



Facultad de Ciencias de la Salud

Especialidad de Odontopediatría

Tema:

“Influencia del Nivel Educativo de los Padres en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral en Niños Preescolares de 3 a 5 años en Catamayo, Ecuador”

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

Postulante:

Rossana del Carmen Sempértegui Ramírez

Tutora:

Dra. Jenny Collantes Acuña DDS,MSc,

Quito, Septiembre 2025

RESUMEN

La educación cobra vital importancia en la salud infantil, así como en el desarrollo del individuo, y logra un impacto social de largo alcance. Por lo tanto, el proceso educativo se constituye en un factor clave que puede mitigar condiciones adversas, ya que es una herramienta útil que se acumula lo largo de la vida con repercusiones positivas, pues logra disminuir, de esta manera, las inequidades en salud que se pueden presentar en la vida adulta.

Al reafirmar su importancia para la salud, la educación en salud se define como un conjunto de oportunidades para el aprendizaje, desarrollado a partir de estrategias de comunicación e información sobre temas de salud que buscan el desarrollo de habilidades que permitan el mantenimiento de una salud individual y colectiva, a fin de propiciar que las personas busquen y deseen estar sanas. El objetivo del estudio busca establecer la influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la salud oral de niños de 3 a 5 años en escuelas de Catamayo; para ello se realiza una investigación de tipo observacional transversal de encuesta que logra 461 registros de entrevistados en aspectos como: Características demográficas; y, CAP sobre: caries dental, prevención, dieta, e higiene bucal, en una población total de escuelas entre fiscomisionales, particulares y fiscales de 908 niños, en edad escolar de 3 a 5 años según el Ministerio de Educación con un error de 0,05 y un nivel de confianza de 1,96 la muestra será de 455 niños.

En este contexto se presenta inicialmente una descripción del grupo; para luego evaluar las respuestas afirmativas en las preguntas de las secciones. Al final, se establece el indicador CAP como el agregado de las respuestas correctas, relativizadas a una escala sobre 10 puntos; donde 0 indica nulo conocimiento, pésima actitud y malas prácticas; mientras que 10 representa todo lo contrario.

Los resultados de cada sección según sea su nivel educativo; a más de la edad del niño/a, tipo de tutor, edad del tutor y tipo de institución educativa. Para contraste de grupos, se muestran valores p de las pruebas tipo chi-cuadrado que buscan poner en evidencia si las variables de interés se asocian con las respuestas consignadas por los representantes; además de pruebas Kruskal Wallis para contrastar puntajes entre tres o más grupos y pruebas de la mediana para contrastar dos grupos. Se añaden gráficas de intervalos de confianza para proporciones (porcentajes) y promedios, construidos al 95%. El resultado se re-escala a valores entre 0 y 10, donde 0 indica desconocimiento, actitud negativa o mala práctica, mientras que 10 representa lo contrario. Cabe notar que en general el índice CAP logra buenos indicadores (promedio mayor a 7 puntos sobre 10). Específicamente: 7.3, 8.0 y 7.7 en conocimientos, actitudes y prácticas respectivamente.

Si bien en algunos de los escenarios trabajados se detecta diferencia significativa entre promedios, esta diferencia no es relevante, es decir, las diferencias (estadísticas) encontradas no son de diferencia numéricas altas o muy altas.

Por instrucción.: los conocimientos promedios se denotan con diferencia significativa ($p = 0.001$); así, a mayor instrucción se percibe mayor conocimiento promedio,

Las actitudes no muestran diferencia significativa ($p = 0.199$) y tampoco se denota alguna tendencia.

Las prácticas muestran diferencia significativa ($p = 0.000$) mostrando también que a mayor nivel de instrucción mejores prácticas.

Palabras Clave: influencia, actitudes, prácticas, salud bucal, conocimientos.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE NORMA ÉTICA Y DERECHOS

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

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

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

Nombre: Rossana del Carmen Sempértégui Ramírez.

1103292866

DEDICATORIA

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, quien me ha guiado en cada paso de este camino y me ha dado la perseverancia necesaria para alcanzar esta meta. A Él encomiendo todos mis logros, pues sin su gracia nada de esto habría sido posible.

A mis padres, por ser el pilar fundamental en mi vida, por su amor incondicional, sus sacrificios y su apoyo constante. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la dedicación y la fe. Este logro es también de ustedes.

A mi esposo, por ser mi compañero de vida, por su paciencia, motivación y por creer en mí incluso en los momentos en los que yo dudaba. Tu amor y tu apoyo han sido mi refugio y mi impulso para seguir adelante.

A mis hijos, quienes son mi mayor fuente de inspiración. Cada sonrisa y cada abrazo me han llenado de fuerza para superar los desafíos. Todo lo que hago, lo hago pensando en construir un mejor futuro para ustedes. Gracias por su amor puro, que ilumina mi vida.

A mis tutores por su guía, su experiencia y su tiempo. Gracias por compartir conmigo su conocimiento, por su dedicación y por su confianza en mi capacidad. Su orientación ha sido clave para que esta tesis sea una realidad.

A todos ustedes, dedico con profundo agradecimiento este esfuerzo que refleja no solo mi trabajo, sino también el apoyo y amor con el que me han acompañado en este camino.

ÍNDICE

RESUMEN	1
Declaración de aceptación de norma ética y derechos.....	4
Dedicatoria.....	5
Índice de gráficos.....	7
Resumen.....	9
Abstract.....	11
Introducción	13
Metodología	26
Hallazgos.....	29
Discusión y Conclusión	37
ANEXOS	43
Anexo 1	43
CARIES DENTAL.....	43
PREVENCIÓN.....	44
DIETA.....	44
HIGIENE BUCAL	45
Anexo 2	47
DECLARATORIA DE CONFIDENCIALIDAD.....	47
Anexo 3	49
Referencias.....	41
CONSENTIMIENTO INFORMADO	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAP promedio (I.C. 95%) según instrucción	30
CAP promedio (I.C. 95%) según edad del niño/a.....	31
CAP promedio (I.C. 95%) según tipo de tutor.....	33
CAP promedio (I.C. 95%) según edad del representante	34
CAP promedio (I.C. 95%) según tipo de institución	36

ÍNDICE DE TABLAS

Das, S.M (2016) Sample size calculation: Basic principles. Indian Journal of Anaesthesia, 60(9), 652-656.....	26
Descriptivos del CAP según instrucción.....	29
Descriptivos del CAP según edad del niño/a.....	31
Descriptivos del CAP según tipo de tutor.....	32
Descriptivos del CAP según edad del representante.....	33
Descriptivos del CAP según tipo de institución	35

Título: “Influencia del Nivel Educativo de los Padres en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud Oral en Niños Preescolares de 3 a 5 años en Catamayo, Ecuador”.

Nombre y Apellidos: Rossana del Carmen Sempértegui Ramírez

Filiación Académica: Universidad Hemisferios

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

Resumen

La educación cobra vital importancia en la salud infantil, así como en el desarrollo del individuo, y logra un impacto social de largo alcance. Por lo tanto, el proceso educativo se constituye en un factor clave que puede mitigar condiciones adversas, ya que es un “arma” que se acumula lo largo de la vida con repercusiones positivas, pues logra disminuir, de esta manera, las inequidades en salud que se pueden presentar en la vida adulta.

Al reafirmar su importancia para la salud, la educación en salud se define como un conjunto de oportunidades para el aprendizaje, desarrollado a partir de estrategias de comunicación e información sobre temas de salud que buscan el desarrollo de habilidades que permitan el mantenimiento de una salud individual y colectiva, a fin de propiciar que las personas busquen y deseen estar sanas. El objetivo del estudio busca establecer la influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos actitudes y prácticas (CAP) sobre la salud oral de niños de 3 a 5 años en escuelas de Catamayo; para ello se realiza una investigación de tipo observacional transversal de encuesta que logra 461 registros de entrevistados en aspectos como: Características demográficas; y, CAP sobre: caries dental, prevención, dieta, e higiene bucal, en una población total de escuelas entres fiscomisionales, particulares y fiscales de 908

niños , en edad escolar de 3 a 5 años según el Ministerio de Educación con un error de 0,05y un nivel de confianza de 1,96 la muestra será de 455 niños

En este contexto se presenta inicialmente una descripción del grupo; para luego evaluar las respuestas afirmativas en las preguntas de las secciones. Al final, se establece el indicador CAP como el agregado de las respuestas correctas, relativizadas a una escala sobre 10 puntos; don de 0 indica nulo conocimiento, pésima actitud y malas prácticas; mientras que 10 representa todos lo contrario.

Los resultados de cada sección según sea su nivel educativo; a más de la edad del niño/a, tipo de tutor, edad del tutor y tipo de institución educativa. Para contraste de grupos, se muestran valores p de las pruebas tipo chi-cuadrado que buscan poner en evidencia si las variables de interés se asocian con las respuestas consignadas por los representantes; además de pruebas Kruskal Wallis para contrastar puntajes entre tres o más grupos y pruebas de la mediana para contrastar dos grupos. Se añaden graficas de intervalos de confianza para proporciones (porcentajes) y promedios, contruidos al 95%. El resultado se re-escala a valores entre 0 y 10, donde 0 indica desconocimiento, actitud negativa o mala práctica, mientras que 10 representa lo contrario. Cabe notar que en general el índice CAP logra buenos indicadores (promedio mayor a 7 puntos sobre 10). Específicamente: 7.3, 8.0 y 7.7 en conocimientos, actitudes y prácticas.

Palabras Clave: influencia, actitudes, prácticas, salud bucal, conocimientos

Abstract

Education becomes vitally important in children's health, as well as in the development of the individual, and achieves a far-reaching social impact. Therefore, the educational process constitutes a key factor that can mitigate adverse conditions, since it is a “weapon” that accumulates throughout life with positive repercussions, since it manages to reduce, in this way, health inequities. that can occur in adult life.

By reaffirming its importance for health, health education is defined as a set of opportunities for learning, developed from communication and information strategies on health issues that seek the development of skills that allow the maintenance of individual health. and collective, in order to encourage people to seek and desire to be healthy. The objective of the study seeks to establish the influence of the educational level of parents on their knowledge, attitudes and practices (KAP) on the oral health of children aged 3 to 5 years in Catamayo schools; For this purpose, a cross-sectional observational survey type research is carried out that achieves 461 records of interviewees in aspects such as: Demographic characteristics; and, CAP on: dental caries, prevention, diet, and oral hygiene, in a total population of schools between trustees, individuals and prosecutors of 908 children, of school age from 3 to 5 years according to the Ministry of Education with an error of 0 .05and a confidence level of 1.96 the sample will be 455 children.

In this context, a description of the group is initially presented; to then evaluate the affirmative answers to the questions in the sections. In the end, the CAP indicator is established as the aggregate of the correct answers, relativized to a scale of 10 points; where 0 indicates no knowledge, poor attitude and bad practices; while 10 represents the opposite.

The results of each section according to their educational level; in addition to the age of the child, type of guardian, age of the guardian and type of educational institution. To contrast groups, p values of chi-square type tests are shown that seek to show whether the variables of interest are associated with the responses recorded by the representatives; in addition to Kruskal Wallis tests to contrast scores between three or more groups and median tests to contrast two groups. Confidence interval graphs are added for proportions (percentages) and averages, constructed at 95%. The result is rescaled to values between 0 and 10, where 0 indicates ignorance, negative attitude or bad practice, while 10 represents the opposite. It should be noted that in general the CAP index achieves good indicators (average greater than 7 points out of 10). . Specifically: 7.3, 8.0 and 7.7 in knowledge, attitudes and practices respectively.

Although in some of the scenarios worked a significant difference between averages is detected, this difference is not relevant, that is, the differences (statistics) found are not high or very high numerical differences.

Keywords: influence, attitudes, practices, oral health, knowledge

Introducción

Comprender los conocimientos, actitudes y prácticas es fundamental para entender mejor la cultura, además de ser clave para identificar las necesidades y particularidades de información de los padres y/o cuidadores, esto facilita la selección de métodos apropiados para diseñar e implementar estrategias de educación en salud oral, adaptadas a las necesidades identificadas en el contexto socioeconómico y cultural de la comunidad (León, 2019). Los padres y/o cuidadores desempeñan un papel fundamental como la principal influencia social en el desarrollo infantil, una intervención apropiada durante las primeras etapas de la vida establece las bases para el desarrollo de capacidades, competencias, habilidades, adaptaciones, aprendizajes y niveles de salud oral, entre otros aspectos (León, 2019).

La educación desempeña un papel crucial en la salud infantil y en el desarrollo integral del individuo, generando un impacto social duradero, por lo tanto, el proceso educativo se convierte en un factor esencial que puede ayudar a reducir las condiciones adversas (Navas, 2002,). A medida que aumenta el nivel educativo de los padres, mejoran las condiciones de salud oral de los niños, del mismo modo, una actitud más favorable de los padres hacia la salud, tras participar en procesos educativos, también se relaciona de manera positiva con el estado de salud de los niños (Navas, 2002,).

Los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal son fundamentales para la prevención y tratamiento de enfermedades, sin embargo, la caries dental se encuentra entre las principales causas de morbilidad bucal a nivel mundial (Gonzales, 2011). En Ecuador, la situación no es distinta, ya que la salud oral no es considerada una prioridad por la población debido a factores como la condición socioeconómica y cultural, la falta de

educación, entre otros, lo que lleva a que muchas personas solo acudan al odontólogo cuando un problema sintomático afecta su actividad diaria (Gonzales, 2011).

Los niños menores de 5 años suelen pasar la mayor parte de su tiempo con su madre y/o familiares, durante estos primeros años de socialización, el niño adopta las rutinas, hábitos y conductas que se establecen como normas en su hogar, las cuales están influenciadas por los conocimientos, actitudes y prácticas de sus padres, cuidadores y el entorno que los rodea (Baldan, 2003). El conocimiento, las creencias y las actitudes sobre salud bucal de los padres o cuidadores influyen directamente en el mantenimiento de la salud bucodental de sus hijos, así como en sus hábitos dietéticos y comportamientos relacionados con la salud bucal (Baldan, 2003)

Las acciones para proteger la salud bucal de los niños dependen de la participación de los padres o tutores en programas dirigidos al área materno-infantil, así como en el trabajo de pediatría en general, no obstante, se enfrenta una gran dificultad para lograr la colaboración de los padres en la atención o realización de prácticas preventivas en el hogar (Baldan, 2003). La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que sufren de caries en la primera infancia tienen una mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en la dentición decidua como en la permanente, además de experimentar dolor al comer (Pérez Luyo, 2009). Por esta razón, es fundamental el apoyo de profesionales, entidades e instituciones de salud a través de programas de atención integral a la primera infancia, proporcionando recomendaciones para la formación de hábitos saludables a lo largo de los diferentes ciclos de vida. (Pérez Luyo, 2009).

Todos los esfuerzos realizados en los entornos familiar, institucional y gubernamental para mejorar estos comportamientos podrían tener un impacto significativo en la reducción de enfermedades bucales y generales (Hernández, 2014)

Catamayo, es una ciudad ecuatoriana, cabecera cantonal del Cantón Catamayo, así como la segunda urbe más grande y poblada de la Provincia de Loja, asentada en la llanura del valle de Catamayo, en los flancos externos de la cordillera occidental de los Andes a una altitud de 1238 m s. n. m. y con un clima tropical seco de 24 °C en promedio y unas condiciones peculiares por ser una población agrícola y económicamente en desarrollo. ((INEC), 2023)

Una buena calidad de vida está estrechamente vinculada a la salud oral, por esta razón, la OMS incluye la salud bucal en todos sus programas de salud general, tanto a nivel comunitario como nacional, redirigiendo sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, además, la organización desarrolla áreas prioritarias en salud oral a través de actividades alineadas con sus políticas globales (Salud, 2022).

El conocimiento es el fruto del proceso de entender; es aquello que obtiene el individuo, quien tiene una comprensión del objeto que conoce, el ser humano, como ente racional, asimila la realidad y se apropia mentalmente de sus componente, a través del lenguaje, es capaz de transmitir estos conocimientos a sus semejantes, de generación en generación (Chambi, 2007).

Se relaciona con la capacidad de adquirir, retener y aplicar la información, combinando comprensión, experiencia, juicio y habilidad, por otro lado, también se refiere al nivel en el que una persona asimila un dato sin emitir una opinión al respecto, lo cual refleja un grado mental superior, que es el conocimiento (Chambi, 2007).

Las actitudes son sentimientos constantes, ya sean positivos o negativos, hacia un objeto, representan un estado de ánimo que se expresa de una determinada manera o forma (como una actitud conciliadora), también se refieren a la postura corporal de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura refleja una disposición

emocional) o de un animal (cuando capta atención por alguna razón), no existe una progresión lineal entre las actitudes y las conductas; frecuentemente, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta, pero, de igual manera, un cambio de conducta puede influir en la actitud o incluso precederla (Chambi, 2007).

Las prácticas son la aplicación de normas y conocimientos que guían la acción del individuo, en este caso, en relación con el estudio, se refiere a la puesta en práctica de los conocimientos que la madre tiene sobre la salud bucal de su hijo (Chambi, 2007).

La salud oral en los primeros años de vida es crucial para asegurar un crecimiento y desarrollo saludables en los niños, problemas como la caries dental infantil no tratada pueden causar dolor, infecciones, dificultades para comer y hablar, e incluso afectar negativamente el aprendizaje y la socialización del niño, además, se ha demostrado que la salud bucal en esta etapa tiene un impacto significativo en la calidad de vida tanto del niño como de su familia (Sheiham A. , 2006)

La salud en la primera infancia constituye un pilar fundamental para el desarrollo integral de los individuos, este período, comprendido desde el nacimiento hasta los primeros cinco años de vida, es crítico para establecer bases sólidas en el crecimiento físico, cognitivo, emocional y social (UNICEF, 2020).

Durante la primera infancia, el cerebro experimenta un desarrollo acelerado, alcanzando hasta el 80% de su tamaño adulto en los primeros tres años (Grantham-McGregor, 2007). Este crecimiento está profundamente influido por factores como la nutrición, el acceso a cuidados médicos y la estimulación adecuada, las intervenciones tempranas pueden mitigar los efectos negativos de la desnutrición y el estrés, promoviendo un desarrollo óptimo (Grantham-McGregor, 2007).

La salud integral en esta etapa incluye aspectos físicos, como el acceso a vacunas, y aspectos psicológicos, como el apego seguro con los cuidadores, la formación de vínculos afectivos sólidos durante los primeros años impacta positivamente en el bienestar mental y emocional a largo plazo (Bowlby, 1988).

Asimismo, la atención primaria en salud desempeña un papel fundamental, la Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de estrategias preventivas, como la lactancia materna exclusiva, la promoción de la higiene y la prevención de enfermedades infecciosas, con el fin de reducir la mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida (Salud, 2022).

El entorno familiar y social también es un determinante crucial, las inversiones en el desarrollo temprano generan beneficios económicos y sociales significativos, pues los niños que reciben cuidados adecuados tienen mayores probabilidades de éxito educativo y laboral en el futuro (Heckman, 2011).

La salud oral infantil es un componente esencial del bienestar general de los niños, ya que afecta tanto su calidad de vida como su desarrollo físico y emocional (Petersen, 2005). Factores como la dieta, la higiene oral, las prácticas de cuidado, y el acceso a servicios odontológicos desempeñan un papel crucial en la prevención de enfermedades bucales comunes, como la caries dental y la enfermedad periodontal (Petersen, 2005)

La dieta es un factor determinante en la salud oral infantil, y el consumo excesivo de azúcares constituye uno de los principales riesgos para el desarrollo de enfermedades bucales, la Organización Mundial de la Salud identifica la ingesta elevada de azúcares como un factor clave en la formación de caries dental, una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia (Salud, 2022).

Los alimentos cariogénicos son aquellos que contienen hidratos de carbono fermentables, los cuales pueden ser metabolizados por los gérmenes presentes en la placa dentaria, favoreciendo el desarrollo de la caries. Entre estos alimentos se incluyen:

Sacarosa: Es un disacárido compuesto por fructosa y glucosa, que origina una alta tasa de cariogenicidad debido a que es fácilmente metabolizada por los microorganismos (Girgenti, 2012).

Lactosa: Es un disacárido formado por glucosa y galactosa, que desmineraliza el esmalte dental y genera un ambiente ácido en la placa dental cuando es metabolizada por los microorganismos (Girgenti, 2012).

Fructuosa: Es un azúcar natural presente en las frutas, responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte dental al ser ingerida. (Girgenti, 2012).

Por otro lado, los alimentos no cariogénicos son aquellos con baja susceptibilidad a causar caries. Entre ellos se encuentran los pescados, lácteos, dietas ricas en fosfatos y calcio, grasas (por formar una capa protectora), proteínas, zanahorias, rabanitos y manzanas (Girgenti, 2012).

La caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta a personas de todas las edades y está directamente asociada con el consumo de azúcares, es considerada una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo, especialmente en la infancia, la caries dental surge de la interacción entre los azúcares de la dieta, las bacterias cariogénicas y las condiciones del entorno bucal, lo que genera un proceso de desmineralización del esmalte dental (Sheiham, 2015,)

El mecanismo de acción de la caries dental es un proceso multifactorial que involucra la interacción entre bacterias cariogénicas, como *Streptococcus mutans*, y

carbohidratos fermentables presentes en los alimentos azucarados, el consumo frecuente de azúcares simples provoca un ambiente ácido en la cavidad oral, lo que desmineraliza el esmalte dental y favorece la formación de caries (Sheiham A. , 2006).

El azúcar actúa como sustrato para bacterias como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*, que metabolizan los carbohidratos fermentables presentes en alimentos y bebidas, este proceso produce ácidos que reducen el pH de la cavidad oral, desmineralizando el esmalte dental y permitiendo la formación de lesiones cariosas (Moynihan, 2014).

La frecuencia y la cantidad de azúcar consumida son factores clave en este proceso, a mayor exposición a alimentos y bebidas azucaradas, mayor es la producción de ácidos, especialmente si no hay intervalos para permitir la remineralización a través de la saliva o el uso de flúor (Moynihan, 2014). Estudios longitudinales han demostrado que los niños que consumen alimentos ricos en azúcares desde una edad temprana tienen un mayor riesgo de desarrollar caries de la primera infancia (CPI), además, este efecto se intensifica en contextos donde la higiene oral es deficiente y el acceso a atención odontológica es limitado (Moynihan, 2014).

Dentro de las estrategias preventivas para mitigar los efectos negativos de una dieta alta en azúcares, es fundamental implementar estrategias preventivas que incluyan la educación nutricional de padres y cuidadores, la promoción de alternativas saludables, y la regulación del marketing de alimentos y bebidas dirigidos a niños (Moynihan, 2014). Además, la fluoruración del agua y el uso de pasta dental fluorada han demostrado ser medidas efectivas para contrarrestar el daño causado por los ácidos producidos durante la fermentación de azúcares (Salud, 2022).

En la actualidad, la odontología se centra en la prevención, por ello, los profesionales de la salud bucal se enfocan en prevenir las enfermedades dentales y en desarrollar estrategias que aseguren el mantenimiento de la salud oral, así como la creación de hábitos saludables en los pacientes, todo esto comienza con una buena educación y orientación por parte de las madres, ya que su papel es crucial para fomentar la prevención en sus hijos (Paz, 2015).

La placa dental es una acumulación de diferentes tipos de microorganismos, que incluyen aerobios (que viven en presencia de oxígeno) y anaerobios (que sobreviven en ausencia de oxígeno), todos ellos rodeados y unidos por una matriz de origen salival y microbiano (Paz, 2015). Anteriormente, se conocía como placa bacteriana, pero este término fue modificado cuando se descubrió que la placa también contiene otros tipos de microorganismos, como hongos y virus, no bacterianos, el término más actualizado para referirse a la placa dental, aunque aún no tan difundido, es biofilm dental u oral. (Paz, 2015).

La placa dental es blanda y de color blanco amarillento, y puede observarse a simple vista después de varios días de formación, aunque no siempre es visible en ese tiempo, se acumula rápidamente sobre los dientes, las encías y las restauraciones dentales en cuestión de pocas horas. (Paz, 2015).

Es crucial que las madres empiecen a implementar la higiene bucal en sus hijos tan pronto como aparezca el primer diente, un error común entre muchas madres es pensar que la higiene bucal debe iniciarse solo cuando el niño tenga toda la dentición completa, lo cual es una acción tardía, ya que la caries podría haberse instalado antes, el principal microorganismo involucrado en el proceso de caries es el *Streptococcus mutans*, el cual es

transmitido al bebé por la madre o personas cercanas a través de pequeñas gotas de saliva (Sheiham, 2015,).

En los bebés, la higiene bucal debe comenzar con agua hervida y enfriada, utilizando una gasa para limpiar la cavidad bucal, es importante limpiar los rebordes alveolares, la mucosa bucal y la lengua después de cada lactada, para ello, se recomienda el uso de hisopos de algodón, gasas húmedas o un dedal con cepillo ultrasuave, que están disponibles en el mercado (Berdoni, 2010).

Cada paciente tiene su propio hábito de cepillado, y nuestro objetivo no es cambiar su técnica, sino mejorar la que ya emplea, asegurándonos de que elimine toda la placa bacteriana. 'La mejor técnica es la que mejor limpia', siempre que: 1) elimine la placa, 2) no deje ninguna zona sin limpiar y 3) no cause daño a los dientes ni a las encías. Solo en casos específicos se indicará o se enseñará una técnica especial (Gil, 2005).

La higiene oral es un componente esencial para mantener la salud bucal y prevenir enfermedades en la infancia, sin embargo, su deficiencia está estrechamente asociada con problemas como la caries dental, la enfermedad periodontal y la halitosis, los cuales pueden afectar el bienestar general y la calidad de vida de los niños (Petersen, 2005).

La higiene oral inadecuada favorece la acumulación de placa bacteriana, una biopelícula compuesta principalmente por microorganismos cariogénicos y periodonto patógenos, la acumulación de esta placa es el principal precursor de la caries dental, que constituye una de las enfermedades crónicas más comunes en niños (Fejerskov, 2015).

Una higiene deficiente puede provocar inflamación de las encías, conocida como gingivitis, que si no se trata, puede evolucionar hacia periodontitis, esta condición no solo compromete la salud oral, sino que también puede tener implicaciones sistémicas, ya que

se ha asociado con enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida (Glick, 2017).

Los factores que contribuyen a una higiene oral deficiente es la falta de educación y conocimiento sobre la importancia de la higiene oral puede conducir a prácticas deficientes de cuidado dental, lo que a su vez favorece el desarrollo de enfermedades como la caries dental y la enfermedad periodontal, muchas personas no conocen la conexión entre la salud oral y la salud sistémica, lo que disminuye su motivación para mantener rutinas adecuadas de cuidado (Petersen, 2005).

La falta de acceso a información sobre cómo cepillarse correctamente, usar hilo dental y los beneficios del enjuague bucal contribuye a la acumulación de placa bacteriana, en comunidades desfavorecidas, las personas a menudo no reciben educación básica sobre salud bucal, lo que perpetúa un ciclo de enfermedades orales (Petersen, 2005).

Muchos padres y cuidadores desconocen la importancia de establecer hábitos de higiene oral desde la erupción del primer diente. La American Academy of Pediatric Dentistry recomienda el inicio del cepillado con pasta fluorada tan pronto como aparece el primer diente ((AAPD)., 2021).

El acceso limitado a recursos, como productos de higiene bucal, servicios dentales y educación, es un factor determinante en la deficiencia de la higiene oral.

Promover hábitos de higiene oral en la infancia es crucial para prevenir enfermedades bucales. Las estrategias incluyen: educación a los padres sobre la importancia del cepillado diario con pasta fluorada, visitas regulares al odontopediatra para realizar limpiezas y detectar problemas de manera temprana, incorporar programas escolares que promuevan la salud oral, como talleres prácticos y actividades educativas ((AAPD)., 2021).

La implementación de estas estrategias no solo mejora la salud bucal, sino que también contribuye al bienestar general del niño, dado el impacto de la salud oral en aspectos como la alimentación, el habla y la autoestima ((AAPD)., 2021).

Las personas con un bajo nivel educativo tienden a carecer de conocimientos sobre la importancia de la higiene oral y los métodos adecuados de cuidado, lo que puede llevar a una higiene deficiente, la falta de programas de educación en salud bucodental en comunidades de bajo nivel socioeconómico perpetúa esta problemática, la promoción de la salud en estos grupos ha mostrado resultados positivos cuando se implementan campañas educativas enfocadas en la importancia del cepillado y el uso de flúor (Berdoni, 2010).

Acceso económico a servicios de salud bucal: Los altos costos de los tratamientos dentales representan una barrera significativa. Muchas familias con ingresos bajos priorizan otras necesidades básicas sobre la salud dental, especialmente en ausencia de seguros médicos que cubran tratamientos preventivos y correctivos (Berdoni, 2010).

Disponibilidad de servicios: en áreas rurales o marginadas, la falta de clínicas odontológicas dificulta el acceso a revisiones regulares y tratamientos, además, en contextos urbanos desfavorecidos, la saturación de servicios públicos limita la calidad y la frecuencia de la atención dental disponible (Casals-Peidró, 2019).

Actitudes frente al cuidado bucodental: las percepciones culturales y la desvalorización del cuidado oral también contribuyen a la higiene deficiente, estudios han demostrado que en familias con bajos recursos, la preocupación por el dolor o problemas inmediatos como el sangrado gingival son los principales motivadores para buscar atención dental, dejando de lado medidas preventivas como el cepillado regular y el uso de hilo dental ((AAPD)., 2021).

La falta de conocimiento adecuado sobre prácticas de higiene oral, como el cepillado correcto y el uso de hilo dental, es uno de los principales factores que contribuyen a una higiene oral deficiente, esto se observa particularmente en poblaciones donde las estrategias educativas no comienzan a una edad temprana, iniciar la limpieza bucal desde la erupción de los primeros dientes y la supervisión por parte de los adultos hasta los 6 años son prácticas fundamentales para establecer hábitos efectivos en los niños (León, 2019).

La ausencia de hábitos saludables dentro del núcleo familiar afecta la capacidad de los niños y jóvenes para mantener una buena higiene oral, en contextos de cuidado familiar donde no se promueve la práctica diaria del cepillado y el uso de productos de higiene oral, el riesgo de caries y enfermedades periodontales aumenta significativamente, las intervenciones educativas dirigidas a las familias han demostrado mejorar significativamente estas prácticas (León, 2019).

Estudios recientes muestran que el tiempo promedio dedicado al cepillado diario es insuficiente, con muchas personas dedicando menos de un minuto a esta actividad, el uso correcto de cepillos interdientales, enjuagues fluorados y otros métodos de cuidado se encuentra limitado por desconocimiento o falta de implementación efectiva en programas educativos (Casals-Peidró, 2019)

En comunidades de bajos recursos, la población prioriza gastos esenciales sobre servicios odontológicos, especialmente en países donde estos no están cubiertos por seguros públicos, las áreas rurales enfrentan mayores desafíos por la falta de clínicas odontológicas accesibles y profesionales cualificados, aumentando la incidencia de caries y enfermedades periodontales en comparación con zonas urbanas, esto refuerza las

desigualdades en salud bucal, incluso entre niños y adolescentes, quienes presentan mayores niveles de caries en países de ingresos bajos y medios (Casals-Peidró, 2019).

El acceso tardío suele estar relacionado con desconocimiento o información negativa previa sobre los tratamientos, muchas personas acuden al dentista solo cuando sienten dolor, dejando pasar oportunidades de prevención, además, factores como ansiedad o experiencias traumáticas previas disuaden a pacientes de visitar regularmente a los dentistas, lo que agrava problemas dentales que podrían haberse resuelto fácilmente (Casals-Peidró, 2019).

La educación juega un papel crucial en la salud bucal. Las poblaciones con menor acceso a información adecuada tienen prácticas de higiene deficientes y no entienden la importancia de consultas regulares, las campañas educativas en comunidades marginadas son esenciales para reducir estas brechas, ya que fomentan rutinas de autocuidado y desmitifican los procedimientos odontológicos (Casals-Peidró, 2019).

El nivel educativo de una persona se refiere al grado más alto de educación formal alcanzado, y tiene un impacto significativo en varios aspectos de la vida, incluyendo la salud, el empleo, y la calidad de vida en general (Baldan, 2003).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) clasifica los niveles educativos en: educación preescolar, educación primaria, educación secundaria, educación terciaria o superior (Estadísticas, 2012).

Este estudio pretende evaluar la influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños preescolares de 3 a 5 años en Catamayo, Ecuador, también pretende establecer un modelo que pueda ser replicado en otras comunidades para mejorar la salud bucal infantil mediante la educación y la concienciación.

Metodología

Se plantea un estudio de tipo observacional transversal. en una población total en escuelas fiscomisionales, particulares y fiscales de 908 niños, en edad escolar de 3 a 5 años según el Ministerio de Educación con un error de 0,0325 y un nivel de confianza de 1,9 la muestra será de 455 niños. (Cálculo del tamaño de muestra: Principios básicos, 2016.)

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{E^2} \times \frac{N}{N + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) - 1}$$

Z=1.96 (para un nivel de confianza del 95%),

p=0.5 (proporción 50%)

E=0.0325(el margen de error),

N=908 (el tamaño de la población).

n= 455 niños

Tabla 1

Das, S.M (2016) Sample size calculation: Basic principles. Indian Journal of Anaesthesia, 60(9), 652-656

POBLACIÓN FINITA

CUANDO SE CONOCE CUANTOS ELEMENTOS TIENE LA POBLACIÓN

PARÁMETROS	Valores
N= UNIVERSO TAMAÑO DE POBLACIÓN	908
Z= NIVEL DE CONFIANZA	1,96
E= MARGEN DE ERROR	0,0325
P= PROPORCIÓN 50%	0,5
N=TAMAÑO DE LA MUESTRA	455

Se reclutó a todos los padres y/o representantes legales de todos los niños de entre 3 a 5 años, que conforman cada uno de los centros escolares fiscales y particulares de Catamayo.

Considerando como criterios de inclusión a aquellos padres que firmaron el consentimiento informado, aquellos padres que contaron con todas las capacidades mentales para entender las preguntas que formaron parte del instrumento.

Considerando como criterios de exclusión a aquellas personas que no contestaron todas preguntas, aquellas personas que no tienen ningún interés en participar, O que son capaces de participar por limitaciones físicas y /o intelectuales

Tras la Coordinación con el Distrito 11D02 Catamayo Chaguarpamba Olmedo – Educación. Se tomará contacto con el Director Distrital para la entrega de los documentos pertinentes, con el fin de obtener los permisos correspondientes.

Se utilizará un constructo de preguntas socio demográficas tales como nivel educativo, lugar donde vive, edad, género, además de preguntas previamente validadas en el constructo Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, es una encuesta que consta de 20 preguntas para medir influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos actitudes y prácticas sobre caries dental, prevención, dieta, higiene bucal. (Cupé-Araujo, 2015)
(ANEXO 1)

Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y /o representantes legales, Este documento explica claramente el propósito de la investigación, los procedimientos involucrados, los posibles beneficios y riesgos, (ANEXO 3)

En este contexto se presenta inicialmente una descripción del grupo; para luego evaluar las respuestas afirmativas en las preguntas de las secciones. Al final, se establece el indicador CAP como el agregado de las respuestas correctas, relativizadas a una escala sobre 10 puntos; don de 0 indica nulo conocimiento, pésima actitud y malas prácticas; mientras que 10 representa todos lo contrario.

Los resultados de cada sección según sea su nivel educativo; a más de la edad del niño/a, tipo de tutor, edad del tutor y tipo de institución educativa. Para contraste de grupos, se muestran valores p de las pruebas tipo chi-cuadrado que buscan poner en evidencia si las variables de interés se asocian con las respuestas consignadas por los representantes; además de pruebas Kruskal Wallis para contrastar puntajes entre tres o más grupos y pruebas de la mediana para contrastar dos grupos. Se añaden graficas de intervalos de confianza para proporciones (porcentajes) y promedios, construidos al 95%.

Para el tratamiento de datos se usa el software libre R v.4.4.1 disponible a la fecha.

Hallazgos

En los resultados obtenidos, se observó una diferencia significativa en los conocimientos promedio según el nivel de instrucción ($p = 0.001$), evidenciando, que, a mayor nivel de instrucción, el conocimiento tiende a ser superior. En cuanto a las actitudes, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.199$), ni se identificó una tendencia clara. Por otro lado, las prácticas mostraron una diferencia significativa ($p = 0.000$), indicando que un mayor nivel de instrucción se asocia con mejores prácticas.

Tabla 2

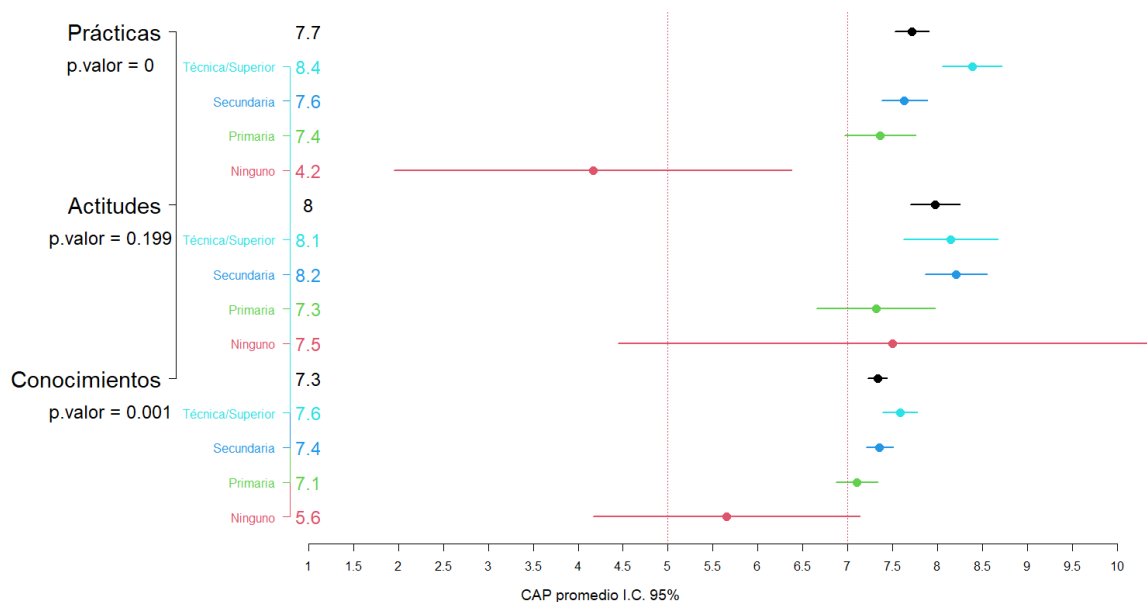
CAP	INSTRUCCIÓN	MUESTRA	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	MEDIANA	ME DIA	D. E.	C V	LIM INF	LIM SUP
CONOCIMIENTOS	Ninguna	6	1.7	7.2	6.6	6.5	5.6	1.9	32.8	4.2	7.1
	Primaria	108	3.3	9.4	7.9	7.4	7.1	1.2	17.4	6.9	7.3
	Secundaria	231	1.1	10.0	7.4	7.5	7.4	1.1	15.6	7.2	7.5
	Técnica y/o Superior	116	1.7	9.4	7.8	7.7	7.6	1.1	14.2	7.4	7.8
	Total	461	1.1	10.0	7.7	7.5	7.3	1.2	16.2	7.2	7.4
ACTITUDES	Ninguna	6	0.0	10.0	10.0	9.4	7.5	3.8	50.9	4.4	10.6
	Primaria	108	0.0	10.0	10.0	9.1	7.3	3.5	47.8	6.7	8.0
	Secundaria	231	0.0	10.0	10.0	9.5	8.2	2.7	32.9	7.9	8.6
	Técnica y/o Superior	116	0.0	10.0	10.0	9.5	8.1	2.9	35.6	7.6	8.7
	Total	461	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	3.0	37.5	7.7	8.2
PRÁCTICAS	Ninguna	6	0.0	7.5	2.8	5.3	4.2	2.8	66.3	2.0	6.4
	Primaria	108	0.0	10.0	7.5	7.6	7.4	2.1	28.4	7.0	7.8

Secundaria	231	2.5	10.0	7.5	7.7	7.6	2.0	26.0	7.4	7.9
Técnica y/o Superior	116	2.5	10.0	10.0	8.7	8.4	1.8	21.9	8.0	8.7
Total	461	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.1	26.7	7.5	7.9

Descriptivos del CAP según instrucción

Figura 2

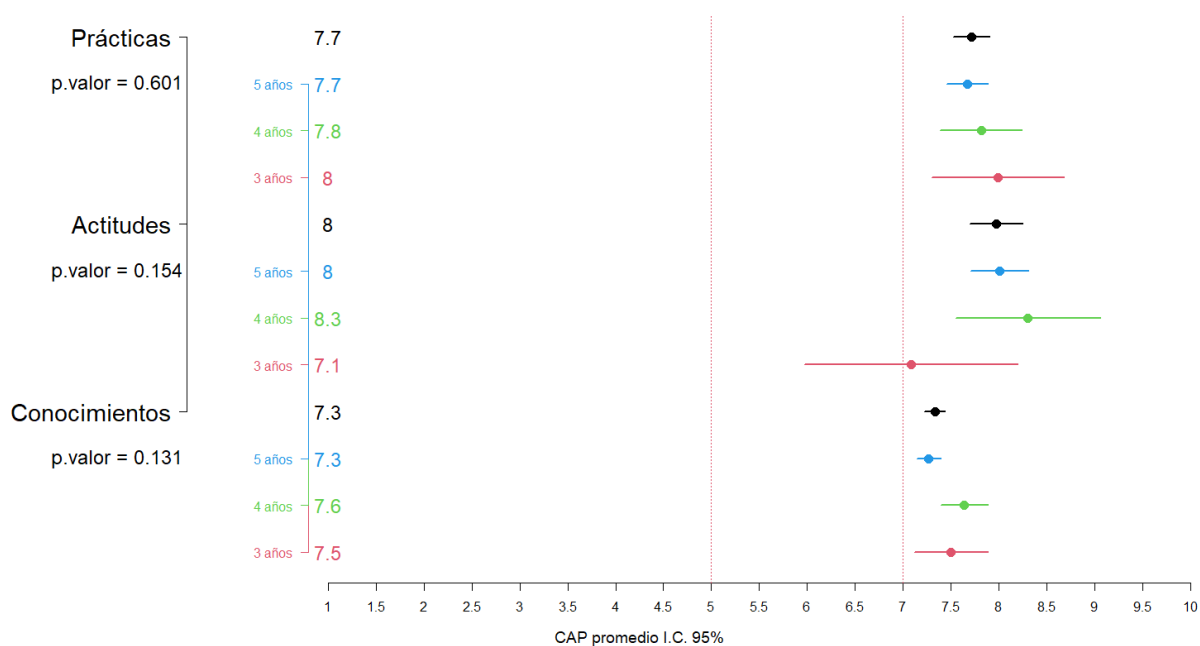
CAP promedio (I.C. 95%) según instrucción



En relación con la edad del niño/a, los conocimientos promedio no mostraron una diferencia significativa ($p = 0.131$), sin evidenciar una tendencia clara en función de la edad. De igual manera, las actitudes no presentaron una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.154$) ni una tendencia definida. Por último, las prácticas tampoco reflejaron una diferencia significativa ($p = 0.601$), lo que indica la ausencia de una relación entre la edad del niño/a y las prácticas evaluadas.

Tabla 3*Descriptivos del CAP según edad del niño/a*

CAP	EDA D NIÑO /A	MUEST RA	MÍNIM O	MÁXI MO	MOD A	MEDIA NA	MEDI A	D.E.	CV	LIM INF	LIM SUP
CONOCIMIE NTOS	3	36	4.4	10.0	7.9	7.7	7.5	1.2	15.8	7.1	7.9
	4	56	5.6	9.4	7.7	7.7	7.6	0.9	12.2	7.4	7.9
	5	369	1.1	9.4	7.7	7.4	7.3	1.2	16.7	7.1	7.4
	Total	461	1.1	10.0	7.7	7.5	7.3	1.2	16.2	7.2	7.4
ACTITUDES	3	36	0.0	10.0	10.0	8.5	7.1	3.4	48.1	6.0	8.2
	4	56	0.0	10.0	10.0	9.5	8.3	2.9	34.7	7.5	9.1
	5	369	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	2.9	36.8	7.7	8.3
	Total	461	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	3.0	37.5	7.7	8.2
PRÁCTICAS	3	36	2.5	10.0	7.5	8.3	8.0	2.1	26.4	7.3	8.7
	4	56	2.5	10.0	7.5	7.7	7.8	1.6	21.0	7.4	8.2
	5	369	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.1	27.5	7.5	7.9
	Total	461	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.1	26.7	7.5	7.9

Figura 3*CAP promedio (I.C. 95%) según edad del niño/a*

En cuanto al tipo de tutor, los conocimientos promedio no presentaron una diferencia significativa ($p = 0.360$), aunque se percibe una ligera tendencia a que las madres poseen un mayor conocimiento. Respecto a las actitudes, tampoco se encontró una

diferencia significativa ($p = 0.676$); sin embargo, se observa que otros tutores muestran una mejor actitud en comparación con los padres e incluso con las madres. Finalmente, las prácticas no evidenciaron una diferencia significativa ($p = 0.946$), lo que indica la ausencia de una tendencia clara según el tipo de tutor.

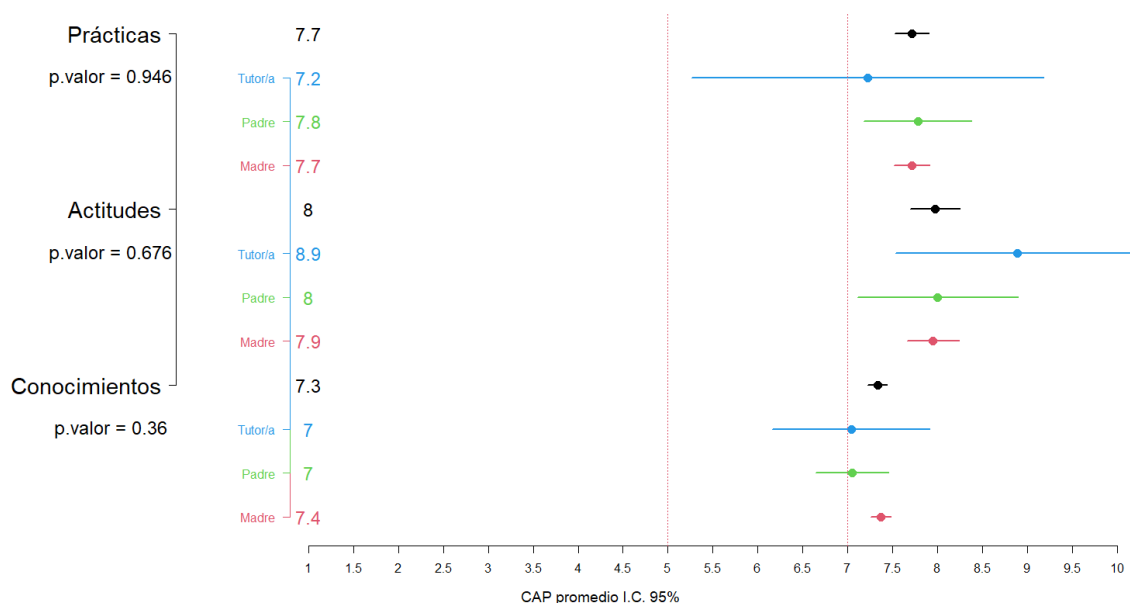
Tabla 4

Descriptivos del CAP según tipo de tutor

CAP	INFORMANTE	MUESTRA	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	MEDIANA	MEDIA	D.E.	CV	LIM INF	LIM SUP
CONOCIMIENTOS	Madre	407	1.1	10.0	7.7	7.5	7.4	1.2	15.7	7.3	7.5
	Padre	45	1.7	9.4	7.7	7.4	7.0	1.4	19.6	6.6	7.5
	Tutor/a	9	4.4	8.9	7.1	7.4	7.0	1.3	19.0	6.2	7.9
	Total	461	1.1	10.0	7.7	7.5	7.3	1.2	16.2	7.2	7.4
ACTITUDES	Madre	407	0.0	10.0	10.0	9.5	7.9	3.0	37.7	7.7	8.2
	Padre	45	0.0	10.0	10.0	9.3	8.0	3.1	38.2	7.1	8.9
	Tutor/a	9	5.0	10.0	10.0	10.0	8.9	2.1	23.4	7.5	10.2
	Total	461	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	3.0	37.5	7.7	8.2
PRÁCTICAS	Madre	407	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.0	26.4	7.5	7.9
	Padre	45	2.5	10.0	7.5	8.0	7.8	2.1	26.4	7.2	8.4
	Tutor/a	9	2.5	10.0	9.3	8.9	7.2	3.0	41.4	5.3	9.2
	Total	461	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.1	26.7	7.5	7.9

Figura 4

CAP promedio (I.C. 95%) según tipo de tutor



En cuanto a la edad del informante, los conocimientos promedio no mostraron una diferencia significativa ($p = 0.540$), sin evidenciar una tendencia clara en relación con la edad. De manera similar, las prácticas tampoco presentaron una diferencia significativa ($p = 0.691$), lo que indica la ausencia de una relación entre la edad del informante y las prácticas evaluadas. Sin embargo, en el caso de las actitudes, aunque no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.364$), se percibe una tendencia en la que a mayor edad, se observa una mejor actitud.

Tabla 5

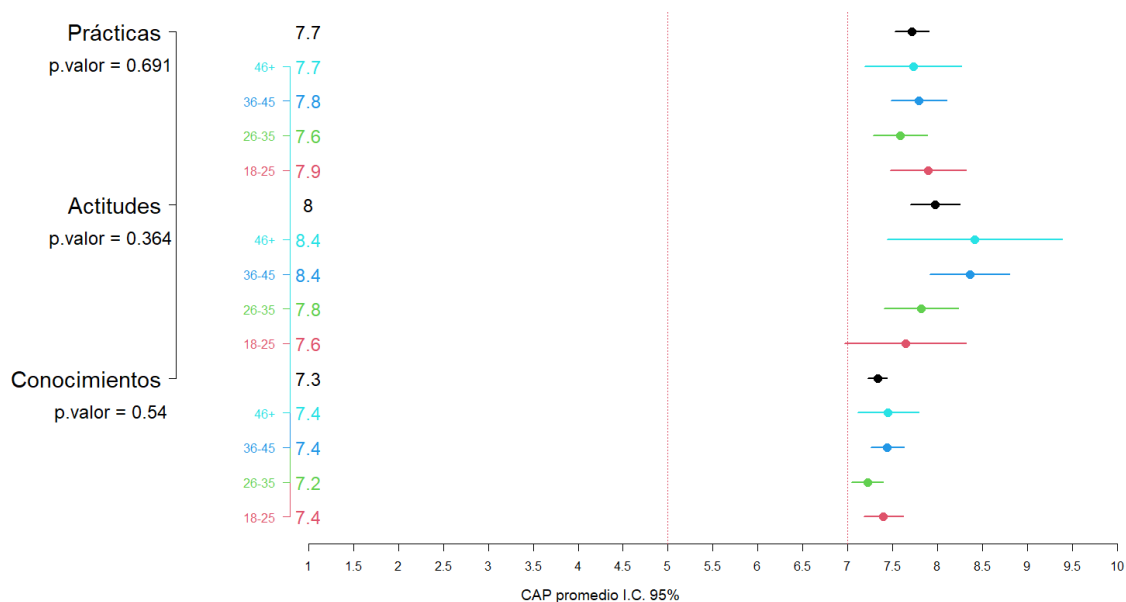
Descriptivos del CAP según edad del representante

CAP	EDAD INFOR MANTE	MUES TRA	MÍNI MO	MÁX IMO	MO DA	MEDI ANA	ME DIA	D. E.	C V	LIM INF	LIM SUP
CONOCIMIENTOS	18-25	89	4.4	8.9	7.7	7.6	7.4	1.0	14.1	7.2	7.6
	26-35	213	1.1	9.4	7.7	7.4	7.2	1.3	18.3	7.0	7.4

	36-45	137	1.7	10.0	7.7	7.6	7.4	1.14	7.3	7.6		
	45+	22	5.6	8.9	7.8	7.6	7.4	0.08	7.1	7.8		
	Total	461	1.1	10.0	7.7	7.5	7.3	1.02	7.2	7.4		
	ACTITUDES	18-25	89	0.0	10.0	10.0	9.2	7.6	3.33	42.9	7.0	8.3
		26-35	213	0.0	10.0	10.0	9.4	7.8	3.11	39.8	7.4	8.2
36-45		137	0.0	10.0	10.0	9.5	8.4	2.66	31.6	7.9	8.8	
45+		22	5.0	10.0	10.0	10.0	8.4	2.33	27.7	7.4	9.4	
Total		461	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	3.00	37.5	7.7	8.2	
PRÁCTICAS	18-25	89	2.5	10.0	7.5	8.0	7.9	2.00	26.0	7.5	8.3	
	26-35	213	0.0	10.0	7.5	7.7	7.6	2.22	29.5	7.3	7.9	
	36-45	137	2.5	10.0	7.5	7.8	7.8	1.99	23.9	7.5	8.1	
	45+	22	5.0	10.0	7.5	7.7	7.7	1.33	16.6	7.2	8.3	
	Total	461	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.01	26.7	7.5	7.9	

Figura 5

CAP promedio (I.C. 95%) según edad del representante



En cuanto al tipo de institución, se encontró una diferencia significativa en los conocimientos promedio ($p = 0.001$), evidenciando que los informantes de colegios particulares presentan un mayor nivel de conocimiento. De manera similar, las actitudes también mostraron una diferencia significativa ($p = 0.027$), destacándose una mejor actitud en los informantes provenientes de colegios privados. Asimismo, las prácticas reflejaron una diferencia altamente significativa ($p = 0.000$), lo que indica una marcada superioridad en las prácticas de los colegios particulares en comparación con los fiscales.

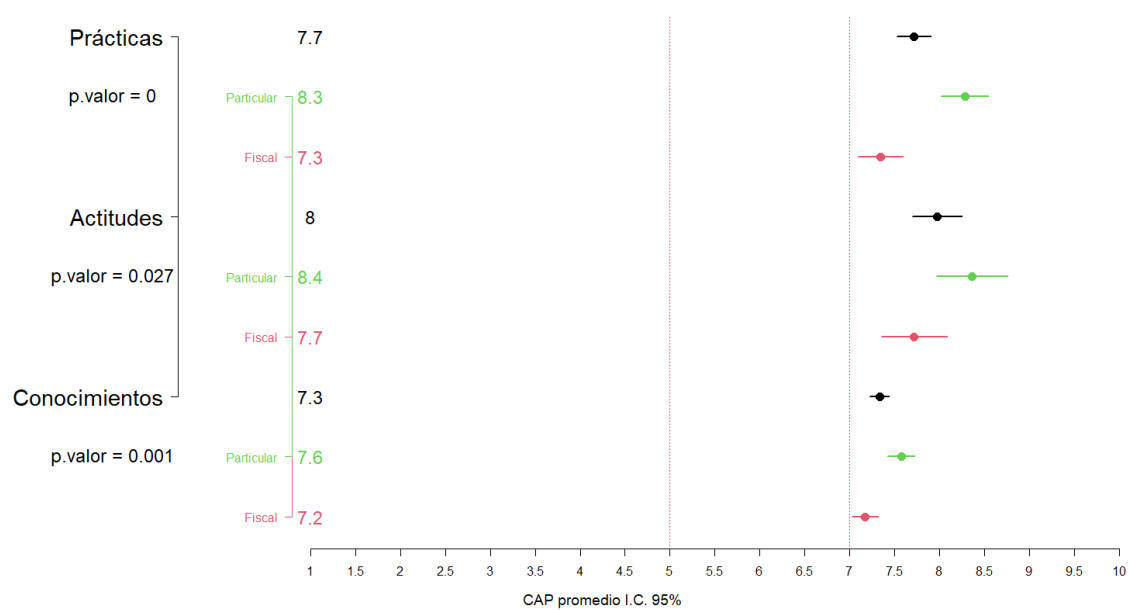
Tabla 6

Descriptivos del CAP según tipo de institución

CAP	TIPO DE INSTITUCIÓN	MUESTRA	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	MEDIANA	ME DIA	D. E.	C. V	LIM INF	LIM SUP
CONOCIMIENTOS	Fiscal	278	1.1	9.4	7.2	7.3	7.2	1.3	1.75	7.0	7.3
	Particular	183	3.9	10.0	7.8	7.7	7.6	1.0	1.36	7.4	7.7
	Total	461	1.1	10.0	7.7	7.5	7.3	1.2	1.62	7.2	7.4
ACTITUDES	Fiscal	278	0.0	10.0	10.0	9.4	7.7	3.1	4.06	7.3	8.1
	Particular	183	0.0	10.0	10.0	9.6	8.4	2.7	3.26	8.0	8.8
	Total	461	0.0	10.0	10.0	9.5	8.0	3.0	3.75	7.7	8.2
PRÁCTICAS	Fiscal	278	0.0	10.0	7.5	7.5	7.3	2.1	2.90	7.1	7.6
	Particular	183	2.5	10.0	10.0	8.3	8.3	1.8	2.20	8.0	8.5
	Total	461	0.0	10.0	7.5	7.7	7.7	2.1	2.67	7.5	7.9

Figura 6

CAP promedio (I.C. 95%) según tipo de institución



Discusión y Conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian una relación significativa entre el nivel educativo de los padres y sus conocimientos y prácticas sobre la salud oral de sus hijos de 3 a 5 años. Se observó que los conocimientos promedio muestran una diferencia significativa ($p = 0.001$), indicando que a mayor nivel de instrucción, se percibe un mayor conocimiento sobre la salud oral. Estos hallazgos coinciden con estudios previos, como el de Sharma et al. (2020), donde se reporta una correlación positiva entre el nivel educativo y la comprensión de la importancia del cuidado bucal infantil. De manera similar, el estudio de Ramos et al. (2019) encontró que los padres con educación superior tenían un conocimiento más detallado sobre la prevención de caries y el uso adecuado del cepillo dental.

Por otro lado, en cuanto a las actitudes, no se encontró una diferencia significativa ($p = 0.199$), ni una tendencia clara que sugiera que un mayor nivel educativo conlleve actitudes más favorables hacia la salud oral. Este resultado es similar a lo reportado en estudios como el de García y López (2018), donde se sugiere que, aunque los conocimientos pueden estar influenciados por la educación formal, las actitudes pueden depender de otros factores, como la experiencia personal y las influencias culturales. García y López (2018). En contraste, estudios como el de Kim et al. (2021) han señalado que programas educativos específicos pueden modificar significativamente las actitudes de los padres hacia la salud oral de sus hijos. Kim et al. (2021)

Las prácticas, en cambio, muestran una diferencia significativa ($p = 0.000$), indicando que a mayor nivel de instrucción, los padres adoptan mejores prácticas de higiene oral en sus hijos. Este hallazgo es consistente con estudios como el de Fernández et al. (2017), donde se concluye que la aplicación de hábitos saludables depende en gran medida de la capacidad de los padres para acceder a información y poner en práctica lo

aprendido Fernández et al. (2017). Además, un estudio de Wu et al. (2022) encontró que los padres con mayor nivel educativo tenían mayor adherencia a la visita regular al odontólogo y una supervisión más estricta del cepillado dental de sus hijos Wu et al. (2022).

Dado lo expuesto, es recomendable que futuras investigaciones amplíen la muestra poblacional e incluyan otros factores que podrían influir en la salud oral infantil, como el nivel socioeconómico y las barreras de acceso a servicios odontológicos. Además, sería pertinente diseñar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución del impacto del nivel educativo de los padres en la salud oral de sus hijos a lo largo del tiempo. También se sugiere explorar estrategias de intervención educativa dirigidas a padres con menor nivel de instrucción para mejorar sus prácticas de higiene oral.

En conclusión, el nivel educativo de los padres desempeña un papel clave en la formación de conocimientos y prácticas de salud oral en niños pequeños. Se ha demostrado que un mayor nivel de instrucción está relacionado con un mayor conocimiento y mejores prácticas de higiene oral en sus hijos, lo que sugiere que la educación parental puede ser un factor determinante en la prevención de enfermedades bucales. Sin embargo, las actitudes no mostraron una diferencia significativa, lo que indica que pueden estar influenciadas por otros factores como la cultura, el entorno social y la experiencia personal.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar programas educativos dirigidos a padres, independientemente de su nivel de instrucción, con el fin de promover actitudes y hábitos positivos hacia la salud oral infantil. Además, es importante que las políticas de salud pública incluyan estrategias que faciliten el acceso a información y recursos odontológicos para todos los sectores de la población, garantizando así una mejor salud oral en la infancia.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica de los odontopediatras, ya que refuerzan la necesidad de una estrategia integral en la educación y prevención de la salud oral infantil. A continuación, se discuten las principales implicaciones en la práctica diaria:

La educación y concienciación de los padres es fundamental, ya que se ha evidenciado que un mayor nivel educativo de los padres se correlaciona con un mayor conocimiento sobre salud oral. Esto indica que los odontopediatras deben desempeñar un rol activo en la educación de los padres, independientemente de su nivel de instrucción. Es esencial diseñar estrategias educativas accesibles, como charlas, material didáctico visual y digital, que permitan a los padres comprender la importancia del cuidado bucal infantil.

El refuerzo de prácticas de higiene oral es clave, dado que estas mostraron una diferencia significativa según el nivel educativo de los padres. Los odontopediatras deben enfatizar la enseñanza de técnicas de cepillado y el uso adecuado del fluoruro. Es recomendable realizar demostraciones prácticas en la consulta y motivar a los padres a supervisar y participar activamente en la higiene bucal de sus hijos.

La intervención en actitudes y percepciones es un aspecto relevante. Aunque el nivel educativo no mostró una relación significativa con las actitudes hacia la salud oral, es importante que el odontopediatra explore otros factores que puedan influir, como creencias culturales, experiencias previas y barreras psicológicas. Diseñar estrategias que fomenten actitudes positivas a través de testimonios, refuerzo positivo y ejemplos concretos puede ayudar a modificar conductas en el hogar.

La implementación de programas educativos personalizados puede ser clave para mejorar las prácticas de higiene oral en niños pequeños. Programas específicos dirigidos a padres con menor nivel educativo pueden marcar la diferencia. La colaboración con

instituciones educativas, centros comunitarios y entidades de salud puede facilitar la difusión de estos programas y mejorar su efectividad.

Un abordaje integral y multidisciplinario es esencial, ya que el nivel socioeconómico y las barreras de acceso también pueden influir en la salud oral infantil. Los odontopediatras deben trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud para ofrecer un enfoque integral. Es recomendable derivar a los pacientes a programas de asistencia social o de atención gratuita si se identifican limitaciones económicas que impidan el acceso a la atención odontológica.

El monitoreo y seguimiento a largo plazo permite evaluar la evolución del impacto de las estrategias educativas en los hábitos de higiene oral infantil. Implementar sistemas de seguimiento y utilizar encuestas o entrevistas periódicas a los padres puede ayudar a medir la efectividad de las intervenciones y ajustar las estrategias según sea necesario.

En conclusión, este estudio destaca la importancia del rol del odontopediatra no solo en la atención clínica, sino también en la educación y capacitación de los padres para garantizar una mejor salud oral en los niños. Implementar estrategias educativas adaptadas a distintos niveles de instrucción y abordar barreras socioculturales permitirá mejorar la prevención de enfermedades bucales y fomentar hábitos saludables desde la infancia.

Referencias

- AAPD. (2021). Política sobre programas de atención de salud bucal para bebés, niños y adolescentes. American Academy of Pediatric Dentistry.
- Baldan, M. (2003). Odontología para bebés en el estado de Paraná, Brasil: Perfil del programa de atención precoz a la salud bucal. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 6(31), 210-216.
- Berdoni, E. R. (2010). Odontología pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Editorial Médica Panamericana.
- Bowlby, J. (1988). Apego y pérdida: Vol. 1. Apego. Basic Books.
- Cálculo del tamaño de muestra: Principios básicos. (2016). *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(9), 652-656.
- Casals-Peidro, E. (2019). Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE. Recuperado de <https://diposit.ub.edu>
- Chambi, F. (2007). Nivel de información de las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología.
- Cupé-Araujo, A. C.-R. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*.
- Das, S. M. (2016). Cálculo del tamaño de muestra: Principios básicos. *Revista India de Anestesiología*, 60(9), 652-656.
- Estadísticas, U. I. (2012). Clasificación Internacional Estándar de Educación: ISCED 2011. UNESCO.
- Fejerskov, O. (2015). *Caries dental: La enfermedad y su manejo clínico* (3ª ed.). Wiley-Blackwell.
- Glick, M. (2017). Una nueva definición de salud bucal desarrollada por la Federación Dental Internacional (FDI). *Revista de la Asociación Dental Americana*, 148(12), 916–917.
- Gonzales, F. S. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(3).

- Grantham-McGregor, S. C. (2007). El potencial de desarrollo en los primeros 5 años de vida en niños de países en desarrollo. *The Lancet*, 369(9555), 60-70.
- Hernández, J. (2014). Promoción y educación para la salud en Odontología. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Salud bucal: Datos clave. Recuperado de <https://www.who.int>
- Petersen, P. E. (2005). La carga global de enfermedades orales y riesgos para la salud bucal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 83(9), 661-669.
- Sharma, N. P. (2020). El impacto de la educación parental en la conciencia sobre salud bucal. *Journal of Dental Health Studies*, 15(6), 201-210. <https://doi.org/xxxxx>
- Sheiham, A. (2006). La caries dental afecta el peso corporal, el crecimiento y la calidad de vida en niños preescolares. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4814259>
- UNICEF. (2020). Los primeros momentos importan para cada niño. Recuperado de <https://www.unicef.org>
- Vargas, C. M. (2020). Estado de salud bucal de los niños de familias de bajos ingresos y disparidades en el acceso a la atención. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1300-1306.

Anexos

Anexo 1

Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y

validación de un instrumento

CUESTIONARIO

Fecha: _____

Edad de su niño(a):

- a) 3 años
- b) 4 años
- c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario?

- a) Padre
- b) Madre

Edad del informante: _____ Grado de instrucción del padre:

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

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

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

2.- Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c) Es el sarro que se forma en los dientes
- d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
- b) No, porque no cumplen ninguna función

- c) No, porque al final se van a caer
- d) No, porque no son los dientes permanentes5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?
 - a) 2 años
 - b) 4 años
 - c) 6 años
 - d) 8 años

PREVENCIÓN

- 6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:
 - a) A partir de los 2 años
 - b) Cuando aparece el primer diente de leche
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto
 - d) Solo cuando existe dolor
- 7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?
 - a) Fortalece los dientes y previene la caries
 - b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
 - c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
 - d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte
- 8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:
 - a) Si, para un examen clínico de rutina
 - b) Solo si tiene dientes chuecos
 - c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
 - d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca
- 9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?
 - a) Si
 - b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
 - c) No
 - d) Los dientes de leche no son importantes
- 10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
 - a) El flúor
 - b) Una correcta higiene bucal
 - c) Evitar consumo excesivo de azúcares
 - d) Todas las anteriores

DIETA

- 11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?
 - a) Frutas y vegetales
 - b) Gaseosas y frutas
 - c) Frugos y galletas
 - d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- d) Todas las anteriores

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

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

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

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

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

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

HIGIENE BUCAL

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

- a) 1 vez
- b) De 2 a 3 veces
- c) De 5 a más veces
- d) Los niños no deben cepillarse los dientes

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

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

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

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

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

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

d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental

Anexo 2

DECLARATORIA DE CONFIDENCIALIDAD

Influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos actitudes y prácticas sobre la salud oral de niños de 3 a 5 años en escuelas particulares y fiscales de Catamayo

Cada uno de los integrantes del proyecto será solicitado a firmar una carta de compromiso.

Como integrante en el proyecto de investigación, me comprometo:

1.- A mantener de forma confidencia y no revelar a personas ajenas al proyecto de investigación, sin autorización previa y escrita de la Dirección del mismo, toda la información y material de carácter sensible a la que accede durante el desarrollo del proyecto, tanto teórica como práctica.

2.- A mantener absoluta reserva sobre los documentos e información de carácter sensible, a los que tenga acceso como integrantes del proyecto de investigación, en cualquiera de las instituciones o actividades que realicen.

3.- A no transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información suministrada durante la ejecución del proyecto, su dirección, sin la previa autorización por escrito de ésta.

4.- A guardar secreto profesional respecto a todos los datos de carácter personal que conozca y a los que tenga acceso durante la ejecución del proyecto, ya sea en el ámbito teórico o resultados obtenidos de la investigación.

5.- A custodiar e impedir el acceso de datos de carácter personal a cualquier tercero, ajeno al proyecto

6.- A respetar lo convenido en este documento, y en el caso de la existencia de cualquier discrepancia en la interpretación, aplicación o ejecución del presente documento,

de no llegar a un acuerdo se someterá en su caso a una sanción de parte de la investigadora, llegando incluso a una destitución definitiva del proyecto.

7.- La obligación de confidencialidad tendrá una duración indefinida desde la firma del presente documento, conservando su vigencia, incluso después de la terminación del proyecto de investigación.

Fecha

Firma..... Nombre (legible)

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO : Influencia del nivel educativo de los padres en sus conocimientos actitudes y prácticas sobre la salud oral de niños de 3 a 5 años en escuelas particulares y fiscales de Catamayo

INVESTIGADOR PRINCIPAL : Rossana del Carmen Sempértegui Ramírez.

NÚMERO DE TELEFONOO Y CORREO : 0997726082/ 072677488

semperteguirossana@gmail.com

Me han explicado de manera detallada el propósito de este estudio, así como los riesgos beneficios y mis opciones como padre del paciente. Entiendo que se guardará absoluta confidencialidad y se emplearán con fines investigativos , por lo cual acepto voluntariamente participar en ésta investigación y para futuras investigaciones siempre y cuando se tomen las mismas precauciones referente a confidencialidad .

Se que si tengo alguna duda puedo responderla con la Investigadora Mgs. Rossana Sempértegui Ramírez al 0997726082.

Nombre del participante :.....

Aseguro también que mi representadoNO presenta ninguna enfermedad diagnosticada medicamente que le impida formar parte de este estudio.

Firma del responsable:

Fecha :.....

Nombre y firma del investigador que entrega y explica este formulario de consentimiento informado.

.....