



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE
FAMILIA DE ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 7067 TORIBIO SEMINARIO DEL
DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA 2016**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

**PRESENTADO POR
BACHILLER: RAMÍREZ PÉREZ ERICK GULMAR**

**ASESORA
MG. CELIA ALDAZABAL MARTÍNEZ**

LIMA – PERÚ

2017

A mis padres Margarita Isabel Saldaña
y Fernando Ramírez Milla, por su amor y
apoyo incondicional brindado en todas las
etapas de mi vida

AGRADECIMIENTOS

A Dios, nuestro creador.

A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas.

A las autoridades de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.

A los directivos, docentes, y padres de familia del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan De Miraflores - Lima, 2016, por facilitarnos el trabajo de campo.

A mis asesores y jurados de la Escuela Profesional de Estomatología por su colaboración.

A la directora Miriam Vásquez Segura de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas por su apoyo y dedicación.

RESUMEN

El estudio realizado tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores Lima 2016.

La investigación es de carácter cuantitativo descriptivo de nivel básico de diseño no experimental, la población está conformada de 188 padres de familia en una muestra probabilística de 127 padres de familia de estudiantes de la Institución Educativa del Nivel Primaria N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan De Miraflores Lima, 2016, además se utilizó la técnica de la encuesta con su instrumento el cuestionario el cual se confiabilizó y validó antes de su aplicación.

Los resultados más importantes de la presente investigación se considera que en base a los datos analizados y procesados, se tiene que la muestra estudiada, según el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas se obtuvo que el 86% tiene un nivel regular, el 6% un nivel óptimo y el 9% con un nivel deficiente, según sobre enfermedades bucales el 60% tiene un nivel regular, el 11% un nivel óptimo y el 29% con un nivel deficiente y sobre el desarrollo dental el 74% con un nivel regular, el 15% con un nivel óptimo y el 11% con un nivel deficiente.

Con todo esto se llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se observa que el 82% tiene un nivel regular, el 11% un nivel óptimo y el 7% con un nivel deficiente.

Palabras clave: Salud Bucal, bacterias, halitosis, nivel de conocimiento, placa bacteriana, prevalencia, prevención.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the level of knowledge about oral health in parents of students of the primary level of educational institution N ° 7067 Toribio Seminary of the district of San Juan de Miraflores Lima 2016.

The research is of quantitative descriptive character of basic level of non-experimental design, the population is conformed of 188 parents in a probabilistic sample of 127 parents of students of the Educational Institution of the Primary Level N ° 7067 Toribio District Seminar of San Juan De Miraflores Lima, 2016, in addition the technique of the survey was used with its instrument the questionnaire which was validated and validated before its application.

The most important results of the present investigation is that based on the data analyzed and processed, the sample studied has to be taken according to the level of knowledge about preventive measures. It was obtained that 86% have a regular level, 6% a The optimal level and 9% with a deficient level, depending on oral diseases 60% have a regular level, 11% have an optimal level and 29% with a poor level and on dental development 74% with a regular level, 15% with an optimal level and 11% with a poor level.

With all this, it was concluded that the level of knowledge on oral health shows that 82% have a regular level, 11% have an optimal level and 7% have a poor level.

Key words: Oral Health, bacteria, halitosis, level of knowledge, plaque, prevalence, prevention.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Abstract	
Índice	
Índice de tablas	
Índice de gráficos	
Introducción	13
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del Problema	15
1.2.1 Problema principal	15
1.2.2 Problema secundarios	16
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo principal	17
1.3.2 Objetivos secundarios	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.4.1 Importancia de la investigación	19
1.4.2 Viabilidad de la investigación	20
1.5 Limitaciones del estudio	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de la investigación	21
2.1.1 Antecedentes internacionales	21
2.1.2 Antecedentes nacionales	23
2.2 Bases teóricas	28
2.2.1 Nivel de conocimiento sobre salud bucal	28
a. El conocimiento	28
b. Definición de salud bucal	29

c. Salud bucal en la familia	30
d. Salud bucal en la escuela	31
2.2.2 Medidas preventivas en salud bucal	34
a. Niveles de prevención en salud bucal	34
b. Técnicas de cepillado	35
c. Hilo dental	36
d. Colutorios	37
e. Clorhexidina	37
2.2.3 Enfermedades bucales	38
a. Caries dental	38
b. Causas de la caries dental	39
c. Signos y síntomas de la caries dental	39
2.2.4 Placa bacteriana	40
a. Clasificación de la placa bacteriana	42
b. Formación de la placa bacteriana	43
c. Control de la placa bacteriana	44
2.2.5 Gingivitis	44
a. Definición	44
b. Tipo de enfermedad gingival	45
c. Características clínicas	46
d. Fases de la gingivitis	47
2.2.6 Desarrollo dental	47
a. Dieta para el infante	48
b. Utilización de fluoruros	49
c. Aplicación de sellantes	53
d. Visita al dentista	53
2.3 Definición de términos básicos	53
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	55
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada	
3.1.1 Hipótesis general	55
3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	55

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	57
4.1 Diseño metodológico	57
4.1.1 Tipo de investigación	57
4.1.2 Nivel de investigación	57
4.1.3 Método de investigación	57
4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia	58
4.2.1 Población y muestra de la investigación	58
a. Población	58
b. Muestra	58
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	60
a. Técnicas	60
b. Instrumento	61
4.4 Técnica de procesamiento de la información	62
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	63
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	64
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas	64
5.2 Análisis inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas de correlación de regresión u otras	71
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	71
5.4 Discusión	72
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	
Anexo N.º 1: Matriz de consistencia	
Anexo N.º 2: Operacionalización de variables	
Anexo N.º 3: Carta de presentación	
Anexo N.º 4: Consentimiento informado	
Anexo N.º 5: Encuesta o entrevista	
Anexo N.º 6: Fotografías	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Tabla N.º 1: Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	64
2. Tabla N.º 2: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	65
3. Tabla N.º 3: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	66
4. Tabla N.º 4: Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	67
5. Tabla N.º 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal según género en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	68
6. Tabla N.º 6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	69

7. Tabla N.º 7: Nivel de conocimiento sobre salud bucal según grado de instrucción en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
1. Gráfico N.º 1: Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	64
2. Gráfico N.º 2: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	65
3. Gráfico N.º 3: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	66
4. Gráfico N.º 4: Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	67
5. Gráfico N.º 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal según género en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	68
6. Gráfico N.º 6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016	69

7. **Gráfico N.º 7:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal según grado de instrucción en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

70

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se dio a conocer algunos aspectos sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal ya que los responsables directos de la higiene bucal de los niños son las personas más cercanas a ellos: padres, familiares y educadores que en muchos casos transmiten sus conocimientos que pueden perjudicarlos, de aquí nace la importancia de establecer el nivel de conocimiento de los padres de los niños sobre salud bucal y conocer con mayor detalle la realidad del nivel actual.

Con los resultados de la presente investigación se actualizaron la base de datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de los padres de niños ya que en el Perú existe escasa información, por lo tanto, el presente trabajo podrá sentar las bases para futuros programas preventivos en salud bucal.

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta el Perú y principalmente la capital, y esto lleva a tener una total falta de interés en el tema, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

La educación para la salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades.

Considerando la participación de los padres de familia que es de vital importancia, ya que desde casa se forman los hábitos de higiene en el cuidado y mantención de una salud bucal adecuada. La experiencia indica que la prevención de la salud bucal debe ser una responsabilidad de todos los actores sociales de la comunidad y no solamente de profesionales de la especialidad.

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad los estados y gobiernos del orbe, están encaminados en aplicar políticas de salud bucal, que implique la disminución de enfermedades buco oral, especialmente en las poblaciones más vulnerables como es en la infancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2002 afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.¹

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente. La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.¹

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.¹

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y el estado peruano tiene como

respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal.¹

De la misma manera, el 2015, el Ministerio de Salud (Minsa), incorporó la actividad preventiva y recuperativa en salud bucal dentro del Plan de Salud Escolar (PSE). Esto significó que cada niño recibiría una evaluación estomatológica, instrucción de higiene oral con entrega de pasta y cepillo y aplicación de flúor barniz para prevenir el desarrollo de caries, así como la atención recuperativa de las caries mediante obturaciones dentales, hecho que solo se llegaría a cumplir con una transferencia del Seguro Integral de Salud (SIS) a las regiones 119 millones 739 mil 024 nuevos soles, de los cuales 44 millones 765 mil 717 nuevos soles se invertirán para actividades preventivas y recuperativas de salud bucal de escolares de inicial y primaria.²

En la Institución Educativa 7067 “Toribio Seminario” de San Juan de Miraflores, también existe un gran problema en la salud bucal de los escolares, evidenciándose desconocimiento de algunos padres de familia sobre las acciones de prevención de enfermedades buco-orales, como la poca o falta total para fomentar un buen desarrollo de los dientes de sus hijos, así mismo se observó que los padres se familia desconocen alguna medidas preventivas en salud bucal, y por referencia de sus hijos, en la mayoría de los hogares, los integrantes de la familia, no realizan una adecuada limpieza e higiene bucal en prevención de enfermedades.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?

1.2.2 Problemas secundarios

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?
- c. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?
- d. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal, según el género, en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?
- e. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal, según la edad, en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?
- f. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal, según el grado de instrucción, en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016

1.3.1 Objetivos específicos

- a. Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016
- b. Identificar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016
- c. Identificar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016
- d. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el género en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016
- e. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016

- f. Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el grado de instrucción en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima 2016

1.4 Justificación e importancia de la investigación

La investigación se justifica porque permitirá determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario, que se fundamenta en los planteamientos teóricos de la Organización Mundial de la Salud y describir cada uno de los componentes de la variable. Asimismo, se justifica porque beneficiará a la población estudiantil de la institución educativa y padres de familia, para realizar un diagnóstico real y buscar alternativas de solución a la problemática institucional, en lo referente a la salud bucal. De la misma manera, se justifica porque cumple con los requisitos teórico-científicos, con una metodología inductiva-deductiva que permitirá poder arribar a las conclusiones.

En cuanto a la metodología la investigación está justificada, dado que cumple con el protocolo de la escuela de Estomatología, que permite buscar la funcionalidad, coherencia y eficacia de la investigación. Mencionando sus resultados que serán aplicables y ayudarán a explicar los resultados obtenidos.

Temáticamente constituye la razón de ser del trabajo de investigación, por cuanto se pretende construir, una base de datos que formará parte de la plataforma sobre la cual se analizará los resultados obtenidos en el trabajo de campo, sin ella no se puede analizar los resultados.

Económicamente es la única forma de desarrollar una investigación, por tanto, tiene un presupuesto inicial y un presupuesto final. Generalmente en esta parte se encuentran dificultades en la banca comercial u otras instituciones financieras y no financieras, por sus altas tasas de interés.

Por tanto, los recursos económicos son necesarios porque se requiere disponer de tecnologías como; software y hardware, la elaboración de los documentos

como; fotocopiado, anillado, empastado y/o otros que serán asumidos por el investigador.

Socialmente, explica el ámbito de la investigación, y aborda temas de salud bucal que favorece a la población en general.

1.4.1 Importancia de la investigación

Su desarrollo significará hacer conciencia en los agentes educativos de la Institución Educativa Toribio Seminario N° 7067 de San Juan de Miraflores, en la necesidad de una buena salud bucal en los niños en etapa escolar, especialmente desde los primeros años, ya que ello significará fortalecer el desarrollo dental, donde los padres juegan un rol protagónico en la salud bucal de sus hijos.

- a. Este estudio académico es importante dado que beneficiara no solo a los involucrados en el área de investigación. Tiene importancia académica por cuanto adquiere un valor teórico práctico.
- b. El trabajo de investigación tiene importancia científica, porque permitirá al investigador reconocer solución a los problemas planteados, asimismo servirá como guía a los docentes y padres de dicha institución educativa, y cuando lo hagan sea tomando como referencia los conceptos abordados en esta investigación.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El estudio fue viable dado que se desarrolló en los tiempos apropiados, se contaba con el permiso, predisposición y apoyo de las autoridades educativas de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, lo cual facilitó el recojo de la información y el trabajo de campo. Además, se contó con los recursos económicos y financieros para el desarrollo de todo el trabajo, lo cual fue autofinanciado.

1.4 Limitaciones del estudio

Como en todo trabajo, en esta investigación existen limitaciones de factor económico, de factor tiempo y factor bibliográfico, sin embargo, no ofrecerá mayores dificultades que impidan su ejecución, por tanto, su elaboración será en tiempo establecido.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Al revisar la literatura se han encontrado los siguientes trabajos de Investigación que se relacionan con el presente trabajo entre ellos tenemos Nacionales e Internacionales.

2.1.1 Antecedentes internacionales

Teixeira, Vázquez, Domínguez, (2010), la salud bucal de un niño, aún antes de que nazca, puede ser determinado por la madre, y los cuidados que le provean en los primeros meses de vida garantizan una vida saludable en la infancia y la adolescencia. Este trabajo de investigación fue describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto a conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. El conocimiento de las madres sobre los cuidados bucodentales de sus niños fue bajo, por lo que se hace necesario impartir educación a cerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de la salud.³

Flores A, (2011), basa su trabajo en un diseño descriptivo, transversal y analítico con una muestra aleatoria simple. Para determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. Se realizaron encuestas a los padres de familia del Jardín de niños Colegio Anglo Español, ubicado en el municipio de Monterrey N.L., de agosto 2010 a junio 2011. El número total de padres fue 232 mencionando que el 37,84% de los padres tiene nivel de conocimiento aceptable, mientras que los que obtuvieron un regular conocimiento fue con un 29,79% y el 32,37% malo. Y por género predominó el 72,5% mujeres con un nivel regular ante el 27,5% hombres con un nivel bueno.⁴

González, Sierra Barrios, Morales, (2011), el objetivo de esta investigación fue Describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba χ^2 para significancia. La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. Los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.⁵

Pineda, Rodríguez, (2014-1015), la presente investigación tuvo como objetivo; “Determinar la relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015”. La población estudiada fue de 113 niños/as con sus respectivas madres de familia; a los niños/as se les ejecutó un examen clínico para determinar la frecuencia de caries dental y a las madres se aplicó una encuesta para establecer el nivel de conocimiento. En nuestro contexto las madres con escaso conocimiento en salud oral, no aplican adecuadas medidas preventivas contra la caries, ni se involucran en la enseñanza de hábitos saludables a sus hijos, por lo tanto, sus niños quedan, susceptibles a presentar una mayor frecuencia de desarrollo de caries dental, ya que en esta edad los niños dependen de las madres. El estudio realizado en la Unidad Educativa Fe y Alegría reveló que existe, relación estadísticamente significativa de $p= 0,000$ entre la frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral.

La frecuencia de caries dental de los niños/as es de 92,9%, así mismo el nivel de frecuencia de caries dental obtenido mediante el índice CPOD es bajo (32,7%), medio (34,5%) y alto (32,7%). El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres encuestadas demostró un nivel alto (32,7%), medio (43,4%), y bajo (23,9%).⁶

2.1.2 Antecedentes nacionales

González A, (2011), realizó un trabajo de investigación de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en padres de familia de nivel inicial Instituciones Privadas de la Urb. San Isidro del Distrito de Trujillo, Provincia de Trujillo, Región La Libertad. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 92,0% mostró un nivel regular y el 8,0% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 40,0% tuvo un nivel bueno y el 38,0 % un nivel regular y el 22% tuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 90,0% tuvo nivel malo, el 10,0% tuvo un nivel regular. Con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 88,0% mostró un nivel malo, el 10,0% tuvo un nivel regular y el 2% tuvo un nivel bueno.⁷

Benavente, et al., (2012) en Lima se presentó un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por 143 madres con sus hijos menores de cinco años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: caries dental (ceo-d), placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77,6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo

que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple con la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su crecimiento y desarrollo biopsicosocial, logrando así estilos de vida adecuada.⁸

Cupé, García, (2012). Validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbanas marginales de la provincia de Lima en el año 2012. El estudio es observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. La obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cron Bach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. El instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.⁹

López, (2013), este estudio fue clasificar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la salud bucal. Para eso se realizó un estudio descriptivo transversal a 80 padres de familia, durante el periodo de noviembre a diciembre de 2013. La recolección de datos se hizo mediante un cuestionario, para evaluar el nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucal. Se comprobaron los datos mediante análisis estadístico descriptivo (tablas de frecuencias y porcentajes) y se midió su relación mediante el test Chi Cuadrado de Pearson (nivel de significancia = 0,05). Se dividieron los resultados del nivel de conocimiento en tres categorías; Alto, Regular y Bajo. Y las prácticas en salud bucal en adecuadas e inadecuadas. En

general sobre conocimiento en salud bucal el 35,0% mostró un nivel alto, el 62,5% un nivel regular. En cuanto conocimiento sobre dentición el 33,8% un nivel alto, el 48,8% regular y 17,5% un nivel bajo; y sobre enfermedades bucales predominó el 52,5% con nivel alto, el 45% con un nivel regular; sobre prevención el 32,5% mostró un nivel alto, el 57,5% regular; y en cuanto a las prácticas, para el 27,5% son adecuadas y para el 72,5% inadecuadas. Con ello, en el conocimiento sobre salud bucal predominó la categoría regular con un 62,5% y las prácticas inadecuadas alcanzó el 72,5%, por lo que se encuentran diferencias estadísticamente significativas donde se afirma que el nivel de conocimiento si influye en las prácticas, aunque su nivel de significancia es bien bajo $P=0$. Lo que podría indicar que tener un conocimiento alto ayudaría a tener unas prácticas adecuadas. ¹⁰

Tobler, Casique, (2014), el presente estudio es de tipo correlacional y de corte transversal, y tuvo como propósito determinar si existe relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. La muestra estuvo conformada por un total de 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se construyó un instrumento de nivel de conocimiento sobre salud oral, fue validada por la técnica de juicio de expertos y una prueba piloto. La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20) de la cual obtuvimos una fiabilidad de 0,75%. Los resultados obtenidos fueron: El 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Los honguitos. Distrito Iquitos Maynas 2014, fue de 95,9%. Encontrándose un I-ceo promedio de 5,03 (alto). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11,21. Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres ($p = 0.01$). ¹¹

Paz Mamani, (2014), el objetivo de este estudio es determinar nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses que asistieron a los servicios de odontoestomatología de la mujer y odontopediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014, siendo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra consta de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como crecimiento y desarrollo, lactancia materna y hábitos alimenticios, higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal, mal oclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos. Los resultados obtenidos, según respuestas correctas, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el 56,9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 31,7% y del nivel bueno con el 11,4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos.¹²

Panduro Del Castillo, (2014), la presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán distrito Belén, Iquitos 2014. La investigación estuvo enmarcada dentro del método no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Green y Vermillion, y de CEO-D de Gruebbel para determinar el estado de salud de los niños, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, para la validación del instrumento se utilizó el coeficiente del Alfa de Cron Bach dando un resultado de 0.741. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3% (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16,7% (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23,3%

(14) bueno. Con respecto a la prevalencia de caries dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 para IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji – Cuadrado con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 6 años del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén, Iquitos 2014. ¹³

Cevallos, Pineda, (2016), la caries es una alteración común en la cavidad oral, y puede producirse por varios factores, entre ellos el nivel de conocimiento sobre higiene bucal, elemento que la literatura no la ha estudiado a fondo, por tal razón, el propósito del presente trabajo de investigación, fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en madres y padres de familia de una Unidad Educativa en un grupo etario determinado, y asociarlo con el nivel de caries de sus representados, para lo cual se utilizó el sistema ICDAS. Los resultados demostraron que no existió relación entre las variables estudiadas y que la mayoría de los colaboradores tenían un nivel de conocimiento regular. Además, gran porcentaje de los individuos examinados, tuvieron entre 11 y 15 piezas dentales afectadas por caries, siendo las más comunes las de código 1 (primer cambio en el esmalte seco) y código 2 (cambio en esmalte húmedo).¹⁴

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Nivel de conocimiento sobre salud bucal

a. Nivel de conocimiento

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.¹⁵

Fases entre el conocimiento y la conducta: De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.¹⁵

Actitudes, valores, creencias y conductas: Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

- Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.
- Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.
- Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.¹⁵

b. Definición de salud bucal

Existen varias definiciones:

La salud bucal es el resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión.¹⁶

Según la Organización Mundial de la Salud, es la “ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.¹⁷

Para Friedenthal, es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.¹⁸

Chong, *M. et al.*, describen que es el buen estado e higiene de la boca que requiere un cuidado diario ya que en la cavidad bucal se instalan enfermedades que conviven con la persona y no causan dolor. La única posibilidad de mantener la salud oral es prevenir la enfermedad en forma precoz, antes que esta se instale.¹⁹

El concepto de salud bucal, ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir.²⁰

c. Salud bucal en la familia

El conocimiento de los padres, la educación, los bajos ingresos familiares, la escuela, las actitudes y las prácticas de salud son variables que intervienen en el estado de salud bucal de los niños. Dependiendo de cada una de estas variables, el estado de salud del escolar podrá progresar de manera satisfactoria o de una forma incorrecta. Por esta razón, el maestro debe tener conocimiento de todo ello para saber hasta qué punto su ayuda puede ser factible o no.²¹

La familia ejercerá un control y refuerzo sobre las medidas higiénicas en el hogar y sus hábitos nutricionales con una dieta anticariogénica, debido a que ahí el maestro no tiene acceso a los hábitos del alumno. Los familiares conocerán las

principales enfermedades bucodentales, así como las medidas específicas para prevenirlas: las caries dentales, afecciones gingivales, traumatismos oro facial y maloclusiones, siendo los odontólogos los únicos capaces de realizar los tratamientos convenientes ante la aparición de estas enfermedades.²²

En el entorno familiar, el escolar puede estar influenciado por diversos factores que se deben identificar, tales como: estado civil de sus padres (divorciados, viudo/a, casados), si sus padres son los que normalmente les cuidan o si son otros familiares o tutores, si fomentan o se preocupan por su salud (tanto oral como general), la situación económica (si se pueden permitir las intervenciones odontológicas) los niños pertenecientes a familias con escasos ingresos presentan mayores niveles de enfermedad bucal, situación laboral (si los padres trabajan o están en paro) - nivel cultural y educación familiar (prácticas y actitudes saludables coincidentes con un menor, nivel de escolaridad), estado nutricional familiar (si abusan de comidas azucaradas o dulces, consumo de frutas, cereales y legumbres, tipo de dieta), hábitos familiares (preocupación por la salud, número de veces que se cepillan al día, si se cepillan correctamente, uso de seda dental y colutorios, malos hábitos, familia donde se fuma y/o beben alcohol), frecuencia con la que acuden a los centros médicos y/o dentales, zona en la que residen (accesibilidad a centros médicos y dentales, zona con soporte social, condiciones medioambientales, sistema de educación, zona con agua fluorizada, accesibilidad a comercios con comida fresca y sana, nivel sociocultural), conocimientos de las enfermedades bucodentales y comportamiento ante traumatismos bucodentales, actitudes y aptitudes sobre la promoción de la salud, accesibilidad a programas de salud bucodental, conocimientos y hábitos bucodentales.²²

d. Salud bucal en la escuela

En las instituciones educativas, el maestro tiene un papel principal debido a que los escolares pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela. Él, puede comparar el aspecto y las acciones del niño en los distintos días o con otros niños de la clase. Esto proporciona al maestro un protagonismo que ni los padres pueden tener. El maestro debe promocionar la salud en los escolares, para ello, son

instruidos por un sanitario para capacitarles para la adquisición de hábitos saludables.²³

El escolar pasa más horas en el colegio que en la casa, cinco de los siete días de la semana y aproximadamente unas ocho horas diarias es lo que cada alumno invierte en la escuela. Por ello, el maestro debe ser uno de los máximos responsables a la hora de fomentar la salud debido a que es la persona que más tiempo pasa con el alumno/a, siendo él el responsable de comunicarle a la familia la adquisición o no de estos hábitos saludables.²³

Teixeira de Abreu, en su investigación sobre la educación en adolescentes plantea que la creación de buenos hábitos en higiene bucal debe ser de forma “continuada” en los colegios para que sea efectiva, siendo necesario la elaboración de nuevas propuestas de trabajo. La odontología para niños se basa generalmente en la prevención, de este modo cuanto más efectiva sea la prevención menor posibilidad de padecimiento de enfermedades bucales. La prevención es siempre el objetivo primordial. Por ello, los maestros deben estar motivados y capacitados para la promoción de salud.²⁴

Según el comité mixto de la organización mundial de la salud y la organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura OMS/UNESCO, sugiere que los objetivos principales de la preparación del maestro para la educación sanitaria deben de ser lo siguiente:

1. Hacerle apreciar el valor, importancia y lugar de la educación sanitaria en el programa general de estudios.²⁵
2. Proporcionarle los conocimientos necesarios sobre el crecimiento y desarrollo del niño, la salud personal y colectiva, programa y métodos de educación sanitaria.²⁵
3. Inculcarle normas de higiene personal que le ayuden a conservar su propia salud le permitan servir de ejemplo a sus alumnos.²⁵

4. Hacer que comprenda y aprecie la importancia de un medio ambiente sano y lo que es preciso hacer para mantenerlo.²⁵

El maestro puede participar en estos programas de varias formas:

1. Cooperando con el servicio médico escolar: el maestro explicará a los escolares que el médico, enfermera(o) y el dentista son amigos suyos y que vienen a ayudarles a estar sanos, no a hacerles daño.²⁶

2. Descubriendo problemas de salud del niño: el maestro es el que mejor puede darse cuenta de determinados problemas, por ejemplo: vista, oído, aparato locomotor o mentales. Y al detectarlos deberá notificarlo a las personas responsables del niño para corregirlo precozmente o evitar que avancen.²⁷

3. Procurando que el ambiente escolar sea agradable para el niño: debe vigilar las condiciones de higiene, los factores de carácter físico tales como la luz, la temperatura, la ventilación; pues es muy importante que el niño se sienta de manera grata.²⁸

4. Promocionando la educación positiva o el refuerzo positivo en la escuela: el maestro inculcará a los alumnos en lo que se debe hacer, no en lo que se debe evitar. Espoleando a los niños para adoptar hábitos positivos en vez de recriminar a los que no los adoptan.²⁹

También es muy importante la actitud personal de cada maestro: el niño es un imitador por naturaleza y observa constantemente a su maestro. El escolar observa, imita, aprende y ejecuta lo que ve. Por ello, es importante que los maestros extremen su limpieza e higiene corporal, que vayan correctamente vestidos y que no muestren ningún hábito insano en la escuela (alcohol, tabaco, etc.) y que fomenten hábitos saludables.³⁰

El servicio médico-sanitario del colegio es también una fuente de experiencias educativas para el escolar como método de prevención de enfermedades y sobre la clase de asistencia básica que pueden darles los médicos y las enfermeras, los dentistas y otros profesionales sanitarios.³¹

2.2.2 Medidas preventivas en salud bucal

a. Niveles de prevención en salud bucal

Los niveles de prevención son:

Prevención primaria: Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Actúan en el periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad; es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.³²

Prevención secundaria: Actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.³²

Prevención terciaria: Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores o 26 estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio.³²

b. Técnicas de cepillado

Son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.³³

Técnica de Shaters: Esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. Se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Shaters se utiliza también alrededor de aparatos ortodonticos y cuando está desapareciendo el tejido Interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.³³

Técnica de Stillman: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.³³

Técnica de Bass: Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. Se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar durante 10 a 15 segundos por el área. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.³³

Técnica de Bass modificado: Considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Realice suavemente la superficie dental externa de dos a tres dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás, mueva al próximo grupo de dos o tres dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. La lengua de igual manera de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.³³

Cepillado de la lengua: El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana, el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área.³³

c. Hilo dental

Es de uso especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.³⁴

- **Método de limpieza con el hilo dental:**

Método del lazo también conocido como método circular: Corte un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo forme un círculo y átelo finalmente coloque todos los dedos, excepto el pulgar, dentro del lazo después use los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y use los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una c al costado de cada diente.³⁴

- **Importancia**

El uso del hilo dental es importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de dentritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillo y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.³⁴

d. Colutorios

Son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.³⁵

El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios.³⁵

e. Clorhexidina

Esta es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas.³⁵

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0,12% se utiliza cada 12 horas en colutorio o enjuagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal. El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos y alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia.³⁵

Los colutorios también se han utilizado como tratamiento sintomático de las úlceras aftosas, con resultados equívocos o con varias interpretaciones, como tratamiento de las infecciones por Cándida y como alivio del dolor y malestar causado por inflamación a nivel bucal.³⁵

Los colutorios de fluoruro sódico son recomendables en niños, cuyo esmalte es más poroso, y en adultos de alto riesgo de caries. Los más utilizados para el tratamiento de la hipersensibilidad destinaria son el nitrato potásico y el fluoruro sódico a diferentes concentraciones. Los agentes anticálculo que se emplean con más frecuencia son los pirofosfatos.³⁵

2.2.3 Enfermedades bucales

a. Caries dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.³⁶

La incidencia de la caries dental en población de bajos recursos económicos también está en aumento, ya que tienen mayores complicaciones para tener buena higiene oral y una adecuada alimentación. La mal nutrición, aparte de afectar la salud oral, afecta muchas áreas de la vida diaria y desencadena complicaciones como el crecimiento en niños, falta de autoestima, problemas de conducta, problemas de aprendizaje y en algunas ocasiones dolor.

Los niños que padecen de esto sufren de manera desproporcionada las consecuencias de los problemas de salud y tienen discrepancias en muchas áreas de su vida cotidiana.³⁶

b. Causas de la caries dental

Actualmente, se aceptan como esenciales, para la ocurrencia de la caries dental, la actuación conjunta a través del tiempo, de tres factores:

1. Flora bacteriana
2. Huésped (diente susceptible)
3. Adecuado sustrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo

Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar acelerando o frecuentando el ataque cariogénico:

1. Composición de la saliva.
2. Flujo salival.
3. Higiene buco – dentaria.
4. Dieta ³⁷

c. Signos y síntomas de la caries dental

Dolor en los dientes, sobre todo después de comer dulces y de tomar bebidas o alimentos fríos o calientes.³⁷

Orificios o cavidades visibles en los dientes. No todos los dolores dentales se deben a la caries. El dolor puede ser consecuencia de una raíz demasiado expuesta, pero sin caries, de una masticación excesivamente enérgica o debido a un diente fracturado. La congestión de los senos frontales puede producir dolor en los dientes superiores. Una caries en el esmalte por lo general no causa dolor; este comienza cuando la caries alcanza la dentina.³⁷

Una persona puede sentir dolor sólo cuando bebe algo frío o come algo dulce, lo cual indica que la pulpa está todavía vital. Si la caries se trata en esta etapa, el odontólogo puede habitualmente salvar el diente y es probable que no se produzcan otros dolores ni dificultades en la masticación. Son irreversibles los daños que causa una caries que llega muy cerca de la pulpa o incluso que la alcanza.³⁷

El dolor persiste, aun después del estímulo (por ejemplo, agua fría). Cuando las bacterias alcanzan la pulpa dentaria y ésta se necrosa, el dolor puede cesar temporalmente. Pero en breve (de horas a días), el diente duele, tanto al morder como al presionarlo con la lengua o con un dedo, porque la inflamación y la infección se han propagado más allá del extremo de la raíz, causando un absceso (una acumulación de pus). El pus acumulado alrededor del diente tiende a sacarlo de su alvéolo y la masticación vuelve a colocarlo en su sitio, lo cual causa un dolor intenso. Puede acumularse originando inflamación de la encía adyacente o propagarse extensamente a través de la mandíbula (celulitis) y drenar en la boca, o incluso a través de la piel junto a la mandíbula.³⁷

2.2.4 Placa bacteriana

La placa bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, dentro de un matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos, formada por una serie de microorganismos aglutinados por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente.³⁸

La placa madura está compuesta por; bacterias cario génicas: Estreptococos mutans, que es el agente causal de caries superficial lisa; lactobacilo acidófila, de caries de punto y fisura. Composición de la placa 70-80% bacterias contenido orgánico: glicoproteínas, azúcares, proteínas lípidos. Contenido inorgánico: 0% agua, Ca y P, Mg-K-Na. Estructura de una placa, interface placa superficial dentaria capa microbiana o celular MAC: almacén de glucanos y levanos. Sirve como almacenaje de carbohidratos. También tenemos enzimas

proteolíticas, endotoxinas o mucopeptidos y sustancias tóxicas del metabolismo bacteriano. La placa tiene una variedad de acciones que están determinadas por sus componentes: enzimas de variado tipo, agentes citotóxicos, endo y exotoxinas bacterianas, mucopeptidos, polímeros extracelulares. Cata bolitos tóxicos: amonio, SH, aminas fétidas, indol, catol.³⁸

Una persona con malas condiciones en su boca está produciendo grandes cantidades de estos elementos, de ahí su mal aliento, pero debe ser en muy malas condiciones. Las bacterias pueden adherirse directamente al esmalte, sin embargo por lo general están separadas de la superficie por la glicoproteínas de la película o por la cutícula formada antes de la erupción de los dientes; los agregados bacterianos cubiertos por glicoproteína salival, pueden depositarse sobre la película adquirida o sobre células epiteliales orales, el significado de los mecanismos de adhesión específica de las bacterias entre sí y con el diente solo pueden entenderse, la adhesión selectiva es de importancia solo sobre superficies limpiables y en partes de acceso a los sitios de estancamiento, en los espacios subgingivales, el cual pueden albergar de forma migratoria.³⁸

En la formación de placa influye el contenido y la textura de la dieta, aunque también se forma en pacientes alimentados por sondas gástricas, la sacarosa favorece la acumulación debido principalmente a la producción de polisacáridos. La placa a diferencia de la materia alba tiene una estructura microscópica definida, la estructura de la placa depende de su espesor el cual varía sobre la superficie del diente, la placa gradualmente aumenta su espesor conforme se aproxima el área de contacto y al borde subgingival por lo tanto es más delgada en su extremo bucal, lingual y oclusal.³⁸

Cuando se habla de prevención de las enfermedades, lo primero que hay que hacer es identificar una de las causas principales de destrucción dental y enfermedad periodontal. Esta causa es la placa, una acumulación blanda y adherente de productos salivales y colonias bacterianas en piezas dentarias. Se acumulan en la superficie de las piezas dentarias de manera continua durante toda la vida de la mayoría de las personas en grados variables.

La única esperanza que tiene el individuo para eliminar este material productor de enfermedades es quitarlo de manera continua mediante el cepillado de los dientes y el huso de hilo dental.³⁸

El crecimiento de la placa se inicia aproximadamente seis horas después de la limpieza a fondo. La primera fase del desarrollo de la placa es el depósito de productos adherentes de la saliva. Estos productos están compuestos principalmente por mucina, que forma una capa delgada y adherente en los dientes denominada película.³⁸

Una vez depositada la película en la superficie dental limpia, las bacterias que habitan en la cavidad bucal se adhieren a la película. Después de esta adherencia, las bacterias se multiplican para formar grandes masas de colonias bacterianas. Esto ocurre aproximadamente 18 horas después de la limpieza dental, y continúa hasta que la placa ha madurado por completo unas tres semanas después. Consiste principalmente en bacterias de diversos tipos. Cada tipo de microorganismos funciona de manera diferente. Algunas bacterias producen sustancias químicas dañinas y otras producen sustancias adherentes que se entremezclan con las bacterias y conservan intacta la placa de la superficie dental.³⁸

Componentes adicionales menores son la mucina salival, las células epiteliales muertas y los desechos alimentarios. La placa madura es en realidad una comunidad microscópica de diferentes bacterias y otras sustancias, que funcionan para producir enfermedad dental.³⁸

a. Clasificación de la placa bacteriana

Según la relación que tiene la placa bacteriana con el margen gingival se clasifica en:

Placa supragingival. Es la que se encuentra coronal al margen gingival. Se divide en dos categorías: la coronal que está en contacto solo con la superficie dentaria y la placa marginal, que se relaciona con la superficie dentaria y el margen gingival.³⁸

Contiene microorganismos proliferantes en un 70 a 80%, células epiteliales, leucocitos, macrófagos y una matriz intercelular adherente. La porción no bacteriana está compuesta de 30% de polisacárido, 30% de proteína, 15% de lípido. Estos componentes representan productos extracelulares de bacterias, su citoplasma y membranas celulares remanentes, restos alimenticios y derivados de glucoproteínas salivales. Los componentes inorgánicos son el Calcio, Fósforo, pequeñas cantidades de Magnesio, Potasio, Sodio.³⁸

Placa subgingival. Es la placa que se organiza ocupando la luz del surco gingival o del saco periodontal. Según la maduración y acumulación de la placa ocurren cambios inflamatorios que modifican las relaciones anatómicas del margen gingival y del diente dando un ambiente protegido por el medio supragingival y bañado con el líquido del surco gingival.³⁸

b. Formación de la placa bacteriana

A las pocas horas de realizado el pulido de las superficies dentarias se adhiere la película adquirida conformada por aminoácidos de las glucoproteínas salivales. Una hora después se aprecian cantidades importantes de microorganismos en el margen gingival de la superficie que había sido limpiada y se obtiene un máximo de acumulación a los 30 días, suspendiendo la higiene oral.³⁸

A la película adquirida se adhieren colonias bacterianas de la siguiente forma:

- En los dos primeros días proliferan los microorganismos aerobios Gram positivos de la flora normal, tales como el *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis*.
- Luego comienza una transición hacia especies facultativas Gram positivas.
- Finalmente, al crecer en un medio privado de oxígeno aparecen microorganismos anaerobios gramnegativos.
- Aparecen colonizadores secundarios que no pueden adherirse a la superficie dentaria o a la película, pero sí a otras especies bacterianas que forman las primeras capas.³⁸

c. Control de la placa bacteriana

“Es la remoción diaria de la Placa Bacteriana lo que impide su acumulación sobre las superficies dentarias o zonas gingivales adyacentes. Eficazmente realizado previene la aparición de gingivitis, resuelve sus estadios incipientes y retarda la formación de cálculos”.³⁸

La terapia periodontal se orienta hacia cinco áreas que incluyen las siguientes áreas:

1. Fase básica higiénica o de terapia inicial
2. Fase quirúrgica
3. Fase oclusal
4. Fase complementaria
5. Fase de mantenimiento

2.2.5 Gingivitis

a. Definición

La Academia Americana de Periodoncia la define como Inflamación de la encía. Se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes llamándose gingivitis subclínica. Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de la seda dental o una presión suave del cepillo dental sin cambios de color o de forma. No existe una clasificación de las lesiones gingivales reconocidas universalmente. Podrían clasificarse en diferentes grupos; por ejemplo, la hiperplasia gingival localizada concomitante al embarazo, puede estar dentro del grupo de lesiones relacionadas en condiciones sistémicas de tipo hormonal o dentro del grupo de lesiones pseudotumorales.³⁹

b. Tipo de enfermedad gingival

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa bacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis, denominada gingivitis marginal crónica o gingivitis

simple, permanece estacionaria por períodos indefinidos o avanza hacia la destrucción de las estructuras de soporte (Periodontitis).⁴⁰

- **Curso, duración y distribución de la gingivitis**

Curso y duración:

La gingivitis aguda es una lesión dolorosa que se presenta de improviso y es de corta duración.

La gingivitis subaguda es una fase menos grave que la lesión aguda.

La gingivitis recurrente se presenta después de que se eliminó por medio de un tratamiento o desaparece de manera espontáneo y vuelve a presentarse.

La gingivitis crónica aparece con lentitud, es de larga duración y es indolora a menos que se complique con exacerbación aguda o subagudas. Es el tipo más frecuente, rara vez los pacientes recuerdan haber tenido algún síntoma agudo. Es una enfermedad fluctuante en la cual la inflamación persiste o se resuelve y las áreas normales se inflaman.⁴⁰

Distribución:

a. La gingivitis localizada, está limitada a la encía en relación a un diente único o a grupos dentales.

b. La gingivitis generalizada afecta a toda la boca.

c. La gingivitis marginal afecta el margen gingival, pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua.

d. La gingivitis papilar afecta la papila interdental y con frecuencia se extiende hacia la porción adyacente al margen gingival. Las papilas se afectan con más frecuencia que el margen gingival y los primeros signos de la gingivitis ocurren por lo general en la papila.⁴⁰

La distribución de la enfermedad gingival se describe en casos particulares combinando los términos anteriores como sigue:

- a. La gingivitis marginal localizada se limita a una o a más áreas de la encía marginal.
- b. La gingivitis difusa localizada se extiende desde el margen hacia el pliegue mucobucal, pero su área es limitada.
- c. La gingivitis papilar localizada, se concentra a uno o más espacio interdental en un área limitada.
- d. La gingivitis marginal generalizada afecta los márgenes gingivales en relación con todos los dientes. Las papilas interdentes también suelen estar afectadas.
- e. La gingivitis difusa generalizada compromete a toda la encía, la mucosa alveolar también suele estar afectada, por lo que la demarcación entre esta y la encía insertada se desvanece. En la etiología de gingivitis difusa generalizada se incluyen las condiciones sistémicas, excepto en los casos causados por infección aguda o irritación química generalizada.⁴¹

c. Características clínicas de la gingivitis

- Sangrado en el surco gingival con el sondaje suave, o con el uso de seda o cepillo dental.
- Cambio de coloración de rosado a rojo.
- Pérdida del punteado de la superficie.
- Alteración del contorno normal con enrollamiento o expansión del margen gingival libre.
- Pérdida mínima de tono gingival papilar.
- La consistencia normal de la gingiva se altera en los procesos agudos o crónicos.

- La encía se hace blanda y con pequeñas deformidades a la presión con instrumento romo.⁴²

d. Fases de la gingivitis

Gingivitis de la Fase I: Lesión Inicial: Las primeras manifestaciones de la inflamación gingival son cambios vasculares que consisten en la dilatación de capilares y aumento de la circulación sanguínea, esta reacción de la encía a la placa bacteriana (gingivitis subclínica) no es perceptible desde el punto de vista clínica.

Gingivitis de la Fase II: Lesión Temprana: Aparecen signos clínicos de eritema en especial proliferación de capilares; también se observa hemorragia al sondeo.

Gingivitis de la Fase III: Lesión Establecida (gingivitis crónica) los vasos sanguíneos se dilatan y congestionan, el retorno venoso se altera y la circulación sanguínea se estanca.

Gingivitis de la Fase IV: Lesión avanzada: es la extensión de la lesión hacia el hueso alveolar.⁴³

2.2.6 Desarrollo dental

La edad a la que los padres prestan atención a la higiene oral de los niños varía ampliamente. Los padres que llevan a cabo las prácticas alimentarias inadecuadas, por lo regular, no les cepillan los dientes a los niños, no le prestan atención a los dientes de éstos o les permiten que se los limpien por su cuenta. Ésta última práctica es inefectiva, pues la calidad de la limpieza dental es más importante que la frecuencia y siendo el más principal antes de acortarse. (Bellini, Arneberg y von der Ferh, 1981). Mientras más efectiva sea la limpieza habrá menos placa y menos caries, aunque todos los demás factores se comporten igualmente.⁴⁴

Aproximadamente a los seis meses le comienzan a salir los primeros dientes se debe usar un cepillo para limpiar las superficies. Pocos niños tienen la capacidad de limpiarse con efectividad. Los padres deben limpiarles los dientes al menos una vez al día. Lo importante es que ambos padres trabajen con la limpieza de los dientes desde que el niño es bebé, especialmente al principio que es cuando el niño protesta.⁴⁴

Otro de los problemas en la salud dental son los trastornos de desarrollo dental, sin duda alguna un porcentaje considerable de padres de familia desconoce sobre la dentición decidua o temporal y la importancia de estas piezas dentarias en sus niños, por lo que descuidan su protección y cuidado. Dentro de las causas de estos trastornos tenemos los malos hábitos que presentan nuestros niños y que no son corregidos a tiempo como continuar utilizando el biberón, comerse las uñas, chuparse el dedo, interponer la lengua entre los dientes, respirar por la boca, etc.⁴⁵

El desarrollo dental se inicia desde que el niño nace, por ello requiere de cuidados durante el proceso del desarrollo:

a. Dieta para el infante

Según la Asociación Peruana de Odontología para Bebes (ASPOB), en el I Congreso Institucional y III Encuentro Peruano de Odontología para Bebes realizado en Lima en el 2007, se llegó a los siguientes acuerdos en lo referente a la evaluación y Propuesta de protocolos para la Salud Bucal del Infante en América Latina y el Caribe. Los rubros que se revisaron fueron:⁴⁶

1. Promover una alimentación saludable en el infante.
2. Tener en cuenta la edad del niño para considerar el tipo de cuidados en su alimentación: Después de la salida del primer diente (luego de 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial. Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento

hasta llegar al año donde deberá recibir la alimentación familiar. No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida. Después del primer año de vida deberá ser evitada la alimentación para dormir y durante el sueño.

3. Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de la leche.

4. De usar biberón, se recomienda utilizar la tetina odontológica u ortodóntica.

5. Debe quitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:

- No probar el alimento con la misma cuchara que alimenta al niño.
- No soplar los alimentos para enfriarlos.

6. Capacitar a los profesionales de la Salud y profesionales vinculados con la niñez para el reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.⁴⁶

b. Utilización de fluoruros

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro. El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.⁴⁶

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Dental Internacional (FDI) y la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR) convocaron a 80 expertos de 30 países a una Consulta Global sobre la Salud Bucodental mediante el Fluoruro. Las conclusiones del encuentro pusieron de relieve su preocupación por la creciente disparidad registrada en la salud

dental y por el escaso progreso para enfrentar el problema de la caries dental, particularmente en las poblaciones desfavorecidas. Con el fin de superar estos problemas, los expertos convocados exhortaron a los gobiernos y a otros organismos influyentes para que: Introduzcan legislación efectiva y programas necesarios para asegurar el acceso al fluoruro para la salud dental en todos los países; incluyan el fluoruro en las comunicaciones sobre salud, estrategias y programas de promoción de la salud; promuevan la salud dental mediante una dieta sana que incluya fluoruros; alienten a los gobiernos a reducir o eliminar los impuestos y aranceles en los productos que contienen fluoruro; alienten a los proveedores a optimizar la disponibilidad de pastas dentífricas fluoruradas para las poblaciones carenciadas.⁴⁶

- **Mecanismos de acción:**

Acción sistémica: durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.⁴⁷

Acción tópica: el efecto anti caries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización.⁴⁷

- **Vehículos de administración de flúor**

Fluoración de aguas: La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte, el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a

su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.⁴⁷

Otros aportes de flúor sistémico: En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral.⁴⁷

Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico.⁴⁷

Administración de flúor postnatal La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. En comunidades con deficiencias de flúor estos suplementos adquieren una gran importancia.⁴⁷

Flúor tópico: El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.⁴⁷

Flúor tópico de aplicación profesional: Se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser

administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues.⁴⁷

Dentífricos fluorados: El nivel máximo de flúor en la pasta dentífrica recomendado en Europa es de 1500 ppm por lo que la concentración más utilizada es al 0,1% (100mg de F en 100 g de pasta = 1000 ppm). Algunas utilizan su fórmula de Monofluorofosfato (MFP) o fluoruro de sodio (FNa). Su aplicación no debe ser mayor al tamaño de una arveja para niños pequeños, ya que puede ser vehículo por el cual se puede producir fluorosis dental o intoxicación por ingesta excesiva. Las ventajas son su efectividad (entre 20-30 % de reducción de caries) y el hecho de conseguir con una actividad, tres objetivos: eliminación de la placa bacteriana, administración de flúor y crear hábito de higiene bucodental.⁴⁷

Colutorios: son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% o 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.⁴⁷

c. Aplicación de sellantes

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna

caries, (principalmente los primeros molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.⁴⁸

d. Visita al dentista

La salud bucal depende básicamente del cuidado, pero visitar periódicamente al dentista es también importante para el mantenimiento de la salud bucal ya que como en la mayoría de las enfermedades el diagnóstico precoz puede determinar qué tipo de tratamiento se requiere, por ello es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de seis meses de acuerdo a las necesidades específica de cada uno.⁴⁸

2.3 Definición de términos básicos

Bacterias: Las bacterias son microorganismos unicelulares, no poseen un núcleo bien definido tampoco presentan organelos membranosos internos. Generalmente están provistos de una pared celular compuesta por peptidoglicanos, en ocasiones se encuentran dotados de flagelos u otros sistemas de desplazamiento ya que son móviles. Una de sus características más importantes es que poseen los mecanismos necesarios para producir el material genético y la energía requerida para lograr su desarrollo y evolución, además de ser responsables de diversas patologías que el ser humano padece.⁴⁹

Halitosis: Halitosis es el término empleado para describir el aliento desagradable producto de factores fisiológicos o patológicos, de origen bucal o sistémico. Se ha clasificado en tres categorías: halitosis verdadera, pseudohalitosis y halito fobia. La halitosis verdadera se sub clasifica en halitosis fisiológica y halitosis patológica, esta última, a su vez, se clasifica, según su origen, en bucal y extra bucal. Los factores etiológicos se describen a través de la relación entre el patógeno, el huésped y el sustrato. La causa principal de esta condición es la putrefacción de sustratos proteicos, principalmente, por parte de los microorganismos gramnegativos. Esto genera compuestos sulfúricos volátiles, que constituyen los componentes más fétidos del mal aliento.⁵⁰

Placa bacteriana: Se llama placa dental (biofilm dental) a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal (enfermedades de las encías).⁵¹

Prevalencia: Es la frecuencia (absoluta o relativa) con la que se presenta un determinado fenómeno en una población (entendido este término en su sentido estadístico). Es decir, la prevalencia se define como los casos presentes de una enfermedad (nuevos y antiguos) en un momento determinado.⁵²

Prevención: La prevención es la disposición que permite reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Son acciones orientadas a la erradicación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad. Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia.⁵³

**CAPÍTULO III:
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis general

El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores es regular.

3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	indicadores	Escala de medición	valores
				Preguntas 1-5
	Medidas Preventivas en salud bucal	Malo (0-5 puntos)	Ordinal	Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)
Conocimiento Sobre salud bucal	Enfermedades bucales	Regular (6-10 puntos)	Ordinal	Preguntas 6-10 Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)
	Desarrollo dental	Bueno (11-15 puntos)	Ordinal	Preguntas 11-15 Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)

Covariables (características demográficas)

Covarible	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Género	Condición orgánica Masculina o femenina de los animales Y las platas.	Género	- Masculino - Femenino	Nominal
Edad	Espacio de años Que han ocurrido de un tiempo a otro	Edad	- 25-33 años -34-42 años -43-51 años -52-60 años -61-68 años	Intervalo
Grado de Instrucción	Grado de estudios alcanzado	Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de investigación

Según Hernández, el nivel es básica, mide como su nombre lo indica describir las situaciones, los fenómenos o los eventos que nos interesan, midiéndolos, y evidenciando sus características.⁵⁴

4.1.2 Nivel de investigación

El estudio es descriptivo, de enfoque cuantitativo, porque se recolectarán datos sobre diferentes conocimientos de la salud bucal y se realizará una medición y análisis estadístico, porque según Hernández, la investigación descriptiva buscar especificar propiedades características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.⁵⁵

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo es indicar cómo se relacionan las variables medidas.

4.1.3 Método de investigación

En el presente estudio se utilizó el método deductivo, y según Oseda (2011) “Consiste en la totalidad de reglas y procesos, con cuya ayuda es posible deducir conclusiones finales a partir de unos enunciados supuestos llamados premisas si de una hipótesis se sigue una consecuencia y esa hipótesis se da, entonces, necesariamente, se da la consecuencia”.⁵⁶

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia

4.2.1 Población y muestra de la investigación

a. Población

La población está conformada por 188 padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores-Lima, 2016.

Distribución de la población.

N°	Grado	Sección	M	F	Total
1	Primero	A	15	12	27
2	Segundo	A	14	14	28
3	Tercero	A	12	12	24
4	Cuarto	A	12	8	20
5	Cuarto	B	10	7	17
6	Quinto	A	18	12	30
7	Sexto	A	10	10	20
8	Sexto	B	8	14	22
Total			99	89	188

Fuente Nominas de matrícula de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario Estadística de matrícula 2016 – 10/03/16. NIVEL PRIMARIA C.M. N° 0323311

b. Muestra

La muestra, se considera como “una porción o parte que representa una población y se determina mediante un procedimiento denominado muestreo”.⁵⁷

Criterios de inclusión de la muestra

Se ha incluido como muestra a todos los padres de familia de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores, que asistieron a la asamblea, que se llevó a cabo el día 3 de noviembre del 2016.

Además, se consideró como muestra a todos los padres de la familia de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores, que firmaron el consentimiento informado durante las visitas a la institución educativa que se realizó para aplicar la encuesta de recolección de datos.

Criterios de exclusión de la muestra

Se ha excluido de la muestra a aquellos padres de familia de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores, que no asistieron a la asamblea, que se llevó a cabo el día 3 de noviembre de 2016. En total quedaron excluidos por las razones expuestas 62 padres de la familia de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores.

La muestra fue probabilístico, tomada al azar mediante la aplicación de la fórmula probabilística, la muestra es una porción representativa de la población, que permite generalizar los resultados de una investigación. Es la conformación de unidades dentro de un subconjunto que tiene por finalidad integrar las observaciones (sujetos, objetos, situaciones, instituciones u organización o fenómenos), como parte de una población. Su propósito básico es extraer información que resulta imposible estudiar en la población, porque esta incluye la totalidad.⁵⁸

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

Dónde:

n =	Muestra	
N =	Población	188
p =	Eventos favorables	(0,5)
q =	Eventos desfavorables	(0,5)
Z =	Nivel de significación	(1,96)
E =	Margen de error	(0,05)

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)(188)}{(188)(0,05)^2 + (1,96)^2 (50)(50)} = \frac{(0,9604)(188)}{0,47 + 0,9604} = \frac{180,5552}{1,4304} = 126,2270$$

$$n = 127$$

El valor obtenido **n** indica que se necesita encuestar 127 padres de familia del nivel primario de la institución educativa N° 7067 Toribio seminario para medir el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal.

4.3 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

a. Técnicas

- Se solicitó permiso a la dirección de la escuela académico profesional de estomatología para la ejecución del proyecto de investigación en la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores. (Anexo 3).
- Una vez que se obtuvo la aprobación del estudio se procedió a la recolección de datos invitando a los padres de familia de los estudiantes del nivel primario a una entrevista en las aulas de clase para ello se mandó un comunicado para una reunión donde se les informó el propósito y los objetivos del estudio.
- Una vez identificados se les explicó el objetivo del estudio y que su participación consistía en contestar un cuestionario, que la información era confidencial.
- Cuando el padre de familia aceptó participar se les solicitó por escrito que firmara un consentimiento informado (Anexo 4).
- Validación y Confiabilidad: El procedimiento de recolección de datos se realizó al aplicar un cuestionario (Anexo N° 5) previamente sometido a juicio de expertos para la validación del instrumento y sometido a una prueba piloto para su confiabilidad mediante la prueba de pares, obtenido de una tesis titulado: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de los niños del

nivel inicial de institución educativa particular mi mundo feliz, distrito de Trujillo, región la Libertad, año 2015. del BACH: García acosta, Katherine Susana. ⁽⁵⁹⁾

b. Instrumento

Este cuestionario consta de 15 preguntas estructuradas sobre conocimientos en Salud bucal, el cual contiene los fines planteados en los objetivos, donde se consideró:

- Conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal (1-5 preguntas)
- Conocimiento sobre enfermedades bucales (6-10 preguntas)
- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (11-15 preguntas)

Dándose un punto por cada respuesta correcta y mediante regla de tres simples se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

En forma general:

Malo (0-5 puntos)

Regular (6-10 puntos)

Bueno (11-15 puntos)

En forma específica:

- **Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal**

Malo (0-1 puntos)

Regular (2-3 puntos)

Bueno (4-5 puntos)

- **Conocimientos sobre enfermedades bucales**

Malo (0-1 puntos)

Regular (2-3 puntos)

Bueno (4-5 puntos)

- **Conocimientos sobre desarrollo dental**

Malo (0-1 puntos)

Regular (2-3 puntos)

Bueno (4-5 puntos)

El cuestionario tuvo información adicional que consignaron los padres para cumplir los objetivos específicos de este estudio como: Edad, Sexo y Grado de Instrucción.

Los datos obtenidos en los cuestionarios se ingresaron a la base de datos en Excel XP, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de la variable de estudio. Para el análisis e interpretación, se construyó una base de datos de acuerdo a la variable estudiada, obteniéndose frecuencias absolutas y relativas; para su representación gráfica.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Los datos obtenidos en los cuestionarios fueron trasladados a la base de datos en Excel XP una vez ordenados, tabulados e ingresados. El procesamiento de los datos recogidos se llevó a cabo previa anonimización de los participantes, esto a través del uso de códigos correlativos de tres cifras, los cuales identificaron a los sujetos de investigación. Luego de ello los datos se tabularon a una base SPSS 24.0, previo control de calidad de la información, con lo cual se generó la matriz de datos.

A partir de ello se aplicó la estadística descriptiva para hallar las frecuencias y porcentajes de la variable principal de estudio (Nivel de Conocimientos sobre salud bucal) y sus dimensiones (medidas preventivas en salud bucal, enfermedades bucales, desarrollo dental), obteniéndose frecuencias absolutas y relativas; para su representación gráfica y tabular.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Se analizaron según la naturaleza de la variable de estudio. La estadística utilizada fue Descriptiva, a partir de la presentación de los datos en tablas y gráficos, haciendo uso para ello de frecuencias, proporciones y porcentajes que reflejaron los resultados de la variable y sus dimensiones. Los niveles de Conocimientos sobre salud bucal general y por dimensiones fueron establecidos con los puntajes observados en las encuestas, a partir de un cálculo de intervalos, tomando en cuenta el puntaje mínimo, máximo y dividido entre tres, tal como se detalla a continuación:

a. Para la variable general tenemos:

- Malo (0-5 puntos)
- Regular (6-10 puntos)
- Bueno (11-15 puntos)

En forma específica, según dimensiones:

- **Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal**
 - Malo (0-1 puntos)
 - Regular (2-3 puntos)
 - Bueno (4-5 puntos)
- **Conocimientos sobre enfermedades bucales**
 - Malo (0-1 puntos)
 - Regular (2-3 puntos)
 - Bueno (4-5 puntos)
- **Conocimientos sobre desarrollo dental**
 - Malo (0-1 puntos)
 - Regular (2-3 puntos)
 - Bueno (4-5 puntos)

Dado que se trabajó con una sola variable no se efectuó comprobación de hipótesis con estadística inferencial.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas.

TABLA N.º 1:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

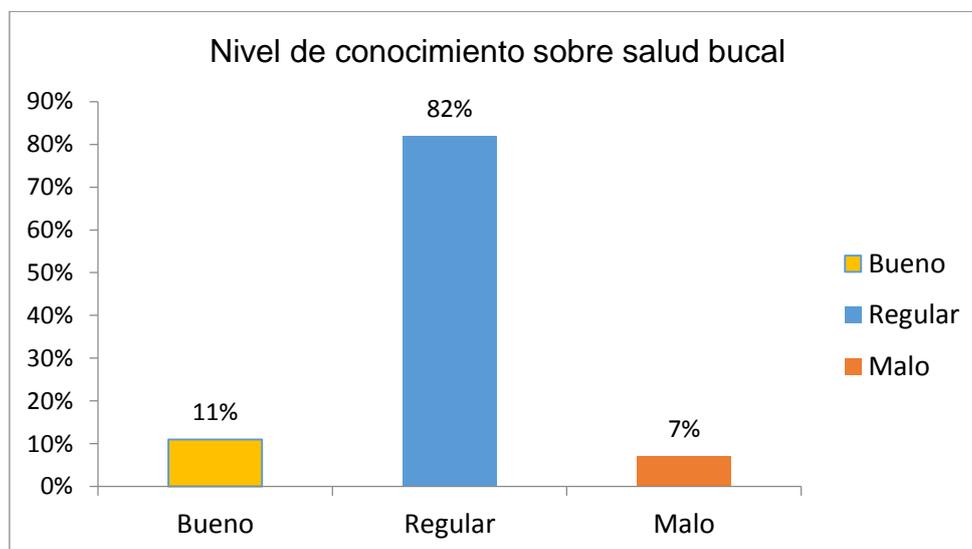
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Nº	%
Bueno	14	11%
Regular	104	82%
Malo	9	7%
Total	127	100%

Fuente: Elaboración propia

Se observa que el 82% (104) tiene un nivel regular, el 11% (14) un nivel bueno y el 7% (9) con un nivel malo.

Gráfico N.º 1:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 2:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

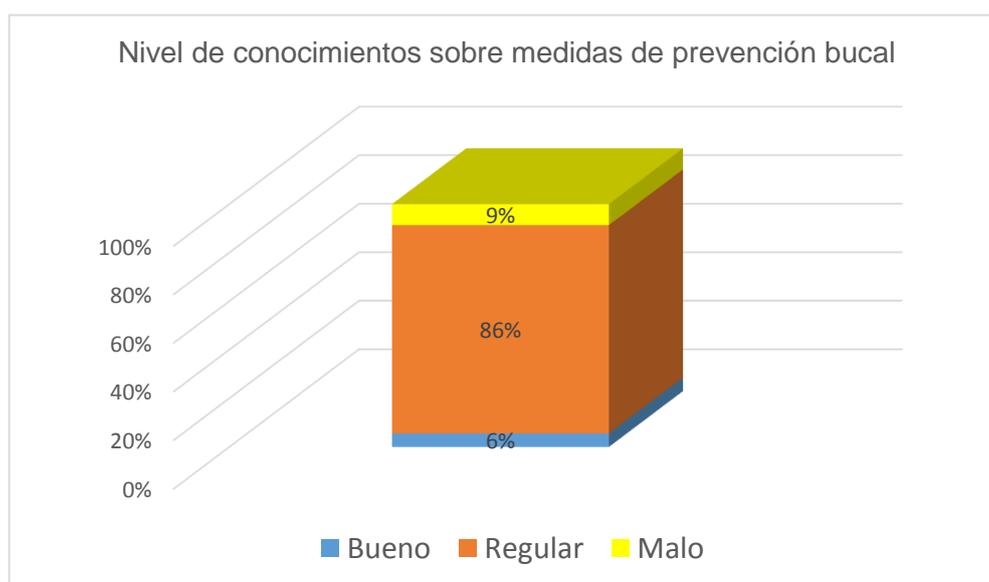
Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas	Nº	%
Bueno	7	6%
Regular	109	86%
Malo	11	9%
Total	127	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención bucal se observa que el 86% (109) tiene un nivel regular, el 6% (7) un nivel bueno y el 9% (11) con un nivel malo.

Gráfico N.º 2:

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 3:

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

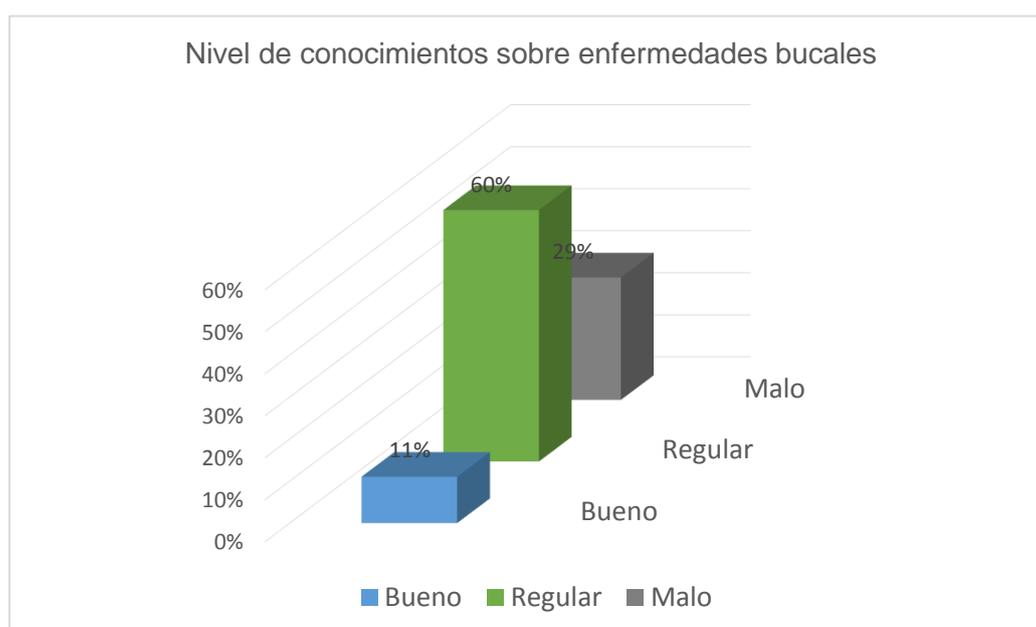
Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales	Nº	%
Bueno	14	11%
Regular	76	60%
Malo	37	29%
Total	127	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales se observa que el 60% (76) tiene un nivel regular, el 11% (14) un nivel bueno y el 29% (37) con un nivel malo.

Gráfico N.º 3:

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 4:

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

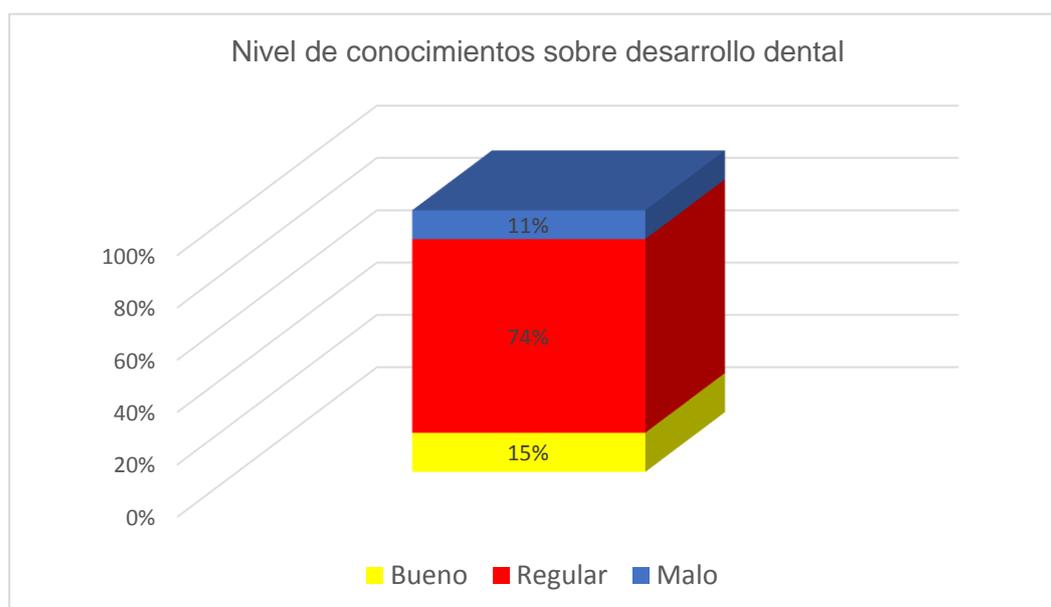
Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental	Nº	%
Bueno	19	15%
Regular	94	74%
Malo	14	11%
Total	127	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de conocimiento sobre desarrollo dental se observa que el 74% (94) tiene un nivel regular, el 15% (19) un nivel bueno y el 11% (14) con un nivel malo.

Gráfico N.º 4:

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N.º 5:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según género en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

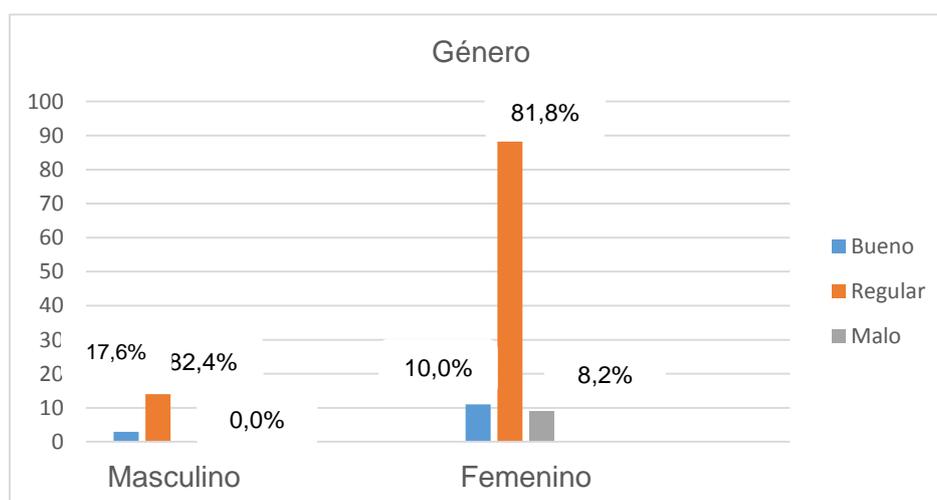
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Género			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	3	17,6%	11	10,0%
Regular	14	82,4%	90	81,8%
Malo	0	0,0%	9	8,2%
Total	17	100%	110	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de conocimientos sobre Salud Bucal se puede observar que el género femenino con el 81,8% (90) seguido del género masculino con el 82,4% (14) predominan un nivel regular, y con el 10,0% (11) en el género femenino y el 17,6 (3) en el género masculino con un nivel bueno.

Gráfico N.º 5:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según género en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N. °6:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016

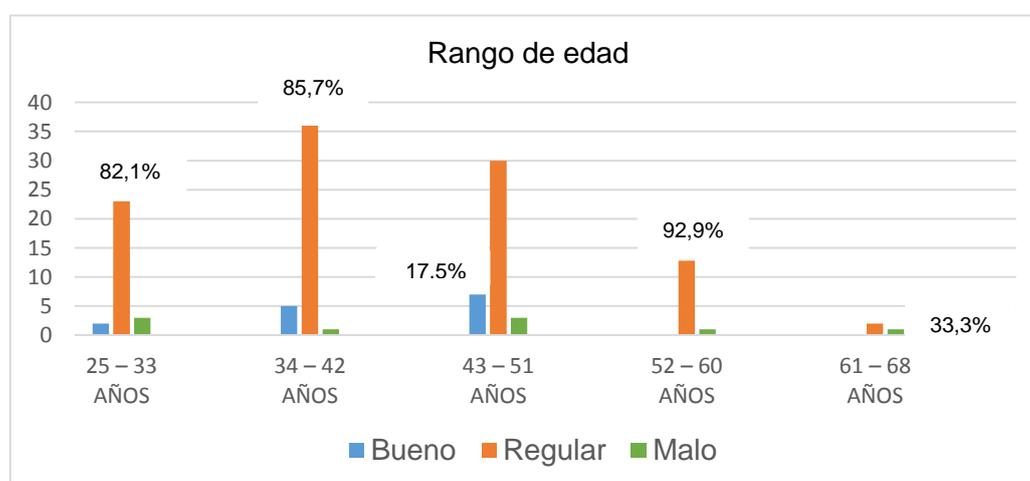
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Rango de Edades									
	25-33 años		34-42 años		43-51 años		52-60 años		61-68 años	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bueno	2	7,1%	5	11,9%	7	17,5%	0	0,0%	0	0,0%
Regular	23	82,1%	36	85,7%	30	75,0%	13	92,9%	2	66,7%
Malo	3	10,7%	1	2,4%	3	7,5%	1	7,1%	1	33,3%
Total	28	100,0%	42	100%	40	100%	14	100%	3	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal según el rango de edades en su mayoría de 43-51 años con el 17,5% (7) tiene un nivel bueno, seguidos de 52-60 años con el 92,9% (13) con un nivel regular y de 61-68 años con el 33,3% (1) con un nivel malo.

Gráfico N.° 6:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016



Fuente: Elaboración propia

TABLA N. °7:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según grado de instrucción en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.

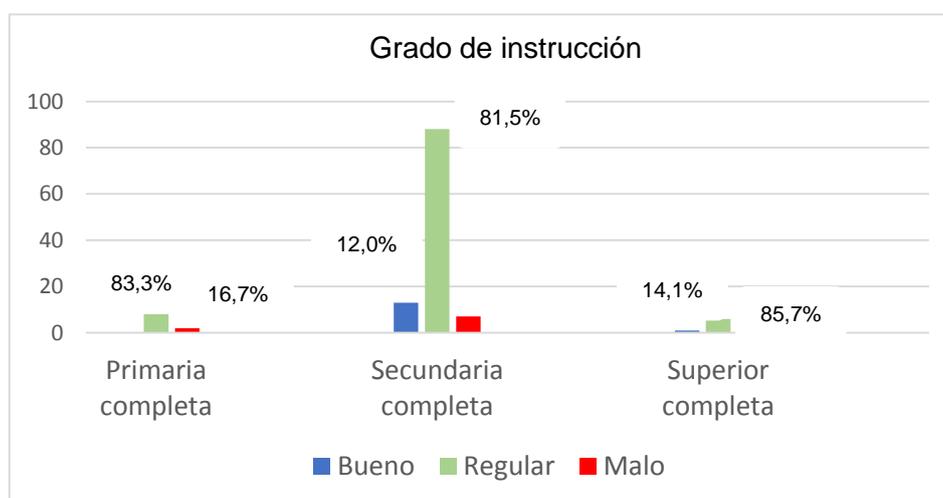
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Grado de instrucción					
	Primaria completa		Secundaria completa		Superior completa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Bueno	0	0,0%	13	12,0%	1	14,3%
Regular	10	83,3%	88	81,5%	6	85,7%
Malo	2	16,7%	7	6,5%	0	0,0%
Total	12	100%	108	100%	7	100%

Fuente: Elaboración propia

Según la presente tabla el nivel de conocimientos sobre Salud Bucal se puede observar que el mayor porcentaje correspondiente al grado de instrucción de educación superior completa el 14,3% (1) está en un nivel bueno y el 85,7% (6) con un nivel regular, y en educación primaria completa el 16,7% (2) con un nivel malo.

Gráfico N. °7:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal según grado de instrucción en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.



Fuente: Elaboración propia

5.2 Análisis inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.

Por las características del estudio no fue pertinente hacer uso de la inferencia estadística y por tanto de alguna prueba paramétrica o no paramétrica o de correlación. La estadística usada fue de tipo descriptiva para presentar porcentajes que reflejan el comportamiento de la variable y sus dimensiones y con ello demostrar nuestra hipótesis descriptiva.

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

La hipótesis principal del estudio: “El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima es regular”, fue comprobada de manera descriptiva a partir de los resultados del estudio y el instrumento utilizado (Ver tablas 1, 2 ,3 y 4), en el cual se evidencia predominantemente el nivel *Regular* para los conocimientos.

5.4 Discusión

- En el total de padres encuestados sobre el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal obtuvimos el mayor porcentaje de 82% con un nivel regular, seguido de 11% con un nivel bueno y el 7% con un nivel malo. El resultado obtenido en la presente investigación, es reforzado por Flores A. (2011), donde de los el 37,84% de los padres de los padres encuestados en su investigación tiene nivel de conocimiento aceptable. En esa misma línea, los resultados presentados se refuerzan por Teixeira González Pablo, Vázquez Caballero Ciryán, Domínguez Samudio Vilma. (2010), ya que los resultados de su investigación, también arrojaron como resultado que la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto a conocimiento sobre salud bucal.
- En el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 86%, el 6% un nivel bueno y el 9% obtuvo un nivel malo. Los resultados obtenidos, en el estudio de la dimensión medidas preventivas, es reforzado por González A. (2011), ya que, en su investigación, en cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 40,0% tuvo un nivel bueno y el 38,0% un nivel regular y el 22% tuvo un nivel malo. Así también los resultados obtenidos sobre medidas preventivas, son reforzados por González Martínez Farith, Sierra Barrios Carmen Cecilia, Morales Salinas Luz Edilma (2011), ya que el resultado en su investigación con respecto a las prácticas preventivas fue de 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo.

Además, los resultados del párrafo anterior se refuerzan también con lo dicho por Paz Mamani Miguel Ángel. (2014), ya que los resultados obtenidos, según respuestas correctas, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el 56,9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 31,7% y del nivel bueno con el 11,4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos.

- En el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 60%; el 11% un nivel bueno, y el 29% obtuvo un nivel malo. El presente resultado se refuerza con lo que afirmó en su investigación López García, Mabel de Jesús (2013), ya que sobre conocimientos en enfermedades bucales predominó el 52,5% con nivel alto, el 45% con un nivel regular; sobre prevención el 32,5% mostró un nivel alto, el 57,5% regular. Los resultados mencionados, también se refuerzan con lo afirmado por Pineda Sinchi Diego Armando, Rodríguez Auquilla Luis Miguel (2014-1015). Ya que sostuvo lo siguiente: “En nuestro contexto las madres con escaso conocimiento en salud oral, no aplican adecuadas medidas preventivas contra la caries, ni se involucran en la enseñanza de hábitos saludables a sus hijos, por lo tanto, sus niños quedan, susceptibles a presentar una mayor frecuencia de desarrollo de caries dental, ya que en esta edad los niños dependen de las madres”.

También los resultados obtenidos sobre el nivel de enfermedades bucales se refuerzan por lo afirmado por Cevallos González Fabricio Marcelo, Pineda Vásquez Carla Sofía. (2016), donde dice que “la caries es una alteración común en la cavidad oral, y puede producirse por varios factores, entre ellos el nivel de conocimiento sobre higiene bucal”.

- En el nivel de conocimiento sobre salud bucal según género; en masculino el 82,4% tiene un nivel regular y en el sexo femenino con el 81,8% y el 17,6% un nivel bueno en el sexo masculino y en el sexo femenino con el 10,0%, y con un nivel malo en el sexo femenino con el 8,2% y en el sexo masculino con 0,0%. Los resultados obtenidos para esta dimensión, se refuerzan con los presentados por Cupé Araujo Cecilia, García Rupaya Carmen Rosa (2012), ya que dentro de los resultados de su investigación se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. Además, también los resultados obtenidos se refuerzan, con lo que afirma Benavente Lipa, Lourdes A. *et al.*, (2012), ya que, en su investigación, no se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de

salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77,6%, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple con la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su crecimiento y desarrollo bio-psicosocial, logrando así estilos de vida adecuada.

CONCLUSIONES

- En el total de padres encuestados sobre el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se obtuvo un nivel regular.
- Sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular.
- Sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular.
- Sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular.
- Según el género; en masculino se obtuvo un nivel regular al igual que en el género femenino.
- Según la edad el mayor fue entre 52-60 años que obtuvo un nivel regular, entre 43 -51 años con un nivel bueno y finalmente entre 61-68 años con un nivel malo.
- Según el grado de instrucción, en el nivel de educación superior obtuvo un nivel regular y en el nivel de educación primario con un nivel malo.

RECOMENDACIONES

- Realizar sesiones educativas y demostrativas sobre higiene bucal, enfermedades y desarrollo de erupción de los dientes a los padres de familia de la I.E. N° 7067 Toribio Seminario para reforzar sus conocimientos.
- Realizar campañas de salud bucal en coordinación con la institución educativa, Ministerio de Salud y Municipalidad para prevenir las principales enfermedades bucales y sobre el desarrollo dental de sus hijos, consecuentemente estaremos enriqueciendo los conocimientos de los padres de la I.E. N° 7067 Toribio Seminario.
- Implementar, promover, prevenir sobre Salud Bucal teniendo en consideración que la prevención es una labor en la que todas las personas que se relacionen con los niños, tendrán que involucrarse en especialmente en casa y el centro educativo.
- Compartir los resultados con la institución educativa encuestada y reforzar el conocimiento de los padres en todo el plantel incluyendo a la directora, docentes y estudiantes para obtener un mejor nivel de conocimiento a nivel local, regional y nacional.
- Proponer a las instancias académicas pertinentes del Ministerio de Educación el diseño de políticas de capacitación y actualización docente basadas en la salud bucal con técnicas y estrategias de aprendizaje que este dirigido a los padres de familia y a los estudiantes.
- Replicar la presente investigación en otras instituciones, programas educativos, por los mismos responsables o por otros investigadores; y así conseguir una mayor confiabilidad de sus resultados y conclusiones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1 Organización mundial de la salud (OMS) Dr. Marco Calle Quispe. 2001-2002
Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
- 2 Ministerio de salud (MINSA). Perú 2015. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16536>
- 3 Teixeira González Pablo, Vázquez Caballero Ciryán, Domínguez Samudio Vilma. (2010). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay. 2010. Disponible en:
<file:///C:/Users/TEMP.RAMIREZ-EG.006/Downloads/10-96-2-PB.pdf>
- 4 Flores A. Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. [Tesis para optar el grado de maestría en ciencias odontológicas con especialidad en Odontopediatría]. México: Universidad Autónoma Nuevo León, 2011. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2395/1/1080049400.pdf>
- 5 González Martínez Farith, Sierra Barrios Carmen Cecilia, Morales Salinas Luz Edilma. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n3/a09v53n3.pdf>
- 6 Pineda Sinchi Diego Armando y Rodríguez Auquilla Luis Miguel (2014-1015). Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24043>
- 7 González A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial de las instituciones privadas de la urb. San isidro del distrito de Trujillo, provincia Trujillo, región la libertad, 2011 [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote.

- 8 Benavente Lipa Lourdes A. Et al (2012). Nivel de conocimientos en salud Bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño Menor de cinco años de edad. Disponible en:
<file:///C:/Users/TEMP.RAMIREZ-EG.006/Downloads/2823-10066-1-PB.pdf>
- 9 Cupé Araujo Cecilia, García Rupaya Carmen Rosa (2012). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
- 10 López García Mabel de Jesús (2013). Nivel de conocimientos y prácticas de salud bucal en padres/encargados de niños del área de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, noviembre - diciembre 2013. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/8346>
- 11 Tobler García Diana Carolina, Casique Gonzales Lorena Desiree. (2014). Relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. Los Honguitos y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos- Maynas 2014. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/498>
- 12 Paz Mamani Miguel Ángel. (2014). Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” Minsa 2014. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4277>
- 13 Panduro Del Castillo Myriam Betty (2014). Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia, Bagazan – distrito Belén, Iquitos 2014. Disponible en:
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/282>

- 14 Cevallos González, Fabricio Marcelo Pineda Vásquez, Carla Sofía. (2016). Conocimiento sobre higiene oral en padres y madres de familia y su relación con el nivel de caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la Unidad Educativa Municipal "Eugenio Espejo". Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5684>
- 15 Colegio Odontológico del Perú. Grado de conocimiento de salud bucal en algunos departamentos del Perú. Gaceta Odontológica 2007; 3(2):18-20. <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/EVELYNGIOVANNAPISCONTELEON.pdf>
- 16 Higashida. B. Odontología preventiva. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
- 17 Organización Mundial de la Salud-OMS. Salud bucodental. Abril 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- 18 Friedenthal M. Diccionario de odontología. Madrid: Panamericana; 1997.
- 19 Chong M. et al. Efecto de una intervención Educativa en Salud oral en las madres AA.HH. Prolongación Moore, Iquitos-Perú; 2004.
- 20 Castrejon R. Salud Bucal en los Adultos Mayores y su Impacto en la Calidad de Vida. Instituto de Geriátria; 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100003
- 21 Kallestal C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Community Dental Oral Epidemiol. Abril 2002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000351>
- 22 Oakley M, Vieira AR. The endangered clinical teacher-scholar: a promising update from one dental school. J Dent Educ. 2012 abril; 76(4):454-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000351>

- 23 Centers for Disease Control and Prevention. Interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries: systematic reviews of evidence, recommendations from the Task Force on Community Preventive Services, and expert commentary. Disponible en: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5021a1.htm. Accessed: February 2007
- 24 Texeira de Abreu. Análisis dos profissionais de saúde bucal do secretaria municipal de saúde de curitiba na abordagem em adolescente. Saúde Bucal 2004. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=387646&indexSearch=ID>
- 25 Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental (4ª edición). Ginebra: OMS, 1997. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/32751/1/T36252.pdf>
- 26 U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Office of Head Start. February 2007.
- 27 U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of the Surgeon General-Executive Summary. Rockville.2000
- 28 Rajab LD. Oral health behaviour of school children and parents in Jordan. Int J Pediatr Dent. 2002
- 29 VI Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Carta de Bangkok [Internet]. 2005. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/32751/1/T36252.pdf>
- 30 Kay, EJ. Et al. Designing dental health education materials for schoolteachers: Formative evaluation research. J Clin Pediatr Dent 1991; 15(3): 195-98. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/32751/1/T36252.pdf>

- 31 Gestal Otero JJ, Romani Leston M, Aguiar Gonzalez-Redondo MR. La Formación del maestro en salud pública. Adaxe 8.1992. Disponible en:
<http://eprints.ucm.es/32751/1/T36252.pdf>
- 32 Cuenca, E.; Manau, C. & Serra, L. (2002). Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAMILAGROSCAMPOSRAMOS.pdf>
- 33 Biología e Higiene, José Ángel-Dos Santos Lara, Troquel. Disponible en:
http://www.phb.es/esp/Servicios_Cuidados.htm
- 34 Higashida, Berta. "odontología Preventiva". 1era edición. Editorial mc Graw Hill Interamericana s.a 2000. Disponible en:
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SALLYISELAYNCIOLOZADA.pdf>
- 35 Carretero Peláez. "Colutorios con alcohol y su relación con el cáncer oral. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal v.9 n.2 Valencia mar.-abr. 2004. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169844472004000200003&lng=pt&nrm=
- 36 Leonor Palomer I. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Universidad de Chile. Rev. Chile. Pediátrica. v.77 n.1. Santiago. Febrero 2006. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062006000100009
- 37 Johany Duque de Estrada, José Alberto Pérez Quiñonez. Caries dental y ecología bucal. Facultad de ciencias médicas. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_06/est07106.htm
- 38 Fermín Alberto Carranza. Compendio de periodoncia. Editorial Médica Panamericana S.A., 1996 Pág. 23, 25, 101. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>

- 39 G. Barrios. Ob. Cit. Pág. 503. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>
- 40 Solano, Juan, Ob. Cit. Pág. 27.
- 41 Carranza, Periodontología Clínica, Págs. 119 - 122.
- 42 Stone Stephen, Periodontología, Pág. 65.
- 43 G. Barrios, Ob, Cit. Pág. 512. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>
- 44 Milgrom P. y Cols. “Caries de la Niñez temprana: una perspectiva Multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición”, primera edición, Publicaciones puertorriqueñas Editores, edición 2006.
- 45 Molina N, Irigoyen M, Castañeda E, Sánchez G, Bologna R. Transtornos del desarrollo dental en preescolares de distinto nivel socioeconómico. Revista mexicana de pediatría. Abril 2002 Vol. 69, Núm. 2 Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/espanol/ehtms/e-pediat/e-sp2002/e-sp02-2/emsp022b.htm>.
- 46 Panduro, M. B. Op. Cit. Iquitos, Perú. 2015
- 47 Rodríguez, M.V. Op, cit. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2002
- 48 Noborikawa AK. Influencia del programa educativo de salud oral sonrisas en una población de adolescentes peruanos. Revista Estomatología Herediana. 2009; 19(1):31-38.
- 49 Pérez M. Mota M. Temas de bacteriología y virología médica. Morfología y estructura bacteriana. Accedido en fecha 8 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/MorfologiayEstructuraBacteriana.pdf>

- 50 Velásquez Gimón, María Eugenia; González Blanco, Olga. Acta odontológica venezolana. Agosto; 2006. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000200016
- 51 Placa bacteriana. Agosto 2010. Disponible en:
<http://placabacteriana1920.blogspot.pe/2010/08/definicion-placa-bacteriana.html>
- 52 Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia – Tapia – Medidas de prevalencia.pdf. [Citado 2015 Mar 20]. Disponible en: <http://admin.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/Contenido/Pagina284/File/Tapia-Medidas de prevalencia.pdf>
- 53 Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva. Principios, métodos y aplicaciones. 3era edición. Barcelona-España: editorial Masson S.A; 2005. 91 páginas.
- 54 Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill; 2010.
- 55 Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Lima: San Marcos; 2009
- 56 Dulio Oseda Gago. Como aprender y enseñar investigación científica. Vol. 1. 1ª ed. Mayo del 2011.
- 57 Bavaresco A. Proceso Metodológico de la Investigación. Talleres de Litografía MELVIN S.R.L.; 1994.
- 58 Arkin H. y Colton R. Métodos estadísticos. México: Prentice Hall; 1995.

- 59 García acosta, Katherine Susana (2016). Tesis: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de los niños del nivel inicial de institución educativa particular mi mundo feliz, distrito de Trujillo, región la Libertad, año 2015. Disponible en:
http://tesis.uladech.edu.pe/bitstream/handle/ULADECH_CATOLICA/115/U007-Repository-Tesis-Uladech-Catolica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo N. °1: Matriz de consistencia

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 7067 TORIBIO SEMINARIO DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES- LIMA, 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	MARCO METODOLÓGICO
<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores es regular.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre salud bucal</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Tipo de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigación básica <p>Nivel de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo <p>Método de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deductivo <p>Población y muestra:</p> <p>Población: La población está representada por 188 padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores-Lima, 2016.</p> <p>Muestra:</p> $n = \frac{Z^2 p.q.N}{(N-1)E^2 + Z^2 p.q}$ <p>La muestra es de 127 padres de familia de estudiantes del nivel primario.</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>1° ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016?</p> <p>2° ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016?</p> <p>3° ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016?</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>1° Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.</p> <p>2° Identificar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.</p> <p>3° Identificar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa n° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores- Lima, 2016.</p>		<p>Dimensiones</p> <p>Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal</p> <p>Conocimiento sobre enfermedades bucales</p> <p>Conocimiento sobre desarrollo dental</p>	

Anexo N. °2: Operacionalización de variables

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 7067 TORIBIO SEMINARIO DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES- LIMA, 2016.

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Valores	Instrumento de medición
Conocimiento sobre salud bucal	Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	Deficiente (0-5puntos)	Ordinal	Preguntas 1-5 Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)	Cuestionario
		Conocimiento sobre enfermedades bucales	Regular (6-10 puntos)		Preguntas 6-10 Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)	
		Conocimiento sobre desarrollo dental	Optimo (11-15puntos)		Preguntas 11-15 Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4-5)	
Cobrible	Definición conceptual	Dimensión				
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Género	- Masculino - Femenino		Nominal	
Edad	Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro.	Edad	25 años a 33 años 34 años a 42 años 43 años a 51 años 52 años a 60 años 61 años a 68 años		Intervalo	
Grado de instrucción	Grado de estudios alcanzados.	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior		Ordinal	

Anexo N. °3: Carta de presentación



Pueblo libre, 24 de octubre del 2016

Sra. Rachel Vargas Navarro
Directora de la Institución Educativa N° 7067
Toribio Seminario
Distrito San Juan de Miraflores

De mi consideración:

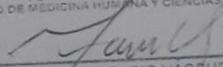
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al alumno **RAMIREZ PEREZ ERICK GULMAR**, con código **2009171480**, de la Escuela Profesional de Estomatología -Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA DE ESTUDIANTES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N° 7067 TORIBIO SEMINARIO DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES – LIMA, 2016"

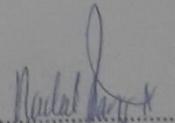
A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA




Rachel Vargas Navarro
DIRECTORA
I.E. 7067 TORIBIO SEMINARIO



INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 7067
"TORIBIO SEMINARIO"
RESOLUCIÓN DE CREACIÓN N° 131372/4-7-62
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UGEL N° 01 - PABLONA BAJA - S. J. M. - TELF. 450 1442

CONSTANCIA

LA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 7067 "TORIBIO SEMINARIO" - SAN JUAN DE MIRAFLORES DE LA UGEL N° 01 - CONO SUR QUE SUSCRIBE.

HACE CONSTAR:

Que, el Señor: ERICK GULMAR RAMIREZ PEREZ, Identificado con DNI N° 46165592, aplicó la encuesta a los Padres de Familia del nivel primario en la Institución Educativa a mi cargo, para realizar su trabajo de investigación (Tesis).

Se expide la presente para los fines que estime conveniente.

San Juan de Miraflores, 16 de Noviembre de 2016.

RVN/DIE7067"TS"
Sec.



Rachel Vargas Navarro
Rachel Vargas Navarro
DIRECTORA
I.E. 7067 TORIBIO SEMINARIO

Anexo N. °4: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Juan de Miraflores..... de.....del 2016

Estimados padres: Ud. ha sido invitado (a) a participar en el estudio titulado: “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores-Lima, 2016.

Se espera que el conocimiento derivado de este estudio, sirva como contribución en determinar el nivel de conocimiento en salud bucal, para que en adelante podamos desarrollar actividades que puedan enriquecer sus conocimientos.

Mediante el presente documento yo.....

Identificado(a) con DNI..... acepto participar en la investigación realizado por el Bachiller en Estomatología, Erick Gulmar Ramírez Pérez. He sido informado(a) del objetivo del estudio.

Con esta finalidad responderé un cuestionario para dicho estudio. La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firmo en señal de Conformidad:

Firma del participante

Anexo N. °5: Instrumento



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO

Edad :

Grado de instrucción:

Género : M F

- Primaria completa ()
- Secundaria Completa ()
- Superior Completo ()

Introducción:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta. Gracias.

Instrucciones:

El cuestionario contiene 15 preguntas, en cada pregunta usted deberá escoger la respuesta que considere más adecuada, marcando con una (X). Lea y marque cuidadosamente cada pregunta, por favor conteste solo una respuesta.

I. MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

1. ¿Cuáles considera Ud. son los elementos preventivos de la higiene bucal?

- a. Dulces, cepillo dental, pasta dental, leche, hilo dental.
- b. Flúor, pasta dental, leche, enjuague bucal, verduras.
- c. Cepillo, hilo dental, pastas dentales, enjuague bucal.
- d. Cepillo, pasta dental, manzana, flúor, menestras.

2. El tiempo sugerido para llevar a su niño al dentista es:

- a. Cada año
- b. Cada seis meses
- c. Por emergencias
- d. Después de un año

3.Cuál debería ser el motivo principal por el que llevaría a su niño al dentista:

- a. Cuando tiene algún dolor en los dientes.
- b. Cuando nace su primer diente.
- c. Para revisión dental.
- d. Todas las anteriores.

4. La placa bacteriana (sarro) es:

- a. Restos de dulce y comida endurecidos.
- b. Manchas blancas blandas.
- c. Restos de comida y microorganismos endurecidos.
- d. Manchas oscuras blandas.

5. ¿Cuál es el cepillado más importante sugerido por el dentista?

- a. Antes del desayuno
- b. En las madrugadas
- c. Antes de acostarme
- d. Antes de las comidas

II. ENFERMEDADES BUCALES

6. La Caries es:

- a. Enfermedad causada por microorganismos.
- b. Una mancha negra en los dientes.
- c. Causada por falta de aseo
- d. Todas

7. La gingivitis es:

- a. El dolor de diente
- b. La enfermedad de encías
- c. La inflamación del labio
- d. Manchas oscuras en los dientes

8. La enfermedad Periodontal es:

- a. Heridas en la boca
- b. La que afecta a los soportes del diente
- c. La pigmentación de los dientes
- d. La pérdida de un diente

9. ¿Por qué considera que a una persona le sangran las encías?

- a. Porque consume muchos carbohidratos
- b. Porque tiene caries
- c. Porque no visita al dentista
- d. Porque tiene la encía inflamada

10. Los cálculos en los dientes también se denomina:

- a. Sarro o tártaro dental
- b. Los dientes rotos
- c. Manchas amarillas
- d. Todas las anteriores

III. DESARROLLO DENTAL

11. Si el niño está la mayor parte del tiempo con la boca abierta, lo más probable es:

- a. Tiene las encías inflamadas
- b. Tiene caries
- c. Tiene dientes en erupción
- d. Respira por la boca

12. Cuáles de estos malos hábitos perjudican la posición de los dientes de su hijo:

- a. Chuparse el dedo
- b. Comerse las uñas
- c. Tomar leche en biberón
- d. Todas las anteriores

13. ¿Cuántos tipos de dentición tiene un niño?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4

14. ¿A qué edad aproximadamente le erupcionó su primer diente de leche a su niño?

- a. 6 meses
- b. 1 año
- c. 3 años
- d. 5 años

15. La Dentición infantil se denomina:

- a. Decidua/Temporal
- b. Pasajera
- c. Permanente
- d. Dientes de Adulto

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo N. °6: Fotografías



Institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores



Directora de la I.E 7067 Toribio Seminario



Padres de familia encuestados en la institución educativa N° 7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores



Reunión con los padres de familia