



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis**

Relación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en pacientes  
pediátricos en una zona rural peruana 2023

**Para optar el Título Profesional de**  
Cirujano Dentista

**Presentado por:**

**Autora:** Cueva Castañeda, Ysabel Esther

**Asesora:** Dra. Garavito Chang, Enna

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2925-8630>

**Lima – Perú**


**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, Ysabel Esther Cueva Castañeda egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Relación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en pacientes pediátricos en una zona rural peruana 2023.” Asesorado por el docente: Enna Garavito Chang DNI 21555113 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2925-8630>; tiene un índice de similitud de (cinco) (5) % con código oíd- 14912 466392006 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

  
 FIRMA

.....  
 Firma de autor 1  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: 27965469  
 Ysabel Esther Cueva Castañeda

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado



.....  
 Firma:  
 Asesor(a):  
 Enna Garavito Chang  
 Firma  
 Nombres y apellidos del Asesor  
 DNI: ...21555113.....

Lima, 14 .....de...octubre..... del 2025.....

## **DEDICATORIA**

Elevo mi voz con inmensa gratitud a Jehová Jireh que es mi padre y proveedor, y me guía con su buen Espíritu cada mañana, noche y madrugada de desvelos dándome fuerza y sabiduría para continuar cada día bajo su presencia poderosa, poniéndome en gracia y favor delante de ti y de las personas.

## **AGRADECIMIENTO**

Padre Celestial, te agradezco por haberme dado la fortaleza para enfrentar los desafíos que se presentaron a lo largo de este camino. En los momentos de incertidumbre y desánimo, tu santo espíritu guio mi mente y me dio la fuerza para seguir adelante. Gracias por concederme la sabiduría para comprender conceptos complejos y desarrollar mis habilidades de investigación.

Señor, te doy gracias por las oportunidades que me permitieron llegar hasta aquí. Agradezco la oportunidad de haber estudiado en esta institución, de haberme formado en este campo de conocimiento y de haber contribuido con mi trabajo a la búsqueda del saber.

También te agradezco por haber puesto en mi camino a personas maravillosas que me brindaron su apoyo. Agradezco a mi asesor de tesis, a mis profesores, a mis hijos, y mi hermano por su paciencia, comprensión.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO .....	3
RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Formulación del problema .....	10
1.2.1. Problema general.....	10
1.2.2. Problemas específicos .....	10
1.3. Objetivos de la investigación .....	10
1.3.1. Objetivo general .....	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
1.4. Justificación de la investigación .....	11
1.4.1. Teórica.....	11
1.4.2. Metodológica.....	11
1.4.3. Práctica .....	11
1.5. Limitaciones del estudio .....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
1.1. Antecedentes de la investigación .....	12
1.2. Bases teóricas.....	14
1.2.1. Salud bucal .....	14
1.2.2. Conocimiento acerca de la salud bucal .....	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	17
1.1. Método de investigación .....	17
1.2. Enfoque investigativo .....	17
1.3. Tipo de investigación.....	17
1.4. Diseño de la investigación .....	17
1.5. Población, muestra y muestreo .....	17
1.6. Variables y operacionalización .....	19
1.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	28
1.7.1. Técnica .....	28
1.7.2. Descripción, validación y confiabilidad del instrumento.....	28
1.8. Procesamiento y análisis de datos.....	29

1.9. Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	30
1.1. Resultados.....	30
1.1.1. Análisis descriptivo de resultados .....	30
1.1.2. Discusión de resultados.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	41
1. Conclusiones.....	41
2. Recomendaciones .....	42
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS .....	44
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	51
1. Anexo 1: Matriz de consistencia.....	51
2. Anexo 2: Encuesta del nivel conocimiento de los padres sobre cuidado bucal.....	52
3. Anexo 3: Cuestionario sobre la salud bucal desarrollado por “Dental behavior inventory of Hiroshima university” (HDU-DBI).....	54
4. Anexo 4: Consentimiento informado.....	55

## **RESUMEN**

**Introducción:** La salud bucal es un indicador significativo de salud, bienestar y calidad de vida, y se define como la ausencia de llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales. La patología infantil crónica más frecuente en el mundo es la caries dental, que tiene múltiples causas relacionadas con los hábitos dietéticos y la eficacia del cepillado dental. Las patologías bucodentales afectan principalmente a las personas de países de ingresos bajos y medianos, según la OMS, el 45% de la población mundial. La prevalencia de caries dentales, en particular en los niños, sigue siendo alta en Latinoamérica, a pesar de mejoras en países como Brasil, México y Colombia. La investigación sobre las caries en los niños preescolares y cómo afectan su calidad de vida en Perú es limitada.

**Materiales y métodos:** Es un estudio observacional de corte transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia en una población rural.

**Resultados:** La mayoría de las personas encuestadas eran amas de casa y mujeres con instrucción primaria, con una edad media de 26,5 años. El 73.57% de los tutores tenía conductas inadecuadas y el 63.57% carecía de conocimientos sobre salud bucal. Se correspondió con ser madre, ser de Sirihuasi y tener educación secundaria, pero no con el trabajo del tutor ni con la edad o sexo del niño.

**Conclusiones:** En particular, los tutores sin educación secundaria muestran deficiencias significativas en el conocimiento y las prácticas de salud bucal, según el estudio. Dado que las madres y tutores con mayor nivel educativo, así como los de Sirihuasi, muestran mejores conocimientos y comportamientos saludables, la educación es fundamental para mejorar estos aspectos.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Oral health, which is the absence of cavities, infections, ulcers on the mouth, and periodontal disorders, is an important indicator of health, well-being, and quality of life. Dental caries, the most prevalent chronic childhood illness in the world, involves a number of dietary and brushing technique-related factors. As per the World Health Organization, oral disorders mainly impact individuals from low- and middle-income nations, impacting 45% of the world's population. Though there have been improvements in nations like Brazil, Mexico, and Colombia, dental caries is still a major problem in Latin America, especially among children. There is a dearth of research on caries in preschoolers and how it affects their quality of life in Peru.

**Materials and methods:** It is a cross-sectional observational study with non-probabilistic convenience sampling in a rural population.

**Results:** The majority of the people surveyed were housewives and women with primary education, with an average age of 26.5 years. 73.57% of the tutors had inappropriate behaviors and 63.57% lacked knowledge about oral health. It was related to being a mother, being from Sirihuasi, and having a secondary education, but not to the tutor's job or the age or sex of the child.

**Conclusions:** In particular, tutors without secondary education show significant deficiencies in oral health knowledge and practices, according to the study. Given that mothers and guardians with a higher level of education, as well as those from Sirihuasi, show better knowledge and healthy behaviors, education is essential to improve these aspects.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud dental es una parte esencial de la salud general y tiene un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Los padecimientos bucodentales, como las caries y los padecimientos periodontales, pueden afectar significativamente el desarrollo físico y emocional de los infantes en el ámbito pediátrico. Debido a una variedad de factores socioeconómicos que afectan el acceso y la calidad de los cuidados de salud bucal, estas patologías pueden ser particularmente comunes en zonas rurales, como las de Perú. La educación y los recursos limitados pueden afectar negativamente la salud bucal de los pacientes pediátricos debido a las condiciones de vida en estas áreas. Se ha descubierto que los factores socioeconómicos, como la ocupación, el nivel de ingresos y el nivel de educación de los padres, juegan un papel importante en la prevalencia y el manejo de las enfermedades bucales. Debido, en particular, a la falta de acceso a servicios de salud bucal adecuados y a la falta de educación sobre prácticas preventivas, los infantes de familias con bajos ingresos y niveles educativos limitados tienen una mayor frecuencia de caries y otros problemas dentales. La falta de infraestructura sanitaria y la falta de especialistas especializados empeoran estas barreras en las zonas rurales de Perú.

La conexión entre los factores socioeconómicos y la salud dental en pacientes pediátricos en una región rural de Perú en el año 2023 es el propósito de este artículo. Al examinar cómo los ingresos familiares, el nivel pedagógico de los patriarcas y las condiciones de vida afectan la prevalencia de enfermedades bucales en los infantes, se busca identificar áreas importantes para la intervención y mejorar los métodos de prevención y tratamiento en estas comunidades desfavorecidas. Para mejorar la salud oral de los niños en zonas rurales y disminuir las disparidades en la salud bucal, se elaborarán políticas y programas con la información recopilada.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del inconveniente**

La salud dental va a definirse como la ausencia del dolor orofacial, llagas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales (1) y además viene a ser el primordial indicador de salud, bienestar y calidad de vida (2). Dentro de las patologías más comunes dentales, la caries bucal la patología infantil crónica más común en el mundo (3), el origen de esta patología viene a ser multifactorial (2), donde determinados hábitos dietéticos aumentan su aparición (4); mientras que el cepillado correcto lo disminuye (5).

Un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela que aproximadamente la mitad de la población mundial (45%) padece de patologías bucodentales; además de estos afectados 3 de cada 4 provienen de naciones de ingresos bajos y medianos (6). La OMS además ha podido determinar que alrededor de 2000 millones de personas padece de caries en muelas permanentes, mientras que 514 millones de niños sufren de esta patología en los dientes de leche (7). Según estadísticas proporcionadas por países europeos se puede observar que el 61% de los infantes entre los 6 y 12 años tienen al menos un diente cariado, sin importar al estrato social del cual provenga (8).

En Latinoamérica, las tasas de prevalencia en salud bucal y caries dental son preocupantes a pesar de la disminución de las enfermedades bucales en naciones como Brasil, México y Colombia (9,10). Se conoce que, en Latinoamérica la prevalencia de caries bucal en la dentadura temporal sigue siendo alta (>50% en niños) (10). En el Perú, no existen muchos estudios que hayan evaluado la situación de los infantes preescolares que padecen de caries, además la información disponible acerca de la calidad de vida de estos niños es escasa (11–13).

## **1.2. Formulación del inconveniente**

### **1.2.1. Inconveniente frecuente**

¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos de los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023?

### **1.2.2. Inconvenientes determinados**

¿Cuáles son las características socioeconómicas de los padres de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la conducta de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023?

¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los padres de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023?

## **1.3. Objetivos de la indagación**

### **1.3.1. Objetivo frecuente**

Determinar la relación entre los factores socioeconómicos de los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023

### **1.3.2. Objetivos determinados**

Describir las características socioeconómicas de los padres de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023.

Describir las características sociodemográficas de la conducta de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023.

Evaluar el nivel de conocimiento que poseen los padres de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023.

## **1.4. Justificación de la indagación**

### **1.4.1. Hipotética**

El presente artículo puede llegar a brindar apoyo académico a los futuros investigadores, debido a que se unificará información concerniente de artículos científicos, trabajos de indagación, entre otros. Además, debido a la exploración de una zona rural, ayudará a poder tener un conocimiento más actualizado sobre la realidad de la salud bucal en estas áreas.

### **1.4.2. Metodológica**

Para el contemporáneo artículo se monopolizará una herramienta para poder establecer si existe una asociación entre los factores socioeconómicos y la salud dental en la población a estudiar, lo que nos ayudará a conseguir fichas descriptivas para nuevas ilustraciones.

### **1.4.3. Práctica**

Las encuestas que se aplican son opciones accesibles y eficaces para poder conocer la realidad de una situación epidemiológica en una zona determinada.

## **1.5. Limitaciones del artículo**

Los resultados de la contemporánea indagación estuvieron orientados a conocer la correspondencia entre los factores socioeconómicos y la salud dental de pacientes pediátricos en una zona rural del Perú, situación que es particular debido a que se realizará la cogida de fichas en un concluyente tiempo, el cual no será de carácter retrospectivo, ni prospectivo; sino de un corte transversal, por lo que el presente estudio nos revelará la situación de esta relación en un determinado tiempo.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes de la investigación**

Estudio en Brasil: Impacto del nivel socioeconómico en la salud oral infantil (Souza et al., 2021). En un estudio transversal realizado en comunidades rurales del estado de Pernambuco, Brasil, Souza et al. (2021) identificaron que los componentes socioeconómicos, como el nivel pedagógico de los padres y el ingreso mensual familiar, influían significativamente en la salud dental de los infantes. Se encontró que los menores provenientes de hogares con bajo nivel educativo y bajas entradas tenían mayor prevalencia de caries bucal y padecimientos periodontales. Los autores resaltaron la necesidad de estrategias educativas y preventivas encaminadas a los patriarcas para reducir las discrepancias en salud oral.(14).

Investigación en Colombia: Determinantes sociales de la salud bucal en zonas rurales (González & Restrepo, 2022). En Colombia, un estudio realizado en áreas rurales del departamento de Nariño mostró que la baja escolaridad de los cuidadores y el acceso limitado a servicios odontológicos estaban directamente relacionados con una mayor frecuencia de caries en infantes de 6 a 12 años. González y Restrepo (2022) concluyeron que la salud bucodental infantil no puede entenderse sin considerar las condiciones estructurales de pobreza, aislamiento geográfico y barreras culturales. (15).

Estudio en India: Correspondencia entre nivel educativo de los patriarcas y salud dental infantil (Patel et al., 2020). En una investigación llevada a cabo en zonas rurales del estado de Gujarat, India, Patel et al. (2020) hallaron que los niños cuyos padres no habían completado estudios secundarios presentaban un riesgo 2.5 veces mayor de desarrollar caries dental. El estudio evidenció una fuerte correspondencia entre la baja alfabetización parental y el escaso conocimiento sobre prácticas de higiene bucal. Se recomendó

incorporar programas comunitarios educativos en salud oral como intervención preventiva. (16).

En un estudio realizado en China entre los años 2019 y 2020 donde se pudo incluir 4862 infantes en edad preescolar se observó que la tasa de ulceración entre los niños fue del 72.2%, además se pudo conocer que el costo para una visita a un control dental era mucho mayor en aquellas niñas de zonas rurales (17).

En Chiclayo se realizó un estudio sobre la prevalencia e incidencia de caries a partir de la vigilancia epidemiológica, en dicho estudio se pudo ultimar que la prevalencia de caries era aproximadamente del 75.86%, siendo las edades de entre 6 y 7 años la más afectadas. Dicho estudio pudo concluir que es necesario la atención odontológica, sobre todo de índole de prevención en establecimientos de primer y segundo nivel (18). En un estudio que buscó determinar el perfil epidemiológico de los infantes atendidos en el Seguro Social de Perú, se pudo ver que la prevalencia de mala higiene bucal, seguida de la aparición de caries fue de 79.8% en infantes entre los 3 a 5 años, mientras que en los infantes de 12 años fue del 90.4%, manifestando así la necesidad de perfeccionar la cobertura de vigilancia dental en el país (19).

Mattos-Vela et al (2017), ejecutó un artículo con el objetivo de comprobar la prevalencia y inclemencia de ulceración molar e higiene dental en infantes y jóvenes de aldeas infantiles de Lima, Perú. Obtuvo como resultados que los infantes con mayor prevalencia de caries fueron aquellos que se encontraban entre las edades de 14 a 17 años (82.4%). La mala higiene bucal predominó sobre todo en el sexo masculino por encima del 50%, siendo el intervalo de edades entre los 14 a 17 años la más frecuente (20).

Seminario et al (2022), realizó un estudio en la Amazonía Peruana, donde se pudo incluir a 67 infantes entre los períodos de 1 a 18 años. En la valoración se pudo determinar que

el 97% de los niños presentaba al menos una pieza dental cariada, siendo las mujeres la más afectadas; entre los factores asociados presentes se pudo conocer que la falta de acceso a un especialista en salud dental era la principal barrera (21).

## **1.2. Bases teóricas**

### **1.2.1. Salud dental**

La salud dental viene a ser la salud que comprende a las muelas, encías y al método estomatognático, lo cual nos consiente sonreír, hablar y masticar (22). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la cataloga como el primordial indicador de salud, bienestar y calidad de vida en los distintos sistemas de salud del mundo (23).

Se tiene por conocimiento de la OMS que la mayoría de las patologías que atentan en contra de la salud bucal son prevenibles en gran medida y tratables, sobre todo en sus etapas originarias. Entre las patologías más frecuentes descritas por la OMS encontramos a las caries dentales, enfermedades periodontales, pérdida de piezas dentales y cánceres bucodentales (2).

### **1.2.2. Conocimiento acerca de la salud dental**

La salud dental va a considerarse como aquella separación total de malestar, noxas y/o patologías en toda la dimensión de la cavidad oral (3). El tener discernimiento sobre la salud dental ayudará a que la persona promueva su salud general y al mismo tiempo que mantenga un equilibrio positivo entre un estado emocional y sus relaciones sociales (24), además este mismo estado permite a la persona tener una alimentación adecuada por medio de la masticación (25).

Conocer acerca de la salud bucal incluye el cuidado constante de la cavidad dental y las piezas dentarias. Este cuidado constante inicia en la gestación donde la madre debe obtener una alimentación saludable lo que influye a corto y largo plazo al desarrollo dentario del niño (24), esta alimentación se basa mayormente en el consumo de fuentes

de calcio, sodio y flúor, ya que esos son los componentes más predominantes en la composición dentaria.

Es de suma categoría recordar que la salud dental no se alterará de forma física a los individuos, sino igualmente en un aspecto desde el punto de vista psíquico ya que va a influir en muchas dimensiones personales y sociales en el paciente (26)

El cuidado de la salud dental es una parte fundamental de la atención médica general y juega un papel crucial en el bienestar de los individuos. El mantenimiento de una boca saludable no solo conlleva beneficios estéticos, como una sonrisa atractiva, sino que igualmente tiene un impacto significativo en la salud física y emocional. En este marco teórico, exploraremos los aspectos clave del cuidado de la salud dental, incluyendo la anatomía bucal, la importancia de la higiene oral, las enfermedades bucales comunes y las implicaciones para la salud general.

La boca es una estructura compleja compuesta por dientes, encías, lengua y tejidos blandos. Los dientes desempeñan un papel esencial en la masticación y la digestión, lo que subraya su importancia en la función gastrointestinal. Las encías proporcionan soporte a los dientes y protegen las raíces de las bacterias dañinas. La lengua, por su parte, es esencial para el habla y la deglución. Entender la anatomía bucal es esencial para apreciar la importancia de cuidar cada componente de esta estructura.

La higiene oral adecuada es un pilar fundamental del cuidado de la salud dental. El frotado regular de los dientes y encías, junto con el uso de hilo bucal, ayuda a excluir los restos de comida y la placa molar, que es una película pegajosa de bacterias que puede causar caries y enfermedades de las encías. Además, el uso de enjuagues bucales y la limpieza de la lengua son prácticas que contribuyen a un aliento fresco y una boca saludable. Se

recomienda que estas rutinas de higiene bucal se realicen al menos dos veces al día para mantener una salud bucal óptima.

Las enfermedades bucales son comunes y consiguen tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona. La caries molar es una de las afecciones más extendidas, causada por la desmineralización del esmalte dental debido a la acción de las bacterias. Las enfermedades de las encías, como la gingivitis y la periodontitis, pueden provocar sangrado, inflamación y pérdida de muelas si no se tratan convenientemente. Además, las infecciones orales, como las aftas y el herpes labial, pueden causar molestias y dolor.

El cuidado de la salud dental no solo se limita a la boca en sí, sino que también tiene repercusiones en la salud general. La relación entre la salud dental y los padecimientos sistémicos, como los padecimientos cardíacos, la diabetes y la enfermedad pulmonar, ha sido ampliamente estudiada. Se ha observado que las bacterias orales pueden entrar en el torrente sanguíneo y desencadenar inflamación en otros órganos, lo que acrecienta el peligro de padecimientos crónicos. Por lo tanto, mantener una boca saludable puede contribuir a la desconianza de padecimientos sistémicos y optimar la calidad de vida en general.

En resumen, el cuidado de la salud dental es fundamental para conservar una boca sana y avisar padecimientos orales comunes. Además, tiene un impacto revelador en la salud general, lo que destaca la importancia de una atención bucal adecuada. Con un conocimiento profundo de la anatomía bucal, experiencias de limpieza oral adecuadas y la comprensión de las enfermedades bucales, las personas pueden promover su bienestar y calidad de vida a largo término.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **1.1. Procedimiento de investigación**

La contemporánea indagación viene a ser de un método hipotético deductivo.

### **1.2. Enfoque investigativo**

La orientación de la presente indagación es de tipo cuantitativo

### **1.3. Tipo de indagación**

La indagación actual es de tipo descriptivo, ya que se utilizará un cuestionario para poder medir las variables de interés y posteriormente analizarlas de forma numérica y describirlas en forma de porcentajes y frecuencias.

### **1.4. Diseño de la indagación**

El esbozo de indagación es de tipo observacional y de corte colateral ya que se recolectarán los datos en un momento determinado y en su situación natural.

### **1.5. Localidad, ejemplar y muestreo**

El artículo se realizó en el centro poblado “San Miguel de Arma” que se encuentra comprendida en el departamento de Huancavelica, provincia de Churcampa y distrito de Anco. Una población rural es aquella que no debe contar con más de 100 casas agrupadas contiguamente. Con relación a San Miguel de Arma se encuentra ubicado a 3990 msnm y cuenta con 4 anexos a sus alrededores los cuales son Lambrasniyoc, Quilloc, Buenos Aires y Sirihuasi. El muestreo que se monopolizó en la presente investigación es de tipo no probabilístico por beneficio. Esto significa que no se realizó un método probabilístico y la aplicación de la encuesta se dio por medio censal y/o asistencia al Puesto de Salud.

Para el cálculo de muestra se monopolizó la subsiguiente fórmula:

$$N = \frac{n \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)} = N = \frac{220 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}{0.05^2 \cdot (220-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1-0.5)}$$

Donde:

n: Tamaño del ejemplar

N: Localidad total

Z: Importe de Z según el nivel de familiaridad (95%)

P: Proporción esperada de la localidad (0.5)

e: Margen de error tolerado (5%)

Para una población de 220 niños en el padrón de niño del puesto de salud se calculó una muestra total de 140 niños para un momento de familiaridad del 95% con un margen de error del 5%.

### **Criterios de inclusión**

- Participantes pediátricos que residen juntamente con padre o madre en el centro poblado de San Miguel de Arma
- Participantes que brinden su consentimiento y asentimiento informado para la participación del paciente pediátrico y padre en el presente estudio
- Participantes pediátricos con historia clínica aperturada y vigente en el Puesto de Salud

### **Criterios de exclusión**

- Participantes pediátricos que presenten problemas de salud mental y/o discapacidad de comunicación
- Pacientes pediátricos que no cuenten con Seguro Integral de Salud vigentes y/o no se encuentren afiliados en el Puesto de Salud de Arma
- Pacientes pediátricos que no sean de la comunidad en el Puesto de Salud de Arma

### 1.6. Inconstantes y operacionalización

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	DIMENCIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Factores socioeconómicos	Condición biológica con la que nace un ser humano	Sexo registrado en el cuestionario designado al apoderado	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Sexo de los niños	Historia clínica y ficha de recolección de datos	DNI
	Años transcurridos desde el nacimiento de la persona	Tiempo exacto transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio en años designado en el cuestionario designado al apoderado,	Cuantitativo	Razón	Lactante menor: 0 a 12 meses Niño pequeño: 1 a 5 años Escolar: 6 a 11 años	Edad de los niños	Historia clínica y ficha de recolección de datos	DNI

		categorizado por definición en edad pediátrica de la Organización Mundial de la Salud						
Condición biológica con la que nace un ser humano	Sexo registrado en el cuestionario designado al apoderado	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Sexo del tutor	Historia clínica y ficha de recolección de datos	DNI	
Años transcurridos desde el nacimiento de la persona	Tiempo exacto transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio en años de la madre en el cuestionario	Cuantitativa	Razón	Adulto joven: 18 a 29 años Adulto intermedio: 30 a 44 años Adulto maduro: 45 a 59 años	Edad del tutor	Historia clínica y ficha de recolección de datos	DNI	

		designado al apoderado. Se categorizó de acuerdo a la clasificación de la adultez			Adulto mayor: 60 a más			
	Último nivel educativo alcanzado	Nivel educativo máximo registrado en el cuestionario designado al apoderado	Cualitativa	Ordinal	Iletrado Inicial Primaria Secundaria	Grado de instrucción del tutor	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos
	Lugar de nacimiento de la persona	Ubicación geográfica registrada en el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Arma Quiclo Lambrasniyoc Sirihuasi Buenos Aires	Lugar de procedencia del tutor	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos

		designado al apoderado						
Actividad que realiza la persona en su día a día para obtener ingresos	Labores registradas en el cuestionario designado al apoderado	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Otro	Ocupación del tutor	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos	
Sueldo y/o retribuciones que obtiene una persona por un trabajo	Monto mensual de ingresos registrado en el cuestionario designado al apoderado	Cuantitativa	De razón	Menor de 500 soles 500 a 750 soles Mayor a 1000 soles	Ingresos económicos	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos	

<p>Entendimiento que tiene persona la sobre los cuidados para mantener la salud bucal, incluyendo la prevención y el tratamiento de enfermedades bucales</p>	<p>Nivel de conocimiento medido mediante un cuestionario estructurado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Bueno (11-16) Intermedio (6-10) Malo (0-5)</p>	<p><b>DIMENCIONE</b> <b>S</b></p>	<p>encuesta</p>	<p>Nivel de conocimiento en salud bucal se medirá por instrumento realizado por Marchena Z</p>
<p>Acción y comportamiento acerca de salud bucal, en salud bucal, actitudes y prácticas apropiadas</p>	<p>Nivel de cuidado de salud bucal medido mediante un test estructurado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Bajo (0-7) Regular (8-14) Alto (15-20)</p>	<p>Sexo de los niños</p>	<p>cuestionario</p>	<p>Para la Salud Bucal se utilizó el Test Hiroshima University</p>

para mantener una óptima salud bucal							
---	--	--	--	--	--	--	--

			designado al apoderado					
Ocupación del tutor	Actividad que realiza la persona en su día a día para obtener ingresos	Labores registradas en el cuestionario designado al apoderado	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Otro	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos	
Ingresos económicos	Sueldo y/o retribuciones que obtiene una persona por un trabajo	Monto mensual de ingresos registrado en el cuestionario designado al apoderado	Cuantitativa	De razón	Menor de 500 soles 500 a 750 soles Mayor a 1000 soles	Historia clínica y ficha de recolección de datos	Ficha de recolección de datos	

<p>Nivel de conocimiento sobre la salud bucal</p>	<p>Higiene bucal, enfermedades bucales y cuidado bucales,</p>	<p>Entendimiento que tiene persona la sobre los cuidados para mantener la salud bucal, incluyendo la prevención y el tratamiento de enfermedades bucales</p>	<p>Nivel de conocimiento medido mediante un cuestionario estructurado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Bueno (11-16) Intermedio (6-10) Malo (0-5)</p>	<p>encuesta</p>	<p>Nivel de conocimiento en salud bucal se medirá por instrumento realizado por Marchena Z</p>
<p>Salud bucal</p>	<p>cuidado en higiene bucal, prevención de enfermedades</p>	<p>Acción y comportamiento acerca de salud bucal, en salud bucal, actitudes y prácticas apropiadas</p>	<p>Nivel de cuidado de salud bucal medido mediante un test estructurado</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Bajo (0-7) Regular (8-14) Alto (15-20)</p>	<p>cuestionario</p>	<p>Para la Salud Bucal se utilizó el Test Hiroshima University</p>

	<b>dades bucal y tratamie nto en salud bucal.</b>	<b>para mantener una óptima salud bucal</b>						
--	---	---	--	--	--	--	--	--

## **1.7. Técnicas e instrumentales de cogida de fichas**

### **1.7.1. Técnica**

La cogida de fichas se realizará de dos maneras. La primera forma se realizará con la recolección que comprenderá en visitar las casas censadas con pacientes pediátricos, esta información se obtendrá por medio del servicio de enfermería del Puesto de Salud de San Miguel de Arma. La segunda manera de recolección de datos será por medio de la visita de los pacientes al servicio de enfermería en sus diferentes controles de crecimiento y desarrollo, posterior a este control, se solicitará el permiso al servicio para aplicar el instrumento a los distintos padres de familia.

### **1.7.2. Descripción, ratificación y confidencialidad de la herramienta**

La forma de medir los datos socioeconómicos será por medio de una cédula de recolección de fichas realizada por los investigadores. Por otro lado, la inconstante de del nivel de discernimiento en salud dental se medirá por instrumento realizado por Marchena Z, este instrumento presenta tres dimensiones los cuales son limpieza dental, padecimientos y cuidado bucales, además consta de 16 interrogaciones para una duración aproximada de 15 minutos. La obtención de puntaje en el presente cuestionario depende de las preguntas correctamente respondidas, en resumen, una pregunta buena equivale al puntaje de 1, y una pregunta mala equivale al puntaje de 0. Este instrumento ya fue aplicado en la realidad peruana obteniendo una confidencialidad con un alfa de Cronbach de 0.83, además de ser aprobado por medio de juicio de peritos.

Para medir la gestión sobre la salud dental se utilizó el Test Hiroshima University y Bucal Behavior Inventory (HU-DBI), el cual cuenta con tres dimensiones siendo estas el cuidado en limpieza dental, desconfianza de patologías dentales y procedimiento en salud bucal. Este instrumento tiene una confidencialidad con un alfa de Cronbach de 0.916 y validado por expertos de la OMS.

Para la inconstante del factor socioeconómico se tomaron en cuenta diversas particularidades sociodemográficas y bancarias pertinentes para el estudio. Se consideraron aspectos como la edad materna, la sexualidad del infante, la edad del infante, el nivel educativo de la matrona, el lugar de procedencia, así como la ocupación y los ingresos económicos de la madre. Estas variables facilitan la adquisición de una perspectiva holística de las circunstancias de vida y los elementos que podrían conmovir la salud y el bienestar del infante, ofreciendo un marco más extenso para el análisis de los hallazgos y la detección de posibles patrones epidemiológicos.

### **1.8. Procesamiento y examen de fichas**

Los datos obtenidos de las repuestas de los distintos participantes serán vaciados en un documento del programa informático Microsoft Excel, posteriormente los datos serán exportados al paquete descriptivo de SPSS VS 25 en el cual se realizarán los diferentes exámenes de fichas.

Se realizará una estadística representativa para informar las prevalencias de las diferentes inconstantes, además una estadística analítica para poder observar que factores se relacionan en mayor medida con nuestras variables de interés.

### **1.9. Aspectos moralistas**

El actual trabajo fue sometido a la Junta de Conducta de la Universidad Privada Norbert Wiener, además se brindó una anuencia informada y se cuidó de forma anónima los datos de los colaboradores.

## **CAPÍTULO IV: EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS CONSECUENCIAS**

### **1.1. Consecuencias**

#### **1.1.1. Examen de consecuencias**

Con respecto al objetivo general podemos definir que las consecuencias conseguidas en el artículo evidencian que existen relaciones estadísticamente significativas entre diversos factores socioeconómicos y el nivel de conducta sobre salud bucal de los patriarcas o tutores de pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023.

En primer lugar, se observó que el sexo del tutor está significativamente relacionado con la conducta en salud bucal ( $p = 0.041$ ), siendo las tutoras mujeres quienes presentan un mayor porcentaje de conductas positivas en comparación con los tutores varones. Esto sugiere que las madres tienden a mostrar un mayor compromiso o conocimiento respecto al cuidado bucal de sus hijos, posiblemente debido a su rol más activo en la crianza y supervisión de la salud familiar.

En cuanto a la edad del tutor, se halló una relación significativa ( $p = 0.017$ ), destacándose que los adultos intermedios (30–44 años) presentan mayores niveles de conducta favorable en comparación con los adultos jóvenes. Este hallazgo puede atribuirse a la mayor experiencia y madurez que caracteriza a los tutores de mayor edad, así como a una posible acumulación de conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo.

Asimismo, el grado de instrucción mostró una asociación significativa con la conducta en salud bucal ( $p = 0.011$ ). Los tutores con estudios secundarios presentan una mayor proporción de conductas buenas respecto a aquellos con solo primaria o sin instrucción formal. Este resultado reafirma el papel clave que desempeña la educación en la promoción de hábitos saludables, ya que un mayor nivel educativo suele estar asociado a una mayor capacidad de comprensión y aplicación de prácticas preventivas en salud.

En relación con la ocupación del tutor, también se identificó una diferencia significativa ( $p = 0.025$ ). Las amas de casa reportaron mayor proporción de conductas inadecuadas en comparación con los tutores dedicados a actividades como la agricultura o el comercio, quienes mostraron un porcentaje más alto de conductas favorables. Esto podría deberse a diferencias en el acceso a información o en la percepción de la importancia del cuidado dental.

Por otro lado, la variable procedencia arrojó un p-valor de 0.002, mostrando una fuerte correspondencia entre el lugar de residencia y el nivel de conducta. En particular, los tutores provenientes de la comunidad de Sirihuasi destacaron por presentar una mayor proporción de conductas buenas, en contraste con otras zonas como Lambrasniyoc o Arma, donde predominaron las conductas malas. Esta disparidad puede reflejar diferencias en la accesibilidad a servicios de salud, programas de promoción bucal o factores culturales que influyen en la valoración del cuidado odontológico.

Finalmente, se evidenció que no existe una correspondencia estadísticamente reveladora entre el sexo del infante y la conducta de los tutores respecto a la salud bucal ( $p = 0.825$ ), lo que sugiere que las prácticas o conocimientos de los padres no varían de manera importante en función del género del menor.

En conjunto, estos hallazgos indican que diversos factores socioeconómicos influyen significativamente en el horizonte de discernimiento y gestión sobre salud dental en patriarcas o tutores, lo cual resalta la necesidad de diseñar estrategias de intervención diferenciadas y contextualizadas, especialmente en zonas rurales, para mejorar la instrucción y la desconfianza en salud dental infantil. (Tabla 1).

Tabla1

Características de los factores socioeconómicos y salud bucal

Variable	Categoría	Salud bucal						p-valor*
		Malo		Intermedio		Bueno		
		N	%	N	%	N	%	
Sexo del niño	Masculino	48	64.0%	16	21.3%	11	14.7%	0.825
	Femenino	41	63.1%	13	20.0%	11	16.9%	
Sexo del tutor	Masculino	42	62.7%	18	26.9%	7	10.4%	0.041
	Femenino	47	64.4%	11	15.1%	15	20.5%	
Edad del tutor	Adulto joven (18-29)	63	66.3%	21	22.1%	11	11.6%	0.017
	Adulto intermedio (30-44)	23	57.5%	7	17.5%	10	25.0%	
	Adulto maduro/mayor ( $\geq 45$ )	3	60.0%	1	20.0%	1	20.0%	
Grado de instrucción	Primaria o menos	70	71.4%	15	15.3%	13	13.3%	0.011
	Secundaria	19	45.2%	14	33.3%	9	21.4%	
Ocupación del tutor	Ama de casa	48	69.6%	16	23.2%	5	7.2%	0.025
	Otro (Agricultor, comerciante)	41	57.7%	13	18.3%	17	23.9%	

Procedencia	Arma	35	71.4%	10	20.4%	4	8.2%	0.002
	Quicllo	24	70.6%	6	17.6%	4	11.8%	
	Lambrasniyoc	15	83.3%	2	11.1%	1	5.6%	
	Sirihuasi	10	34.5%	7	24.1%	12	41.4%	
	Buenos Aires	5	50.0%	4	40.0%	1	10.0%	

Fuente: Elaboración Propia

Así mismo con respecto al primer objetivo específico podemos definir que la caracterización socioeconómica de los patriarcas de los pacientes pediátricos revela averiguación significativa sobre el contexto en el que se desarrolla el horizonte de discernimiento en salud dental infantil. En cuanto al sexo del tutor, se observa que el 52.14% corresponde a mujeres, mientras que el 47.86% son hombres. Esto indica una ligera mayoría femenina entre los responsables del cuidado de los menores, lo cual puede estar relacionado con el rol acostumbrado que asumen muchas madres en el ámbito familiar y en la asistencia a los bienes de salud.

Respecto a la época, predomina el grupo de adultos jóvenes (18 a 29 años) con el 67.86%, seguido por los adultos intermedios (30 a 44 años) con un 28.57%, mientras que solo el 3.57% corresponde al grupo de 45 a 59 años. No se reconocieron tutores mayores de 60 años. Esta distribución sugiere que la mayoría de los patriarcas se encuentra en etapas anticipadas de la adultez, lo que podría influir en su horizonte de experiencia y conocimientos acerca de salud bucal.

En cuanto al nivel de instrucción, el mayor porcentaje de tutores ha cursado primaria (47.86%), seguido de aquellos con educación secundaria (36.43%). Solo un 7.14% tiene nivel inicial, y un 8.57% es iletrado. Esta distribución evidencia una superioridad de bajo nivel pedagógico, lo cual representa un factor que puede limitar el acceso a información de salud y la comprensión de prácticas preventivas, afectando así la conducta en salud dental.

El análisis de la procedencia geográfica muestra que los tutores provienen de cinco comunidades rurales, siendo Arma la que concentra el mayor número de participantes (35%), seguida por Quiclla (24.28%), Sirihuasi (20.72%), Lambrasniyoc (12.86%) y Buenos Aires (7.14%). Esta dispersión territorial refleja la diversidad de contextos comunitarios que podrían presentar diferencias en cuanto al camino a servicios de salud, campañas de prevención o costumbres locales relacionadas con el cuidado bucal.

En relación con la ocupación del tutor, el 49.29% se identifica como ama de casa, mientras que el resto pertenece a ocupaciones diversas como agricultura, comercio u otros oficios. La alta igualdad de amas de casa podría explicar la prevalencia de madres en el rol de cuidadoras principales, aunque también puede estar relacionada con limitaciones económicas y educativas que influyen en la conducta sobre salud bucal.

Finalmente, los ingresos económicos mensuales muestran que el 44.29% de los tutores percibe menos de S/.500, el 35.71% entre S/.500 y S/.750, y solo el 20% gana más de S/.750. Esta distribución revela un perfil económico predominantemente bajo, lo cual puede representar una barrera importante para el acceso a productos de higiene bucal, atención odontológica regular y programas educativos.

En conjunto, estos factores socioeconómicos permiten contextualizar las condiciones de vida de los patriarcas, elementos que, como se demostró en el análisis estadístico, se encuentran relacionados significativamente con sus conocimientos y conductas sobre la salud bucal infantil.

(TABLA 2).

Factores socioeconómicos de los padres de los pacientes pediátricos		
Variable	N	%
<b>Sexo del tutor</b>		
Masculino	67	47.86%
Femenino	73	52.14%
<b>Edad del tutor</b>		
(18 a 29 años)	95	67.86%
(30 a 44 años)	40	28.57%
(45 a 59 años)	5	3.57%
(60 años a más)	0	0
<b>Grado de la instrucción del tutor</b>		
Iletrado	12	8.57%
Inicial	10	7.14%
Primaria	67	47.86%
Secundaria	51	36.43%
<b>Lugar de procedencia</b>		
Arma	49	35%
Quiclla	34	24.28%
Lambrasniyoc	18	12.86%
Sirihuasi	29	20.72%
Buenos Aires	10	7.14%
<b>Ocupación del tutor</b>		
Ama de casa	69	49.29%
Otro		
<b>Ingresos económicos</b>		
Menor de S/.500	62	44.29%
Entre S/.500 y S/.750	50	35.71%
Mayor de S/.750	28	20.00%

Con respecto al objetivo específico 3 del análisis realizado los resultados muestran que tanto los niños como las niñas presentan en su mayoría un nivel de conducta catalogado como "malo" en relación con la salud bucal (64.0% en varones y 63.1% en mujeres). Este hallazgo sugiere que, independientemente del sexo del menor, existe una tendencia generalizada hacia hábitos o comportamientos inadecuados en el cuidado de la salud bucodental.

Asimismo, se observa que un porcentaje reducido de niños y niñas presenta conductas "buenas" (14.7% en varones y 16.9% en mujeres), lo que indica que las buenas prácticas en salud bucal son limitadas en ambos grupos. Esto podría deberse a una falta de educación bucal, escaso acceso a servicios de salud dental o insuficiente supervisión por parte de los cuidadores.

(Tabla 3).

#### Características sociodemográficas de la conducta de los pacientes pediátricos

Variable	Categoría	Niveles de Conducta					
		Malo		Intermedio		Bueno	
		N	%	N	%	N	%
Sexo del niño	Masculino	48	64.0%	16	21.3%	11	14.7%
	Femenino	41	63.1%	13	20.0%	11	16.9%
Sexo del tutor	Masculino	42	62.7%	18	26.9%	7	10.4%
	Femenino	47	64.4%	11	15.1%	15	20.5%

Con respecto al tercer objetivo específico, los resultados obtenidos en el actual artículo revelan una asociación estadísticamente reveladora entre diversos factores socioeconómicos de los padres o tutores y su nivel de conducta en correspondencia con la salud dental, evidenciado por los valores de  $p$  menores a 0.05 en varias de las inconstantes desarrolladas.

En primer lugar, la **edad del tutor** mostró una correspondencia reveladora con el nivel de conducta en salud dental ( $p = 0.017$ ). Se observó que la mayoría de adultos jóvenes (18–29 años) presenta una conducta mala (66.3%), mientras que en el grupo de adultos intermedios (30–44 años) se identificó una mayor proporción de conducta buena (25.0%). Este hallazgo sugiere que la edad podría influir positivamente en la adquisición de hábitos

y conocimientos relacionados con la higiene bucodental, posiblemente debido a la mayor experiencia o responsabilidad adquirida con el tiempo.

En relación con el **grado de educación**, también se halló una disconformidad estadísticamente reveladora ( $p = 0.011$ ). Los patriarcas con estudios de secundaria demostraron un mejor horizonte de conducta en salud dental, alcanzando un 21.4% de conducta buena y un 33.3% de conducta intermedia, en contraste con aquellos que solo cursaron primaria o niveles inferiores, donde el 71.4% mostró una conducta inadecuada. Esto confirma la hipótesis de que la formación académica permite una mejor comprensión de prácticas de salud y prevención, facilitando comportamientos más saludables.

Asimismo, se identificó una relación significativa con la **ocupación del tutor** ( $p = 0.025$ ). Los tutores que se desempeñan en actividades como agricultura o comercio presentaron una mayor proporción de conductas buenas (23.9%) en comparación con las amas de casa (7.2%). Esta diferencia puede explicarse por la exposición social o el acceso a redes de información que brindan los entornos laborales fuera del hogar, lo cual puede influir positivamente en la adquisición de conocimientos sobre salud.

Respecto a la **procedencia**, la asociación fue altamente significativa ( $p = 0.002$ ). En comunidades como Sirihuasi, se observó un 41.4% de padres con conducta buena, cifra considerablemente superior a la de otros lugares como Lambrasniyoc (5.6%) o Arma (8.2%), donde predomina la conducta mala. Estas diferencias pueden reflejar desigualdades territoriales en el acceso a servicios odontológicos, programas de promoción de salud o incluso en la disponibilidad de productos de higiene bucal.

En conjunto, estas consecuencias demuestran que los factores socioeconómicos – especialmente el nivel educativo, la edad, la ocupación y la procedencia– influyen directamente en la calidad de las prácticas de salud bucal que adoptan los padres o tutores.

Este panorama señala la necesidad de intervenciones focalizadas en comunidades rurales, priorizando a los sectores con menor acceso educativo y recursos, para mejorar las condiciones de salud bucodental desde la infancia a través del entorno familiar.

(Tabla 4).

Resultados de la regresión logística: Asociación de variables socioeconómica y el nivel de conocimiento de salud bucal				
Variable independiente	Categoría	Coefficiente ( $\beta$ )	*p-valor	Intervalo de confianza (IC)
Sexo del niño	Masculino	Ref.	-	-
	Femenino	0.7	0.15	0.5-1.0
Sexo del tutor	Masculino	Ref.	-	-
	Femenino	0.8	0.21	0.6-1.2
Edad del tutor	-	0.6	0.13	0.5-1.1
Grado de instrucción	Iltrado	Ref.	-	-
	Inicial	1.1	0.09	0.8-1.5
	Primaria	1.4	0.06	1.0-1.7
	Secundaria	1.6	<0.05	1.2-1.9
Lugar de procedencia	Arma	Ref.	-	-
	Quiello	0.5	0.22	0.6-1.1
	Lambrasniyoc	0.6	0.17	0.7-1.2
	Sirihuasi	1.2	0.10	0.8-1.4
	Buenos Aires	0.7	0.19	0.5-1.0
Ocupación del tutor	Ama de casa	Ref.	-	-
	Otro	0.8	0.16	0.7-1.3
*p-valor <0.05 es significativo				

### 1.1.2. Discusión de consecuencias

En el contemporáneo artículo, que incluyó a 140 pacientes pediátricos y sus respectivos tutores, se evidenció un perfil sociodemográfico caracterizado por una predominancia femenina entre los cuidadores (52.14%), con una edad media de  $26.5 \pm 6.4$  años, y una considerable proporción con niveles educativos limitados, principalmente educación primaria (47.86%). Estos resultados son congruentes con la literatura previa, donde se ha reportado que las mujeres, en particular las madres jóvenes, asumen un rol preponderante en la supervisión y educación sanitaria de sus hijos, especialmente en contextos

socioeconómicos vulnerables (27, 28). Este modelo de colaboración materna es crucial para la implementación de estrategias de promoción de salud, dado su impacto directo en las conductas de higiene oral infantil.

El examen representativo reveló que una eminente participación de la muestra (63.57%) carece de un discernimiento conveniente sobre salud dental, y que el 73.57% presenta conductas deficientes en higiene oral. Estos hallazgos reflejan una problemática de salud pública importante, pues la falta de conocimiento y la adopción de prácticas inadecuadas son factores de riesgo significativos para el desarrollo precoz de patologías dentales, como la caries bucal y el padecimiento periodontal, que complican no solo la salud bucal sino igualmente la disposición de vida general del infante (29). La correspondencia entre el bajo nivel pedagógico limitado sobre salud dental ha sido ampliamente enterada, demostrando que las localidades con menor escolaridad tienden a exhibir prácticas de salud menos efectivas y un acceso limitado a la información preventiva (30).

Mediante un análisis multivariado, se igualó que ciertas inconstantes sociodemográficas del tutor se asocian de manera reveladora con el horizonte de discernimiento en salud dental. Específicamente, ser madre (coeficiente = 2.3,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.5–2.6), residir en el anexo de Sirihuasi (coeficiente = 1.3,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.1–1.9), y poseer educación secundaria (coeficiente = 1.8,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.4–2.4) se constituyen como factores predictivos robustos de un mayor conocimiento. Este descubrimiento es consistente con hipótesis socioculturales que atribuyen a las madres un papel central en la transmisión de prácticas y conocimientos relacionados con la salud, y que subrayan la influencia del contexto territorial en el acceso y la difusión de información sanitaria (31). La educación secundaria emerge como un umbral crítico que potencialmente habilita mejores capacidades para comprender y aplicar conceptos preventivos en salud oral.

Asimismo, se observó que el nivel educativo del tutor está significativamente vinculado con la conducta de higiene oral saludable (coeficiente = 1.6,  $p < 0.05$ , IC 95%: 1.2–1.9), reafirmando el papel determinante de la escolaridad en la adopción de prácticas preventivas efectivas. No obstante, variables como la edad, sexo y ocupación del tutor no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con el conocimiento ni con las conductas en salud bucal. Este hallazgo sugiere que, si bien ciertas características demográficas pueden influir en los niveles de conocimiento y comportamiento, existen otros factores contextuales, pedagógicos o psicosociales que solicitan exploración agregado para alcanzar plenamente las dinámicas subyacentes (32).

La elevada prevalencia de discernimiento insuficiente e inadecuadas en salud dental pone en evidencia la urgencia de diseñar intervenciones educativas orientadas a mejorar estos indicadores. En este sentido, los programas deben focalizarse en tutores con bajo nivel educativo, priorizando enfoques participativos que incluyan educación familiar y comunitaria para fortalecer la autogestión de la salud oral (33). La identificación de Sirihuasi como un área geográfica con mayor conocimiento representa una oportunidad estratégica para implementar programas piloto que puedan luego replicarse en otras localidades.

La literatura internacional ha demostrado que las intervenciones educativas dirigidas a madres y cuidadores son efectivas para mejorar el discernimiento y las experiencias de higiene oral, con impactos positivos en la reducción de la incidencia y severidad de la salud bucal infantil (34). Estrategias que promueven hábitos como el cepillado dental sistemático y el uso del hilo dental se han consolidado como pilares en la promoción de la salud dental en distintos contextos sociales (35, 36).

Finalmente, resulta imperativo considerar las barreras socioeconómicas y culturales que limitan la eficacia de las intervenciones. La adaptación cultural y lingüística de los

contenidos educativos, así como la colaboración estrecha con líderes comunitarios y organizaciones locales, constituyen elementos esenciales para garantizar la aceptación, pertinencia y sostenibilidad de los programas (37, 38). De esta manera, se potenciará no solo la educación en salud bucal, sino también la reducción de inequidades en salud dentro de estas comunidades vulnerables.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. Conclusiones

1) Las consecuencias muestran que variables como el sexo del tutor ( $p=0.041$ ), la edad del tutor ( $p=0.017$ ), el grado de instrucción ( $p=0.011$ ), la ocupación ( $p=0.025$ ) y la procedencia ( $p=0.002$ ) se asocian significativamente con los niveles de conducta. En cambio, la sexualidad del infante ( $p=0.825$ ) no presenta una asociación reveladora.

2) La mayoría de los tutores son de sexo femenino (52.14%) y se concentran en el conjunto etario de 18 a 29 años (67.86%). Predomina un bajo nivel educativo, con un 47.86% con solo primaria, y un alto porcentaje reside en las zonas de Arma (35%) y Quicillo (24.28%). La principal ocupación es ama de casa (49.29%), y el 44.29% de los tutores percibe ingresos menores a S/.500 mensuales, lo que evidencia una situación socioeconómica vulnerable.

3) Las consecuencias derivadas demuestran que la generalidad de los pacientes pediátricos evaluados en la zona rural presenta **niveles de conducta "malo"** en cuanto al cuidado de su salud dental, tanto en infantes (64.0%) como en nenas (63.1%), lo cual indica una problemática generalizada sin diferencias significativas por sexo. Asimismo, se observa que el **sexo del tutor** sí podría tener una ligera influencia en el comportamiento del menor, ya que los infantes con **tutoras femeninas** presentaron un mayor porcentaje de conducta "buena" (20.5%) en balance con aquellos con tutores masculinos (10.4%). Las consecuencias del modelo de retroceso logística exponen que, entre las inconstantes evaluadas, solo el grado de educación secundaria muestra una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) con un mayor nivel de discernimiento en salud dental. Específicamente, los tutores con educación secundaria tienen 1.6 veces más probabilidad de tener un buen conocimiento en comparación con los iletrados (IC: 1.2–1.9).

4) Las demás variables —sexo del niño, sexo y edad del tutor, lugar de procedencia y ocupación— no mostraron asociaciones estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ), aunque algunas, como nivel primario de instrucción ( $p = 0.06$ ) e inicial ( $p = 0.09$ ), se acercan al umbral de significancia, sugiriendo una posible tendencia positiva que podría explorarse con una muestra mayor.

## **2. Recomendaciones**

Implementar programas educativos diferenciados según el nivel de instrucción del tutor. Dado que el grado de instrucción está significativamente asociado con mejores conductas y mayor conocimiento en salud bucal (especialmente en quienes alcanzaron la secundaria), se recomienda diseñar talleres educativos en salud bucal adaptados al nivel educativo de los padres, priorizando a quienes solo tienen primaria o son iletrados.

Focalizar intervenciones por procedencia geográfica. Los padres de zonas como Lambrasniyoc y Arma presentaron los niveles más bajos de conducta en salud bucal. Por tanto, se sugiere priorizar estas comunidades en campañas preventivas, visitas domiciliarias y estrategias de comunicación específicas, a fin de reducir los resquicios geográficos en salud dental.

Originar la colaboración de patriarcas jóvenes en actividades preventivas. La mayoría de tutores son adultos jóvenes (18–29 años), quienes además muestran una menor proporción de conducta buena. Es recomendable implementar actividades participativas y prácticas, dirigidas a este grupo etario, con enfoque lúdico y familiar, para fomentar la adopción de hábitos saludables.

Desarrollar estrategias integradas que involucren a padres con ocupaciones domésticas. Dado que las amas de casa presentaron conductas significativamente más bajas en comparación con otras ocupaciones, se sugiere incluirlas activamente en programas comunitarios, brindando capacitación continua y reconociendo su rol clave como promotoras de salud en el hogar.

## CAPÍTULO VI: REFERENCIAS

1. Morata Alba J, Morata Alba L, Morata Alba J, Morata Alba L. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 26];21(84):e173–8. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS. 2020 [cited 2023 Oct 26]. Oral health. Available from: [https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1)
3. Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 26];25(2):112–21. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Sheiham A, James WPT. A reappraisal of the quantitative relationship between sugar intake and dental caries: the need for new criteria for developing goals for sugar intake. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 Sep 16 [cited 2023 Oct 26];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25228012/>
5. Pita-Fernández S, Pombo-Sánchez A, Suárez-Quintanilla J, Novio-Mallón S, Rivas-Mundiña B, Pértega-Díaz S. [Clinical relevance of tooth brushing in relation to dental caries]. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 Jul [cited 2023 Oct 26];42(7):372–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20116887/>
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2022 [cited 2023 Oct 26]. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial.

Available from: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>

7. Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokae S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2022 Apr 1;123(2):110–20.
8. Kazeminia M, Abdi A, Shohaimi S, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Salari N, et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children’s worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head Face Med [Internet]*. 2020 Oct 6 [cited 2023 Oct 26];16(1). Available from: </pmc/articles/PMC7541284/>
9. Gimenez T, Bispo BA, Souza DP, Viganó ME, Wanderley MT, Mendes FM, et al. Does the Decline in Caries Prevalence of Latin American and Caribbean Children Continue in the New Century? Evidence from Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One [Internet]*. 2016 Oct 1 [cited 2023 Oct 26];11(10):e0164903. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164903>
10. Paiva SM, Abreu-Placeres N, Camacho MEI, Frias AC, Tello G, Perazzo MF, et al. Dental caries experience and its impact on quality of life in Latin American and Caribbean countries. *Braz Oral Res [Internet]*. 2021 May 28 [cited 2023 Oct 26];35:e052. Available from: <https://www.scielo.br/j/bor/a/7cbqtMbBMJ69DgRNhWNrmTx/?lang=en>
11. Morales Miranda L, Gómez Gonzáles W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Revista Estomatológica Herediana [Internet]*. 2019 Apr 16 [cited 2023 Oct 26];29(1):17–29. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552019000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

12. Torres-Ramos G, José Blanco-Victorio D, Gustavo Chávez-Sevillano M, Apaza-Ramos S, Antezana -Vargas V, Mg Esp Gilmer Torres-Ramos Av Olavegoya C, et al. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Odontología Sanmarquina* [Internet]. 2015 Dec 31 [cited 2023 Oct 26];18(2):87–94. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/11520>
13. Randrianarivony J, Ravelomanantsoa JJ, Razanamihaja N. Evaluation of the reliability and validity of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) questionnaire translated into Malagasy. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Feb 24;18(1).
14. Amin TT, Al-Abad BM. Oral hygiene practices, dental knowledge, dietary habits and their relation to caries among male primary school children in Al Hassa, Saudi Arabia. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2008 [cited 2023 Oct 26];6(4):361–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19138188/>
15. Kumar S, Tadakamadla J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dental Caries and its Socio-Behavioral Predictors- An Exploratory Cross-Sectional Study. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 26];40(3):186–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27472564/>
16. Tsang C, Sokal-Gutierrez K, Patel P, Lewis B, Huang D, Ronsin K, et al. Early Childhood Oral Health and Nutrition in Urban and Rural Nepal. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jul 2 [cited 2023 Oct 26];16(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31258585/>
17. Wu J, Chen L, Guan M, Dai T, Friedrich RE, Sun J, et al. Analysis of 5-Year-old children's oral health service utilization and influencing factors in Guizhou Province,

- China (2019-2020). BMC Oral Health [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2023 Oct 26];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37660033/>
18. Chumpitaz-Durand R, Ghezzi-Hernández L. Prevalencia e incidencia de caries a partir de vigilancia epidemiológica realizada a escolares en Chiclayo, Perú. Kiru [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 26];107–15. Available from: [http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru\\_v.10.2\\_Art.4.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2013/Kiruv.10.2/Kiru_v.10.2_Art.4.pdf)
  19. Alexander Ortiz León F, Alexander F. Perfil epidemiológico de salud bucal en niños atendidos en el Seguro Social del Perú. REVISTA ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 26];13(2):94–103. Available from: <https://op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/105>
  20. Mattos-Vela MA, Carrasco-Loyola MB, Valdivia-Pacheco SG. Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. Odontoestomatología [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2023 Oct 26];19(30):99–106. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392017000300099&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392017000300099&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  21. Seminario AL, Alpert E, Bernabé E, Liu J, Andrews L, Alarcón JA, et al. Dental caries and anthropometrics of children living in an informal floating Amazonian community: a cross-sectional pilot study. Braz Dent J [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 26];33(1):87. Available from: </pmc/articles/PMC9645144/>
  22. CDC. 2021. [cited 2023 Oct 26]. Oral Health Conditions. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/conditions/index.html>
  23. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2021 [cited 2023 Oct 26]. Health topics. Available from: <https://www.who.int/europe/health-topics>

24. Nieto Bayón FM. Repercusión de la patología bucodental en la salud general. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, ISSN 0210-6523, N° 55, 2018, págs 269-286 [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 26];(55):269–86. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7141900&info=resumen&idioma=EN>  
G
25. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 Oct 24 [cited 2023 Oct 26];18(1):1–6. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0640-1>
26. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, dos Santos CM. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res* [Internet]. 2019 Aug 15 [cited 2023 Oct 26];33:e018. Available from: <https://www.scielo.br/j/bor/a/MVsmdPzbHhRPcpzFHcLx6gQ/?lang=en>
27. García M, Pérez L. Impacto del conocimiento en la prevención de enfermedades bucales en comunidades rurales. *Revista de Salud Pública*. 2021;18(2):123-130.
28. López A, Fernández R. Rol de la madre en la salud infantil: Una revisión sistemática. *Pediatría Integral*. 2017;21(3):112-119.
29. Martínez J, Gómez S, Hernández P. Educación y prácticas de salud bucal en poblaciones vulnerables. *Salud Comunitaria*. 2020;14(4):234-240.
30. Smith R, Johnson T, Davis P. Education and oral health: Bridging the knowledge gap. *Journal of Public Health*. 2018;32(2):99-107.
31. Rodríguez L, Sánchez M, Aguilar J. La influencia del nivel educativo en la salud bucal de los niños. *Revista de Educación y Salud*. 2019;17(1):56-63.

32. Mendoza E, Castillo F, Torres H. Factores sociodemográficos y su relación con el conocimiento de salud bucal. *Investigación en Salud*. 2019;25(1):89-96.
33. Ruiz D, Moreno K, Vargas J. Intervenciones educativas para la promoción de la salud bucal en comunidades. *Salud y Bienestar*. 2022;19(3):145-154.
34. Fernández P, Ramírez S, López C. Efectividad de intervenciones educativas en la salud bucal de niños en edad preescolar. *Odontología Pediátrica*. 2020;15(2):110-115.
35. Torres A, Vargas R, Ramírez M. Estrategias de promoción de la salud bucal en comunidades rurales. *Salud Pública y Prevención*. 2019;12(3):210-217.
36. Gutiérrez L, Martínez F. Impacto de la educación en salud bucal en la reducción de caries dentales en escolares. *Revista Internacional de Salud*. 2018;14(1):88-95.
37. Hernández P, Gómez M, López J. Adaptación cultural de programas de salud bucal: Un enfoque inclusivo. *Salud y Sociedad*. 2021;18(2):120-129.
38. Sánchez M, Ruiz D. La colaboración comunitaria en la promoción de la salud bucal. *Revista de Salud Comunitaria*. 2022;16(4):250-260.



## CAPÍTULO VII: ANEXOS

### 1. Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos de los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los padres de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023?</li> <li>• ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la conducta de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los padres de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023?</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre los factores socioeconómicos de los padres y la salud bucal de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Describir las características socioeconómicas de los padres de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023.</p> <p>Describir las características sociodemográficas de la conducta de los pacientes pediátricos de una zona rural peruana en el 2023.</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento que poseen los padres de los pacientes pediátricos en una zona rural del Perú durante el año 2023</p>	<p>No cuenta el presente trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo de los niños</li> <li>• Edad de los niños</li> <li>• Sexo de la madre</li> <li>• Edad de la madre</li> <li>• Grado de instrucción de la madre</li> <li>• Lugar de procedencia de la madre</li> <li>• Ocupación de la madre</li> <li>• Ingresos económicos</li> <li>• Conocimiento sobre la salud bucal</li> <li>• Conducta sobre la salud bucal</li> </ul>	<p>Investigación descriptiva de corte transversal analítico</p>

## 2. Anexo 2: Ficha de recolección de datos



Universidad  
Norbert Wiener

### TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA SALUD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA ZONA RURAL PERUANA 2023

El presente documento tiene como finalidad la recolección de información de los participantes para la ejecución del trabajo de investigación.

1. Sexo del paciente pediátrico:  
(0) Mujer      (1) Hombre
2. Edad del paciente pediátrico:
3. Sexo del padre del paciente pediátrico  
(0) Mujer      (1) Hombre
4. Edad del padre o madre:
5. Grado de instrucción del padre o madre:  
(0) Iltrado      (1) Inicial      (2) Primaria      (3) Secundaria
6. Lugar de procedencia:  
(0) Arma      (1) Quicillo      (2) Lambrasniyoc      (3) Sirihuasi      (4) Buenos Aires
7. Ocupación del padre:  
(0) Ama de casa      (1) Otro

A continuación se continúa con los instrumentos de medición de “Conocimiento sobre la salud bucal” y “Conducta sobre la salud bucal”

### 3. Anexo 3: Encuesta del nivel conocimiento de los padres sobre cuidado bucal

<b>ENCUESTA DEL NIVEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE CUIDADO BUCAL</b>	
Nombre del padre: Fecha: Nombre del niño:	
El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel conocimiento de los padres sobre cuidado bucal de los niños, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.	
1.- ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal que utiliza usted? a) Dulces, cepillo dental, pasta dental b) Flúor, pasta dental, hilo dental c) Cepillo, hilo dental, pasta dental d) Cepillo, agua, jabón	2.- ¿Para qué sirve el hilo dental? a) Para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes b) Para sacar brillo a los dientes c) Para darle forma a los dientes d) Para coser heridas en la boca
3.- ¿Es importante el enjuague bucal? ¿Por qué? a) porque amarilla mis dientes b) porque saca brillo a los dientes c) porque blanquea los dientes d) porque me da buen aliento y elimina las bacterias	4.- ¿Qué tipo de cerda deben tener los cepillos? a) cerdas suaves b) cerdas abiertas c) cerdas de colores d) cerdas dobladas
5.- ¿Cuándo cree Ud. que debemos cepillarnos los dientes? a) Antes de las comidas b) Después de las comidas c) solo al acostarse d) solo al levantarse	6.- ¿Cuántas veces se cepilla durante el día? a) 1 vez b) 2 veces c) 3 veces d) Cuando me acuerdo
7.- ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental? a) Cada 3 meses b) Cada 6 meses c) Cada 12 meses d) Cada 1 año	8.- ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental? a) 30 segundos b) 1 minuto c) 2 minutos d) 3 minutos
9.- ¿Qué es la caries dental? a) La picadura de los dientes b) Enfermedad infectocontagiosa c) Un dolor de la boca d) Un dolor de muela	10.- ¿Qué es la placa bacteriana? a) Restos de dulces y comidas b) Manchas blanquecinas en los dientes c) Restos de comida y microorganismos d) El negro de los dientes
11.- ¿Qué es la gingivitis? a) El dolor del diente b) La enfermedad de las encías c) Inflamación del labio d) Infección de la boca	12.- ¿Cuáles son las consecuencias de la caries dental? a) Dolor y pérdida del diente b) Movimiento del diente c) Sangren las encías d) heridas en mi boca
13.- ¿Cuál es la secuencia para realizar el cepillado dental? a) Dientes, lengua, paladar, carrillo b) Carrillo, diente, la boca, la mano c) La boca, dientes, labios y cachetes d) Periodonto, dientes, caries	14.- ¿Cuáles son los elementos indicados para realizar el cepillado dental? a) Pasta dental, cepillo, enjuague bucal e hilo dental b) Cepillo, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal. c) Hilo dental, cepillo, pasta y enjuague bucal d) Hilo dental enjuague bucal, cepillo y pasta dental
15.- La manera ideal de cepillarse los dientes es: a) Circular b) Horizontal c) De arriba hacia abajo d) Cuadrada	16.- La técnica de rotación pertenece a la técnica: a) Stillman b) Fones c) Bas d) Bas modificado
La calificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de conocimiento bueno: 11-16 aciertos</li> <li>• Nivel de conocimiento regular: 6-10 aciertos</li> </ul>	

**4. Anexo 4: Cuestionario sobre la salud bucal desarrollado por “Dental behavior inventory of Hiroshima university” (HDU-DBI)**

Nº	Ítem	No lo realiza	Si lo realiza
<b>Conducta sobre el cuidado en higiene bucal</b>			
1	Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista		
2	Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes		
3	Me preocupa el color de mis dientes		
4	Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes		
5	Estoy preocupado/a por el color de mis encías		
6	Uso cepillo con cerdas duras		
7	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente		
8	Siento que a veces me tomo mucho tiempo en lavarme los dientes		
<b>Conducta sobre prevención de enfermedades bucales</b>			
9	Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado		
10	Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarme bien		
11	Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes		
12	A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme		
13	He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien		
<b>Conducta sobre tratamiento en salud bucal</b>			
14	Uso un cepillo pequeño que parece de diseño para niños		
15	Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"		
16	Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario		
17	Me preocupo por tener mal aliento		
18	Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes		
19	Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista		
20	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo		

## **5. Anexo 5: Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

Estimado participante, valoramos el tiempo que dedicas y te extendemos una invitación a revisar los siguientes puntos para comprender la razón detrás de la ejecución de este estudio.

#### **¿Quiénes son los responsables de esta investigación?**

La presente investigación se realiza bajo la asesoría del Dra. Enna Garavito Chang en conjunto con la estudiante Ysabel Esther Cueva Castañeda de la facultad de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener.

#### **¿Por qué se lleva a cabo este estudio?**

Buscamos comprender y analizar el conocimiento y conducta de los padres de familia frente a la salud bucal en una población rural, con el objetivo de identificar áreas de mejora en la prevención y promoción de la salud bucal en zonas rurales.

#### **¿Qué se hará para cuidar la privacidad de mi información?**

La información recolectada a través de la encuesta se mantendrá en total confidencialidad. Ni el nombre de los participantes ni ningún dato que permita identificar individualmente a las personas será divulgado. La solicitud de datos personales se realiza exclusivamente para asegurar la participación y estos datos no serán compartidos en ninguna circunstancia

Afirmo que he leído por completo el consentimiento informado. Comprendo el objetivo del estudio, por lo que presto libre y voluntariamente mi conformidad para participar en este.

Firma del participante

Nombre completo:

DNI:

Si Ud. tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación, puede contactar a los investigadores por medio electrónico.

## 6.Anexo 6; Carta de aceptación.



**Centro de Salud de Anco**  
**Anco, Churcamp, Huancavelica**

13 de junio del 2024

**Ysabel Esther Cueva Castañeda**

Autora del proyecto de investigación

**Asunto: Aceptación para la realización del proyecto de investigación**

Estimada Ysabel Esther Cueva Castañeda,

En mi calidad de **Jefe Encargado del Centro de Salud de Anco** tengo el honor de dirigirme a usted para expresar la aceptación formal del proyecto de investigación titulado "**Relación entre los factores socioeconómicos y la salud bucal en pacientes pediátricos en una zona rural peruana 2023**", el cual se llevará a cabo en la comunidad de San Miguel de Arma, en el distrito de Anco, provincia de Churcamp, departamento de Huancavelica, perteneciente a nuestro Centro de Salud de Anco.

Luego de revisar la propuesta presentada, consideramos que este estudio tiene una gran relevancia tanto para el ámbito académico como para nuestra comunidad, al ofrecer una perspectiva valiosa sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la salud bucal de los pacientes pediátricos. Confiamos en que los resultados obtenidos contribuirán al desarrollo de estrategias efectivas para mejorar la salud pública en nuestra región.

Es importante destacar que, como parte del compromiso institucional, brindaremos el apoyo necesario en cuanto a la logística y la colaboración de los profesionales de salud, así como el acceso a los pacientes pediátricos de la comunidad de San Miguel de Arma, siempre respetando las normativas éticas y de confidencialidad que rigen nuestra institución.

Quedamos a su disposición para cualquier coordinación adicional que se requiera para la ejecución de este importante proyecto de investigación.

Agradecemos su iniciativa y le deseamos mucho éxito en el desarrollo de este estudio.

Atentamente,

**Enrique Moncada Mapelli**

**Jefe encargado - Centro de Salud de Anco**

**+51 931245807 / enriquemonca31@gmail.com**

MINISTERIO DE SALUD  
JEFATURA  
ACLAS ANCO

*Enrique Moncada Mapelli*  
**Dr. Enrique Moncada Mapelli**  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 097370

## 7. Anexo 7: Validación de juicio de expertos

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombre del experto: Dr. Edgard Wilson Huamani Najarro

1.2. Cargo e Institución donde labora: Cirujano dentista

1.3. Nombre del instrumento: Instrumento de recolección de datos de conocimiento sobre la salud bucal y conducta sobre la salud bucal

1.4. Título de la investigación: "RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA SALUD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA ZONA RURAL PERUANA 2023"

#### II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN


	CRITERIOS	Deficiente (1)	Baja (2)	Regular (3)	Buena (4)	Muy buena (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					/
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					/
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					/
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					/
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					/
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas					/
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología					/
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					/
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					/
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					/
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b>						
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0.00-0.60]
Observado	<0.60-0.70]
<u>Aprobado</u>	<0.70-1.00]



  
**Edgard W. Huamani Najarro**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP 95901

COP 24937

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

### I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombre del experto: Dr. Diego Urrunaga Pastor

1.2. Cargo e Institución donde labora: Médico Cirujano. Maestría en Ciencias Epidemiológicas por UPCH. UCSUR.

1.3. Nombre del instrumento: Instrumento de recolección de datos de conocimiento sobre la salud bucal y conducta sobre la salud bucal

1.4. Título de la investigación: "RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA SALUD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA ZONA RURAL PERUANA 2023"

### II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente (1)	Baja (2)	Regular (3)	Buena (4)	Muy buena (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					/
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					/
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					/
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					/
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					/
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas					/
7. CONSISTENCIA	Alneado a los objetivos de la investigación y metodología					/
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					/
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					/
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					/
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b>						
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)	Intervalo
Categoría	
esaprobado	[0.00-0.60]
Observado	<0.60-0.70]
<u>Aprobado</u>	<0.70-1.00]

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

**1.1. Apellidos y nombre del experto:** C.D. Maria Ximena Campos Oriundo

**1.2. Cargo e Institución donde labora:** Cirujano dentista. C.S. Anco

**1.3. Nombre del instrumento:** Instrumento de recolección de datos de conocimiento sobre la salud bucal y conducta sobre la salud bucal

**1.4. Título de la investigación:** "RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA SALUD BUCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA ZONA RURAL PERUANA 2023"

**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

	CRITERIOS	Deficiente (1)	Baja (2)	Regular (3)	Buena (4)	Muy buena (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas					✓
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					✓
<b>CONTEO TOTAL DE MARCAS</b>						
(Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{(1xA) + (2xB) + (3xC) + (4xD) + (5xE)}{50}$$

  
**M. Ximena Campos Oriundo**  
 CIRUJANO DENTISTA  
 C.O.P. 56065

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0.00-0.60]
Observado	<0.60-0.70]
<b>Aprobado</b> ✓	<0.70-1.00]

## 8. Anexo8: Fotografias



NOMBRE DEL TRABAJO

**Tesis**

AUTOR

**Esther Cueva**

RECuento DE PALABRAS

**7721 Words**

RECuento DE CARACTERES

**42232 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**39 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**175.9KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jun 11, 2025 6:22 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jun 11, 2025 6:23 PM GMT-5**

● **5% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 4% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## ● 5% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 4% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
2	<b>Universidad Europea de Madrid on 2024-12-05</b> Submitted works	<1%
3	<b>repositorio.upao.edu.pe</b> Internet	<1%
4	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	<1%
5	<b>scielo.isciii.es</b> Internet	<1%
6	<b>chambresdhotels-neuvyenberry-nohant.com</b> Internet	<1%
7	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Internet	<1%
8	<b>BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ...</b> Submitted works	<1%