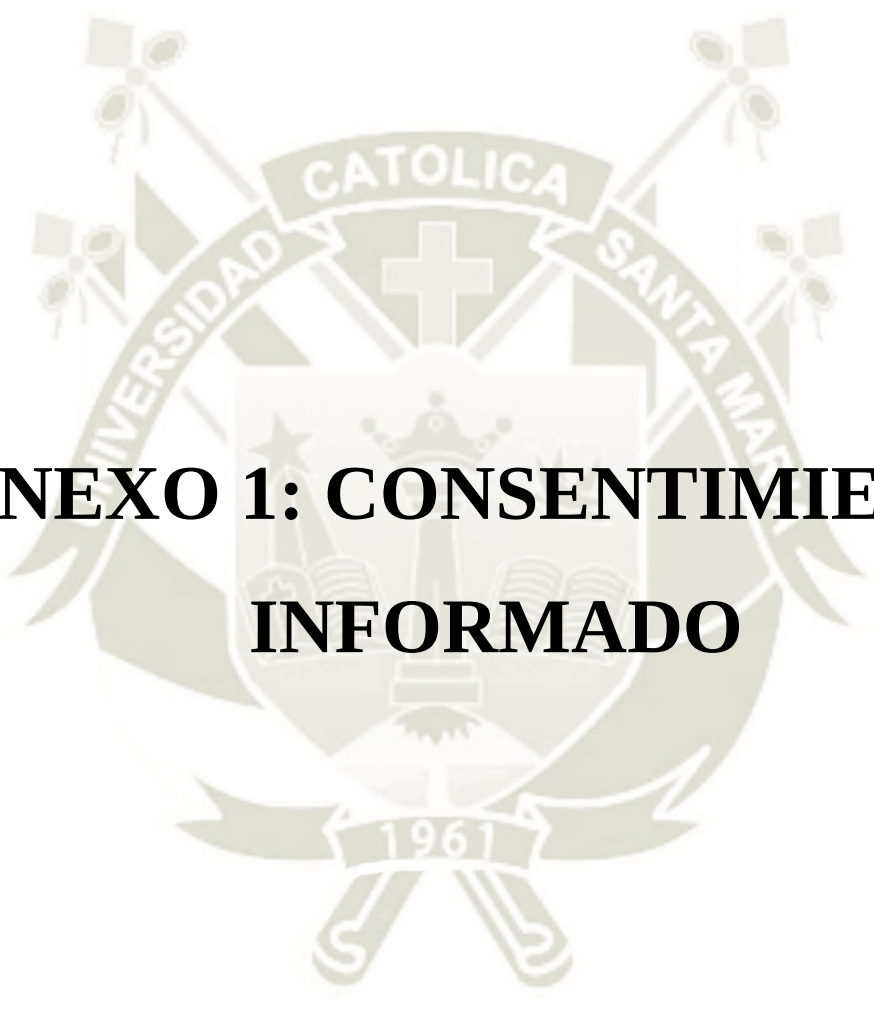
[POSGRADO][TESIS]. Junín; 2018.

46. Vargas Castañeda KM. Factores sociodemográficos y conocimientos de salud bucal del padre responsable del cuidado del preescolar y su asociación con la calidad de vida relacionado a la salud bucal del niño. [PREGRADO][TESIS]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
47. Aguilar Sierra PM. Nivel de Conocimiento de los padres sobre salud bucal en niños de la institución educativa inicial Zamacola, Distrito de Cerro Colorado, Arequipa 2020. Universidad Católica de Santa María; 2021.





ANEXOS



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación que lleva por título: “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN PADRES O CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE URACA - CORIRE, PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA - 2020”, tiene como objetivo general determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil en padres o cuidadores de preescolares del distrito de Uraca – Corire.

Usted ha sido invitado a participar de este proyecto, el cual está siendo desarrollado por la Bachiller Rosario Gimena Nauca Dávila, con fines de obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista, es importante que considere que la información entregada será confidencial y anónima, esta será analizada por la investigadora y no se podrá identificar las respuestas de cada participante de modo personal.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, por favor contestar de forma honesta, ya que es indispensable para los fines del mismo, la información obtenida será guardada por la investigadora en las dependencias de la Universidad Católica de Santa María y será utilizada sólo para este estudio.

Para cualquier duda o consulta puede enviar un mensaje al siguiente correo electrónico:

rnaucad@hotmail.com

***Obligatorio**

1. Con respecto a lo expuesto anteriormente ¿desea participar en la investigación? *

Marca solo un óvalo.

☐ Acepto

☐ No Acepto



ANEXO 2: MODELO DEL INSTRUMENTO

Datos del responsable del cuidado del niño(a) que actualmente cursa el nivel inicial y por el cual recibió la invitación para participar en el presente estudio

Responder y
marcar cada
pregunta

¿Cuál es su parentesco con el niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Soy la Madre
- ☐ Soy el Padre
- ☐ Soy el(la) Hermano(a)
- ☐ Soy el(la) Abuelo(a)
- ☐ Soy el(la) Tío(a)
- ☐ Soy el(la) Tutor(a) legal
- ☐ Otros: _____

Mi edad es: *

Mi sexo es: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

Mi estado civil es: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Casado(a)
- ☐ Conviviente
- ☐ Soltero(a)
- ☐ Viudo(a)
- ☐ Divorciado(a)

Mi último nivel educativo concluido es: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Inicial
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior no universitaria
- ☐ Superior universitaria

Mi ocupación es: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Trabajador(a) del hogar (persona que presta servicios en una vivienda y recibe remuneración)
- ☐ Empleador(a) (persona que es director o titular en una empresa y contrata trabajadores a su cargo)
- ☐ Trabajador(a) Familiar no Remunerado (persona que presta sus servicios en una empresa o negocio sin percibir sueldo, y que tiene lazos de parentesco con su empleador(a))
- ☐ Trabajador Independiente (persona que trabaja en forma individual o asociada y sin trabajadores remunerados a su cargo)
- ☐ Asalariado(a) (persona que se encuentra contratada por un empleador y recibe un sueldo)
- ☐ Ama(o) de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin empleo

El ingreso mensual aproximado de la familia del niño(a) es: (escribir el monto aproximado) *

El número de hijos que tengo es: *

Las personas que viven actualmente con el niño(a) son: (puede seleccionar más de 1 alternativa) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Hermano(a)(s)
- ☐ Abuelo(a)(s)
- ☐ Padrastro
- ☐ Madrastra
- ☐ Tío(a)(s)
- ☐ Primo(a)(s)

Otros: ☐ _____

El niño(a) es el(la): *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1er(a) hijo(a)
- ☐ 2do(a) hijo(a)
- ☐ 3er(a) hijo(a)
- ☐ 4to(a) hijo(a)
- ☐ 5to(a) hijo(a)
- ☐ 6to(a) hijo(a)
- ☐ Otros: _____

El seguro de salud con el que cuenta el niño(a) es: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Seguro Particular EPS (RIMAC, Pacifico, etc)
- ☐ ESSALUD
- ☐ SIS
- ☐ Ninguno
- ☐ Otros: _____

Conocimientos sobre
Salud Oral Infantil

Lea detenidamente las preguntas que a continuación se presentan y marque la alternativa que mejor exprese su punto de vista:

1. ¿La caries puede aparecer en niños menores de 3 años? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

2. ¿El primer diente en la boca del niño(a) puede aparecer a partir de los 6 meses? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

3. ¿A la edad de 3 años los 20 dientes de leche están completos en boca? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

4. ¿El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

5. ¿El cambio de biberón a taza debería iniciarse a partir del 1er año? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

6. ¿La higiene oral del niño(a) después de cada comida debería realizarse incluso antes de que aparezca el primer diente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

7. ¿Cepillar los dientes del niño(a) es importante para su salud oral? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

8. ¿Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir la caries? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

9. ¿Es necesario curar o restaurar las caries en los dientes de leche? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

10. ¿Cuándo un niño(a) se succiona el dedo o usa chupón, afectará a sus dientes? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

11. ¿La caries dental aparece por el consumo de dulces? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

12. ¿La caries dental se puede presentar como una mancha blanca en el diente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

13. ¿El cepillado debe realizarse solo antes de las comidas? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

14. ¿El cepillo del niño(a) debe cambiarse cada mes? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

15. ¿Son tratamientos preventivos el uso de sellantes y flúor? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

16. ¿Son importantes los dientes de leche? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

17. ¿Para realizar la higiene oral en el niño(a) únicamente se puede usar crema dental? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

18. ¿La caries dental puede ser hereditaria? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

19. ¿Es importante cepillar al niño(a) después de cada comida? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No sé

20. ¿El niño(a) debe cepillarse también estando en el jardín? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

21. ¿Es necesario visitar al dentista como mínimo 2 veces al año? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

22. ¿Perder los dientes de leche antes de tiempo puede afectar la posición de los dientes de adulto? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

23. ¿La higiene oral implica el cepillado dental y la limpieza de la lengua? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

24. ¿La caries es una enfermedad multifactorial del diente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

25. ¿Son tratamientos preventivos las curaciones dentales? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
☐ No
☐ No sé

ACTITUDES HACIA LA
SALUD ORAL INFANTIL

Lea detenidamente las preguntas que a continuación se presentan y marque la alternativa que mejor exprese su punto de vista:

1. Pienso que es correcto besar al niño(a) en la boca. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

2. Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del niño(a). *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

3. Considero que alimentar al niño(a) por la noche y no cepillarlo(a) después puede causar caries. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

4. Pienso que una alimentación frecuente en golosinas puede causar caries. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

5. Pienso que los dientes de un niño(a) deben ser cepillados. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

6. Pienso que el(la) niño(a) es capaz de lavarse los dientes por sí mismo. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

7. Opino que tragar crema dental puede causar daño a la salud del niño(a). *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

8. Opino que el uso prolongado de biberón puede causar problemas en los dientes del niño(a). *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

9. Opino que los dientes de los niños deben empezar a limpiarse a partir del 1er año. *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

10. Pienso que el sangrado de las encías es normal. *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

11. Considero que la visita al dentista debe ser solo cuando hay dolor de diente o hinchazón.

*

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

12. Considero necesario realizar la higiene oral todos los días. *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

13. Opino que no es necesario cepillar al niño(a) por las noches. *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

14. Pienso que la aplicación de sellantes no es necesaria en el niño(a). *

Marca solo un óvalo.

☐ Verdadero

☐ Falso

☐ No sé

15. Opino que los dientes temporales no son importantes porque van a cambiar pronto. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

16. Es importante cuidar los dientes de leche hasta que cambien. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

17. Si un diente de leche tiene caries no vale la pena curarlo pienso que es mejor sacarlo. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

18. Es necesario visitar al dentista cuando se tiene los dientes sanos. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

19. Considero que no es necesario limpiar la lengua durante el cepillado. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

20. Pienso que la cantidad de crema dental que se usa para el cepillado de los dientes del niño(a) es del tamaño de una arveja. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

21. Pienso que el tamaño del cepillo no es importante. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Verdadero
☐ Falso
☐ No sé

PRÁCTICAS DE
SALUD ORAL
INFANTIL

Lea detenidamente las preguntas que a continuación se presentan y marque la alternativa que mejor exprese su punto de vista:

1. ¿Sopla la comida para enfriarla antes de dársela al niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
☐ Frecuentemente
☐ A veces
☐ Nunca

2. ¿Qué tan seguido le da alimentos dulces al niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
☐ Frecuentemente
☐ A veces
☐ Nunca

3. ¿Qué tan seguido le da líquidos o jugos dulces al niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
☐ Frecuentemente
☐ A veces
☐ Nunca

4. ¿Qué tan seguido le da agua pura al niño(a) después de las comidas? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
☐ Frecuentemente
☐ A veces
☐ Nunca

5. ¿Qué tan seguido realiza la higiene oral en el niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

6. ¿Con que frecuencia lleva al niño(a) al odontólogo? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

7. ¿Hace algún esfuerzo por mejorar sus conocimientos sobre salud oral? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

8. ¿Lleva al niño(a) al odontólogo para tratamientos preventivos? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

9. ¿Supervisa el cepillado del niño(a)? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

10. ¿Haría que el niño(a) lleve su cepillo y pasta dental al jardín de infancia? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

11. ¿El niño(a) utiliza la misma pasta dental que los adultos? *

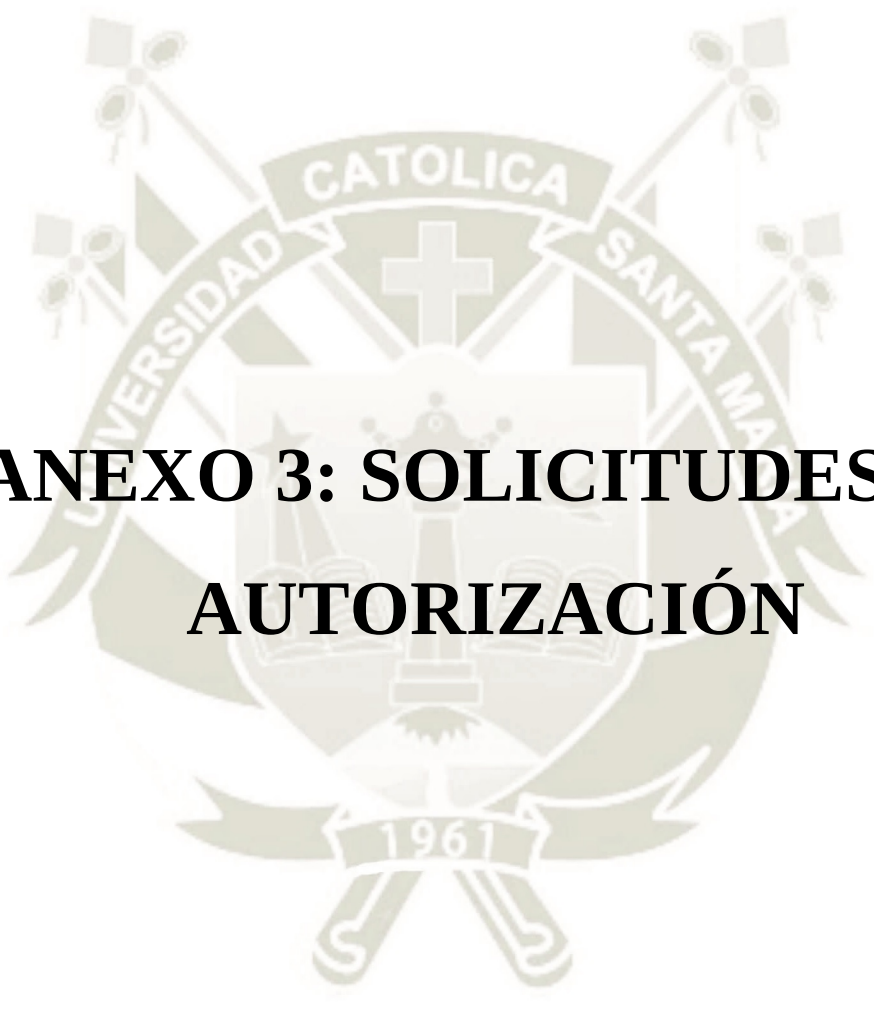
Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

12. ¿El niño(a) usa un cepillo estándar para su higiene dental? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre
- ☐ Frecuentemente
- ☐ A veces
- ☐ Nunca



ANEXO 3: SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN

“Año de la Universalización de la Salud”

Arequipa, 22 de diciembre de 2020

Licenciada
Guisela L. Gaona Hernández
Directora
I.E.I. Corire

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ENCUESTAS VIRTUALES

REF. :PROYECTO DE TESIS “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN PADRES O CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE URACA – CORIRE, PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA – 2020”

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y manifestarle que quien suscribe es bachiller en Odontología, y con el propósito de obtener el título profesional de Cirujano Dentista, es que tengo proyectado ejecutar la tesis cuya descripción se encuentra citada en la referencia de la presente. Por tanto, solicito su autorización, para ejecutar una encuesta virtual a los responsables del cuidado de los niños del nivel inicial de la institución que usted dirige, la misma que recogerá datos fundamentales para el desarrollo del proyecto citado, generando antecedentes investigativos que permitirán en un futuro a otros investigadores e interesados, establecer programas preventivo promocionales de salud oral mejor direccionados y de mayor efectividad.

Agradezco anticipadamente su apoyo y aceptación de lo solicitado.

Atentamente.



Rosario Nauca Dávila
Bachiller en Odontología
D.N.I. Nº 71835689

“Año de la Universalización de la Salud”

Arequipa, 22 de diciembre de 2020

Licenciada
Evangelina Susana Chirinos Alarcón
Directora
I.E.P. Ntra. Sra. de Fátima

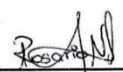
ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ENCUESTAS VIRTUALES
REF. :PROYECTO DE TESIS “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN
PADRES O CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE URACA – CORIRE,
PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA – 2020”

De mi consideración.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y manifestarle que quien suscribe es bachiller en Odontología, y con el propósito de obtener el título profesional de Cirujano Dentista, es que tengo proyectado ejecutar la tesis cuya descripción se encuentra citada en la referencia de la presente. Por tanto, solicito su autorización, para ejecutar una encuesta virtual a los responsables del cuidado de los niños del nivel inicial de la institución que usted dirige, la misma que recogerá datos fundamentales para el desarrollo del proyecto citado, generando antecedentes investigativos que permitirán en un futuro a otros investigadores e interesados, establecer programas preventivo promocionales de salud oral mejor direccionados y de mayor efectividad.

Agradezco anticipadamente su apoyo y aceptación de lo solicitado.

Atentamente.



Rosario Nauca Dávila
Bachiller en Odontología
D.N.I. Nº 71835689

“Año de la Universalización de la Salud”

Arequipa, 26 de diciembre de 2020

Licenciada
Jenny Valdeiglesias Quilca
Directora
Colegio Parroquial Ntra. Sra. del Carmen

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE ENCUESTAS VIRTUALES
REF. : PROYECTO DE TESIS “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL EN PADRES O CUIDADORES DE PREESCOLARES DEL DISTRITO DE URACA - CORIRE, PROVINCIA DE CASTILLA, AREQUIPA – 2020”

De mi consideración.

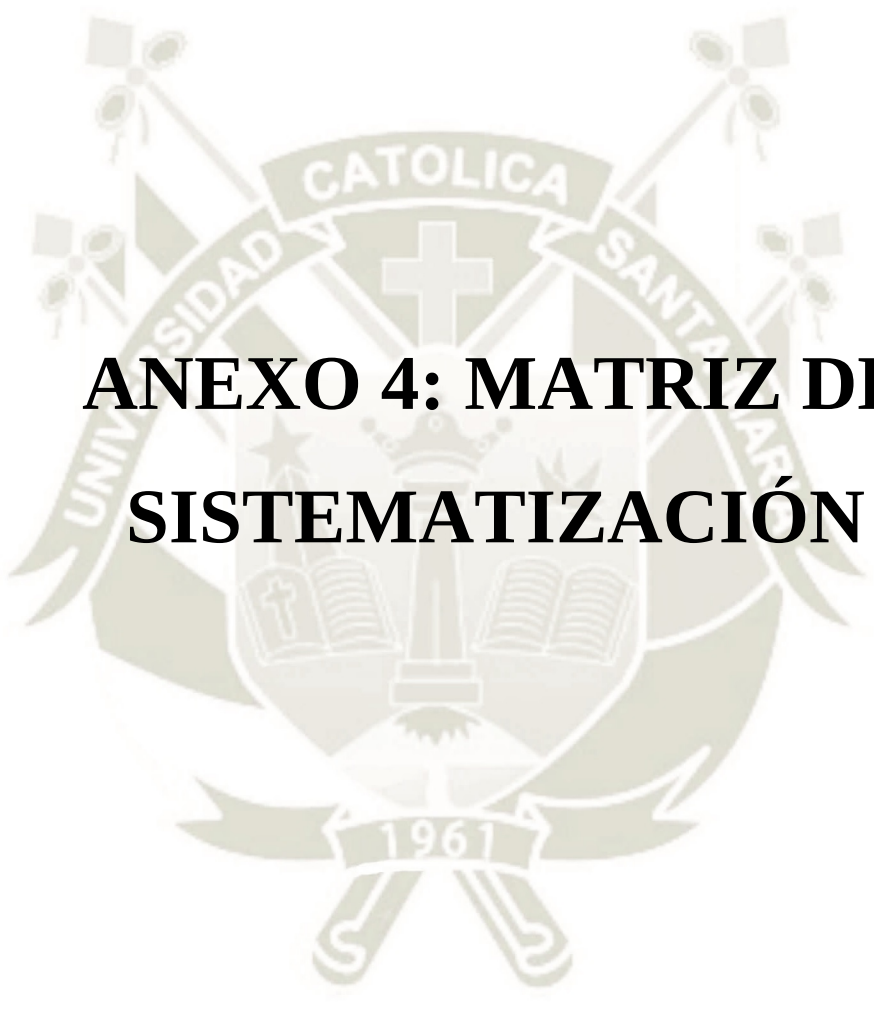
Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y manifestarle que quien suscribe es bachiller en Odontología, y con el propósito de obtener el título profesional de Cirujano Dentista, es que tengo proyectado ejecutar la tesis cuya descripción se encuentra citada en la referencia de la presente. Por tanto, solicito su autorización, para ejecutar una encuesta virtual a los responsables del cuidado de los niños del nivel inicial de la institución que usted dirige, la misma que recogerá datos fundamentales para el desarrollo del proyecto citado, generando antecedentes investigativos que permitirán en un futuro a otros investigadores e interesados, establecer programas preventivo promocionales de salud oral mejor direccionados y de mayor efectividad.

Agradezco anticipadamente su apoyo y aceptación de lo solicitado.

Atentamente.



Rosario Náuca Dávila
Bachiller en Odontología
D.N.I. Nº 71835689



ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Factores Sociodemográficos

Nro.	Edad del Evaluado	Estado civil	Nivel educativo	Categoría de Ocupación	Seguro de Salud	Tipo de Hogar	Nivel Socioeconómico	Número de hijos	Parentesco
1	32	3	4	5	3	3	2	1	1
2	35	3	3	5	2	1	1	1	1
3	26	3	3	3	3	1	3	2	1
4	26	3	2	6	2	1	1	2	1
5	40	1	3	5	1	3	2	1	1
6	29	2	3	3	2	3	1	2	1
7	42	2	3	6	3	1	4	2	1
8	27	3	3	5	2	1	1	1	1
9	28	3	3	3	3	1	2	2	1
10	28	3	2	3	3	1	1	1	1
11	35	2	2	5	3	3	1	2	1
12	31	2	2	3	3	1	1	3	1
13	28	3	4	6	3	3	2	2	1
14	36	2	4	6	3	1	4	1	1
15	22	3	3	2	2	1	1	1	1
16	33	2	3	6	3	3	2	3	2
17	21	3	3	6	2	3	1	2	1
18	37	3	2	5	2	1	2	2	2
19	25	3	3	2	2	3	1	2	1
20	30	3	3	5	2	1	1	1	1
21	31	3	3	5	2	3	2	1	1
22	36	2	2	3	2	1	1	2	1
23	29	3	3	3	1	1	2	2	1
24	34	3	3	3	2	1	1	2	1
25	28	3	2	3	2	3	2	2	1
26	40	3	3	5	1	3	3	2	1
27	36	1	3	6	3	3	1	2	1
28	33	2	2	5	1	1	1	3	1
29	24	3	2	6	1	1	2	2	1
30	24	3	2	6	1	1	2	2	1
31	30	5	3	5	2	3	1	4	1
32	30	3	3	4	2	1	1	1	1
33	34	4	4	5	1	3	3	1	1
34	44	3	4	5	4	3	1	2	2
35	21	1	3	6	2	3	1	1	1
36	26	3	3	3	2	1	1	2	1
37	34	1	3	6	3	3	1	1	1
38	26	3	3	3	2	1	1	2	1
39	27	3	3	3	2	2	1	2	1
40	32	2	4	5	2	1	2	2	1
41	32	3	3	3	3	1	1	1	1
42	22	1	2	3	2	3	1	1	1
43	41	2	4	6	3	1	2	2	2
44	33	3	3	5	1	1	2	2	1
45	28	2	2	3	2	1	1	2	1
46	43	2	2	3	2	3	1	3	1
47	35	2	3	3	2	3	1	2	1
48	38	2	4	7	3	1	2	3	1
49	45	1	4	6	4	2	2	1	1
50	36	3	3	3	1	3	1	3	1
51	33	3	4	3	3	3	1	2	1
52	33	2	2	5	2	1	2	2	1
53	38	3	2	5	2	3	1	2	2
54	24	1	3	3	2	3	1	1	1
55	34	3	3	6	3	3	3	3	1
56	35	2	3	5	2	1	3	2	2
57	33	2	3	5	2	2	3	2	1
58	27	3	2	3	2	1	1	2	1
59	35	1	3	6	3	3	1	1	1
60	35	3	3	5	2	1	1	1	1
61	28	1	2	3	2	3	1	2	1
62	32	3	2	3	2	3	1	4	1
63	31	1	3	3	3	2	1	1	1
64	39	2	3	1	2	3	1	2	1
65	39	3	3	6	3	3	2	2	2
66	21	3	2	2	2	3	3	1	1
67	32	1	3	3	1	3	1	1	1
68	26	3	2	3	2	1	1	3	1
69	42	3	2	5	2	1	1	4	1
70	31	3	3	6	3	1	1	2	2
71	39	2	4	6	3	3	2	3	2
72	39	3	1	3	2	1	1	4	1
73	25	1	2	3	2	3	1	1	1
74	27	2	3	3	2	1	1	2	1
75	27	2	3	3	2	1	1	2	1
76	31	3	3	6	2	3	1	2	1
77	28	3	2	3	2	1	1	1	1
78	21	1	3	5	2	3	1	1	1
79	44	5	3	5	1	3	1	4	1
80	26	3	3	3	2	1	1	2	1
81	41	3	4	5	1	1	1	2	1
82	39	3	2	3	2	1	1	1	1

Conocimientos de salud oral infantil

Nro	PC 1	PC 2	PC 3	PC 4	PC 5	PC 6	PC 7	PC 8	PC 9	PC 10	PC 11	PC 12	PC 13	PC 14	PC 15	PC 16	PC 17	PC 18	PC 19	PC 20	PC 21	PC 22	PC 23	PC 24	PC 25
1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0
2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
6	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
7	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
9	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1
10	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
11	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
12	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
13	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
14	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
15	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
16	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
17	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
18	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
19	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
20	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
21	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
22	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
23	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
24	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
25	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
26	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
27	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
28	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
30	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
31	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
32	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
34	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
35	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
37	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
38	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0
39	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
40	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
42	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
43	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
44	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
45	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
46	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
47	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
48	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
49	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
50	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
51	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
52	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
53	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
54	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
55	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
56	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0
57	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
58	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0
59	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
60	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
61	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
62	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
63	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
64	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
65	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0
68	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0
69	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
70	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
71	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
72	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
73	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0
74	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1									

Actitudes hacia la salud oral infantil

Nro	PA1	PA2	PA3	PA4	PA5	PA6	PA7	PA8	PA9	PA10	PA11	PA12	PA13	PA14	PA15	PA16	PA17	PA18	PA19	PA20	PA21
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
4	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
7	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
8	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
10	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
11	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
15	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
19	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1
20	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0
21	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
22	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0
23	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
24	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0
26	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
32	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
36	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
44	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
47	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
48	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
49	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0
50	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
55	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
56	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
58	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
59	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
60	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
61	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
62	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
63	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0
64	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1
65	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
67	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
68	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
69	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
70	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
71	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
72	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
73	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0
76	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
77	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
78	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
79	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
80	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1
81	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
82	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Prácticas de salud oral infantil

Nro	PP1	PP2	PP3	PP4	PP5	PP6	PP7	PP8	PP9	PP10	PP11	PP12
1	0	1	1	3	3	2	1	1	2	0	3	3
2	2	1	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3
3	3	2	2	2	3	1	1	1	2	3	3	3
4	2	2	2	3	1	1	1	1	2	3	3	2
5	2	2	1	3	3	1	1	0	3	3	2	3
6	0	0	0	1	3	2	3	3	3	3	3	0
7	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3
8	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	2
9	0	2	0	3	3	1	1	0	3	3	1	0
10	0	2	2	3	2	1	2	1	1	3	3	0
11	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
12	2	2	2	2	3	3	2	2	3	1	3	3
13	2	2	2	2	3	1	2	1	3	3	3	3
14	2	2	2	3	3	1	2	1	3	2	3	3
15	2	2	2	3	2	1	3	1	2	3	3	0
16	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3
17	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1
18	3	2	2	2	3	1	2	1	1	3	3	3
19	2	2	2	3	2	1	0	1	1	3	3	3
20	0	2	2	3	3	0	3	3	3	3	3	3
21	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3
22	0	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	0
23	1	2	0	2	2	1	2	1	2	1	3	0
24	1	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	0
25	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	2	2
26	0	2	1	1	1	0	0	0	2	1	3	0
27	0	2	1	2	3	2	2	3	3	2	3	2
28	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
29	3	2	2	3	2	0	3	0	1	3	3	3
30	3	2	2	3	2	0	3	0	1	3	3	3
31	0	2	2	3	3	1	3	1	3	3	3	0
32	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	0
33	2	2	2	3	3	1	2	0	3	3	3	3
34	0	2	3	3	2	0	1	0	2	3	3	3
35	0	2	1	1	2	2	2	1	2	0	3	0
36	2	2	1	1	2	3	2	3	2	3	3	3
37	0	0	0	2	3	2	1	2	3	1	3	1
38	2	2	1	1	2	3	2	3	2	3	3	3
39	2	2	3	3	2	1	1	1	3	2	2	0
40	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	0
41	3	2	2	3	3	1	3	0	3	3	3	3
42	2	2	2	2	3	1	0	1	3	3	3	3
43	0	1	2	2	3	1	2	1	3	0	2	2
44	0	2	1	2	2	1	1	2	2	2	3	0
45	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	1	1
46	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1
47	2	1	1	3	2	1	2	3	3	3	2	0
48	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	3	3
49	3	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	0
50	2	2	2	2	3	2	3	1	3	3	2	1
51	2	2	2	3	2	1	2	1	3	3	3	3
52	2	2	2	3	2	1	0	1	2	2	3	2
53	0	2	2	3	3	3	3	3	3	0	3	3
54	3	2	2	2	3	2	1	1	3	1	3	0
55	1	2	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3
56	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	1
57	3	2	2	3	3	3	1	0	3	3	3	3
58	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	3	0
59	1	0	0	2	2	1	2	1	1	2	2	3
60	1	1	0	3	3	2	1	2	3	3	3	0
61	1	1	2	3	2	1	3	3	1	3	3	3
62	0	0	2	3	3	1	1	1	2	3	3	0
63	2	2	1	2	3	2	1	1	3	3	3	0
64	0	2	2	1	3	1	1	1	3	1	3	3
65	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	0
66	1	2	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3
67	2	2	2	3	2	1	1	1	1	2	3	0
68	2	2	2	2	2	1	0	0	1	3	3	3
69	0	2	2	3	3	1	2	3	3	3	3	1
70	0	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	0
71	0	2	2	2	3	1	1	1	2	3	3	0
72	2	2	2	3	3	1	1	0	3	0	3	3
73	0	2	2	3	2	1	1	1	3	2	3	0
74	0	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1
75	0	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1
76	3	2	2	3	3	1	1	1	3	3	3	0
77	2	2	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3
78	2	2	2	1	2	1	2	1	2	0	1	1
79	0	2	2	1	0	1	1	1	3	0	2	0
80	2	2	1	2	0	1	1	1	2	0	3	1
81	2	2	3	0	0	0	1	0	2	0	3	0
82	2	2	2	3	3	3	2	2	3	0	3	0

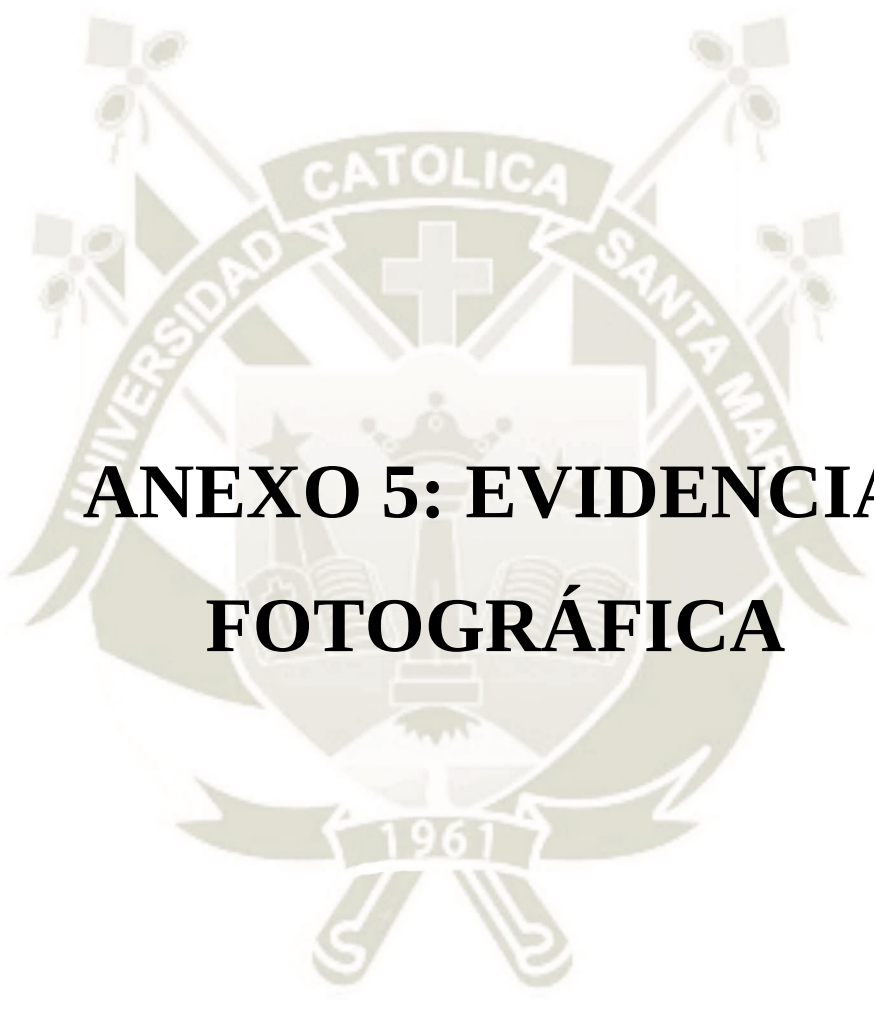
Puntajes y categorías de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral infantil

Nro	CONOCIMIENTOS PUNTAJES	CONOCIMIENTOS CATEGORÍA	ACTITUDES PUNTAJES	ACTITUDES CATEGORÍA	PRÁCTICAS PUNTAJES	PRÁCTICAS CATEGORÍA
1	16	2	19	2	20	2
2	16	2	17	2	25	3
3	18	3	18	2	26	3
4	14	2	15	2	23	2
5	18	3	19	2	24	2
6	17	2	14	2	21	2
7	17	2	14	2	22	2
8	18	3	18	2	26	3
9	14	2	17	2	17	2
10	16	2	10	1	20	2
11	18	3	19	2	32	3
12	16	2	18	2	28	3
13	20	3	18	2	27	3
14	19	3	19	2	27	3
15	18	3	17	2	24	2
16	17	2	18	2	26	3
17	17	2	15	2	25	3
18	17	2	16	2	26	3
19	12	2	14	2	23	2
20	14	2	12	2	28	3
21	15	2	10	1	23	2
22	15	2	11	2	25	3
23	16	2	16	2	17	2
24	13	2	11	2	27	3
25	13	2	14	2	21	2
26	19	3	16	2	11	1
27	17	2	17	2	25	3
28	20	3	19	2	22	2
29	18	3	19	2	25	3
30	18	3	19	2	25	3
31	20	3	14	2	24	2
32	18	3	17	2	29	3
33	21	3	18	2	27	3
34	20	3	15	2	22	2
35	17	2	18	2	16	2
36	14	2	20	2	27	3
37	20	3	11	2	18	2
38	18	3	21	2	27	3
39	16	2	15	2	22	2
40	23	3	21	2	29	3
41	18	3	17	2	29	3
42	17	2	19	2	25	3
43	16	2	14	2	19	2
44	18	3	18	2	18	2
45	22	3	19	2	21	2
46	10	2	14	2	17	2
47	18	3	18	2	23	2
48	17	2	18	2	25	3
49	17	2	15	2	28	3
50	18	3	18	2	26	3
51	22	3	20	2	27	3
52	14	2	20	2	22	2
53	17	2	19	2	28	3
54	18	3	16	2	23	2
55	17	2	16	2	28	3
56	15	2	18	2	25	3
57	20	3	17	2	29	3
58	12	2	17	2	19	2
59	11	2	19	2	17	2
60	18	3	16	2	22	2
61	19	3	16	2	26	3
62	15	2	14	2	19	2
63	18	3	13	2	23	2
64	17	2	12	2	21	2
65	21	3	19	2	27	3
66	19	3	21	2	28	3
67	14	2	16	2	20	2
68	13	2	15	2	21	2
69	19	3	19	2	26	3
70	18	3	17	2	23	2
71	18	3	18	2	20	2
72	18	3	17	2	23	2
73	16	2	16	2	20	2
74	19	3	18	2	19	2
75	19	3	18	2	19	2
76	19	3	17	2	25	3
77	13	2	17	2	29	3
78	18	3	19	2	17	2
79	12	2	9	1	13	2
80	13	2	12	2	16	2
81	17	2	15	2	13	2
82	18	3	18	2	25	3

Tablas de codificación

Parentesco	
Madre	1
Padre	2
Categoría de edad	
15-24	1
25-29	2
30-39	3
40-49	4
Estado civil	
Soltero(a)	1
Casado(a)	2
Conviviente	3
Divorciado(a)	4
Viudo(a)	5
Nivel educativo	
Primaria	1
Secundaria	2
Superior no universitaria	3
Superior universitaria	4
Categoría de ocupación	
Sin empleo	1
Estudiante	2
Ama(o) de casa	3
Trabajador(a) del hogar	4
Trabajador independiente	5
Asalariado(a)	6
Empleador(a)	7
Tipo de hogar	
Nuclear biparental	1
Nuclear Monoparental	2
Hogar extendido	3
Ingreso promedio NSE	
7021-12660 A	5
3971-7020 B	4
2481-3970 C	3
1301-2480 D	2
0-1300 E	1
Acceso al seguro de salud	
Ninguno	1
SIS	2
ESSALUD	3
Particular	4

Conocimientos		
Puntajes		Categoría
0-8	1	Malo
9-17	2	Regular
18-25	3	Bueno
Actitudes		
Puntajes		Categoría
0-10	1	Inadecuado
11-21	2	Adecuado
Prácticas		
Puntajes		Categoría
0-12	1	Malo
13-24	2	Regular
25-36	3	Bueno

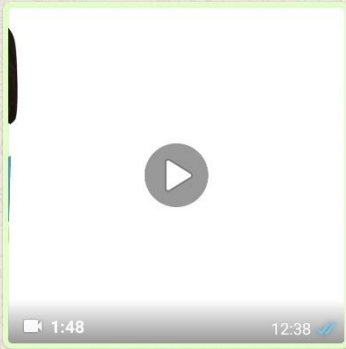


ANEXO 5: EVIDENCIA FOTOGRAFICA

IEP Nuestra Señora del Carmen

← **Prof Jenny Valde...**   
últ. vez hoy a las 15:39

Saludos Cordiales, usted ha sido invitado participar en el siguiente cuestionario virtual, a continuación, se presentará un video informativo y de presentación y posterior a ello se compartirá el link para la resolución del cuestionario, recuerde que el responsable del cuidado del niño(a) es quien debe responder el cuestionario. 12:38 ✓

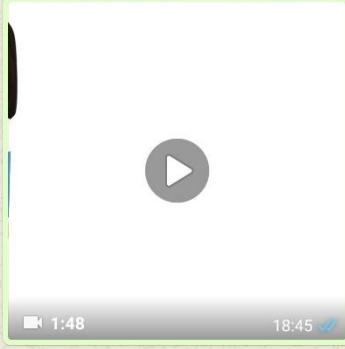
 1:48 12:38 ✓

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL... docs.google.com

IEP Nuestra Señora de Fátima

← **Prof Susy-fátima**   

Saludos Cordiales, usted ha sido invitado participar en el siguiente cuestionario virtual, a continuación, se presentará un video informativo y de presentación y posterior a ello se compartirá el link para la resolución del cuestionario, recuerde que el responsable del cuidado del niño(a) es quien debe responder el cuestionario. 18:45 ✓

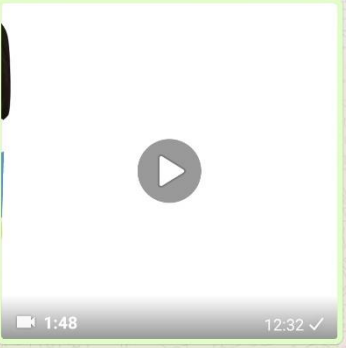
 1:48 18:45 ✓

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL... docs.google.com

IEI Jardín Corire

← **Aula VERDE 3 "A"**  
Encuesta, Encuesta, Encuesta, E...

RECUERDE QUE EL RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO(A) ES QUIEN DEBE RESPONDER EL CUESTIONARIO. 12:32 ✓

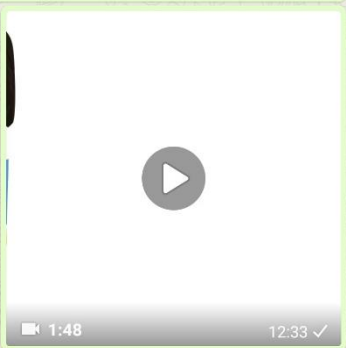
 1:48 12:32 ✓

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL... docs.google.com

<https://forms.gle/XBcjPQN6yuX8YQAa7> 12:33 ✓

← **Aula Amarilla 3"B"**  
Encuesta, Encuesta, Encuesta, E...

RECUERDE QUE EL RESPONSABLE DEL CUIDADO DEL NIÑO(A) ES QUIEN DEBE RESPONDER EL CUESTIONARIO. 12:33 ✓

 1:48 12:33 ✓

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL INFANTIL... docs.google.com

<https://forms.gle/XBcjPQN6yuX8YQAa7> 12:33 ✓

IEI Jardín Corire

