



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS
PADRES SOBRE LA CONSULTA
TEMPRANA DEL TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA EN UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PÚBLICA. AYACUCHO, 2023”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTOMATOLOGÍA

YOSELIN DANIELA

VELASQUEZ ALVAREZ

LIMA – PERÚ

2024

ASESOR

Mg. Esp.CD.LIÑAN DURAN, Carlos Yuri

CO ASESORA

Mg. Esp.CD.RIOS VILLASIS, Liz Katty

JURADO DE TESIS

MG. ORLANDO TUESTA DA CRUZ

PRESIDENTE

DRA. ADA GABRIELA PEREZ LUYO

VOCAL

MG. DENISSE JACKELINE ASIAN NOMBERTO

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

A Dios, por permitirme tener vida,
salud e iluminarme mi camino en cada viaje
para así poder cumplir mis objetivos.

A mis padres Sofía y Alixis por su
apoyo incondicional, su motivación
y sus consejos para ser cada día mejor.

A mis amistades que estuvieron
presentes, que me incentivaron a
continuar frente a cualquier obstáculo.

AGRADECIMIENTOS.

- A la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, especialmente a los docentes; por haberme brindado su paciencia, nuevos conocimientos a lo largo de este tramo de maestría.
- A nuestros estimados especialistas que nos apoyaron en el juicio de expertos, su invaluable aporte fue crucial para la validación del instrumento empleado.
- Al director y los maestro(a)s de las Instituciones Educativas Públicas: “Gustavo Castro Pantoja” y “Mariscal Cáceres” que nos abrieron las puertas de sus aulas brindándome su respaldo para poder ejecutar la presente investigación.
- A mi asesor y co-asesora por su compromiso, paciencia y su incentivo para poder desarrollar mi investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	26	02	25
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	YOSELIN DANIELA VELASQUEZ ALVAREZ		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN ESTOMATOLOGÍA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2023		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE LA CONSULTA TEMPRANA DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA.AYACUCHO,2023”		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Tesis		
Declaración del Autor El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	933753517		
E-mail	danielitha_98hgc@hotmail.com		



Firma del Egresado
DNI 77144347

Similitud 15% Marcas de alerta



“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS
PADRES SOBRE LA CONSULTA
TEMPRANA DEL TRATAMIENTO DE
ORTODONCIA EN UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA PÚBLICA. AYACUCHO, 2023.”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTOMATOLOGÍA

YOSSELIN DANIELA
VELASQUEZ ALVAREZ

LIMA – PERÚ



Informe estándar

Informe en inglés no disponible [Más información](#)

15% Similitud

Filtros

estándar

11 Exclusiones →

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1

Trabajos del estudiante

uncedu

<1%

1 bloques de bloques

83 palabra que coinciden

2

Internet

www.clubensayos.com

<1%

7 bloques de texto

82 palabra que coinciden

3

Internet

duict.upch.edu.pe

<1%

3 bloques de texto

79 palabra que coinciden

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS.....	5
	II.1.Objetivo general.....	5
	II.2.Objetivos específicos.....	5
III.	MARCO TEÓRICO.....	7
IV.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
	IV.1.Diseño de estudio.....	15
	IV.2.Muestra.....	15
	IV.3.Criterios de selección.....	16
	IV.4.Definición y operacionalización de variables.....	16
	IV.5.Procedimientos y técnicas.....	19
	IV.6.Plan de análisis.....	22
	IV.7.Consideraciones éticas.....	23
V.	RESULTADOS	23
VI.	DISCUSIÓN.....	33
VII.	CONCLUSIONES.....	41
VIII.	RECOMENDACIONES.....	42
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
X.	ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: El compromiso de los padres con la salud oral de sus hijos es fundamental para prevenir y tratar problemas de maloclusión, lo que subraya la importancia de la consulta temprana en ortodoncia, confiriéndole de esta manera un gran valor a este rubro. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública en Ayacucho, 2023. **Metodología:** Este estudio observacional, descriptivo y transversal utilizó encuestas a través de un cuestionario de 20 preguntas sobre conocimientos y actitudes de los padres. Para determinar la validez del contenido el cuestionario fue diseñado y validado por 11 expertos, y su confiabilidad se evaluó mediante el Alfa de Cronbach. Se empleó análisis bivariado con la prueba Chi cuadrado para relacionar conocimientos y actitudes con datos sociodemográficos. **Resultados:** Se encontró que el 54.1% de los padres tenía un conocimiento bajo sobre la consulta temprana en ortodoncia, mientras que el 45.9% presentó conocimientos medios y altos. Además, el 73.3% mostró actitudes desfavorables hacia el tema, en contraste con el 26.7% que tuvo actitudes favorables. Los conocimientos y actitudes estaban relacionados con las variables sociodemográficas como sexo, edad, número de hijos y nivel educativo ($p < 0.05$), pero no con el estado civil ($p > 0.05$). **Conclusiones:** La mayoría de los padres (54.1%) mostró un conocimiento bajo sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia, y una gran considerable proporción (73.3%) tuvo actitudes desfavorables al respecto.

PALABRAS CLAVES: ORTODÓNTICA, ORTODONCIA CORRECTIVA, PADRES (DECS, BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The commitment of parents to the oral health of their children is essential to prevent and treat malocclusion problems, which underlines the importance of early consultation in orthodontics, thus conferring great value on this area. **Objective:** Evaluate the knowledge and attitudes of parents about early consultation for orthodontic treatment in a Public Educational Institution in Ayacucho, 2023. **Methodology:** This observational, descriptive and cross-sectional study used surveys through a 20-question questionnaire on knowledge and attitudes of parents. To determine content validity, the questionnaire was designed and validated by 11 experts, and its reliability was evaluated using Cronbach's Alpha. Bivariate analysis with the Chi square test was used to relate knowledge and attitudes with sociodemographic data. **Results:** It was found that 54.1% of parents had low knowledge about early consultation in orthodontics, while 45.9% presented medium and high knowledge. Furthermore, 73.3% showed unfavorable attitudes towards the topic, in contrast to 26.7% who had favorable attitudes. Knowledge and attitudes were related to sociodemographic variables such as sex, age, number of children and educational level ($p < 0.05$), but not with marital status ($p > 0.05$). **Conclusions:** The majority of parents (54.1%) showed low knowledge about early consultation for orthodontic treatment, and a large proportion (73.3%) had unfavorable attitudes in this regard.

KEY WORDS: ORTHODONTICS, CORRECTIVE ORTHODONTICS, PARENTS (DECS, BIREME)

I. INTRODUCCIÓN

La maloclusión es una desviación dentofacial que altera la oclusión normal en el sistema estomatognático. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la tercera con mayor prevalencia entre las enfermedades bucales.¹ En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta una prevalencia del 70% en el Perú²; y en la sierra, se informa una prevalencia del 79,1%.³ Existen causas multifactoriales como la protracción lingual, queilofagia, masticación unilateral;⁴ pero las más resaltantes durante la etapa escolar, son los hábitos: succión digital, onicofagia y la respiración bucal.⁵⁻⁷ Como consecuencia, trae un bajo desempeño académico, baja autoestima⁸ y la antipatía,⁹ todo ello, afectando su salud mental y calidad de vida.¹⁰

La Asociación Americana de Ortodoncia aconseja que la primera visita de los niños al especialista inicie a los 7 años.¹¹ Debido a que se podrían evitar futuros tratamientos ortodónticos complejos y de larga duración,^{8,9,12} extracciones seriadas,¹³ además que se obtendrían resultados eficaces y satisfactorios.^{14,15} El tratamiento temprano de ortodoncia se efectúa en la dentición decidua o mixta con el propósito de simplificar la gravedad de la maloclusión y la dificultad que podría causar su tratamiento tardío.¹⁶ No solo mejora la salud bucal, sino que también causa un impacto positivo a nivel estético, psicológico y social.^{8,9,10,17}

Los padres son esenciales para garantizar la salud bucodental de sus hijos.^{9,17,18} Más aún cuando los niños crecen y cambian constantemente con el transcurrir del tiempo^{18,19} Sin embargo, no todos los padres toman en consideración a la

maloclusión como una enfermedad de salud bucal¹⁴ por la falta de conocimiento.¹³ Para informarse, muchos recurren a medios audiovisuales que ofrecen contenido rápido y accesible sobre el tratamiento temprano de ortodoncia. No obstante, gran parte de esta información es insuficiente y no siempre es confiable.²⁰ Además, algunos progenitores creen que el cuidado de los dientes deciduos no es necesario debido a su carácter temporal, ya que serán exfoliados a una edad temprana. Esta percepción errónea se debe, en gran medida, al desconocimiento sobre su importancia en la salud bucal.^{13,20,21,22,23} Por otro lado, la decisión de los padres al buscar un especialista varía según factores como el costo del tratamiento, la confianza en el odontólogo y la duración del uso de los aparatos ortodónticos.¹⁸

El compromiso de los padres sobre aspectos de salud bucal de sus hijos constituye la base fundamental para la prevención y tratamiento de los problemas de maloclusión, siempre y cuando se lleve a los hijos a una consulta oportuna y temprana del tratamiento de ortodoncia; confiriéndole, de esta manera, un gran valor a este ámbito¹⁷ ya que posteriormente evitará problemas de salud bucal en ellos.²⁴ Los conocimientos y actitudes de los tutores, junto con el entorno familiar, son fundamentales para moldear los estilos de vida y fomentar hábitos de salud bucal en los niños desde una edad temprana.²⁵ Alsaggaf et al. (2022) realizaron una encuesta electrónica, mediante un cuestionario validado, con el objetivo de investigar el conocimiento de los padres sobre la maloclusión y la consulta de ortodoncia. Encontrando que los padres de sexo masculino y desempleados se asociaron con niveles más bajos de conocimiento, mientras que los padres con tratamiento de ortodoncia,

previo o actual, se asociaron con altos niveles de conocimiento sobre ortodoncia. Además, recomiendan que existe la necesidad de concientizar a los padres sobre la maloclusión y las consultas con un especialista en ortodoncia para sus hijos.⁸

En una investigación llevada a cabo en padres de familia, un 64% se percataron de desalineación dental de sus hijos, de los cuales una mayoría fueron conscientes de los efectos negativos que estas generan en el desarrollo de los niños. Concluyen indicando la falta de motivación sobre aspectos preventivos de maloclusión y tratamiento oportuno.¹³

Es importante resaltar la falta de conocimiento de los padres sobre la problemática de la maloclusión; siendo insuficientes sus conocimientos al respecto, es necesario que los padres se encuentren motivados, capacitados e informados sobre los beneficios de la prevención, debiéndose hacer mayores esfuerzos para lograr un pleno compromiso de los progenitores. El cuidado de la salud oral de los padres para con sus hijos, merece ser abordado de manera integral y comprometida; especialmente si se trata de aspectos trascendentales como maloclusión y aspectos ortodónticos que puedan traer diferentes consecuencias en el futuro.

En definitiva, se verifica la carencia de estudios de investigación relacionados al tema y la inexistencia de instrumentos confiables y validados para medir los conocimientos y actitudes en relación con el tema descrito. Por ello, diseñar y validar un instrumento promoverá diversas líneas de investigación sobre el tema. De igual manera, los datos obtenidos pueden ser utilizados por los

odontólogos para tomar decisiones y además contribuir con las actividades de la salud pública. Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue evaluar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública. Ayacucho, 2023.

II. OBJETIVOS

II.1.Objetivo general

Evaluar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública. Ayacucho, 2023.

II.2.Objetivos específicos

1. Diseñar y validar un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública.
2. Determinar las características sociodemográficas de los padres de alumnos del nivel primaria en una Institución Educativa Pública.
3. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública, según sexo.
4. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública, según la edad.

5. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública, según el estado civil.
6. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública, según el número de hijos.
7. Determinar el nivel de conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública, según el nivel educativo.

III. MARCO TEÓRICO

El tratamiento ortodóntico en la población infantil se considera fundamental, dado que durante la etapa de crecimiento y desarrollo los objetivos primordiales son la prevención o corrección de las anomalías esqueléticas y óseas alveolares que comprometen la función, la estética facial y la salud psicológica del paciente, así como la consecución de una oclusión adecuada. En este contexto, se busca propiciar un entorno que favorezca un desarrollo oclusal armónico y saludable.²⁶ En concordancia, tanto la Asociación Americana de Ortodoncia como la Sociedad Europea de Ortodoncia clasifican este enfoque terapéutico dentro de la categoría de tratamiento preventivo, cuyo propósito esencial radica en evitar complicaciones más severas en etapas posteriores del desarrollo.²⁷

La literatura señala que la respuesta esquelética es significativamente más favorable cuando el tratamiento se inicia antes del pico de crecimiento puberal; sin embargo, determinadas situaciones clínicas requieren que la terapia funcional sea complementada con aparatología fija, a fin de consolidar los resultados obtenidos y asegurar una correcta evolución del tratamiento.²⁸ Además, el tratamiento ortodóntico temprano contribuye de manera significativa a disminuir la complejidad de la maloclusión, reduce los costos globales del tratamiento y acorta la duración de la fase integral de la terapia, optimizando así el proceso terapéutico.²⁶

Entre las numerosas ventajas que ofrece el tratamiento ortodóntico temprano se destacan la mejora sustancial de la función masticatoria, la estética facial y la salud psicológica del paciente.⁹ Esta modalidad de intervención es especialmente

aconsejable en niños en edad escolar, ya que permite prevenir la progresión de las maloclusiones y minimiza la necesidad de recurrir a procedimientos más invasivos, como las extracciones dentarias o la cirugía ortognática.²⁹ Asimismo, dada la relevancia crítica del desarrollo dental durante la etapa preadolescente, resulta imperativo procurar una intervención oportuna, con el objetivo de alcanzar una salud y funcionalidad dentofacial óptimas.⁹

Numerosos estudios realizados en muchos países han revelado que los principales factores que influyen en la actitud de los padres a la hora de solicitar intervenciones ortodóncicas tempranas para sus hijos son las necesidades dentales y ortodóncicas percibidas, como la alineación dental, los problemas esqueléticos y funcionales.^{30,31}

Un aspecto crucial para el éxito del tratamiento ortodóntico de los niños es que los padres sean conscientes de la importancia de una rápida evaluación e intervención ortodóncica.^{30,31} Este tratamiento se facilita cuando los padres pueden remitir rápidamente a sus hijos al ortodoncista tras recibir información correcta y completa sobre la ortodoncia temprana.³⁰ Por otro lado, el desconocimiento o la falta de información de los padres pueden llegar a posponer el inicio del tratamiento, dificultando así la corrección de las maloclusiones en el futuro.³⁰

En este sentido, el desarrollo de buenos hábitos y de una actitud positiva hacia la salud dental en los niños está muy influido por los conocimientos de los padres sobre los tratamientos dentales, así como por actitudes y acciones positivas en torno

a la salud bucodental. La literatura científica respalda cada vez más los beneficios de iniciar tratamientos preventivos de salud bucodental desde edades tempranas.³¹

De forma similar, los padres tienen un impacto significativo en el crecimiento y el desarrollo general de sus hijos, ya que son ellos quienes toman la mayoría de las decisiones relativas con su salud.²⁶ Por ello, es fundamental que posean un nivel adecuado de conocimientos sobre salud dental para actuar adecuadamente y ayudar a prevenir diversos problemas de salud bucodental, fomentando así el bienestar general de sus hijos.³¹ De este modo, el objetivo del tratamiento ortodóntico temprano es dirigir el crecimiento y desarrollo armónico del complejo dentomaxilofacial para evitar efectos secundarios que podrían poner en peligro la capacidad de funcionamiento del sistema masticatorio, así como la salud general de los tejidos dentales y periodontales.³²

Este enfoque garantiza un funcionamiento saludable del sistema estomatognático y promueve la integridad de la salud bucal. Cabe destacar que el tratamiento ortodóntico no solo mejora la autoestima y la calidad de vida de los niños en relación con su salud dental, sino que también puede iniciarse por recomendación profesional, por la autoprecepción del paciente o de los padres, o por ambas razones.³²

La decisión de los padres de iniciar un tratamiento de ortodoncia para sus hijos suele estar influida por una serie de factores sociales, culturales y psicológicos que determinan como perciben la necesidad del tratamiento y el momento oportuno para

iniciarlo.²⁶ También influyen aspectos específicos del tratamiento, como el costo, la duración y la accesibilidad a los servicios de atención.³³

Comprender estos factores en el contexto clínico es crucial para una asignación más eficiente de recursos, una evaluación precisa de las necesidades del paciente y una gestión adecuada de sus expectativas, con el fin de lograr los mejores resultados.³³

Por último, se reconoce que las revisiones dentales tempranas y periódicas no solo permiten detectar problemas a tiempo, sino que también contribuyen a que los niños desarrollen el hábito de acudir regularmente al dentista. Además, los niños suelen valorar especialmente los consejos que reciben durante estas visitas, en particular en lo que respecta al uso adecuado de la pasta dental y las técnicas correctas de cepillado.³⁴

Aún no existe en Perú una herramienta verificada que pueda abordar eficazmente la investigación actual. Se creó un cuestionario cuidadosamente detallado, diseñado específicamente para abordar los objetivos del estudio considerando esta circunstancia particular y basado en una evaluación exhaustiva de la investigación actual. Esta herramienta supone una contribución sustancial, ya que pretende medir con precisión los conocimientos y actitudes. El cuestionario también se envió a un comité de expertos para su revisión, con el fin de garantizar su validez y fiabilidad. Los miembros del comité fueron elegidos por su sólida formación académica y su amplia experiencia en investigación y docencia, lo que garantizó la solidez y pertinencia del instrumento.

Una herramienta específica utilizada para recopilar y analizar datos para un estudio se denomina instrumento de investigación. Además del número de participantes que componen la muestra o las unidades de análisis, estos instrumentos se adaptan al tipo, nivel y diseño de la investigación.³⁵ Son necesarias para que los investigadores recopilen datos fiables y precisos que les permitan extraer conclusiones sólidas.³⁶ Por ello, seleccionar el instrumento adecuado es esencial para garantizar los mejores resultados. Hernández destaca que el investigador utiliza estos instrumentos para obtener datos sobre las variables objeto de estudio.³⁷

Debe elaborarse con preguntas claras y directas que faciliten al participante el suministro de información completa y pertinente.^{38,39} También debe tenerse en cuenta la estructura de las preguntas, ya que puede influir en la respuesta del sujeto a las preguntas de seguimiento.³⁶ La estandarización, en la que cada pregunta se centra en un único objetivo, es una de las principales características de los cuestionarios.^{40,39}

El diseño del cuestionario de un estudio debe hacerse de forma cuidadosa y rigurosa para garantizar que las preguntas sean objetivas e imparciales.⁴² Todo debe ser mutuamente excluyente y exhaustivo. Por otro lado, a la hora de elaborar la pregunta hay que tener en cuenta aspectos como la aceptabilidad para el tema que se cuestiona y la comprensión (el lenguaje y las opciones de respuesta deben ajustarse al nivel sociocultural de las personas a las que va dirigido el cuestionario).³⁹ Los participantes deben comprender las preguntas y disponer de tiempo suficiente para dar respuestas meditadas.³⁶

García Sánchez, Aguilera Terrats y Castillo Rosas (2011) afirman que crear una herramienta de medición es una empresa difícil. En el caso de un instrumento destinado a evaluar actitudes humanas, su diseño y validación suponen un reto, sobre todo teniendo en cuenta la naturaleza etérea de la cuestión.⁴¹

Las dos principales propiedades que se debe determinar en un instrumento de medición son: la validez y la confiabilidad.

La validez se refiere a la capacidad de un instrumento para medir lo que se pretende medir, generando resultados certeros y consistentes.^{34,42,43,44} Existen distintos tipos de validez, que incluyen:

- **V. de contenido:** determina si una herramienta de investigación aborda suficientemente el tema estudiado.⁴⁰ Para su evaluación de la validez de contenido Escobar Pérez y Cuervo Martínez (2008), recomiendan incorporar en los formatos de evaluación por juicio de expertos cuatro categorías de juicio: suficiencia, coherencia, claridad y relevancia.⁴⁵
- **V. de criterio:** se centra en confirmar que una herramienta de investigación evalúa la noción pretendida y que sus resultados se corresponden con exactitud con los de otros resultados verificados previamente.⁴⁰ Para una buena realización de validez de criterio, para Wayne (2005) se debe comparar el resultado obtenido con el de otro instrumento que ya haya sido probado y en tal paralelo se puede proceder a dos tipos de validez de criterio.⁴⁶

- **V. concurrente:** examina si una herramienta de investigación proporciona resultados coherentes cuando se compara con otros instrumentos diseñados para evaluar el mismo concepto.
- **V. predictiva:** es la habilidad de un instrumento para anticipar de forma precisa resultados que ocurrirán en el futuro.³⁴

Un instrumento de investigación puede validarse mediante diversas pruebas estadísticas, entre las cuales se incluyen:

- **Evaluación de fiabilidad:** para confirmar la fiabilidad del instrumento, incorpora procedimientos como el análisis de consistencia interna y el test-retest.
- **Evaluación de validez concurrente:** compara los resultados con los de otras herramientas que evalúan el mismo concepto.
- **Evaluación de validez predictiva:** se emplea para confirmar si la herramienta puede pronosticar con fiabilidad resultados futuros.
- **Evaluación de validez de criterio:** contrasta los resultados del instrumento con los de otras métricas reconocidas que analizan la misma idea.
- **Análisis factorial:** examina si los elementos del instrumento están organizados de manera lógica y si apuntan a medir un solo constructo.^{40,43,47}

La confiabilidad se refiere a la capacidad de un instrumento para producir resultados coherentes y fiables cuando se utiliza siempre en circunstancias similares. Esta característica es crucial, ya que los resultados de un instrumento que carece de confiabilidad pueden variar y, por lo tanto, no ser considerados fiables.^{40,43,44,47.}

La fiabilidad de un instrumento puede evaluarse mediante diversas técnicas:

- **Prueba-retest:** para evaluar la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo, es necesario administrarlo dos veces y comparar los resultados.³⁸
- **Análisis de consistencia interna:** para medir la coherencia de los resultados dentro del propio instrumento, se realiza un análisis estadístico.⁴⁰
- **Intervalo de confianza:** se emplea para determinar el margen de error admisible para los hallazgos adquiridos.³⁸

Una característica esencial de un instrumento de medida es la fiabilidad interna, que garantiza que los datos que recoge sobre la variable que pretende medir son coherentes.⁴⁸ Un instrumento de alta consistencia interna permite obtener resultados fiables y similares, lo cual es esencial para tomar decisiones bien fundamentadas en diversos sectores, como la selección de personal, las pruebas psicológicas y la investigación.^{34,49}

El procedimiento de medición es crucial, pero también complicado, como tantos otros factores que influyen en el trabajo de los investigadores.^{43,44} Para evaluar la fiabilidad de los instrumentos, se recurre con frecuencia al coeficiente Alfa de Cronbach (α), considerado uno de los indicadores de consistencia interna más empleados y discutidos.⁵⁰

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

IV.1. Diseño de estudio

Observacional, descriptivo y transversal.

IV.2. Población de estudio

La población estuvo compuesta por padres de alumnos de la Institución Educativa Pública “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, en la provincia de Huamanga, que cumpla con los criterios de selección establecidos. Esta Institución Educativa cuenta, a nivel primaria, con 6 grados y 5 secciones por grado, cada una compuesta por 30 alumnos, según información proporcionada por la Unidad de Gestión Educativa Local de Ayacucho (UGEL Ayacucho). Por consiguiente, se estimó con un total de 900 padres de familia.

El estudio se llevó a cabo en la zona urbana de Ayacucho, situada al sur del Perú, a 2761 m.s.n.m., con una población de 616,176 habitantes. La principal fuente de ingresos en esta región proviene de la agricultura y de los recursos naturales, destacando también en la artesanía.⁵¹

IV.3. Muestra

Se obtuvo el tamaño muestral en una población finita; se empleó la técnica de muestreo simple por conveniencia, teniendo en cuenta una tasa de pérdida del 20%. En consecuencia, se establece un tamaño mínimo de muestra de 270 padres. (Anexo 01)

IV.4.Criterios de selección

IV.4.1.Criterios de inclusión

- Padres de alumnos del 1er-6to grado de nivel primaria.
- Padres de familia que accedan al consentimiento informado.
- Padres con rango de edad a partir de 30 años hasta los 59 años.

IV.4.2.Criterios de exclusión

- Padres mayores de 60 años.
- Padres con cualquier afección médica diagnosticada que les impida dar información para responder el cuestionario.
- Otros cuidadores que no se relacionen con la familia directa.

IV.5.Definición y Operacionalización de variables (Anexo 02)

a) Nivel de conocimiento sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia

Definido como el conjunto de informaciones que tienen las personas sobre un tema, operacionalmente es el conglomerado de ideas y percepciones sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia⁵². Su indicador son las preguntas 1 al 10 del cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en escala ordinal, cuyos valores son: Alto (8-10 respuestas correctas), medio (5-7 respuestas correctas) y bajo (1-4respuestas correctas).

b) Actitudes hacia la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia

Definido como el conjunto de comportamientos que manifiestan las personas frente a una situación, operacionalmente es una combinación de creencias, juicios y

emociones frente a una consulta temprana del tratamiento de ortodoncia⁵². Su indicador son las preguntas 11 al 20 del cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en escala nominal cuyos valores son: favorable (31-50 puntos) y desfavorable (1-30 puntos).

Covariables relacionados a los datos demográficos de los padres

a) Edad

Definido como el tiempo que ocurre desde el nacimiento hasta la actualidad que tienen los padres, operacionalmente es la edad en años que refiere un individuo en la encuesta. Su indicador es el cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en escala ordinal, cuyos valores son: adultos jóvenes (30-44 años) y adultos (45-59 años), según las etapas del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática).

b) Sexo

Definido como característica biológica o fisiológica que define a un hombre o una mujer, operacionalmente es la información obtenida mediante su indicador que es el cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en escala nominal, cuyos valores son: femenino y masculino.

c) Estado civil

Definido como condición de una persona con relación a su filiación de matrimonio o de parentesco que tienen las personas, operacionalmente es la condición jurídica que refiere un individuo en la encuesta. Su indicador es el cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en

escala nominal, cuyos valores son: padre/madre soltera, casado(a), conviviente, divorciado(a), viudo(a), según el INEI.

d) Número de hijos

Definido como el número de hijos que tienen las personas, operacionalmente es la información que refiere un individuo en la encuesta. Su indicador es el cuestionario. Es una variable cualitativa, medida en escala ordinal, cuyos valores son: 1, 2, 3, 4 y más de 4.

e) Nivel educativo

Definido como el grado de aprendizaje que se adquiere a lo largo de su formación en una institución que tienen las personas, operacionalmente es la información que refiere un individuo en la encuesta. Su indicador es el cuestionario. Es una variable cualitativa medida en escala ordinal cuyos valores son: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, superior incompleto, superior completo, según el INEI.

IV.6.Método:

Se empleó la encuesta como método.

IV.6.1.Instrumento de medición:

Se diseñó y validó un cuestionario para determinar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia.

IV.6.2.Procedimiento y técnicas:

a) Diseño y validación del instrumento

Se diseñó un cuestionario estructurado anónimo que consta de 20 preguntas que se utilizó para la recolección de datos, el cual consta de dos partes:

En la primera parte del cuestionario se registraron los datos sociodemográficos referidos al sexo, edad, estado civil, número de hijos y nivel educativo. (Anexo 03)

La segunda parte del cuestionario consta de 20 preguntas, tipo cerradas de elección múltiple, con el propósito de evaluar los conocimientos y actitudes de los padres respecto a la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia. (Anexo 03). Sus indicadores corresponden a las preguntas 1 a 10 para el nivel de conocimientos y de la 11 a la 20 para las actitudes. Cabe resaltar que para el diseño y estructura del cuestionario se recopiló información teórica sustentada de artículos con evidencia científica.^{8,9,17}

Es requisito primordial la validez y confiabilidad del cuestionario para la aplicación de nuestro estudio:

- **Validez de contenido**

Al estar compuesto por once expertos, la validez de contenido del instrumento puede determinarse con precisión.^{54,55} Se utilizó la opinión de expertos para validar el contenido, los cuáles contaron con más de 10 años de experiencia en su área respectiva y su disposición para colaborar.⁵³

Para evaluar el instrumento, se proporcionó a los jueces una plantilla basada en el modelo de Escobar-Pérez y Cuervo Martínez, revisando aspectos como claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Los jueces asignaron a cada ítem una puntuación entre 1 y 4.⁵⁴ (Anexo 4,5,6)

El coeficiente V de Aiken se considera la medida estadística ideal para analizar la validez de contenido. Para calcular este coeficiente y sus intervalos de confianza, se empleó el programa Microsoft Excel 2019, logrando un valor de 0.95 (Anexo 07). Cabe recalcar que valores superiores a 0.60 son aceptables, mientras que aquellos cercanos a 1 son los más óptimos.⁵⁶

Para determinar los puntajes de conocimiento sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia , se otorgó 0 puntos por cada respuesta incorrecta y 1 punto por cada respuesta correcta, estableciéndose las siguientes categorías: ALTA (de ocho a diez respuestas correctas), MEDIA (de cinco a siete respuestas correctas), BAJA (de una a cuatro respuestas correctas). Esta clasificación facilita la búsqueda de patrones en las respuestas de los participantes.

Los puntajes que midieron las actitudes hacia la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia se obtuvieron mediante el uso de una escala Likert.⁵⁹ con los siguientes valores: completamente en desacuerdo (1), desacuerdo (2), indiferente (3), de acuerdo (4) y completamente de acuerdo (5), estableciéndose las siguientes categorías: FAVORABLE (31-50) puntos, DESFAVORABLE(1-30) puntos.

- **Prueba piloto**

Se evaluó la estabilidad del instrumento mediante una prueba piloto y se utilizó el método test-retest donde se evaluó a 25 padres de la Institución Educativa Pública “Gustavo Castro Pantoja” de Ayacucho, provincia de Huamanga donde se solicitó permiso mediante una carta de autorización al director y se llegó a un acuerdo para una reunión en un salón de aula con los padres de familia de dicha institución a una hora y fecha establecida. Pasados los quince días, se volvieron a aplicar las mismas preguntas, permutándolas para que no interfiera ningún sesgo de memoria.³⁰

Se realizó un examen de fiabilidad con los datos recogidos en la prueba piloto. Se evaluó la coherencia interna de las preguntas sobre conocimientos y actitudes mediante el valor alfa de Cronbach, obteniéndose valores de 0.88 y 0.83 respectivamente, cuyo rango aceptable se sitúa entre 0.7 y 0.8, mientras que valores por encima de 0.9 se consideran excelente.⁵⁷ (Anexo 08)

Aplicación del instrumento en la población de interés.

Después de obtener la autorización del director y coordinar con las tutoras para ingresar a las aulas de la Institución Educativa Pública "Mariscal Cáceres", se entregó un aviso de invitación a una reunión presencial para padres de familia. Esta invitación fue pegada en las agendas escolares de los alumnos. La reunión se llevó a cabo en las aulas respectivas de cada grado y sección en dos fechas semanales, tomando en cuenta los días miércoles y viernes de cada semana (tres salones por día). Es importante destacar que estas fechas fueron sugeridas por el director de la institución y que contamos con el apoyo de los maestros al

seleccionar los salones, ya que se buscaba a padres que mostraran una mayor participación. También es importante mencionar que durante las reuniones estuvieron presentes dos acompañantes: uno para apoyar en la entrega de materiales y otro quechua hablante, con el fin de considerar el contexto cultural de nuestro estudio. Esta medida se adoptó tras identificar en la prueba piloto un número reducido de padres bilingües (quechua-castellano), a fin de asegurar la comprensión del cuestionario, el cual fue validado en idioma castellano.

La reunión con los padres se desarrolló con éxito en la fecha y hora acordadas. En esta sesión, se expuso brevemente la investigación y sus objetivos. Después de que los padres conocieron la investigación, se les entregó el consentimiento informado (Anexo 09). Aquellos que aceptaron libre y voluntariamente apoyar nuestro estudio, recibieron un cuestionario que debían completar en un tiempo estimado de 15 minutos.⁵⁸

A continuación, se verificó el correcto llenado del cuestionario, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos. Para finalizar, se llevó a cabo una charla informativa, reflexiva y motivacional, durante la cual se entregó un tríptico sobre el tema expuesto en la reunión. Además, se obsequió un cepillo de dientes con pasta dental a cada padre de familia como agradecimiento por su tiempo (Anexo 10). En total, se reunieron 280 cuestionarios, pero 10 de ellos fueron descartados debido a que estaban incompletos.

IV.6.3. Plan de análisis

Se utilizó Microsoft Excel versión 2016 para la tabulación de los datos recogidos. Luego la base de datos se exportó al programa IBM SPSS

(Statistical Package Social Sciences) para Windows 19.0.

Se hizo el análisis descriptivo para las variables cualitativas, obteniendo las frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para determinar la asociación entre los conocimientos y actitudes con las variables: sexo, edad, estado civil, cantidad de hijos y nivel educativo. Se consideró un nivel de significancia de 5% y un nivel de confianza de 95%.

IV.6.4.Consideraciones éticas

Bajo el código de registro E-107-10-24, este estudio fue aceptado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH).

Previo al inicio del cuestionario, los padres de familia leyeron y dieron su consentimiento voluntario para participar en el estudio. Los datos obtenidos fueron tratados con absoluta confidencialidad y se emplearon únicamente para fines de la investigación.

IV. RESULTADOS

Participaron un total de 270 padres de familia de alumnos del nivel primaria de la Institución Educativa Pública “Mariscal Cáceres” de Ayacucho, encontrándose que el 73.3% (198) son de género femenino y el 26.7% (72) masculino. Así mismo, el 55.2% (149) de los padres corresponden a adultos (45-59 años), mientras que 44.8% (121) son adultos jóvenes (30-44 años). Respecto al número de hijos que tienen los padres, se encontró que el 38.5% (104) tienen dos hijos, el 32.6% (88) tres hijos, el 21.1% (57) cuatro o más

hijos y el 7.8% (21) un solo hijo. En cuanto al estado civil, 37.4% (101) son casados, el 36.7% (99) conviviente, el 16.7% (45) madre/padre soltero, 9.2% (25) otros; y con respecto al nivel educativo, el 35.6% (96) tienen secundaria completa, 25.6% (69) técnico, 16.7% (36) superior incompleto, 13.3% (36) secundaria incompleta y 8.9% (24) primaria. (**Tabla 1**)

En lo referente al nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia, se muestra que el 54.1% de los padres tienen un nivel bajo, 37.0% nivel medio y solo el 8.9% tiene un nivel alto. Así mismo, en cuanto a las actitudes, el 73.3% de ellos presenta un nivel desfavorable hacia la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia y el 26.7% un nivel favorable. (**Tabla 2**)

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.01$) entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia. Se observó que el 62.1% de los padres con un nivel bajo de conocimiento muestran una actitud desfavorable hacia la consulta temprana. (**Tabla 3**)

En relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los padres con las co-variables sexo, edad, número de hijos y nivel educativo, se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.01$) con todas ellas. Resalta en la co-variable sexo, que el 76.7% de las mujeres presentan un bajo nivel de conocimiento (**Tabla 4a**), así como una actitud desfavorable en un 73.7% (**Tabla 4b**)

En la co-variable edad, se observó que el 66.7% de los adultos (45 a 59 años) muestran un nivel alto de conocimiento (**Tabla 5a**). Sin embargo, el 56.6% de este mismo grupo manifiesta una actitud desfavorable. (**Tabla 5b**)

En cuanto a la co-variable número de hijos, se observó que los padres con dos hijos muestran un 43.0% de conocimiento medio. Asimismo, aquellos con tres hijos presentan un nivel de conocimiento alto, con un 37.6% (**Tabla 6a**). Además, se registró una actitud favorable en el 40.3% de los padres con cuatro a más hijos. (**Tabla 6b**)

En la co-variable nivel educativo, si bien los valores más altos se observaron para el grupo de padres con secundaria completa, estos recayeron en la categoría de bajo nivel de conocimiento (39.0%) (**Tabla 7a**) y con una actitud defavorable al 37.3%. (**Tabla 7b**)

En relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los padres con las co-variables estado civil, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$). Sin embargo, se debe resaltar que los padres casados presentan un bajo nivel de conocimiento (47.9%) (**Tabla 8a**), así como una actitud desfavorable en un 38.9%. (**Tabla 8b**)

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los padres de familia del nivel primaria de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho.

Características generales		n	%
Edad	Adultos Jóvenes (30-44 años)	121	44,8%
	Adultos(45-59años)	149	55,2%
Sexo	Femenino	198	73,3%
	Masculino	72	26,7%
Número de hijos	1	21	7,8%
	2	104	38,5%
	3	88	32,6%
	4 a más	57	21,1%
Estado civil	Madre/Padre soltero	45	16,7%
	Casado	101	37,4%
	Conviviente	99	36,7%
	Otros	25	9,2%
Nivel Educativo	Primaria	24	8,9%
	Secundaria incompleta	36	13,3%
	Secundaria completa	96	35,6%
	Técnico(a)	69	25,6%
	Superior incompleto	45	16,7%
Total		270	100,0%

Tabla 2. Nivel de conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho.

Nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia		
	N	%
Bajo	146	54,1%
Medio	100	37,0%
Alto	24	8,9%
Actitudes sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia		
Desfavorable	198	73,3%
Favorable	72	26,7%
Total	270	100,0%

Tabla 3. Asociación entre el nivel de conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” - Ayacucho

Nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia	Actitudes sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia				Total	
	Desfavorable		Favorable			
	n	%	n	%	n	%
Bajo	123	62,1%	23	32,0%	146	54,1%
Medio	65	32,9%	35	48,6%	100	37,0%
Alto	10	5,0%	14	19,4%	24	8,9%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 24,750; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 4a. Nivel de conocimientos de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según sexo.

Sexo	Nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femenino	112	76,7%	71	71,0%	15	62,5%	198	73,3%
Masculino	34	23,3%	29	29,0%	9	37,5%	72	26,7%
Total	146		100		24		270	100,0%

Chi cuadrado= 108,118; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 4b. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según sexo.

Sexo	Actitudes sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia				Total	
	Desfavorable		Favorable			
	n	%	n	%	n	%
Femenino	146	73,7%	52	72,2%	198	73,3%
Masculino	52	26,3%	20	27,8%	72	26,7%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 18,444; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 5a. Nivel de conocimientos de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según edad.

Edad	Nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Adultos jóvenes (30-44 años)	65	44,5%	48	48,0%	8	33,3%	121	44,8%
Adulto (45-59 años)	81	55,5%	52	52,0%	16	66,7%	149	55,2%
Total	146		100		24		270	100,0%

Chi cuadrado= 15,409; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 5b. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según edad.

Edad	Actitudes sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia				Total	
	Desfavorable		Favorable			
	N	%	N	%	N	%
Adultos jóvenes(30- 44 años)	86	43,4%	35	48,6%	121	44,8%
Adulto(45- 59 años)	112	56,6%	37	51,4%	149	55,2%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 4,008; p valor o sig. bilateral =0,04

Tabla 6a. Nivel de conocimientos de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según número de hijos.

Número de hijos	Nivel de conocimientos sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	12	8,2%	7	7,0%	2	8,3%	21	7,8%
2	53	36,4%	43	43,0%	8	33,3%	104	38,5%
3	44	30,1%	35	35,0%	9	37,6%	88	32,6%
4 a más	37	25,3%	15	15,0%	5	20,8%	57	21,1%
Total	146		100		24		270	100,0%

Chi cuadrado= 316,944; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 6b. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según número de hijos.

Número de hijos	Actitudes sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia				Total	
	Desfavorable		Favorable			
	n	%	n	%	n	%
1	16	8,2%	5	7%	21	7,8%
2	75	37,8%	29	19,4%	104	38,5%
3	64	32,3%	24	33,3%	88	32,6%
4 a más	43	21,7%	14	40,3%	57	21,1%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 22,357; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 7a. Nivel de conocimientos de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según nivel educativo.

	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria	15	10,2%	7	7,0%	2	8,3%	24	8,9%
Secundaria incompleta	19	13,0%	14	14,0%	3	12,5%	36	13,3%
Secundaria completa	48	39,0%	39	39,0%	9	37,5%	96	35,6%
Tecnico(a)	40	27,4%	23	23,0%	6	25,0%	69	25,6%
Superior incompleto	24	16,4%	17	17,0%	4	16,7%	45	16,7%
Total	146		100		24		270	100,0%

Chi cuadrado= 343,006; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 7b. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según nivel educativo.

	Desfavorable		Favorable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primaria	20	10,1%	4	5,6%	24	8,9%
Secundaria incompleta	26	13,1%	10	13,9%	36	13,3%
Secundaria completa	74	37,3%	22	30,5%	96	35,6%
Técnico(a)	51	25,8%	18	25,0%	69	25,6%
Superior incompleto	27	13,6%	18	25,0%	45	16,7%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 24,668; p valor o sig. bilateral =0,01

Tabla 8a. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según estado civil.

	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Madre/Padre soltero	26	17,8%	18	18%	1	4,1%	45	16,7%
Casado	70	47,9%	39	39%	4	37,6%	101	37,4%
Conviviente	37	25,3%	32	32%	18	18,2%	99	36,7%
Otros	13	8,9%	11	11%	1	4,1%	25	9,2%
Total	146		100		24		270	100,0%

Chi cuadrado= 6,270; p valor o sig. bilateral =0,617

Tabla 8b. Nivel de actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”- Ayacucho, según estado civil.

	Desfavorable		Favorable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Madre/Padre soltero	34	17,1%	11	15,2%	45	16,7%
Casado	76	38,9%	25	34,9%	101	37,4%
Conviviente	71	35,9%	28	38,3%	99	36,7%
Otros	17	8,7%	8	11,1%	25	9,2%
Total	198		72		270	100,0%

Chi cuadrado= 1,159; p valor o sig. bilateral =0,885

VI. DISCUSIÓN

La consulta temprana en ortodoncia es crucial para detectar y tratar anomalías dentales y esqueléticas a tiempo, evitando complicaciones mayores en el desarrollo masticatorio, fonético y facial del paciente. La intervención oportuna permite corregir maloclusiones antes de que requieran tratamientos más complejos y costosos.²⁸ En este sentido, el rol de los padres es fundamental, ya que su iniciativa para llevar a sus hijos a una evaluación ortodóntica temprana contribuye directamente a la prevención de problemas futuros y al mantenimiento de una salud bucal óptima.²⁴

A partir de lo mencionado anteriormente, nuestro estudio se centró en examinar el nivel de conocimiento y las actitudes de los padres con respecto a la consulta temprana para el tratamiento de ortodoncia. También se analizó la relación entre el conocimiento y variables como el sexo, la edad, el número de hijos, el nivel educativo y el estado civil, así como la relación entre las actitudes y estas mismas variables.

Con el fin de analizar el conocimiento de los padres de familia de estudiantes de educación primaria sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en la Institución Educativa Pública "Mariscal Cáceres" de Ayacucho, Huamanga, se realizó esta investigación, involucrando a 100%(270) padres de familia, de los cuales se observó que el 54.1% (146) tenía un nivel bajo de conocimiento respecto a la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia. Asimismo, el 73.3% (198) mostró una actitud desfavorable. Se encontró similitud en estudios realizados en Arabia Saudita por Moshkelgosha et al.¹⁷ (2016) quienes encontraron bajo nivel de conocimiento en el 45,5%. Sumado a esto, Thirunavukkarasu et al.⁶⁰ (2019), hallaron también que los padres presentaban bajo nivel de conocimiento (57.6%).

Esto se debería a la falta de información accesible y comprensible que puede ser un obstáculo para que los padres tomen decisiones informadas. Además, es importante considerar el contexto sociolingüístico de la región donde se llevó a cabo el estudio: en Ayacucho, la lengua materna predominante es el quechua; sin embargo, la mayoría de la población utiliza de manera funcional el castellano, por lo que se caracteriza como bilingüe. Esta condición lingüística podría haber limitado en cierta medida la comprensión de algunos conceptos técnicos relacionados con la consulta del tratamiento ortodóntico temprano, a pesar de que el cuestionario fue elaborado en un lenguaje accesible.⁶¹

De la misma manera, otro factor podría ser la idea de que la ortodoncia es un procedimiento principalmente estético, ya que en muchas culturas se la percibe de esa forma, en lugar de considerarla esencial para el cuidado de la salud bucal. Esto lleva a que los padres no le den prioridad a la consulta ortodóntica.^{17,60} Por ello es importante resaltar que la mejora de la alfabetización bucodental se considera un objetivo clave para optimizar los resultados de la salud bucal, especialmente en el caso de las personas procedentes de entornos sociales desfavorecidos.⁶²

Sin embargo, nuestros resultados difieren de otros estudios realizados en Arabia Saudita. Alnaafa et al.¹⁰ (2020) encontraron que los padres mostraban un nivel moderado de conocimiento, mientras que Osama et al.⁶³ (2021) reportaron que el nivel de conocimiento era alto. En el mismo año, Aljehani et al.²⁴ (2022) hallaron que el 52.4% de los padres tenía un conocimiento regular. Estas diferencias podrían explicarse por el desarrollo de los sistemas de salud. En Arabia Saudita, la educación para la población en general está más avanzada, y las campañas de salud pública y los servicios dentales están mejor estructurados, lo que resulta en una

mayor concienciación. En contraste, en Ayacucho, el acceso a la atención dental especializada es limitado. Otro factor podría ser el nivel socioeconómico, ya que en Arabia Saudita el ingreso per cápita es mayor en comparación con Perú, lo que permite una mayor inversión en educación y salud. También intervienen las diferencias culturales: en Arabia Saudita, la ortodoncia se valora más tanto por razones estéticas como funcionales, mientras que en Perú los problemas dentales pueden no ser percibidos como una prioridad hasta que se presentan síntomas evidentes o complicaciones.^{10,62,,24.}

En nuestra investigación se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes en relación con el sexo ($p < 0.05$). Sin embargo, el estudio realizado por Moshkelgosha et al.¹⁷ (2016) difiere de nuestros hallazgos, ya que no encontraron asociaciones significativas entre el sexo de los padres y su conocimiento o actitud. Esta diferencia podría deberse a que, en su estudio, las encuestas se completaron en el hogar, lo que pudo influir en los resultados. Al estar fuera de la presión de un encuestador, los padres pudieron haber recurrido a información adicional o, por el contrario, haber respondido de forma rápida y superficial. En contraste, nuestro estudio se realizó de manera presencial, lo que probablemente motivó a los participantes a proporcionar respuestas más reflexionadas y cuidadosas.¹⁷

Es importante destacar que en nuestra investigación el 73.3% de los participantes fueron mujeres. Este resultado es cercano al informado por Osama et al.⁶³ en Arabia Saudita, quienes registraron una participación femenina del 75.8%. De manera similar, coincide con lo encontrado por Alsaggaf et al.⁸ (2022), Aldweesh et al.⁹ (2022), Alnaafa et al.¹⁰ (2020) y Amathi et al.⁵ (2020) quienes reportaron en Arabia

Saudita una colaboración femenina del 57.5%, 54%, 53.5% y 56.5%, respectivamente. Esto podría explicarse por el hecho de que Las madres tienden a involucrarse más en las reuniones escolares, ya que perciben una mayor responsabilidad en la educación de sus hijos y, en algunos casos, disponen de horarios más flexibles. Además, los roles de género tradicionales, presentes en muchas culturas, asignan principalmente a las mujeres la responsabilidad del cuidado y la educación de los hijos, lo que contribuye a su mayor participación en las actividades escolares. En muchas sociedades, las tareas domésticas y las responsabilidades familiares han sido delegadas a las mujeres, quienes asumen el rol de administradoras del hogar.^{5,8,9,10} Asimismo, otro factor relevante es que las madres son las principales responsables de cepillar los dientes de los niños, supervisar su alimentación y gestionar su atención dental. En cambio, los padres tienden a considerar que su principal responsabilidad recae en la gestión de los aspectos financieros de la atención médica.⁶⁴

Por otro lado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes en relación con la edad ($p < 0.05$). Sin embargo, esto contradice lo reportado por Moshkelgosha et al.¹⁷ (2016) en Arabia Saudita, quienes no hallaron asociaciones significativas entre la edad de los padres con su conocimiento o actitud debido a que las encuestas se completaron en los hogares de los padres.¹⁷

En la misma línea, nuestro estudio reveló que la mayoría de los participantes pertenecían al grupo etario de adultos (45-59 años). Estos resultados difieren de los hallados por Alnaafa et al.¹⁰ (2020) quienes reportaron que en su investigación la mayoría de los participantes se encontraba en el rango de edad de 30 a 39 años. Esta

diferencia podría deberse a que en su estudio se consideraron padres más jóvenes, a partir de los 20 años. Otro factor que podría influir son las diferencias demográficas entre ambos contextos. En Ayacucho, es posible que la edad esté correlacionada con el acceso a la educación y la información, mientras que en Arabia Saudita los padres de diferentes grupos etarios podrían tener un acceso más equitativo a la educación y a la información sobre salud. Es importante destacar que también se encontró similitud con la investigación de Aljehani et al.²⁴ (2022), donde la mayoría de los participantes tenía entre 46 y 55 años. Esto se explica porque en ambos estudios se incluyeron personas mayores de 25 años.^{10,24}

Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes en relación con el número de hijos ($p < 0.05$). Este hallazgo es similar al estudio de Alnaafa et al.¹⁰ (2022) observaron una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y el número de hijos. Esto podría explicarse por la mayor experiencia parental: los padres con más hijos han tenido más oportunidades de enfrentarse a problemas relacionados con la salud dental. Además, con más hijos, los padres tienden a visitar al dentista con mayor frecuencia y suelen ser más proactivos en informarse sobre alternativas preventivas. También es posible que desarrollen una actitud más estructurada y orientada a la prevención.¹⁰

Paralelamente, en nuestro estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes en relación con el nivel educativo ($p < 0.05$). Un estudio reveló que los padres con un nivel académico más bajo presentaban no solo un menor conocimiento sobre la salud bucal, sino también

una actitud menos favorable hacia el cuidado bucodental, lo que se reflejaba en peores hábitos de salud bucal.⁶⁴

De manera similar, Moshkelgosha et al.¹⁷ (2016) mencionaron una asociación significativa entre las actitudes y nivel educativo ($p < 0.001$). Chonat et al.¹³ (2022) encontraron que el conocimiento sobre la maloclusión fue significativamente mayor en familias con niveles educativos más altos. Asimismo, Aljehani et al.²⁴ (2022) reportaron que los buenos niveles de conocimiento eran significativamente más altos entre los padres con mayor educación. Esto puede explicarse por el mayor acceso a la información, ya que las personas con mayor nivel educativo tienden a tener acceso a más recursos, como libros e internet, además de una mejor capacidad de comprensión y valoración de la salud preventiva. La educación también influye en la toma de decisiones más informadas en relación con la salud.^{13,17,24}

Es relevante destacar que, en los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes presentó un nivel educativo de secundaria completa, siendo además predominante la participación femenina. Este fenómeno podría explicarse a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional Juvenil Peruana (ENAJUV) de 2011, que revelan que el 22% de las mujeres jóvenes y adultas no accedieron a la educación superior debido a las tareas domésticas y al embarazo, factores que limitan su continuidad educativa.⁶⁵ En contraste, Alnaafa et al.¹⁰, (2020) en Arabia Saudita, informaron que la mayoría de los participantes poseía una licenciatura (52.5%). De manera similar, Aljehani et al.²⁴ (2022) reportaron que el 75.5% de los padres participantes tenía una licenciatura. Estas diferencias pueden explicarse por el contexto socioeconómico y educativo: en Ayacucho, las oportunidades educativas son menos accesibles, lo que influye en estos resultados. Por el contrario,

en Arabia Saudita, el sistema educativo es más robusto y se fomenta la educación superior. Además, las diferencias demográficas y el desarrollo regional también juegan un papel importante. En regiones con menor desarrollo económico, como Ayacucho, es más común que las personas enfrenten dificultades para acceder a la educación superior. Asimismo, la falta de liderazgo político, la carencia de capacidades de gestión y los casos de corrupción han contribuido a que la región avance poco en términos de descentralización educativa.⁶⁶ Mientras que en regiones más desarrolladas, como Arabia Saudita, el nivel educativo tiende a ser más elevado.^{10,24}

Por otro lado, se observó que la mayoría de los participantes de nuestro estudio eran casados (37.4%). Este hallazgo es similar al estudio de Alsaggaf et al.⁸ (2022) en Arabia Saudita, quienes reportaron que el 92.8% de los participantes estaban casados. Esto puede explicarse por la estructura familiar tradicional, en la que el matrimonio y la familia nuclear son vistos como pilares fundamentales para la crianza de los hijos. Las personas casadas tienden a estar más involucradas en las decisiones relacionadas con la salud y el bienestar de sus hijos. Además, la estabilidad familiar y la estructura parental pueden influir en la disposición para buscar y seguir recomendaciones de salud.⁸

En cuanto al instrumento empleado, la evaluación de la validez de contenido se llevó a cabo con el coeficiente V de Aiken, involucrando a 11 jueces expertos y logrando un valor de 0.95. Con base en los resultados de la prueba piloto, se llevó a cabo un análisis de confiabilidad. Para evaluar la consistencia interna de los

elementos vinculados con los conocimientos y las actitudes se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach con resultados de 0.88 y 0.83, respectivamente. Estudios previos, como el de Alsagaf et al.⁸ (2022) registraron coeficientes de 0.84 y 0.92 en estos mismos ítems, mientras que Aljehani et al.²⁴ (2022) reportaron un coeficiente alfa de 0.8 en conocimientos. Estos hallazgos confirman una adecuada consistencia interna en los ítems sobre conocimiento y actitudes hacia la consulta temprana en ortodoncia.^{56,57} Así, nuestro instrumento demuestra ser válido y confiable, proporcionando precisión en la recolección de datos y siendo útil para estudios futuros en el país o en contextos similares.

Las limitaciones que se encontraron en nuestro estudio fueron las respuestas de los padres que pueden estar influenciadas por las opiniones de terceros o por creencias comunes, lo que podría afectar la objetividad de sus respuestas. Se identificó también como limitación la baja participación de los padres varones, posiblemente debido a la falta de tiempo o de interés, lo cual limitó la representatividad de las respuestas y redujo la diversidad de perspectivas. Por el contrario, se observó una mayor participación de las madres, en concordancia con hallazgos previos reportados en la literatura.⁶³ Otra limitación es la falta de estudios previos a nivel local o en Sudamérica, lo cual restringe el contraste y la comparación de los resultados obtenidos. Por último, la barrera del idioma quechua-castellano entre los padres participantes, quienes, aunque son bilingües, podrían no haber comprendido plenamente algunos términos del cuestionario.

Este estudio se distingue por su carácter innovador y relevante, siendo uno de los pocos que se han llevado a cabo en Perú, lo que permite generar nuevos

conocimientos específicos al contexto local. Esto lo convierte en un recurso valioso para el diseño de políticas de salud y estrategias preventivas enfocadas en la promoción de la consulta temprana en ortodoncia pediátrica, facilitando la toma de decisiones basadas en evidencia. Los hallazgos obtenidos pueden contribuir al desarrollo de intervenciones educativas y programas de sensibilización dirigidos a padres y profesionales de la salud, favoreciendo una atención ortodóncica oportuna y eficaz. Asimismo, su aporte al ámbito odontológico es significativo, ya que sienta las bases para futuras investigaciones en el país, impulsando al desarrollo de estudios adicionales centrados en la prevención y la detección temprana de problemas ortodónticos.

V. CONCLUSIONES

1. Se evidenció que los padres tienen un conocimiento bajo sobre la importancia de la consulta temprana para tratamientos de ortodoncia.
2. Se determinó en el presente estudio que la actitud de los padres es desfavorable por lo tanto es limitante la importancia del tratamiento ortodóncico temprano.
3. Se encontró que hay una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes con las características demográficas (edad, sexo, número de hijos, nivel educativo) pero no con el estado civil.

VI. RECOMENDACIONES

- Organizar ferias de salud en coordinación con colegios y centros de salud locales, donde se realicen evaluaciones dentales gratuitas a los niños y charlas educativas para los padres. Estas actividades pueden incluir talleres prácticos sobre la importancia de atender problemas de ortodoncia desde una edad temprana, promoviendo la prevención y la participación de la comunidad escolar.
- Establecer coordinación con las autoridades de salud pública y gobiernos locales, con el fin de incorporar información sobre la ortodoncia temprana en campañas de salud bucodental. Estas campañas deben desarrollarse con un enfoque culturalmente pertinente, utilizando medios de comunicación accesibles, y deben estar alineadas con la estrategia de “salud en todas las políticas” recomendada por la OMS, para asegurar una mayor difusión y concientización de la población.
- Desarrollar e implementar programas educativos comunitarios y escolares, dirigidos tanto a padres como a docentes, que promuevan la alfabetización en salud bucodental. Estos programas deben utilizar materiales visuales y didácticos adaptados a cada grupo etario y nivel socioeducativo, resaltando los beneficios del tratamiento temprano ortodóntico y los riesgos de no abordarlo a tiempo. Es fundamental priorizar a las poblaciones vulnerables, con el fin de reducir las desigualdades en el acceso a servicios preventivos, conforme al enfoque de equidad planteado en el plan estratégico de la OMS.

- Fomentar la capacitación del personal de salud y de los docentes en la identificación temprana de alteraciones dentomaxilares, para que puedan orientar adecuadamente a los padres hacia una consulta temprana ortodóntica. Esta acción contribuiría al fortalecimiento del primer nivel de atención y promovería la integración efectiva de la salud bucodental en la atención primaria, tal como lo establece el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental.
- Impulsar estudios comparativos en instituciones educativas públicas y privadas, con el fin de identificar diferencias en el nivel de conocimiento, actitudes y acceso a la atención ortodóntica. Esta información permitiría diseñar intervenciones más contextualizadas y equitativas, asegurando que tanto sectores vulnerables como no vulnerables reciban orientación y atención oportuna.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lombardo G, Vena F, Negri P, et.al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Paediatric Dent.*2020; 21(2): 115-122.
2. Pan American Health Organization. Ten-year evaluation of regional core health data initiative. *Epidemiol Bull PAHO.* 2004;25(3):1-16.
3. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela M, Castillo R, Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*2011;28.

4. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. *Int J Oral Sci.*2018;10(1):7.
5. Amanthi, Jeevanandan G. Parental Awareness About Malocclusion in Their Children in Chennai Population. *Int J Pharm Res.*2020;12:2669-81.
6. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *Int J Odontostomatol.* 2018;12(2): 93-188.
7. Meza EY, Olivera PB, Rosende MN, Peláez AN, Meza EY, Olivera PB, et al. Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. *Rev. Asoc. Odontológica Argent.* 2021;109(3): 6-171.
8. Alsaggaf DH, Alqarni MZ, Barayan SA, Assaggaf AA, Alansari RA. Parents' Awareness of Malocclusion and Orthodontic Consultation for Their Children: A Cross-Sectional Study. *Child Basel Switz.* 2022;9(12):1974.
9. Aldweesh AH, Ben Gassem AA, AlShehri BM, AlTowaijri AA, Albarakati SF. Parents' Awareness of Early Orthodontic Consultation: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3):1800.
10. Alnaafa M, Altamimi Y, Alajlan S, Alateeq N, Almarshedi A, Alsaleh M, et al. The Parental Awareness Regarding Early Orthodontic Treatment in Hail City. *Int Med J.*1994.2020;27:2203.
11. American Association of Orthodontists. *Child Orthodontics*. [Internet]. [citado 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://aaoinfo.org/child-orthodontics/>.
12. Schneider-Moser UEM, Moser L. Very early orthodontic treatment: when, why and how? *Dent Press J Orthod.* 2022;27(2).

13. Chonat A, AV, Arumugam S, et al. Awareness and Attitude of Parents regarding Malocclusion and Early Interception of Oral Habits-associated Dentofacial Deformity in Children World J Dent. 2022;13(3):266–270.
14. Woon SC, Thiruvengkatachari B. Early orthodontic treatment for Class III malocclusion: A systematic review and meta-analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2017;151(1):28-52.
15. Filho HL, Maia LH, Lau TCL, de Souza MMG, Maia LC. Early vs late orthodontic treatment of tooth crowding by first premolar extraction: A systematic review. Angle Orthod. 2015;85(3): 510-7.
16. McNamara JA, Brudon WL. Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico en la dentición mixta. Michigan(USA);1995. 370 p.
17. Moshkelgosha V, Kazemi M, Pakshir H, Safari R. Parental Knowledge and Attitude Towards Early Orthodontic Treatment for Their Primary School Children. Iran J Orthod. 2016;12.
18. Nobre R, Pozza D. Parental influence in orthodontic treatment: a systematic review. Med Pharm Rep. 2023;96.
19. Tuncer C, Canigur bavbek N, Baloş Tuncer B, Bani A, çelik B. How Do Patients and Parents Decide for Orthodontic Treatment–Effects of Malocclusion, Personal Expectations, Education and Media. J Clin Pediatr Dent. 2015; 39:392-9.
20. Ozturk T, Gumus H. YouTube as an information and education source for early orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2022;162(3):e123-32.
21. Jimenez N, Mendivil R. Percepciones sobre la dentición decidua que poseen las madres de familia de una institución educativa de Lima Metropolitana, 2021. Rev Científica Ágora. 2022; 9:55-62.

22. Berrazueta SKL. Prevalencia de mal oclusiones en pacientes pediátricos con pérdida prematura del sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad San Francisco de Quito. 2019.
23. Pizarro N, Ayala R. Percepciones sobre la dentición decidua que poseen las madres de familia de una Institución Educativa de Lima Metropolitana. *Ágora Rev. Cient.* 2022; 09(02): 55-62.
24. Aljehani D, Kaki A. Parents' knowledge and attitudes towards malocclusion and early identification of dentofacial deformities linked to oral habits in children. *Med Sci.* 2022; 26:01-8.
25. Sánchez F, Kanashiro C. Conocimientos, actitudes y prácticas de los padres respecto a la salud bucal de sus hijos en el hospital Eduardo Rbagliati Martins, en tiempos de la pandemia CODIV 19. *Odontol Pediatr.* 2022;21 (2); 35 - 45.
26. Alfuriji S., Alofi, A., Albalawi, M. *et al.* Conciencia de los padres sobre el tratamiento de ortodoncia preventivo e interceptivo. *BMC Res Notes* 18 , 41 (2025).
27. Sandoval P., Bizcar B. Beneficios de la Implementación de Ortodoncia Interceptiva en la Clínica Infantil. *Int. J. Odontostomato.* 2013; 7(2): 253-265.
28. Yáñez Zurita, Christian & Freire, Blanca & Chiriguaya, Arístides. Tratamiento temprano ortodóncico/ortopédico en pacientes con anomalías sagitales de clase II. Una revision. *Revista Científica Odontológica.* 2023.
29. Leyton F., Lima M. Importancia del tratamiento oportuno en ortodoncia: Revisión bibliográfica. *Dom. Cien.* 2023; ISSN: 2477-8818 Vol. 9, núm. 2, pp. 516-532.
30. Di Spirito, F.; Cannatà, D.; Schettino, V.; Galdi, M.; Bucci, R.; Martina, S. Necesidades de ortodoncia percibidas y actitudes hacia la evaluación e

intervenciones tempranas: Un estudio basado en encuestas entre padres de niños italianos en edad escolar. *Clin. Pract.* 2024 , 14 , 1159-1170.

31. Kochar SP, Madhu PP, Reche AR, Kale BK. Factors Influencing Parents' Decision in Choosing a Pediatric Dentist. *Cureus*. 2023;15(10).
32. De la rosa S. Plan de orientación sobre la importancia de la ortodoncia temprana en niños. UCE Ciencia. Revista de postgrado. Vol. 12(3), 2024.
33. Alharbi R, Taju W. Factores que influyen en el proceso de decisión al buscar atención de ortodoncia en la población saudí: Una encuesta transversal. *Open Dent J*, 2024; 18.
34. Landaeta C. Manual: Proceso de validación de instrumentos de investigación científica. Universidad Privada San Francisco de Asís. Instituto de investigación e interacción social. Primera Edición: La Paz – Bolivia, agosto de 2024.
35. Zapata E. Técnicas e instrumentos de investigación en la actividad investigativa. Research techniques and instruments in research activity. *Revista Educación*. 2023; Vol. 21, Núm. 21, 8-9.
36. Medina M. Metodología de la investigación. Técnicas e instrumentos de investigación. Primera edición digital Puno, febrero de 2023. Libro electrónico disponible en <https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>.
37. Hernández, F.; Fernández C. y Baptista, M. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill. 2014.
38. Olivos F. La técnica e instrumento en la investigación científica. Editorial Sciencevolution. 2023.
39. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; Vol. 5, nº 17.

40. Arias, J. L. Técnicas e instrumentos de investigación científica(1ra ed.). Enfoques consulting: Perú. 2020.
41. García J., Aguilera J., Castillo A. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. Odiseo, revista electrónica de pedagogía, 2011. 1-13.
42. Ocegueda, C. (2004). Metodología de la investigación(2da ed.). México: Albox editores. Ponce, M., y Pasco, M. (2015). Guía de investigación (1ra ed.). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
43. Salkind, N. El papel y la importancia de la investigación. Métodos de Investigación. Prentice Hall, México, 1998.
44. López R., Avello R., Palmero D., Sánchez S., Quintana M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2019.
45. Escobar J., Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: 62 una aproximación a su utilización. Avances en Medición, 2008. 6(1), 27-36.
46. Wayne Mondy, R. M. Administración de recursos humanos (Novena edición). México: 108 Pearson Prentice Hall. 2005.
47. Martínez Ramírez, Jorge L. El proceso de elaboración y validación de un instrumento de medición documental. Acción y Reflexión Educativa. Universidad de Panamá núm. 44, 2019.
48. Niño, V. Metodología de la investigación(1ra ed.). Bogotá: Ediciones de la U. 2011.
49. Lama P. Los instrumentos de la investigación científica. Hacia una plataforma teórica que clarifique y gratifique. Horizonte de la Ciencia. 2022; vol. 12, núm. 22, pp. 189-202.

50. Gonzáles, R. Métodos, diseños y técnicas de investigación social. Primera edición. Universidad de Los Andes, CE-CDCHT. Mérida, Venezuela. 2006.
51. León SK. Caracterización de la Región Ayacucho. Sineace. 2020.
52. Martignon S. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños - Hogares Infantiles: ICBF-Usaquén-Bogotá. 2003.
53. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):63-72.
54. Escobar-Pérez J, Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Av. En Medición. 2008; 6:27-36.
55. Galicia LA, Balderrama JA, Edel R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apertura. 2017; 17(27):42-53.
56. Sarabia CMA, Alconero AR. Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud. Enferm Cardiol. 2019; 26(77): 69- 73.
57. Soriano AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. Diálogos. 2014;14:19-40.
58. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten. Primaria. 2003;31(8):527-38.
59. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. REDIE. 2018;20(1):38-47.
60. Thirunavukkarasu R, Muralidharan D, Nirupama C, Prashanth C, Gupta G. Karthikeyan E, et al. Awareness of orthodontic treatment among parents of children aged 5-17 in Kanchipuram District – A survey. OHC [Internet]. 2019; 4:1-5.

- 61.** Utta von Gleich. Nueva dinámica en el bilingüismo ayacuchano. Indiana. 2016;33(1):133-159.
- 62.** King, S., Thaliph, A., Laranjo, L. et al. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed methods study. BMC Public Health 23 , 1446 (2023).
- 63.** Osama B, Ealyh S, Asmahan A, Khames T, Lina A, Hassan A, et al. Evaluation of parent's knowledge and awareness regarding early orthodontic treatment for their children in Saudi Arabia. J Med Sci [Internet]. 2021; 25(118):3409-3416.
- 64.** Chen L, Hong J, Xiong D, Zhang L, Li Y, Huang S, Hua F. 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;11;20(1):203.
- 65.** Rojas.V,Guerrero. G,Vargas, J. El género y las trayectorias hacia la adultez en el Perú: educación, trabajo y maternidad/paternidad.Proyecto Forge. 2017-08.
- 66.** Rivas, A. et al. La mejora sistémica de la educación. Casos de estudio en América Latina, Fundación Santillana, Madrid. 2021.

XII.ANEXOS

Anexo 01

CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde:

n= tamaño

de muestra

z=nivel de

confianza

deseado

p= proporción de la población con la
característica deseada

q= proporción de la población sin la
característica deseada

e= nivel de error dispuesto a cometer

N=tamaño de la población

considerando:

margen= 5%(0,05)

nivel de

confianza=95%(1,96)

población= 900

Tamaño de muestra=270

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 02)

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA CONSULTA TEMPRANA DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA	Conjunto de informaciones que tienen las personas.	Conglomerado de ideas y percepciones sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia.	PREGUNTAS 1 AL 10 DEL CUESTIONARIO	CUALITATIVO (POLITÓMICA)	ORDINAL	1= <u>ALTO</u> (8-10) RESPUESTAS CORRECTAS 2= <u>MEDIO</u> (5-7) RESPUESTAS CORRECTAS 3= <u>BAJO</u> (1-4) RESPUESTAS CORRECTAS
ACTITUDES SOBRE LA CONSULTA TEMPRANA DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA	Conjunto de comportamientos que manifiestan las personas.	Combinación de creencias, juicios y emociones frente a una consulta temprana del tratamiento de ortodoncia.	PREGUNTAS 11 AL 20 DEL CUESTIONARIO	CUALITATIVO (DICOTÓMICA)	NOMINAL	<u>FAVORABLE</u> (31-50) PUNTOS <u>DESFAVORABLE</u> (1-30) PUNTOS
EDAD	Lapso de tiempo que ocurre desde el nacimiento hasta la actualidad	Edad en años que refiere un individuo en la encuesta.	CUESTIONARIO	CUALITATIVO (DICOTÓMICA)	NOMINAL	1=ADULTOS JÓVENES (30-44 años) 2=ADULTO (45-59 años)

SEXO	Característica biológica o fisiológica que define a un hombre o una mujer.	Característica biológica referido en la encuesta.	CUESTIONARIO	CUALITATIVO (DICOTÓMICA)	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
ESTADO CIVIL	Condición de una persona con relación a su filiación de matrimonio o de parentesco.	Condición jurídica de una persona referido en la encuesta.	CUESTIONARIO	CUALITATIVO (POLITÓMICA)	NOMINAL	1=PADRE/MADRE SOLTERA 2=CASADO(A) 3=CONVIVIENTE 4=OTROS
NÚMERO DE HIJOS	Es el número de hijos nacidos vivos.	Es el número de hijos nacidos vivos referido en la encuesta.	CUESTIONARIO	CUALITATIVO (POLITÓMICA)	ORDINAL	• 1 • 2 • 3 • 4 MÁS DE 4 =5
NIVEL EDUCATIVO	El grado de aprendizaje que se adquiere a lo largo de su formación en una institución.	El grado de estudio referido en la encuesta.	CUESTIONARIO	CUALITATIVO (POLITÓMICA)	ORDINAL	1=PRIMARIA INCOMPLETA 2=SECUNDARIA INCOMPLETA 3=SECUNDARIA COMPLETA 4=TÉCNICO(A) 5=SUPERIOR INCOMPLETA

Anexo 03. CUESTIONARIO A PADRES DE FAMILIA

OBJETIVO: Evaluar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia.

Estimado padre de familia: nos interesa saber su opinión; sírvase contestar las siguientes preguntas que nos permitirán alcanzar el objetivo mencionado. Le damos las gracias por su colaboración marcando con una “x” en la opción que corresponda.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES

N°

EDAD _____ años

SEXO

☐ Femenino

☐ Masculino

ESTADO CIVIL

☐ Madre/Padre soltero (a)

☐ Casado (a)

☐ Conviviente

☐ Otros

NÚMERO DE HIJOS

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ más de 4

NIVEL EDUCATIVO DEL PADRE DE FAMILIA

☐ Primaria completa

☐ Secundaria incompleta

☐ Secundaria completa

☐ Técnico(a)

☐ Superior incompleto

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

1. Si mi hijo perdió su diente de leche antes de tiempo debido a caries.¿Qué debería hacer?

a) Esperar el crecimiento de un nuevo diente.

b) Establecer una consulta con el odontólogo.(*)

c) Descuidar la higiene oral.

d) No educar al niño sobre la importancia del diente.

2. La causa de “los dientes chuecos”es:

a)Respirar por la boca o chuparse el dedo.(*)

b)Mala higiene de los dientes.

c)Masticar mucho chicle.

d)No sé.

3. ¿A quién acudiría a consultar primero con respecto al tratamiento de ortodoncia para su hijo?

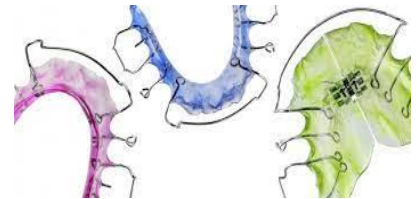
- a) Pediatra(médico).
- b) Ortodoncista. (*)
- c) Buscar en línea.
- d) No sé.

4. ¿A qué edad debería llevar a mi hijo(a) para su primera consulta ortodóntica(chequeo de alineación de dientes)?

- a) 3 años.
- b) 7 años. (*)
- c) 13 años.
- d) 18 años.

5. ¿Por qué cree usted que es importante la aparatología removible (según la imagen) en el tratamiento de ortodoncia?

- a) Puede resolver irregularidades faciales. (*)
- b) Usar como accesorio de moda.
- c) No es importante la aparatología.
- d) No tengo idea.



6. Cree usted que el tratamiento ortodóncico (alineamiento dental) debe variar según la edad, ya sea adulto o niño?

- a) No, la edad no afecta en nada.
- b) Todos los pacientes reciben el mismo tratamiento.
- c) Sí, por las diferentes necesidades en niños y adultos. (*)
- d) El alineamiento dental es más efectivo en adultos.

7. ¿Cree que su hijo puede llegar a recibir su tratamiento de ortodoncia(alineamiento dental) en pleno crecimiento?

- a) No.
- b) Sí. (*)
- c) No sé.

8. ¿La maloclusión(dientes chuecos) puede llegar a afectar a mi hijo en su formación de su personalidad y afectar en su rendimiento escolar?

- a) No.
- b) Sí. (*)
- c) No sé.

9. ¿Cuál es la función de los dientes de leche?

- a) Guardar el espacio para los dientes nuevos que saldrán más adelante. (*)
- b) Son solo una etapa pasajera en la boca.
- c) Son solo una molestia y no tienen función.
- d) No tienen importancia.

10. La función principal para un tratamiento temprano de ortodoncia (alineamiento dental) es:

- a) Facilitar el desarrollo adecuado de la mandíbula y los dientes. (*)
- b) Causar incomodidad
- c) No tiene función.
- d) Es solo una moda.

PREGUNTAS DE ACTITUDES: Marque con un “x” según corresponda:

ITEMS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
11. ¿Debo consultar a un especialista si noto espacios entre los dientes de leche de mi hijo(a)?					
12. ¿Usted cree que la consulta al especialista es importante antes que el internet?					
13. ¿Debo considerar la extracción inmediata de un diente que sobresale?					
14. ¿Debería llevar a mi hijo a que sea revisado por un especialista si observo que tiene los dientes 'chuecos'?					
15. ¿Es recomendable esperar hasta que salgan los dientes de juicio de mi hijo para llevarlo al especialista?					
16. ¿Es necesario cepillar los primeros dientes de leche de mi hijo(a) si comienzan a salir?					
17. ¿Es necesario que lleve a mi hijo a su cita con el especialista?					
18. ¿Es recomendable esperar a que los dientes de leche de mi hijo(a) se caigan por sí solos?					
19. ¿Debería esperar a que erupcionen todos sus dientes “nuevos” de mi hijo antes de usar dispositivos para alinear los dientes?					
20. ¿Debería hablar con mi hijo antes de visitar al especialista?					

Anexo 04

CARTA AL JUEZ EXPERTO

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y DESARROLLO”

AYACUCHO, 2023

ASUNTO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EL JUICIO DE EXPERTOS

Estimado Dr(a):

Es muy grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez conocedora de su alta calidad profesional y experiencia me presento a través de esta carta ante Ud. como maestranda de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Actualmente me encuentro desarrollando un proyecto de investigación denominado: **“Conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública.Ayacucho,2023”**

Por tal motivo solicito su valiosa opinión como juez experto en la validación del instrumento del trabajo de investigación desarrollado por la Srta. Yoselin Daniela Velasquez Alvarez.

Agradeciendo anticipadamente su colaboración, estando segura que su opinión y criterio de experto le hacemos llegar los siguientes documentos:

- Resumen del proyecto de investigación
- Instrumento de investigación
- Hoja de validación de juicio de expertos

Atentamente

Anexo 05

Ficha para el juicio de expertos

Experto: _____

Cargo e institución donde labora: _____

A continuación, tiene 20 columnas por cuadro para evaluar cada una de las preguntas del cuestionario respectivamente en seis aspectos diferentes.
Marque en el espacio en blanco para cada pregunta un $\checkmark$ si no le encuentra objeción o una **X** si tiene que modificarse en ese aspecto la pregunta.
La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1-¿Esta pregunta permitirá alcanzar el objetivo planteado en el estudio?																				
2- ¿La pregunta está formulada de forma clara?																				
3-¿El orden de esta pregunta es el adecuado?																				
4-¿La redacción es entendible o coherente con el propósito de estudio?																				
5-¿El contenido corresponde con el propósito del estudio?																				
6-¿El vocabulario de esta pregunta es el adecuado?																				

Observaciones y Sugerencias:

Anexo 06

Título del estudio	“Conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública.Ayacucho,2023.
Objetivo de la investigación	Evaluar los conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública.Ayacucho,2023.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido

DIMENSIÓN	ITEM	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
CONOCIMIENTOS	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
ACTITUDES	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					

*Plantilla propuesta por Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008).

Anexo 07(V de Aiken)

ITEMS	CALIFICACIONES DE LOS JUECES											ESCALA DE CALIFICACION POLITOMICA UTILIZADA POR JUECES			
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8	JUEZ 9	JUEZ 10	JUEZ 11	PROMEDIO	V DE AIKEN		
1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3.72727273	0.90909091		
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1		ITEM MALO 1
3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3.81818182	0.93939394		ITEM REGUL 2
4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3.72727273	0.90909091		ITEM BUENC 3
5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3.90909091	0.96969697		ITEM EXCELE 4
6	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3.72727273	0.90909091		
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1		
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1		
9	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3.81818182	0.93939394		
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3.90909091	0.96969697		
11	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3.72727273	0.90909091		
12	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.90909091	0.96969697		
13	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3.81818182	0.93939394		
14	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3.90909091	0.96969697		
15	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3.90909091	0.96969697		
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3.90909091	0.96969697		
17	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3.81818182	0.93939394		
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.81818182	0.93939394		
19	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3.72727273	0.90909091		
20	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3.81818182	0.93939394		
V DE AIKEN GLOBAL											0.95				

Anexo 08(Piloto)

[illegible]

ACTITUDES										
ITEMS										
ENCUESTADOS	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E1	5	3	4	5	5	5	4	5	4	5
E2	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4
E3	3	3	3	5	3	4	4	3	3	4
E4	4	2	2	4	4	5	4	2	4	5
E5	4	4	4	4	5	4	5	3	4	5
E6	3	2	2	5	3	4	4	3	3	4
E7	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4
E8	4	3	3	4	5	4	5	5	4	5
E9	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5
E10	4	1	1	5	4	4	4	4	5	4
E11	5	2	1	5	5	5	5	5	5	5
E12	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4
E13	3	1	2	4	5	4	5	5	3	5
E14	5	5	5	5	5	4	4	3	4	5
E15	3	2	2	5	3	4	4	4	3	4
E16	4	3	2	4	4	4	4	4	2	4
E17	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5
E18	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2
E19	4	3	3	5	4	4	4	3	5	4
E20	3	2	2	5	3	3	3	3	4	3
E21	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4
E22	3	3	3	4	3	3	3	4	5	3
E23	5	4	5	5	5	5	4	4	3	5
E24	4	2	2	4	5	4	5	3	4	5
E25	5	4	4	4	5	5	5	3	2	5

ALFA DE CRONBACH

CONOCIMIENTOS

➔ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	25	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	25	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.882	10

ACTITUDES

➔ Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	25	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	25	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.836	10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

(Adultos)	
<i>Título del estudio:</i>	Conocimientos y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia en una Institución Educativa Pública. Ayacucho, 2023.
<i>Investigador (a):</i>	Yoselin Daniela Velasquez Alvarez
<i>Institución:</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar el conocimiento y las actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El compromiso de los padres sobre aspectos de salud oral de sus hijos constituye la base fundamental para la prevención y tratamiento de los problemas de maloclusión, siempre y cuando se someta a los hijos a una consulta oportuna y temprana del tratamiento de ortodoncia, confiriéndole de esta manera un gran valor a este rubro.

Los datos obtenidos pueden ser utilizados por los odontólogos para tomar decisiones y se pueda contribuir a las actividades de la salud pública.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se solicitará llenar información sobre sus datos personales el cual recauda información de su sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel educativo.
2. Se solicitará llenar el cuestionario respecto al conocimiento y actitudes del tratamiento temprano de ortodoncia lo cual considere correcto a las preguntas. Este cuestionario consta de 20 preguntas sobre conocimiento y actitudes de los padres sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia.
3. El tiempo aproximado que le demandará responder el cuestionario es de 15 minutos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo en el presente estudio porque solo es un cuestionario.

Beneficios:

No brindará un beneficio personal al encuestado sin embargo al finalizar el cuestionario se le brindará información sobre la consulta temprana del tratamiento de ortodoncia mediante un tríptico informativo. De igual manera se le puede brindar información de los resultados si y solo si el encuestado lo requiera por parte de la investigadora. Se le brindará como muestra de agradecimiento haciendo la entrega de un cepillo y pasta dental.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con número de fichas y no con nombres. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento s

publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

Derechos del participante:

Si decide no participar en el estudio, puede retirarse del lugar en cualquier momento, sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al teléfono 933753517

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el comité institucional de ética en investigación UPOCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_____ Nombres y Apellidos Participante	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombres y Apellidos Investigador	_____ Firma	_____ Fecha y Hora

Anexo 10



OBSEQUIO POR EL TIEMPO PRESTADO