

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**“TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTOR
EN ODONTOLOGÍA”**

**“NIVEL DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA HIGIENE
DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 a 12 AÑOS EN LA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE UNIBE: ANÁLISIS CUALITATIVO”.**

Sustentante

Paula Bona 19-0051

Docente Especializado

Dra. Marjorie Álvarez

Docente Titular

Dra. Helen Rivera Estaba

Julio 2023

JUSTIFICA EL
DOCUMENTO EN MARGEN
CUANDO VAYAS A
IMPRIMIR

DEDICATORIAS

Le dedico este trabajo a Dios, por siempre darme claridad y paciencia en el momento preciso. A mis padres, Vanessa De Los Santos y Miguel Bona, por apoyarme y alentarme en momentos donde no veía más allá, se los dedico como representación de todo mi esfuerzo en estos años de carrera que al fin culminan.

- Paula Bona

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, porque con su fuerza he podido cumplir mis metas. A mi asesora especializada, la Dra. Marjorie Álvarez, a mi docente titular la Dra. Helen Rivera, a la Dra. Glorianny Matos, Dra. Isaury Castillo y Julio Mero, por sus palabras de aliento, por guiarme con paciencia y aconsejarme durante la etapa de este proyecto. Agradezco especialmente a mis padres, por apoyarme y darme motivación siempre. A mi amiga Diannys López, por ayudarme y empujarme a esforzarme cada día más.

- Paula Bona

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1 JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. MARCO TEÓRICO	13
4.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
4.2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
4.2.1 FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD ORAL	14
4.2.1.1 NUTRICIÓN	14
4.2.1.2 HIGIENE ORAL	15
4.2.1.3 HÁBITOS	16
4.2.1.4 CONDUCTA DEL NIÑO EN RELACIÓN A LA HIGIENE ORAL	16
4.2.1.5 NIVEL SOCIOECONÓMICO	17
4.2.2 CONSECUENCIAS DEL DAÑO DE LOS DIENTES PRIMARIOS A LOS DIENTES PERMANENTES	17
4.2.3 CONSECUENCIAS ANTE UN CUIDADO DEFICIENTE DE LA CAVIDAD ORAL	18
4.2.3.1 CARIES DENTAL	18

4.2.3.2 TERAPIAS PULPARES	19
4.2.3.3 GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL	19
4.2.3.4 EXTRACCIONES DENTALES PREMATURAS	19
4.2.4 IMPORTANCIA DE UNA BUENA TÉCNICA DE CEPILLADO	19
4.2.5 IMPORTANCIA DEL USO DE FLUORUROS	19
4.2.6 DEPENDENCIA DE LOS NIÑOS PARA LOS HÁBITOS DE HIGIENE	20
4.2.7 SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA	21
5. HIPÓTESIS	22
6. MATERIALES Y MÉTODOS	23
6.1. TIPO DE ESTUDIO	23
6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
6.3. VARIABLES	24
6.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	25
6.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE	25
6.4. METODOLOGÍA	25
6.4.1 ASPECTOS ÉTICOS	25
6.4.1.1 APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA	25
6.4.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
6.4.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
6.4.3 PROCEDIMIENTOS	26
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
8. DISCUSIÓN	35
9. CONCLUSIÓN	39

10. RECOMENDACIONES	40
11. PROSPECTIVA	41
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
13. ANEXOS	46

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel conocimiento de los padres sobre la higiene dental en pacientes pediátricos de 5 a 12 años en la Clínica Odontológica de UNIBE.

Metodología: Los datos obtenidos en esta investigación son el resultado de medir 14 variables cualitativas en 30 padres participantes. Estos llenaron un cuestionario de preguntas cerradas elaborado en google forms. El análisis estadístico fue realizado en el software SPSS IBM ® en español, versión número 24.0 para

Windows 10 ®. **Resultados:** El (63,3%) de los encuestados **considera** que comer muchos dulces es la causa de aparición de caries dental. El (56,7%) llevan a **su hijo** sus hijos a la consulta dental cuando **siente** alguna molestia. El (50%) señala que **su hijo tiene** sienten sus hijos tienen lesiones de caries. El (56,7%) señala que **su hijo visita** al odontólogo por presentar dolor o trauma. El (86.6%) señala que **debe** cepillar sus dientes por lo menos 2 veces al día; el (83,3%) señalan que cambian el cepillo cada 3-4 meses. (46,6%) señalan que la primera cita debe ser cuando sale el primer diente. El (56,7%) llevan a **su hijo** por primera vez al odontólogo por dolor o trauma. El (90,0%) consideran que la salud oral está relacionada con la salud en general y el (46,7%) señalan que la primera visita al odontólogo debe **realizar** cuando sale el primer diente.

Conclusión: Mediante el estudio, se demostró que el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene dental fue regular.

Palabras clave: Higiene Dental, Odontopediatría, Escolaridad

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge of parents about dental hygiene in pediatric patients from 5 to 12 years of age at the UNIBE Dental Clinic.

Methods: The data obtained in this research are the result of measuring 14 qualitative variables in 30 participating parents. They filled out a questionnaire of closed questions prepared in google forms. The statistical analysis was carried out in the SPSS IBM ® software in Spanish, version number 24.0 for Windows 10 ®.

Results: (63.3%) of the participants consider that eating a lot of sweets is the cause of dental caries. (56.7%) take their child to the dental office when they feel any discomfort. (50%) indicates that his son has dental caries. (56.7%) indicate that their son visits the dentist due to pain or trauma. (86.6%) indicate that they should brush their teeth at least twice a day; (83.3%) indicate that they change their toothbrush every 3-4 months. (46.6%) indicate that the first dental visit should be when the first tooth appears. (56.7%) take their child to the dentist for the first time due to pain or trauma. (90.0%) consider that oral health is related to general health and (46.7%) indicate that the first visit to the dental office should be when the first tooth erupts.

Conclusion: Through the study, it was shown that the level of knowledge of parents about dental hygiene was regular.

Key words: Dental Hygiene, Pediatric Dentistry, Educational Status

1. INTRODUCCIÓN

La higiene dental es de suma importancia para prevenir una gran cantidad de enfermedades, y aún más en niños de 6-7 años de edad, que están empezando a cambiar su dentición mediante un proceso llamado exfoliación dental. En esta etapa suele haber una alta prevalencia de lesiones de caries dental y es la edad ideal para la formación de hábitos de higiene¹.

Los niños en este rango de edad no suelen enfocarse mucho en sus hábitos ni en su salud, por esta razón, los padres son responsables de identificar sus necesidades, por consiguiente, su conocimiento, su percepción de los tratamientos y sus hábitos de higiene dental juegan un gran papel².

Los pacientes pediátricos que asisten a la clínica odontológica UNIBE, se han visto en lo general con una cavidad oral deteriorada para su temprana edad, Se debe resaltar la importancia de establecer la conciencia de los padres sobre las necesidades dentales de los niños.

Esto hace que nazca la **pregunta** de si los padres realmente conocen sobre los cuidados que se deben tener diariamente para preservar la salud bucal.

Este estudio tiene como **objetivo** evaluar el nivel conocimiento de los padres sobre la higiene dental en pacientes pediátricos de 5 a 12 años que asisten a la clínica odontológica UNIBE y cómo aplican este conocimiento en la higiene dental de sus hijos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la clínica odontológica de UNIBE se han visto numerosos casos de niños de 5 a 12 años con una condición dental muy deteriorada. El conocimiento de la higiene dental de los padres es un factor muy importante e influye en los hábitos de higiene y salud en general, ya que esto evitará malas prácticas y ayudará a identificar informaciones erróneas que podrían afectar negativamente los hábitos diarios de higiene.

En su mayoría, los pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE son de bajos recursos, por lo tanto, no tienen el mismo acceso a la información que tendrían los padres de otro nivel socioeconómico.

Nuestro deber como profesionales de salud es guiar a los padres para conseguir una buena práctica de hábitos de higiene dental y con esto evitar futuros problemas que puedan surgir y afectar los dientes permanentes de sus hijos.

Dicho esto, se busca saber si el conocimiento que tienen los padres sobre la higiene dental es suficiente o deficiente.

1. ¿El nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene dental afecta la de sus hijos?
2. ¿El nivel de educación que tienen los padres es un factor para que estos busquen atención odontológica temprana o tardía para sus hijos?
3. ¿El conocimiento de los padres sobre la edad de la primera visita al odontopediatra afecta la salud dental de sus hijos?

2.1. JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que una gran cantidad de pacientes pediátricos de 5 a 12 años de edad que asisten a la clínica odontológica de UNIBE han llegado con una condición dental muy deteriorado de para su rango de edad. Esto incluye una gran cantidad de lesiones de caries dental debido a dieta cariogénica, algunas de estas siendo extensas y/o no restaurables, llegando a tratamientos de canal o pulpotomía e incluso coronas para restaurar el diente, mala higiene por negligencia o falta de dedicación de los padres hacia sus hijos a la hora del cepillado, lo que puede causar gingivitis.

Estos daños mencionados pueden causar problemas a largo plazo, incluso llegando a afectar los dientes permanentes; Esto es importante porque algunos de los daños son irreversibles, y lo que queremos es evitarlos desde una temprana edad.

Este estudio pretende contribuir como un llamado de atención a los padres para que busquen la información y la atención de un profesional para el cuidado de la cavidad oral de sus hijos y busquen atención odontológica temprana.

para que busquen información y la atención odontológica de un profesional en el cuidado de la cavidad oral de sus hijos y así obtengan una prevención temprana de lesiones en sus dientes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene dental en pacientes pediátricos de 5 a 12 años en la Clínica Odontológica de UNIBE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Analizar** el nivel de conocimiento que tienen los **padres** sobre la higiene dental de sus hijos.
- **Identificar** el nivel de educación de los **padres** como factor para buscar atención odontológica temprana o tardía para sus hijos.
- **Determinar** el conocimiento de los **padres** sobre la edad de la primera visita al odontopediatra.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene dental es un tema que se ha estudiado mucho, ya que para los odontólogos es importante saber si está llegando información correcta sobre hábitos de higiene, alimentación y entre otros hábitos que pueden ayudar o afectar el estado de salud bucal.

Aproximadamente a los 7 años comienza un proceso llamado exfoliación dental, en el que los dientes primarios se **exfolian** y dan paso a la erupción de los dientes permanentes. Durante este proceso es **importante** mantener la higiene y prevenir hábitos que puedan afectar negativamente los nuevos órganos dentarios como son: dieta cariogénica, mal cepillado o no cepillado del todo, succión digital, ya que los niños no suelen lavarse mucho las manos y llevan bacterias a la boca, lo que puede causar gingivitis; uso prolongado de envases con tapa como biberones o thermos, los cuales pueden causar malposición dentaria y dificultar el cepillado.

En el 2018, Dikshit et al. ⁴ realizaron una encuesta en Nepal, a 168 padres para analizar el conocimiento, actitud y práctica que tienen los padres de la salud oral, la cual fue comparada con el estado de la cavidad bucal de los mismos padres y sus hijos. Los resultados mostraron que los padres que tenían una práctica inadecuada de hábitos de higiene, afectaban significativamente el nivel de lesiones de caries dental de sus hijos.

En el 2020, Liangwen et al.¹ llevaron a cabo una encuesta en Wuhan, con el objetivo de **asociar** si el nivel de educación de los padres estaba asociado con el nivel de conocimiento de higiene dental o el comportamiento de sus hijos a la hora de practicar hábitos de higiene dental. Se comprobó que los padres reportados con un

buen nivel educacional tenían un conocimiento de la higiene dental más favorable y comparados con los otros padres, la salud dental de sus hijos estaba en mejores condiciones.

En el 2021, Alshamari et al. ³ realizaron un estudio analítico en Dammam, Arabia Saudita, en el cual realizaron una recolección de datos mediante un cuestionario a 248 padres con el objetivo de conocer la conciencia de los padres hacia la salud oral de sus hijos. Se **concluyó** que la percepción del estado de salud bucal de los niños por parte de sus padres es regular y se vió afectada en sus hijos, por lo que se debe aumentar la conciencia general sobre el conocimiento de los padres.

Según lo presentado, podemos ver que el conocimiento de los padres y la calidad de salud oral en sus hijos es directamente proporcional. Conociendo esto, es importante analizar la información que ellos tienen para saber dónde se encuentran los vacíos y corregir ideas erróneas.

4.2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.2.1 Factores que afectan la salud oral

4.2.1.1 Nutrición

Como sabemos, alimentos que consumimos afectan directamente en nuestra salud en general, incluyendo la salud oral. El estado de salud bucal se asocia de forma significativa al estado nutricional. y si no se sigue una dieta balanceada, es más probable la aparición de lesiones de caries dental y enfermedades de las encías ⁵.

En niños existe una relación de riesgo entre la desnutrición, lesiones de caries dental y la cronología de la erupción. Esto influye desfavorablemente en el crecimiento y desarrollo craneofacial y puede conllevar a alteraciones en la calidad y estructura de tejidos como el hueso, ligamento periodontal y los dientes; pudiendo así facilitar la

aparición de gingivitis, aumentar la prevalencia de lesión de caries y causar defectos del esmalte asociados con falta de proteínas y déficits vitamínicos; los cuales hacen que el órgano dentario esté débil.

4.2.1.2 Higiene oral

La salud oral es un factor importante para la salud general y bienestar de las personas. Se ha demostrado estadísticamente que las patologías orales se encuentran entre las enfermedades más frecuentes; además de tener una alta prevalencia, la lesión de caries y la enfermedad periodontal, las cuales tienen un impacto sistémico ⁶. Aunque no es el único factor que las causa, la mayor parte del tiempo se le atribuye al biofilm, por lo que, si **esta** perdura mucho tiempo en la [este](#) superficie de los dientes, empezará a afectar negativamente el estado de salud oral, por lo que es importante **removerla** mediante el cepillado y buenos hábitos de [removerlo, \(estás hablando del BIOFILM\)](#) higiene como es el uso del hilo dental.

Una mala higiene dental incluye cepillarse menos de 2 veces al día, o realizar un cepillado deficiente que no remueva la placa acumulada durante el día, no cambiar el cepillo dental como es recomendado (cada 3 meses), no usar hilo dental o usarlo de forma inadecuada y en el caso de usar aparatos, no higienizarlos correctamente. Principalmente en pacientes pediátricos, es importante supervisar o ayudar a la hora del cepillado ya que, a esta edad, los niños no tienen como prioridad su higiene ni están en la capacidad de identificar sus necesidades de salud ²; es responsabilidad de los padres asegurar el bienestar general de sus hijos.

4.2.1.3 Hábitos

Los hábitos son conductas, costumbres, formas y maneras de percibir, sentir, juzgar, actuar y pensar de una persona ⁷. La mayor parte de estas conductas que adopta una persona son inconscientes y pueden estar afectando su estado de salud de forma positiva o negativa.

En el caso de los pacientes pediátricos, es común la costumbre de la succión digital, o succión de biberones, lo cual pueden causar mal posición dentaria vestibularizando los dientes anteriores y creando una mordida abierta.

El problema con esto es que la mal posición dentaria dificulta la tarea del buen cepillado y como en el caso de la succión digital, pueden traer bacterias y agentes patógenos de las manos, **las cuales tocan muchas superficies**, a la cavidad oral.

Colocar esta frase entre paréntesis.

4.2.1.4 Conducta del niño en relación a la higiene oral

Se sabe que la **niñez** es una etapa en la cual se necesita un monitoreo constante de las actividades del individuo para poder crecer de una forma segura y saludable. Un buen estado de la cavidad oral potencia la seguridad de las personas y permite que puedan comer, hablar y socializar sin sentirse avergonzados ni incómodos.

Desafortunadamente, los niños que empiezan a sufrir de lesiones de caries dental desde una temprana edad, tienden a aumentar su prevalencia mientras crecen ⁸. Lo que esto significa es que la lesión de caries dental es progresiva y además, es **irreversible** ya que la pérdida mineral de la superficie dental no puede reponerse después de que aparece una cavidad ⁹.

4.2.1.5 Nivel socioeconómico

Estudios han demostrado que altos niveles de pobreza, bajo nivel educacional y social son **un factor** que **impacta** la salud oral, aumentando la prevalencia de la caries dental ¹². En países de bajos recursos y principalmente en zonas rurales hay una falta de conocimiento sobre la salud oral y un abundante número de informaciones erróneas, lo que lleva a las personas a realizar acciones que en lugar de mejorar la salud, les afecta negativamente.

4.2.2 Consecuencias del daño de los dientes primarios a los dientes

permanentes

Los niños entre 5 a 10 años **están** en un período donde presentan dentición mixta; **están** compartiendo las exposiciones relacionadas con la aparición de lesiones de caries dental u otros factores que puedan deteriorar la salud oral. Esto ha llevado a una gran preocupación dado que los dientes primarios son la base de los dientes **permanentes** ¹³; Lo que hace a este período sumamente importante para la salud futura de los primeros molares permanentes, siendo estos los dientes más susceptibles a lesiones de caries dental.

Existe un riesgo mayor de la salud de la pulpa en dientes primarios que en dientes permanentes ya que su esmalte es más delgado y su pulpa es más voluminosa ¹²; además de que el contenido bacteriano en la cavidad oral es alto, y mucho más en una cavidad oral con lesiones de caries dental que si no son tratadas a tiempo, pueden desarrollar una infección que afectará los dientes permanentes.

4.2.3 Consecuencias ante un cuidado deficiente de la cavidad oral

4.2.3.1 Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial transmisible y de origen infeccioso que **afecta** los órganos dentarios, destruyendo progresivamente los tejidos **duros desmineralizandolo** y formando una cavidad que si no es tratada a tiempo puede tener consecuencias graves¹⁴.

desmineralizán
dolos

A pesar de ser multifactorial, se pueden mencionar 3 factores principales que al interactuar por un período determinado de tiempo le dan origen a la aparición de la caries dental, los cuales son: un huésped susceptible (higiene bucal, saliva y dientes), la microflora oral (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica)¹⁵.

4.2.3.2 Terapias pulpares

Al tener una cavidad no tratada como resultado de la caries, pueden haber consecuencias como el progreso de su crecimiento hasta afectar la pulpa dental. Para estos casos existen tratamientos como la pulpotomía, el cual es el tratamiento pulpar más frecuente realizado en dentición primaria y consiste en una amputación de la pulpa coronal inflamada, con el objetivo de preservar la vitalidad y facilitar la exfoliación del diente a su debido tiempo¹⁶.

En casos más severos se realizará una pulpectomía, que consiste en la remoción de la pulpa coronal y radicular, colocando un material de obturación reabsorbible que permita mantener el diente primario en boca hasta su exfoliación natural¹⁷.

4.2.3.3 Gingivitis y Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una respuesta inflamatoria de origen multifactorial que tiene como principal factor etiológico el biofilm bacteriano; la cual puede manifestarse con sangrado gingival, movilidad dentaria, recesión gingival, bolsa periodontal y pérdida dental¹⁸.

En el caso de pacientes pediátricos, desarrollar una enfermedad periodontal es poco común; se considera que el surco gingival de una dentición primaria no tiene la profundidad ni anaerobiosis necesaria para el crecimiento de bacterias de la enfermedad periodontal¹⁹. Esto no significa que no puedan tener ningún padecimiento periodontal, ya que se puede manifestar hasta una simple gingivitis, la cual es una inflamación en las encías que puede ser por acumulación de placa, y puede ser prevenida siguiendo una buena rutina de cepillado y cuidado dental profesional²⁰.

4.2.3.4 Extracciones dentales prematuras

A pesar de los diferentes tratamientos preventivos en odontología, las extracciones dentales siguen siendo un procedimiento muy frecuente en odontopediatría; se considera la extracción prematura de un diente primario cuando este es el único tratamiento viable para el diente afectado antes de su exfoliación²¹.

Lleva una coma (,) después de "primario"

4.2.4 Importancia de una buena técnica de cepillado

Un buen cepillado con la técnica correcta resulta en una buena higiene dental y pocas probabilidades de tratamientos invasivos como solución para enfermedades antes mencionadas.

lleva coma (,) después de "invasivos"

colocar una coma (,) después de " modificada" y de "realizarla"

Se ha determinado que la técnica de Bass modificada es la más efectiva para remover el biofilm de la superficie dental. Para realizarla se coloca el cepillo (recomendablemente de cerdas suaves) a un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente; los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdetales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal²⁹.

Es importante que los padres ayuden a sus hijos con el cepillado dental, ya que ellos no le prestarán la atención suficiente y además, si son muy pequeños, no podrán cepillarse correctamente por su poca motricidad, y con el tiempo puede existir un acúmulo de biofilm dental²³.

4.2.5 Importancia del uso de fluoruros

colocar (,) después de "Se ha demostrado"

Se ha demostrado que el fluoruro es un componente esencial en la prevención primaria de la caries dental y aumenta la resistencia del esmalte ante los ácidos²⁴.

Es recomendado utilizar una pasta fluorada de más de 1000 partes por millón (ppm) de flúor, y su uso debe ser en cantidades adecuadas según la edad; para menores de 6 años debe ser de 250-550ppm, y a partir de los 7 años, concentraciones mayores a 1100 ppm²⁵.

4.2.6 Dependencia de los niños para los hábitos de higiene

El papel de los padres en la creación de buenos hábitos para la salud bucal es de suma importancia; ellos deben establecer una rutina de cuidados como es el cepillado y eliminar hábitos como la succión digital (en caso de que exista) o el uso prolongado de biberones, lo que puede aumentar el riesgo de acumulación de

bacterias. Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para que acostumbren a sus niños y puedan identificar cuando necesiten ayuda de un profesional²⁶.

4.2.7 Salud oral y calidad de vida

La niñez es una etapa muy importante para el desarrollo de la personalidad y autoestima de los seres humanos; Como se ha estudiado, la calidad de vida está relacionada con la salud, por lo tanto, la presencia de afecciones bucodentales como caries y mal posición dentaria, son condiciones orales que afectan el autoestima de los niños y por lo tanto sus interacciones sociales²⁷.
lleva una coma, después de "por lo tanto"

La salud oral pobre también puede causar pérdida de funcionalidad, ya que en muchos casos tienen dolor o molestia y esto les limita a masticar; pueden afectar **en** su familia ya que el dolor que sufren los niños, conlleva a estrés y angustia de los padres¹⁴.

Estudios mencionan que a medida que los niños se acercan a su adolescencia, comienzan a integrarse en su entorno y a desarrollar su autopercepción; en donde la estética empieza a ser importante²⁸. Además de afectarles su aspecto facial en caso de existir alguna malposición dentaria, también puede afectar el cambio de color en piezas dentarias por lesiones de caries dental o inflamación de las encías; por lo que la higiene **dentales** sumamente importante.

5. HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento de los padres con respecto a la higiene dental afecta directamente a la salud oral de sus hijos.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio del tipo analítico, transversal, observacional y cualitativo.

Analítico: Un estudio que pretende descubrir una hipotética relación entre un factor de riesgo determinado y un determinado efecto ¹⁰.

Transversal: Corresponde a un estudio de corte en el tiempo, es decir, un estudio en donde sus datos se recolectan en un periodo determinado.¹⁰.

Observacional: Pretenden describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma. En este tipo de estudios, no existe ninguna intervención por parte del investigador, el cual se limita a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encuentra presente en la población de estudio ¹⁰.

Cualitativo: Estudio que pretende obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o **conducta** ¹¹.

6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ANULACIÓN

Criterios de inclusión

- Padres y madres de niños entre 5 a 12 años de edad
- Padres y madres que asisten a la consulta de odontopediatría de UNIBE

Criterios de exclusión

- Padres y madres con niños fuera del rango de edad investigado

- Padres y madres que asistan a la consulta de odontopediatría fuera de UNIBE

6.3. VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

Tabla 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA DE ESCALA
INDEPENDIENTE	Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	Cédula de identidad	18 años o más	Cuantitativa continua
	Género	Clasificación taxonómica de acuerdo al tipo de órgano reproductor posee el individuo.	Evaluación visual	Femenino o masculino	Cualitativa nominal
	Región	Zona territorial delimitada por características comunes como cultura, política o economía.	Cédula de identidad	Diferentes provincias de la República Dominicana.	Cualitativa nominal
DEPENDIENTE	Nivel de educación	Clasificación determinada por una serie de programas educativos en relación a una gradación de experiencias de aprendizaje, conocimientos y habilidades.	Mediante cuestionario	Inicial, básico, medio y superior.	Cualitativa ordinal

6.4 METODOLOGÍA

6.4.1 Aspectos éticos

6.4.1.1 Aprobación del comité de ética

Esta investigación involucra la participación de sujetos humanos, una muestra que consiste de padres mayores de 18 años, de las diferentes provincias de la República Dominicana, que asisten con sus hijos a la clínica odontológica UNIBE; por lo que previo a su desarrollo se solicitó aprobación del comité de ética. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética bajo el número de aplicación CEI2023-0209.

(Anexo 1).

6.4.2 Población y muestra

- Población

Padres/tutores de género femenino y masculino, mayores de 18 años que acuden al área de odontopediatría de UNIBE para la atención odontológica de sus hijos.

- Selección de la muestra

Se seleccionaron 30 padres/tutores para ser encuestados mediante un instrumento de recolección de datos, diseñado con el fin de identificar su nivel de conocimiento sobre la higiene dental.

6.4.3 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se realizará a los padres de los pacientes pediátricos que asisten a la clínica odontológica UNIBE, un cuestionario elaborado

con Google Forms que está compuesto de 14 preguntas de selección múltiple, con el fin de determinar datos relevantes para la investigación como el nivel de educación y conocimiento general sobre la higiene dental. (Anexo 3).

6.4.3 Consentimiento informado

Los encuestados deberán estar de acuerdo en participar, por lo que se les será solicitado firmar un consentimiento informado en el que se describe el objetivo de la encuesta y la confidencialidad de sus datos, recalcándoles que su participación es voluntaria (Anexo 3).

6.4.4 Procedimiento

Una vez aprobado el instrumento de recolección de datos de la investigación, se validó de manera voluntaria con 10 padres de pacientes pediátricos que asisten la clínica odontológica de UNIBE en una primera fase, con el objetivo de detectar la eficacia y entendimiento del instrumento, identificar las variables de interés y determinar cómo serían medidas.

En la segunda fase se les dió a conocer a los padres de la clínica odontológica de UNIBE la presente investigación, se explicó de manera clara su objetivo y luego se presentó el consentimiento informado si estaban de acuerdo en participar.

En la tercera fase se aplicó el instrumento como tal, explicando si algún padre necesitaba aclaración sobre alguna pregunta (Anexo 3).

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos observados y analizados en la presente investigación, son el resultado de medir las 14 variables cualitativas en estudio, en una muestra de 30 representantes de niños que asisten a la consulta de odontopediatría en la clínica odontológica de UNIBE; a los cuales se les pidió responder un cuestionario (Anexo 3) de 14 preguntas cerradas con respecto al tema investigado, para identificar el nivel de conocimiento de los mismos acerca de la higiene dental de sus hijos.

Los datos fueron recopilados en Google forms y luego llevados a una hoja de cálculo diseñada en el programa Microsoft Excel para almacenar y procesar la información asociada a las variables en estudio. colocar una coma (,) después de cálculo.

Los análisis estadísticos se realizaron con los programas Office Excel 2016 para Windows®, el software estadístico SPSS IBM ® en español en versión número 24.0 para Windows 10 ®.

Se realizaron tablas bidimensionales de frecuencia, para conocer el comportamiento conjunto de las variables de interés, las cuales nos permiten cuantificar los objetivos de la investigación, además se presentan gráficamente dichos valores para conocer de forma sencilla el comportamiento de las variables de interés. colocar una coma (,) después de "además"

A continuación, se muestra el análisis de los resultados más relevantes de la investigación. En los párrafos anteriores a las Tablas, sería bueno que agregaras PUNTOS SUSPENSIVOS , cuando introduces la información del título de cada tabla.

Se inicia este capítulo **mostrando** el comportamiento del Nivel educativo del representante y el Vínculo con el paciente:

Tabla 2. Nivel educativo del representante de acuerdo a su vínculo con el paciente.

Nivel educativo del representante	Vínculo con el paciente						Total
	Madre	%	Padre	%	Tutor	%	
Básico	6	20,0%	1	3,3%	2	6,7%	9
Medio	10	33,3%	0	0,0%	5	16,7%	15
Superior	4	13,3%	0	0,0%	2	6,7%	6
Total	20	66,7%	1	3,3%	9	30,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 2, se observa que 15 entrevistados tenían un nivel de educación medio (50,0%), seguido por 9 que tenían un nivel básico (30,0%) y los restantes 6 su nivel fue superior (20,0%). Por otro lado, se aprecia que 20 entrevistados eran las madres del niño (66,7%), seguido de 9 que eran sus tutores (30,0%) y 1 era el padre (3,3%).

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas variables se observa que 10 entrevistados eran las madres y su nivel educativo fue medio (33,3%) siendo esta la combinación más frecuente, seguida de 6 que eran madres y su nivel educativo fue básico (20,0%), mientras que la menor frecuencia observada en la muestra fue de 1 entrevistado que era padre y su nivel educativo fue básico (3,3%).

A **continuación** se presenta el comportamiento de la **variable** Nivel educativo del representante y **cual señalan** es la causa de aparición de caries dental: **la cual señala**

Tabla 3. Nivel educativo del representante de acuerdo a la causa de aparición de caries dental.

Causa de aparición de caries dental	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Bacterias	1	3,3%	1	3,3%	0	0,0%	2
Comer muchos dulces	8	26,7%	9	30,0%	2	6,7%	19
Ambas	0	0,0%	5	16,7%	4	13,3%	9
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 3 se observa que 19 de los entrevistados consideran que comer muchos dulces es la causa de aparición de caries dental (63,3%), seguido de 9 que señalan que comer muchos dulces y bacterias (30,0%) y los restantes 2 indican que es por bacterias (6,7%).

colocar (,) después de "variables" y de "mayoritariamente"

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas variables se observa que los entrevistados cuyo nivel de instrucción es básico y medio indican mayoritariamente que comer muchos dulces ocasiona la aparición de caries dental (26,7% y 30%) y los que tienen educación superior señalan mayoritariamente que es por ambas causas (13,3%). La opinión menos señalada para todos los niveles de instrucción es que la producen bacterias.

colocar una coma (,) después de "educacion superior"
colocar una coma (,) después de "instrucción"

A continuación se presenta el comportamiento de la variable Nivel educativo del representante y frecuencia con la que asiste a consulta dental su hijo:

Tabla 4. Nivel educativo del representante de acuerdo a la frecuencia con la que asiste a consulta dental su hijo.

Frecuencia con la que asiste a consulta dental su hijo	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Anual	0	0,0%	3	10,0%	1	3,3%	4
Cada 6 meses	1	3,3%	4	13,3%	4	13,3%	9
Cuando siente alguna molestia	8	26,7%	8	26,7%	1	3,3%	17
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 4 se observa que 17 de los entrevistados llevan a su hijo a consulta dental cuando siente alguna molestia (56,7%), seguido de 9 que señalan llevarlo cada 6 meses (30,0%) y los restantes 4 indican llevarlo anualmente (13,3%).

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas variables se observa que los entrevistados de nivel de instrucción básico y medio mayoritariamente llevan a su

hijo al odontólogo cuando siente alguna molestia (26,7% y 26,7%) y los que tienen educación superior lo llevan mayoritariamente cada 6 meses (13,3%) y la visita anual es la menos señalada por los 3 niveles de instrucción (0,0%, 10,0% y 3,3%).

A continuación se presenta el comportamiento de la variable Nivel educativo del representante de acuerdo a si su hijo presenta molestia dental actualmente:

Tabla 5. Nivel educativo del representante de acuerdo a la Presencia de molestia dental en su hijo.

Presenta su hijo alguna molestia actualmente	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Caries	5	16,7%	8	26,7%	2	6,7%	15
Gingivitis o inflamación de las encías	3	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	3
Halitosis o mal aliento	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	2
No se	0	0,0%	6	20,0%	2	6,7%	8
Otra	1	3,3%	0	0,0%	1	3,3%	2
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 5 se observa que 15 de los entrevistados señalan que su hijo tiene caries (50,0%) y las molestias menos señaladas fueron la halitosis o mal aliento y otra con (6,6%) cada una. Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas variables se observa que los entrevistados de todos los niveles de instrucción señalan mayoritariamente que sus hijos presentan caries (16,7%, 26,7% 6,7%) y las menos indicadas por todos fueron halitosis o mal aliento y otra (3,3% 3,3% y 3,3%). Luego se presenta el comportamiento de la variable Motivo por el cual visita el odontólogo con su hijo de acuerdo a la Característica que presenta su hijo:

Tabla 6. Motivo por el cual su hijo visita el odontólogo de acuerdo a la Característica que presenta su hijo.

Característica que presenta su hijo	Motivo por el cual visita el odontólogo con su hijo						Total
	Chequeo de rutina	%	Dolor o trauma	%	Estética	%	
Caries	5	16,7%	10	33,3%	0	0,0%	15
Gingivitis o inflamación de las encías	0	0,0%	3	10,0%	0	0,0%	3
Halitosis o mal aliento	1	3,3%	0	0,0%	1	3,3%	2
No se	3	10,0%	4	13,3%	1	3,3%	8
Otra	1	3,3%	0	0,0%	1	3,3%	2
Total	10	33,3%	17	56,7%	3	10,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 6 se **observa** que 17 de los entrevistados señalan que su hijo visita al odontólogo por presentar dolor o trauma (56,7%), seguido de 10 que asisten por chequeo de rutina (33,3%) y la estética **resultó** ser el motivo menos frecuente para asistir al odontólogo (10,0%). **resultó**

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas **variables** se observa que los entrevistados que asisten por **distinto** motivos señalan **mayoritariamente** que sus hijos presentan caries (16,7%, 33,3%).

A continuación se presenta el comportamiento de la **variable** Nivel educativo del representante de acuerdo al momento del día en que cepilla los dientes de su hijo:

Tabla 7. Nivel educativo del representante de acuerdo al momento del día en el que cepilla los dientes de su hijo.

Momento del día en que cepilla los dientes de su hijo	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Después de cada comida	5	16,7%	5	16,7%	3	10,0%	13
En la mañana	2	6,7%	2	6,7%	0	0,0%	4
En la mañana y en la noche	2	6,7%	8	26,7%	3	10,0%	13
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 7 se **observa** que 13 de los entrevistados **señalan** que cepillan los dientes de su hijo después de cada comida y otros **13** que lo hacen en la mañana y en la noche (43,3%) y solo 4 indicaron que lo hacen en la mañana (13,3%).

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas **variables** se observa que los entrevistados de todos los niveles de instrucción señalan **mayoritariamente** que cepillan a sus hijos después de cada comida y en la mañana y en la noche, con lo cual se estarían garantizando por lo menos dos veces al día la higiene bucal.

A continuación se presenta el comportamiento de la **variable** Nivel educativo del representante de acuerdo a la frecuencia con que cambia el cepillo dental de su hijo:

Tabla 8. Nivel educativo del representante de acuerdo a la frecuencia con que cambia el cepillo dental de su hijo.

Frecuencia con que cambia el cepillo dental	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Cada 3-4 meses	8	26,7%	12	40,0%	5	16,7%	25
Cada 6 meses	1	3,3%	3	10,0%	1	3,3%	5
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 8 se **observa** que 25 de los entrevistados **señalan** que cambian el cepillo cada 3-4 meses (83,3%) y los restantes 5 indicaron que **lo cada** 6 meses (16,7%).

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas **variables** se observa que los entrevistados de todos los niveles de instrucción señalan **mayoritariamente** que cambian los cepillos de sus hijos cada 3 -4 meses.

A continuación, se presenta el comportamiento de la **variable** Nivel educativo del representante y cuando asiste a la primera cita:

Tabla 9. Nivel educativo del representante de acuerdo a cuando asiste a la primera cita odontológica.

Cuando debe ser la primera cita al odontopediatra	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Cuando empiece el colegio	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	4
Cuando sale el primer diente	5	16,7%	6	20,0%	3	10,0%	14
Cuando surja alguna molestia	3	10,0%	8	26,7%	1	3,3%	12
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 9 se observa que 14 entrevistados **señalan** que la primera cita debe ser cuando sale el primer diente (46,6%), seguido de 12 que señalan que debe ser cuando surja alguna molestia (40,0%) y los restantes 4 indican que cuando empiecen en el colegio (13,4%).

Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas **variables** se observa que los entrevistados cuyo nivel de instrucción es medio indican **mayoritariamente** que la primera cita debe ser cuando surja alguna molestia (26,7%) y aquellos cuyo nivel de instrucción es básico y superior señalan **mayoritariamente** que cuando sale el primer diente.

A continuación se presenta el comportamiento de la **variable** Nivel educativo del representante y motivo por el que llevó a su hijo al odontólogo por primera vez:

Tabla 10. Nivel educativo del representante de acuerdo al motivo por el que llevó a su hijo al odontólogo por primera vez.

Motivo por el que llevó a su hijo al odontólogo por primera vez	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
Chequeo de rutina	3	10,0%	5	16,7%	2	6,7%	10
Dolor o trauma	6	20,0%	8	26,7%	3	10,0%	17
Estética	0	0,0%	2	6,7%	1	3,3%	3
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 10 se observa que 17 de los entrevistados llevan a su hijo por primera vez al odontólogo por dolor o trauma (56,7%), seguido de 10 que señalan llevarlo por chequeo de rutina (33,3%) y los restantes 3 indican llevarlo por estética (10,0%). Al evaluar el comportamiento conjunto de ambas variables se observa que los entrevistados de los 3 niveles de instrucción mayoritariamente llevan a su hijo al odontólogo por dolor o trauma (20,0%, 26,7% y 10,0%) y el motivo por el que menos lo llevan es por estética (0,0%, 6,7% y 3,3%).

A continuación se presenta el comportamiento de la variable Nivel educativo del representante y la relación de la salud oral con la salud en general:

Tabla 11. Nivel educativo del representante de acuerdo a la relación de la salud oral con la salud en general.

Considera que la salud oral está relacionada con la salud en general	Nivel educativo del padre/madre/tutor						Total
	Básico	%	Medio	%	Superior	%	
No	1	3,3%	2	6,7%	0	0,0%	3
Si	8	26,7%	13	43,3%	6	20,0%	27
Total	9	30,0%	15	50,0%	6	20,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 11 se observa que 27 de los entrevistados consideran que la salud oral está relacionada con la salud en general (90,0%) y los restantes 3 indican que no es así (10,0%). Debe señalarse que así opinan los entrevistados para todos los niveles de instrucción, ya que indican que ambas salud oral y general si tienen relación.

A continuación se presenta el comportamiento de la variable Cuando debe ser la primera cita al odontopediatra de acuerdo a la Característica que presenta su hijo:

Tabla 12. Cuando debe ser la primera cita al odontopediatra de acuerdo a la Característica que presenta su hijo.

Características que presenta su hijo actualmente	Cuando debe ser la primera cita al odontopediatra						Total
	Quando empiece el colegio	%	Quando sale el primer diente	%	Quando surja alguna molestia	%	
Caries	1	3,3%	6	20,0%	8	26,7%	15
Gingivitis o inflamación de las encías	0	0,0%	2	6,7%	1	3,3%	3
Halitosis o mal aliento	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	2
No se	1	3,3%	5	16,7%	2	6,7%	8
Otra	2	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	2
Total	4	13,3%	14	46,7%	12	40,0%	30

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 12 se observa que 14 de los entrevistados señalan que la primera visita al odontólogo debe realizar cuando sale el primer diente (46,7%), seguido de 12 que señalan que van cuando surja alguna molestia (40,0%) y cuando empiece el colegio resultado ser el motivo menos señalado para asistir al odontólogo por primera vez resultó (13,3%).

8. DISCUSIÓN

El nivel de conocimiento de los padres sobre la higiene dental tiene una gran importancia, ya que que esto les ayudará a reconocer a tiempo condiciones que afecten negativamente la salud oral y por lo tanto, pueden evitarlas o tratarlas en una etapa temprana.

En relación al primer objetivo: Analizar el nivel de conocimiento que tienen los padres sobre la higiene oral de sus hijos, como visto en los resultados:

Más de la mitad de los padres entrevistados (63,3%), **piensa** que la causa de aparición de lesiones de caries dental es comer muchos dulces (Tabla 3); similar a lo reportado en el estudio realizado por Victorio et al.³⁰ donde se estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas de padres y cuidadores sobre la salud bucal. En este el (65,0%) de los encuestados respondió que el azúcar es el principal tipo de comida causante de la caries dental. Sin embargo, hemos visto que la caries dental es una enfermedad multifactorial y que debe existir la relación entre un huésped, la microflora y un sustrato¹⁵.

Los resultados mostraron (Tabla 7), que el (43,3%) de los padres piensan que se deben cepillar los dientes en la mañana y en la noche y el (43,3%) **contestó** después de cada comida, ambos siendo más de una vez al día representaría el (86,6%), se acerca a los resultados **de el** estudio realizado por Ferreira et al.³¹ en el que un (95,02%) respondió que es necesario el cepillado de los dientes más de una vez al día.

También vemos (Tabla 8) que el (83,3%) de los encuestados cambian el cepillo dental cada 3-4 meses, lo cual es correcto.

Como presentado en la (Tabla 4), podemos ver que la mayoría de los padres asisten a la consulta dental con su hijo cuando surge alguna molestia (56,7%), y como resultado, el (50,0%) de estos niños presentaban caries dental (Tabla 5). Similar a los resultados del estudio antes mencionado, en el que se evaluó el conocimiento de los padres en escuelas públicas y privadas, el 54% de los niños evaluados (en escuela privada) y el 43% (en escuela pública) presentaban al menos 1 pieza cariada³¹. Esto nos dice que: los padres no tienen el conocimiento suficiente sobre la

higiene dental y no saben de las consecuencias que pudieran ocurrir si cualquier condición no es tratada a tiempo.

En relación al segundo objetivo: Identificar el nivel de educación de los padres como factor para buscar atención odontológica temprana o tardía para sus hijos.

A pesar de que el (46,6%) de los padres **sabía** la edad de la primera visita al odontopediatra, su mayoría siendo del nivel medio, (Tabla 9), más de la mitad (56,0%) **acudió** por dolor o trauma a la consulta dental (Tabla 10), siendo su mayoría del nivel medio. Según los resultados, podemos decir que: el nivel educativo de los padres no influye en la búsqueda de atención odontológica temprana o tardía para sus hijos.

Similar **a el** estudio realizado por Mukhari-Baloyi et al.² en el que se **concluyó** que las diferencias en educación y empleo entre los padres con respecto a las citas odontológicas por dolor y otras condiciones **dentales** fueron estadísticamente insignificantes.

En relación al tercer objetivo: Determinar el conocimiento de los padres sobre la edad de la primera visita al odontopediatra.

Como visto en los resultados (Tabla 12), el (46,7%) de los padres **sabe** que el momento correcto de la primera visita es cuando sale el primer diente primario, sin embargo, el motivo principal por el que los encuestados llevaban al odontólogo a sus niños era porque estos presentaban dolor o molestia (Tabla 6), esto significa que en lugar de llevarlos cuando era correcto, los llevaban cuando ya estaba desarrollada la

lesión, y como **mostrado** en los resultados el (50,0%) de ellos tenían lesiones de caries dental.

Según esto, podemos decir que: los padres tienen conocimiento sobre la edad de la primera visita al odontopediatra, sin embargo, parecen no conocer la importancia de esto.

Comparable con el estudio realizado por Aldawood et al.³² en el que la mayoría de los padres **creía** que la primera visita dental debería ser a los tres años y cuando se les preguntó por el motivo de no visitar al dentista a una edad temprana, casi la mitad de ellos **respondió** que cuando no hay dolor, no hay necesidad de visitar al dentista.

9. CONCLUSIÓN

Luego de haber analizado los resultados, se concluyó que:

- El nivel educativo de los padres sobre la higiene **dental** sí afecta la de sus hijos.
- El nivel **educativo** no determina la búsqueda de atención odontológica temprana o tardía.
- El conocimiento de los padres sobre la edad de la primera visita al **odontopediatra** no afecta directamente la salud dental de sus hijos.

10. RECOMENDACIONES

Los pediatras deben ser aliados de los odontólogos pediatras, pues estos son los primeros en recibir pacientes pediátricos.

Actualmente, se está trabajando para que en las residencias de pediatría se incluyan cátedras de odontología.

Se sugiere la elaboración de folletos educativos con informaciones necesarias sobre la higiene **dental** para entregar a los padres en las primeras citas de la clínica odontológica de UNIBE.

11. PROSPECTIVA

Se propone estudiar el nivel de conocimiento de los padres de pacientes pediátricos que asisten a la clínica de UNIBE sobre la higiene dental en el tiempo, para así conocer los avances, en caso de haberlos, de los medios de información educativa sobre el tema.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen L, Hong J, Xiong D. et al. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health*. 2020;20(1).
2. Mukhari-Baloyi N, Ramphoma K, Phalwane M, Motloba P. Association of parental factors and delayed dental care for children. *S Afr dent*. 2022;76(10):607–12.
3. Alshammari F, Alshammari R, Alshammari M, et al. Parental Awareness and Knowledge toward their Children's Oral Health in the City of Dammam, Saudi Arabia. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(1):100–103.
4. Dikshit P, Limbu S, Gupya S, et al. Evaluation of Knowledge, Attitude and Practices of Parents toward their Children Oral Health Compared with their Dental Caries status. *Birat Journal of Health Sciences*. 2018; 3(2):447.
5. González A, González B, González E. Dental health: relationship between dental caries and food consumption. *Nutr Hosp*. 2013;28(4):64-71.
6. Varela P, Bugarín R, Blanco A, et al. Oral hygiene habits. Results of a population-based study. *An Sist Sanit Navar*. 2020;43(2):217-223.
7. Mondragón C, Cardoso D, Bobadilla S. Hábitos de estudio y rendimiento académico. Caso estudiantes de la licenciatura en Administración de la Unidad Académica Profesional Tejupilco, 2016. *RIDE*. 2017; 8(15):661-685.
8. Núñez D, García L. Bioquímica de la caries dental. *Rev haban cienc méd*. 2010; 9(2): 156-166.

9. Skeie M, Radaal M, Strand G, et al. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age- a longitudinal study. *Int J Pediatr dent.* 2006; (16): 152-160.
10. Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med segur trab.* 2008; 54(210): 81-88.
11. Salgado A. Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber.* 2007;13(13):71-78.
12. Muñoz C, Gambetta K, Santamaría M, et al . ¿Cómo Intervenir el Proceso de Caries en Niños? Adaptación del Consenso de ORCA/EFCD/DGZ. *Int. j interdiscip dent.* 2022; 15(1): 48-53.
13. Kazeminia M, Abdi A, 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.*2020;16(1):22.
14. Morales L, Gómez W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev Estomatol Herediana.* 2019; 29(1): 17-29.
15. Núñez P, García L. Bioquímica de la caries dental. *Rev haban cienc méd.* 2010; 9(2): 156-166.
16. Reynoso N, Leyda A, Ribelles M. Pulpotomía en dentición primaria: un análisis bibliométrico de 57 años. *Revista De Odontopediatría Latinoamericana.* 2022;12(1).
17. Orellana J, Guerrero R. Pulpectomia o pulpotomía en el tratamiento de dientes temporales: Revisión. *Salud Uninorte.* 2023;39(1).

18. Pardo F, Hernández L. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. *Rev Salud Publica*. 2018;20(2):258–64.
19. Castro Y. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico. *Rev clín periodoncia implantol rehabil*. 2016;11(1):36–8.
20. Ocaña A, Macías R, Mojena Y, et al. Características Epidemiológicas de la Gingivitis Crónica en pacientes entre 5 a 12 años. Yara, 2017. *PMultimed*. 2019;23(1):34–44.
21. Vera G, Ojeda B, Villamar A, Romero H. Prevalencia de las extracciones prematuras en niños menores a 8 años. *Ciencia Digital*. 2019;3(4.1):6–20.
22. Castro Y. La higiene dental y los efectos de la terapia periodontal mecánica. *Rev haban cienc méd*. 2021;20(1):1
23. Jaramillo A, Romo A. Enfermedad periodontal en pacientes pediátricos. Etiología, etiopatogenia, manejo estomatológico. *Odontol Act Rev Cient*. 2023;8(1):31–42
24. Shahroom N, Mani G, Ramakrishnan M. Interventions in management of dental fluorosis, an endemic disease: A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(10):3108–13.
25. Hernández A, Azañedo D. Cepillado dental y niveles de flúor en pastas dentales usadas por niños peruanos menores de 12 años. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(4):646–52.
26. Cupé A, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Hered*. 2015;25(2):112

27. Encalada L, Garcia C, Del Castillo C. Calidad de vida relacionada a la salud oral en escolares del sector urbano y rural. Cañar, Ecuador. Rev Estomatol Hered. 2018;28(2):105.
28. Crespo C, Domínguez C, Vallejo F, Liñán C, Del Castillo C. et al. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues - Ecuador, 2015. Rev Estomatol Hered. 2017;27(3):14.
29. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES odontol. 2016;29(2):52–64.
30. Victorio J, Mormontoy W, Díaz M. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/ cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. Rev Estomatol Hered. 2019;29(1):70.
31. Ferreira M, Diaz C, Pérez N, Sanabria D, Alvarenga M, Bazán D, et al. Oral health in preschool and level of knowledge about oral hygiene of their mothers, in public and private schools in San Lorenzo, Paraguay. Pediatr. 2016;43(2):129–36.
32. Aldawood M, Battepati P, Holenarasipur A, Alotaibi M, Alghamdi S, Aljuaid T. Parents Awareness about the First Dental Visit and Behaviour Management. J Clin of Diagn Res. 2019; 13(8):ZC11-ZC14.

13. ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del comité de ética

	CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN Comité de Ética en Investigación
Nombre completo	Paula Bona
Correo Electrónico	paulajbona@gmail.com
Carrera:	Odontología
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2021-002008
Fecha	Friday, July 8, 2022
Firma Rosa Hilda Cueto	

Anexo 2. Consentimiento informado

El propósito de este consentimiento es informar con claridad a los participantes de esta investigación el motivo de la misma, tanto como su rol en esta.

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta de 14 preguntas con el objetivo de recolectar información sobre su nivel de conocimiento sobre la higiene dental.

Yo, _____, Madre/Padre/Tutor del niño

(a) _____ de _____ años de edad, acepto

participar en el proyecto de tesis titulado: Nivel del conocimiento de los padres sobre la higiene dental en pacientes pediátricos de 5 a 12 años en la clínica odontológica de unibe: análisis cualitativo; conducida por: Paula Bona.

- Se me ha informado que mis datos personales son confidenciales y exclusivamente para un uso académico.
- He sido informado de que puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación.

Agradecemos su participación.

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

Link:

<https://docs.google.com/forms/d/1AUOPIxFIA3LUUzRYBpGPtjuPjI8GBarIrAMkGExRO80/edit#responses>

Cuestionario sobre Higiene Dental

Este cuestionario tiene como propósito recolectar información acerca del conocimiento de los padres de UNIBE sobre la higiene dental.

** Indica que la pregunta es obligatoria*

1. Vínculo con el paciente *

Marca solo un óvalo.

Padre

Madre

Tutor

2. ¿Cuál es el nivel educativo del padre/madre/tutor? *

Marca solo un óvalo.

Inicial

Básico

Medio

Superior

3. ¿Realiza el cepillado con un barrido *
adecuado?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

4. ¿En qué momento del día usted *
debe cepillar los dientes de su hijo?

Marca solo un óvalo.

- En la mañana
 En la mañana y en la noche
 Solo en la noche
 Ninguna
 No se
 Después de cada comida

5. ¿Usa una pasta dental con flúor? *

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

6. Además de la pasta dental, ¿qué otro coadyuvante dental usa? *

Marca solo un óvalo.

- Enjuague
- Hilo
- Cepillo interdental
- Ninguno

7. ¿Usted ayuda a sus hijos a cepillarse o ellos se cepillan solos? *

Marca solo un óvalo.

- Los ayudo
- Lo hacen solos

8. ¿Con qué frecuencia se cambia el cepillo dental? *

Marca solo un óvalo.

- Cada 3-4 meses
- Cada 6 meses
- Anual
- No se cambia

9. ¿Con qué frecuencia asiste a la consulta dental? *

Marca solo un óvalo.

- Cada 6 meses
- Anual
- Cuando siento alguna molestia

10. ¿Cuándo debe ser la primera cita al odontopediatra?

Marca solo un óvalo.

- Cuando surja alguna molestia
- Cuando empiece el colegio
- Cuando sale el primer diente

11. ¿Por qué motivo llevó a su hij/@ al odontólogo por primera vez? *

Marca solo un óvalo.

- Chequeo de rutina
- Dolor o trauma
- Estética
- Tenía conocimiento de la edad en la que se debe realizar la primera cita

12. ¿Considera que la salud oral está relacionada con la salud en general? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

13. ¿Presenta su hijo/a alguna de estas características actualmente? *

Marca solo un óvalo.

Caries

Gingivitis o inflamación de las encías

Halitosis o mal aliento

Otra

No se

14. ¿Cuál considera que es la causa de aparición de caries? *

Marca solo un óvalo.

Comer muchos dulces

Bacterias

Genética

Todas

Ninguna