



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

TESIS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE
CARIES DENTAL Y FACTORES DE RIESGO CON LA
HISTORIA DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A
12 AÑOS, CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO
MOQUEGUA, AÑO 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:
LUQUE PORTALES JESSICA DENISSE**

MOQUEGUA - PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

Br. Luque Portales Jessica Denisse

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE CARIES DENTAL Y FACTORES DE RIESGO CON LA HISTORIA DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A 12 AÑOS, CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO MOQUEGUA, AÑO 2017”

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Cirujano Dentista por la Universidad Alas Peruanas

MG.CD. OSCAR ELIAS COAGUILA CUARITE

MG. MARIO MARCELINO NINA RAMOS

MG.CD. CINTIA CALIZAYA AGUILAR

MOQUEGUA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

A Dios por permitirme seguir avanzando

a pesar de las adversidades

A mis padres por seguir creyendo en mí

y apoyándome siempre en todo.

JESSICA DENISSE

AGRADECIMIENTO

*Un especial agradecimiento; a mis padres por su entrega;
a mis amigos y compañeros que nos hemos
apoyado mutuamente en nuestra formación profesional
y que hoy en día vemos coronado
el fruto de nuestros esfuerzos.*

JESSICA DENISSE

INDICE

CARATULA.....	
HOJA DE APROBACION.....	i
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	v
INDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCION.....	10
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 Descripción de la realidad Problemática.....	12
1.2 Formulación del Problema.....	15
1.3 Objetivos de la Investigación.....	16
1.4 Justificación de la Investigación.....	17
1.4.1. Importancia de la investigación	18
1.4.2 Viabilidad de la investigación	19
1.5 Limitaciones del estudio	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.2 Bases Teóricas.....	24
2.3 Definición de términos básicos.....	34
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la Hipótesis principal y derivadas.....	37
3.2 Variables; definición conceptual y operacional.....	38
CAPITULO IV: METODOLOGIA	
4.1 Diseño metodológico.....	41
4.2 Diseño muestral.....	41

4.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
4.4	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	45
4.5	Aspectos éticos.....	45
CAPITULO V: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION		
5.1	Presentación de Tablas y Figuras de los Resultados.....	47
5.2	Comprobación de hipótesis y técnicas estadísticas empleadas.....	73
5.3	Discusión.....	76
CONCLUSIONES.....		79
RECOMENDACIONES.....		80
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		81
ANEXOS.....		85

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Distribución de frecuencia según edad	47
Tabla N° 2	Distribución de frecuencia según sexo	49
Tabla N° 3	Distribución de frecuencia según Nivel de conocimiento	51
Tabla N° 4	Distribución de frecuencia según actitud de los padres	53
Tabla N° 5	Distribución de frecuencia según higiene oral	55
Tabla N° 6	Distribución de frecuencia según CPOD de los niños	57
Tabla N° 7	Distribución de frecuencia según consumo de carbohidratos	59
Tabla N° 8	Relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el CPOD de los niños	61
Tabla N° 9	Relación entre la actitud de los padres y el CPOD de los niños	63
Tabla N° 10	Relación entre higiene oral y el CPOD de los niños	65
Tabla N° 11	Relación entre la edad y el CPOD de los niños	67
Tabla N° 12	Relación entre el sexo y el CPOD de los niños	69
Tabla N° 13	Relación entre consumo de carbohidratos y el CPOD de los niños	71
Tabla N° 14	Relación entre conocimientos, actitudes de los padres y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos	74

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1	Distribución de frecuencia según edad	47
Grafico 2	Distribución de frecuencia según sexo	49
Grafico 3	Distribución de frecuencia según Nivel de conocimiento	51
Grafico 4	Distribución de frecuencia según actitud de los padres	53
Grafico 5	Distribución de frecuencia según higiene oral	55
Grafico 6	Distribución de frecuencia según CPOD de los niños	57
Grafico 7	Distribución de frecuencia según consumo de carbohidratos	59
Grafico 8	Relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el CPOD de los niños	61
Grafico 9	Relación entre la actitud de los padres y el CPOD de los niños	63
Grafico 10	Relación entre higiene oral y el CPOD de los niños	65
Grafico 11	Relación entre la edad y el CPOD de los niños	67
Grafico 12	Relación entre el sexo y el CPOD de los niños	69
Grafico 13	Relación entre consumo de carbohidratos y el CPOD de los niños	71

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, en el año 2017.

Es un estudio de investigación tipo no experimental, de diseño correlacional, prospectivo, de corte transversal, la muestra fue de 112 padres con sus respectivos hijos que se atienden en el Centro de Salud de San Antonio de la ciudad de Moquegua, se utilizó un cuestionario de 20 ítems, para evaluar el conocimiento y otro la actitud de los padres, se usó el estadístico no paramétrico del chi cuadrado.

Los resultados: Las características de los niños la mayoría son de sexo femenino (58,0%), el nivel de conocimientos de los padres es regular (58,9%), la actitud es desfavorable (60,7%), la higiene oral en los niños es malo (56,3%), el índice CPOD muy alto (74,1%) y la frecuencia del consumo de carbohidratos es mayor 3 veces por día (73,2%). Además se concluye que existe relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años. No existe relación entre las variables nivel de conocimiento, actitud de los padres sobre caries dental, el índice de Higiene Oral Simplificado, el sexo y el consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, factores de riesgo e historia de caries dental

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between knowledge, attitudes of parents about dental caries and their risk factors with the history of dental caries of their children from 6 to 12 years old, at the San Antonio de Moquegua Health Center , in the year 2017.

This is a non-experimental, cross-sectional, prospective, correlational design study. The sample consisted of 112 parents with their respective children who were treated at the San Antonio Health Center in the city of Moquegua. A questionnaire was used of 20 items, to evaluate the knowledge and another the attitude of the parents, the non-parametric chi-square statistic was used.

The results: The characteristics of the children are mostly female (58.0%), the level of knowledge of the parents is regular (58.9%), the attitude is unfavorable (60.7%), hygiene oral in children is bad (56.3%), the CPOD index is very high (74.1%) and the frequency of carbohydrate consumption is greater 3 times per day (73.2%). It is also concluded that there is a relationship between the age and the history of dental caries of children from 6 to 12 years old. There is no relationship between the variables level of knowledge, parents' attitude about dental caries, the Simplified Oral Hygiene Index, sex and carbohydrate consumption and the history of dental caries of children.

Key words: Knowledge, attitude, risk factors and history of dental caries

INTRODUCCION

Los estudios a todo nivel demuestran que existe relación en actitudes y conocimientos sobre higiene bucal en el índice de riesgo de caries dental y los más vulnerables son los niños principalmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad, es considerada una enfermedad que constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo, afecta a personas de cualquier edad, sexo, status y raza; teniendo una considerable prevalencia en los sujetos de bajo nivel socioeconómico, esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, la falta de educación en higiene oral, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos cariogénicos entre comidas y ausencia de hábitos higiénicos bucodentales. Es importante resaltar que si no se atiende de una manera preventiva, puede llegar a afectar la salud general y la calidad de vida de los individuos.

Según el Ministerio de Salud del Perú en el año 2008 el índice de caries a los 12 años de edad es de aproximadamente 5.86, lo que muestra que nuestro país no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que la presencia de las caries dentales va incrementándose conforme aumenta la edad.

Cabrera, plantea que el uso de teorías y modelos para fundamentar una investigación o un programa de intervención en salud, permiten entender la conducta, los conocimientos y las actitudes de las poblaciones sobre un aspecto en salud, y además mejoran de modo significativo sus probabilidades de éxito.

Conocer los motivos del comportamiento y los factores relacionados con las prácticas que causan o previenen la enfermedad, ayudarán a seleccionar los métodos correctos para diseñar y ejecutar intervenciones exitosas de educación, a fin de promocionar la salud y prevenir la enfermedad bucal.

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños. El presente trabajo de investigación dará a conocer aspectos sobre el nivel de conocimiento de caries dental y los hábitos de higiene bucal de los padres, relacionados con las actitudes de estos para con sus hijos, siendo los padres los responsables y educadores directos de la higiene bucal de sus hijos, ya que en muchos casos se observó que los padres transmiten conocimientos que pueden ser perjudiciales, agravando el problema y dificultando el futuro tratamiento de la caries dental. El presente estudio de investigación está organizado por capítulos, el capítulo I: Planteamiento del Problema el capítulo II: Marco teórico, el capítulo III: Hipótesis y variables de investigación el IV capítulo IV: Metodología de investigación y el capítulo V: Análisis y discusión de resultados.

CAPITULO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La formación de placa dental en edad temprana puede causar dos problemas serios como es la caries y la enfermedad de las encías llegando a ocasionar la pérdida temprana de las piezas dentales ya sean temporales o permanentes. La caries es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta a las estructuras dentarias y se caracteriza por un desequilibrio bioquímico; que puede conducir a cavitación y alteraciones del complejo dentino pulpar. Los factores de riesgo que influyen en la aparición de la caries dental las que más resaltan son la deficiente higiene oral, dieta rica en azúcares y carbohidratos, concentraciones excesivas de flúor y la falta de información sobre salud oral. La caries dental es considerada un problema de salud pública debido a las altas prevalencias reportadas a nivel mundial, siendo entre el 60,0 a 90,0% de la población escolar presentan caries dental.¹

En México el 80,0% de los niños y prácticamente todos los adultos padecen de caries dental, siendo causada por la falta de una cultura de prevención, la falta de conciencia de la magnitud del problema, la falta de conocimiento o una mala técnica en el aseo de la boca y de los dientes, la salud dental de una población se mide de acuerdo al número de piezas dañadas en niños menores de 12 años, siendo la situación de dos piezas dañadas.² En el Salvador, se determinó que los conocimientos inadecuados sobre prevención de caries dental es un

factor predisponente en la pérdida de la primera molar permanente, la deficiente orientación sobre ejecución de prácticas en higiene bucal incide negativamente y que la alta frecuencia de ingesta de azúcares de los niños y adolescentes repercute en la pérdida temprana de los dientes permanentes. El 83,0% de menores evidenció historia de caries en las primeras molares permanentes, el 70,5% de los menores presentaron niveles de placa superiores al 50,0%; 4,1% de molares estaban perdidas, representando esto un serio problema para la salud bucal.³ En Paraguay, durante los años 2000 al 2013, en un total de 29 investigaciones referentes a caries dental y conocimiento, actitud y práctica. Los valores del ceod pudieron demostrar un inicio de caries a los 3 años con 1.76, el cual va aumentando con la edad y en el 50,0% de las investigaciones mostraron un nivel de conocimiento y práctica desfavorable, poniendo en evidencia que la salud bucal no es un tema prioritario para la población infantil.⁴

En nuestro país, en Lima, en el año 2013, se concluyó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se encuentra deficiente, siendo representado en un 86,1% de nivel medio a bajo y respecto a los resultados obtenidos después de la aplicación de un taller educativo, se ha observado un incremento muy significativo en el conocimiento, siendo el 74,0% indicaron que han mejorado sus conocimientos. Entonces se pone en evidencia que muchos profesionales de Odontología no toman en cuenta estas actividades que hacen que mejoren las condiciones de salud bucal de la población infantil y adulta.⁵ De igual forma en Lima, en el 2012, en la población escolar de 9 a 12 años de edad, el nivel de conocimiento en salud oral, el 77,7% de ellos tienen de regular a malo; en cuanto a la calidad de la higiene oral, el 97,4% presentaron de

regular a mala.⁶ En Iquitos, 2014, el 14,6% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo, sus niños presentaron un I-ceo de 5,03 siendo muy alto y la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad fue de 95,9%.⁷ En cuanto al nivel de conocimiento de los padres se encontró que el 65,6% obtuvo un nivel de conocimiento bajo, concluyendo que los altos índices de caries dental en los niños tienen como factor determinante a conocimientos inadecuados, insuficientes y la actitud inadecuada frente al problema de salud bucal de sus hijos.⁸

A nivel regional se aprecia que existe un desinterés de parte de los padres en la salud bucal de sus hijos, la falta de conocimiento de las medidas de prevención de caries dental de los escolares. En el Centro Poblado Menor de San Antonio, entre los años 2011 al 2013 y considerando las 10 primeras causas de morbilidad en la etapa niño según el Modelo de Atención Integral de Salud, las enfermedades de cavidad bucal ocupan el segundo lugar con 334, 206 y 1410 atenciones que corresponden a los años 2011, 2012 y 2013 respectivamente.⁹ En la I. E. Daniel Becerra Ocampo de Moquegua durante el año 2016, se realizó la investigación sobre nivel de conocimientos de salud bucal, concluyendo que el 59,8% del alumnado tienen un nivel de conocimiento regular a deficiente y un 90,3% presentan prácticas de higiene bucal de regular a malo.¹⁰ Esta problemática me lleva a la realización del presente trabajo de investigación para redactar una discusión objetiva, así como conclusiones y recomendaciones de carácter científico.

1.2 Formulación del Problema

1.1.1 Problema general

¿Cómo es la relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

1.1.2 Problema específico

¿Cuál es la relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

¿Cuál es la relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

¿Cuál es la relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

¿Cuál es la relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

¿Cuál es la relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

¿Cuál es la relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

1.3.2 Objetivo específicos

Identificar la relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Identificar la relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Identificar la relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Identificar la relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Identificar la relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Identificar la relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

1.4 Justificación

La caries dental es la patología de mayor prevalencia en la morbilidad bucal de los niños en edad escolar, resultando producto del consumo desmesurado de carbohidratos y azúcares entre las comidas principales, entonces se hace necesario mencionar que la rigurosidad de la higiene bucal determinará la formación de placa bacteriana, la proliferación de microorganismos productores de caries. El nivel de conocimiento sobre caries dental, su prevención, sensibilizará al niño en el mantenimiento de una buena higiene bucal. El hábito del cepillado dental después del consumo de alimentos durante el recreo en las Instituciones Educativas, hará que el escolar goce de una buena salud bucal.

La magnitud de la patología bucal en los niños, el uso ineficiente de las medidas para la prevención de dichas enfermedades, cuyas secuelas: provocan con

frecuencia incapacidades funcionales del aparato estomatognático, que incluso limitan la interfuncionalidad con el resto del organismo; la mínima oportunidad de la mayoría de la población infantil para acceder a los Servicios de Salud: por sus elevados costos, el cumplimiento limitado de las estrategias para conservar a los niños sanos, las deficiencias en la educación para la salud, estas situaciones, por mencionar algunas siguen propiciando que las enfermedades bucales en los niños sean verdaderos problemas de Salud Pública, que requieren de estrategias educativas, que generen modelos de atención adecuados para disminuir esta problemática, las cuales deben ser propuestas e implementadas por Odontólogos especialmente preparados en Odontología Infantil.

1.4.1 Importancia de la investigación

La caries dental es una de las enfermedades crónicas más antiguas que afecta a toda la humanidad, su tratamiento es costoso, ocasionando dolor muy intenso, la pérdida de los dientes puede afectar la fonación, alterando la sonrisa, la forma del rostro y por último puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana aguda.

Es importante conocer la situación real de salud bucal de los niños, para poder realizar la intervención o recuperación de la pieza dental, en caso contrario se puede correr el riesgo de la pérdida dentaria, alterando la función masticatoria, apiñamiento dentario y otros problemas dentales.

La odontología preventiva se centra en la educación del paciente, de ahí recae la importancia de acudir a la consulta odontológica de forma periódica para evitar la aparición de patologías orales como la caries o la enfermedad periodontal, ya que la salud bucal está relacionada con enfermedades generales como patologías que afectan al corazón u otras patologías sistémicas.

En la caries dental se hace necesario intervenir en las fases iniciales, ya que resulta ser un proceso simple, rápido e indoloro especialmente para la población infantil, ya que el grueso de ésta rehúyen a los procedimientos que a veces atemorizan, siendo en algunos casos traumáticos, ocasionando experiencias desagradables para los niños, los cuales definen que ya no hagan uso de los servicios odontológicos

1.4.2 Viabilidad de la Investigación

La investigación a realizar es viable, ya que desde el punto de vista del recurso humano, está conformado por el autor, el que tiene el interés, los conocimientos necesarios para la ejecución del proyecto, además se cuenta con un asesor de la Universidad el cual brinda asesoramiento profesional, ya que tiene dominio del tema y libre disponibilidad y muy buena voluntad.

Considerando los recursos materiales, e instrumental necesario para realizar el examen odontológico están disponibles y el instrumental estará disponible considerando las normas de bioseguridad, con la finalidad de evitar infecciones cruzadas.

Respecto a la disponibilidad del tiempo, todo el recurso humano está disponible, y se tiene la aceptación del Jefe del Centro de Salud para la ejecución del proyecto sin ningún contratiempo.

1.5 Limitaciones del estudio

Se explicó a todo el personal del establecimiento sobre los objetivos, la importancia, justificación y el desarrollo del proyecto, todas las interrogantes fueron absueltas, quedando sin alguna duda e interesados por los resultados de la investigación, ya que les servirá para realizar intervenciones en salud bucal.

En cuanto a las limitaciones que se presentaron a la actualidad, no hubo oposición de parte del Jefe de establecimiento, ya que se muestra muy interesado en que se ejecute el trabajo de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Pineda DA., RELACION ENTRE FRECUENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SUS MADRES EN SALUD ORAL EN LA UNIDAD EDUCATIVA FE Y ALEGRIA. CUENCA. ECUADOR. 2014-2015. La frecuencia de caries dental de los niños es de 92.9%, asimismo el nivel de frecuencia de caries dental obtenido mediante el índice CPOD: El 32.7% es bajo, 34.5% es medio y por último el 32.8% es alto. El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres demostró que el 32.7% de nivel alto, el 43.4% medio y 23.9% bajo. El estudio reveló que existe relación estadística significativa de $p=0,000$ entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral.¹¹

Castillo KM., CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA O ENCARGADOS Y SU RELACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS DE SAN FRANCISCO CHINAMECA. EL SALVADOR. 2013. Se halla que existe relación estadísticamente significativa en cuanto a actitudes de los padres de familia sobre la salud bucal con la

presencia de caries de la infancia temprana en los niños; obteniendo una actitud predominantemente “indiferente y mala” por parte de los padres con la presencia de un índice alto en los niños evaluados. En lo que se relaciona al conocimiento de los padres en salud bucal y la presencia de caries de la infancia temprana, también se encontró una asociación significativa, ya que los padres evaluados presentaron solamente conocimientos altos e intermedios en salud bucal obteniendo de un ceo/d moderado y bajo en 83 niños.¹²

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Rojas ES., NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS ESCOLARES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER. LIMA. PERÚ. 2017. Obteniéndose como resultado que el 39.0% de la población posee un nivel de conocimiento bueno. Aclarando que el 42.5% de los padres poseen un nivel de conocimiento regular y que el 45.7% de madres poseen un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal ($p=0,045$) encontrándose diferencia significativa entre el nivel de conocimiento que poseen los padres contra el de las madres. Por otro lado, el 20.5% de los padres con un nivel de conocimiento regular tienen un grado de instrucción nivel secundario, mientras que el 33.9% de madres con un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal tienen un grado de instrucción técnica o superior.¹³

Surco JN., CARIES DENTAL EN PRIMERAS MOLARES PERMANENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS ESCOLARES DE SANTA ROSA DE YANGAS. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. LIMA. PERÚ. 2015. Los resultados estadísticos determinaron que el 90,4% del total de los escolares examinados presentaban caries dental o tenían historia de ésta, observándose la siguiente distribución: 58,7% piezas con caries, 3,4% piezas obturadas y 0,9% piezas perdidas. El promedio CPOD en los escolares, se incrementa a medida que aumenta la edad. Se evidencia mayor afectación de los molares inferiores 33,3% en el sexo femenino y 31,4% en el masculino. La dieta cariogénica y la mala higiene bucal actúan como factores de riesgo de aparición caries dental. En conclusión los molares inferiores fueron los más afectados por caries dental y los resultados indican un alto índice de caries en la población y la necesidad de intensificar los programas de educación para la salud oral y específicamente acerca de la importancia de este diente.¹⁴

Carranza AH., RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE LA CARIES DENTAL Y SUS FACTORES DE RIESGO CON LA HISTORIA DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A 12 AÑOS. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. LIMA. PERÚ. 2011. El regular nivel de conocimientos de los padres sobre la caries dental y sus actitudes deficientes con respecto a la higiene oral, se reflejaron en los altos índices de caries encontrados. Los padres no muestran interés ni supervisión del cuidado oral de sus hijos y por ello se encontró una prevalencia de caries del 100,0% y alto riesgo generalizado. El Índice de higiene Oral malo mostrado por la población

estudiada, muestra claramente la diferencia entre el nivel de conocimientos y actitudes de los padres de la caries dental y de la higiene oral, ya que los padres dicen que sus hijos se cepillan, pero a la hora de la exanimación clínica, estos presentan placa dental. Se encontró una alta frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos y una deficiente higiene oral generalizada, siendo éstos los factores de riesgos más prevalentes en la población. Se observó una alarmante tendencia a la automedicación en casos de dolor dental, debido al bajo nivel de conocimientos y a la situación económica de la población estudiada que limita su acceso a servicios de salud adecuados.¹⁵

2.1.3 Antecedentes Locales

Se hizo la búsqueda en las diferentes bibliotecas y hemerotecas de las Universidades de la Región Moquegua, obteniendo resultados negativos, ya que no se evidencian trabajos de investigación respecto al tema estudiado.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Conocimiento

El conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.¹⁶

Tsoukas y Vladimirou, menciona que el conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teorías o ambos. La capacidad para emitir un juicio implica dos cosas: a) La habilidad de un individuo para realizar distinciones b) la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente.¹⁷

2.2.1.1 Características del conocimiento

Las características que debe tener el conocimiento científico se describen a continuación:

a. Sistemático: Un pensamiento científico sirve de base al que le sigue y así sucesivamente, de modo que una cadena de observaciones y razonamientos conducen al nuevo conocimiento.

b. Verificable: Es este un requisito esencial, debe existir la metodología necesaria para establecer el grado de certidumbre o exactitud de lo que ese conocimiento afirma. Es impersonal.

c. Universal: Independientemente del lugar o la época, lo que señala un conocimiento científico se cumple.

d. Transformador: Nadie duda hoy que el conocimiento científico transforma a las sociedades y a sus modos de vida.

e. Analítico: Normalmente se accede a un conocimiento científico descomponiendo el todo en sus elementos o partes, a fin de simplificar el abordaje y descubrir así relaciones y mecanismos internos subyacentes.

f. Sintético: Una vez analizadas minuciosamente las partes del problema, se debe poder relacionarlas para formular una idea abarcadora.

g. Específico: La ciencia analiza fenómenos y situaciones particulares, pues resulta imposible pensar en una ciencia de lo universal.

h. Explicativo: El objetivo último del conocimiento científico es tratar de entender y explicar los hechos formulando leyes o principios.

i. Comunicable: Un conocimiento científico debe poder expresarse de modo que los demás puedan comprenderlo.

j. Fático: Se aferra a los hechos tal como son y se presentan.

k. Objetivo: Se abstrae de cualquier elemento afectivo y solamente atiende a cuestiones de la razón.

l. Provisional: Un conocimiento científico no debe tomarse como definitivo o inmutable, pues mantienen su validez en la medida que no existan nuevas investigaciones científicas que los cuestionen.¹⁸

2.2.1.2 Tipos de conocimiento

La división más aceptada es la de ciencias fácticas y formales.

a. Ciencias formales: se ocupan de la estructura o forma del pensamiento. Trabajan conceptos abstractos, son los matemáticos, físicos, la lógica. Las formales trabajan con formas, es decir, con objetos ideales, que son creados por el hombre, que existen en su mente y son obtenidos por abstracción. Las ciencias formales son la lógica y la matemática.

b. Ciencias fácticas, trabajan con objetos reales que ocupan un espacio y un tiempo. La palabra fáctica viene del latín factum que significa "hecho", o sea

que trabaja con hechos. Se subdividen en naturales y sociales. La naturaleza se desenvuelve independientemente de la voluntad el hombre, en cambio, el mundo del hombre es creado por él. Las naturales son las biología, física, química, etc. y las sociales son sociología, economía, psicología, etc.¹⁹

2.2.1.3 Dimensiones del conocimiento

Winter, en el año 1987, propone seis dimensiones del conocimiento en función de su dificultad para ser transferido: a) conocimiento tácito y totalmente articulado b) grado de facilidad de enseñanza el conocimiento c) posibilidad de que el conocimiento sea articulado o no d) dificultad o facilidad de observar y comprender la aplicación del conocimiento por parte de los competidores e) grado de complejidad, según el número de elementos que componen un sistema y el grado de interacción entre esos elementos f) grado de dependencia que mantiene un conocimiento con otros sistemas de conocimiento que poseen diferentes individuos o grupos.²⁰

2.2.1.4 Definición de actitud

Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones.²¹

2.2.1.5 Características de la actitud

Según Vallerand, en el año 1994, menciona las características más relevantes:

- a. Es un constructo o variable no observable directamente.
- b. Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos.
- c. Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción y también influencia la percepción y el pensamiento.
- d. Es aprendida.
- e. Es perdurable.
- f. Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado o desagrado.

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son:

- a. Su carácter definitorio de la identidad del sujeto.
- b. El ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo.²¹

2.2.1.6 Comparación entre Actitudes y otros Constructos

Actitudes y valores, en su concepción más consensual, podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo o negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos.

Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas.

Actitudes y opiniones, existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo o desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.

Actitudes y creencias, las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.

Actitudes y hábitos, tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de conducta rutinizados generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental.²¹

2.2.1.7 Caries dental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido 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.²²

La caries es una enfermedad que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente provocada por los ácidos producidos por las bacterias de la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. Si no es tratada, tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina, alcanza la pulpa dental produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte). El resultado final es la inflamación del área que rodea el ápice o extremo de la raíz, periodontitis apical, pudiendo llegar a ocasionar una celulitis o flemón.²¹

2.2.1.8 Elementos que intervienen en la caries dental

Para entender qué sucede cuando los dientes se deterioran, es necesario conocer estos elementos:

a. Saliva: La boca y los dientes están constantemente bañados en saliva. La saliva mantiene los dientes y otros tejidos finos orales húmedos y lubricados, lavan algunas de las partículas de alimento que quedan después de que comemos, mantienen bajos los niveles ácidos de la boca, y protege contra algunos virus y bacterias.

b. Película: Ciertas proteínas en la saliva (glicoproteínas) son absorbidas por la superficie de nuestros dientes, creando una microscópicamente fina, clara cubierta en los dientes llamada "película." La película ayuda a proteger los dientes contra el ácido que puede causar decaimiento. Sin embargo, la película también es una superficie preferida para que las bacterias y otros microorganismos se junten y conduzcan al desarrollo de la placa.

c. La placa: aparece como una sustancia suave que se pega a los dientes, es en realidad, colonias de bacterias, protozoos, micoplasmas, levaduras y virus que se agrupan en un material orgánico gelatinoso. También en la mezcla están los subproductos de las bacterias, las células blancas de la sangre, desechos de alimentos y el tejido del cuerpo.

d. Cálculos: Si no se realiza la higiene de los dientes por bastante tiempo, la placa comienza a mineralizar y a endurecerse en cálculo o tártaro. El calcio, el fósforo y otros minerales de la saliva se incorporan a la placa; forman cristales y endurecen la estructura de la placa. La placa comienza a mineralizar en el plazo de 24 a 72 horas, y se endurece y se transforma completamente en cálculo en el plazo de 12 a 20 días.

e. Bacterias: El estreptococo mutans es la bacteria que hace la mayor parte del daño, se pega fácilmente a los dientes y produce el ácido. Otras bacterias generadoras de ácido comunes, lactobacilo, son menos destructivas porque sólo se pueden pegar a la placa, no al diente sí mismo. Un tercer tipo de bacterias, actinomicetos, también desempeña un papel en la formación caries. Otras bacterias causan enfermedad periodontal, incluyendo los gingivalis de Porphyromonas, el Prevotella intermedia y el forsythus de Bacteroides.²¹

2.2.1.9 Factores de riesgo de la caries dental

La caries dental es una enfermedad bacteriana multifactorial que para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos:

a. (Diente): Es sobre la estructura dura de los dientes que la dolencia se manifiesta y, para que esto ocurra, es necesario que el esmalte se torne susceptible de ser destruido, por los ácidos o por su propia configuración anatómica como en los casos de surcos, fisuras, y puntos. Los dientes deciduos sanos son menos mineralizados que los permanentes, lógicamente serán más susceptibles.

b. Microflora (Bacteria): Se origina de una matriz glico-proteica donde el componente bacteriano se fija, coloniza y cuando es criogénico y organizado, se puede convertir en una fuente generadora de caries dentaria. Los *Streptococos mutans* están relacionados con la caries o lesiones que ocurren en puntos, ranuras y fisuras; como también en las superficies lisa, sobre el cuello y raíz, por la acción formadora de glucanos que los habilita a adherirse en cualquier superficie. La aparición de una placa oscura, y está firmemente adherida y es de difícil remoción.

c. Substratos (Azúcares): Siendo la caries una enfermedad bacteriana, estudios confirman sus características de infección y transmisibilidad. La simple inoculación de bacterias cariogénicas no generan de por sí la caries dental, siendo necesaria la presencia de un sustrato cariogénico constituido a base de carbohidratos refinados como la sacarosa, glucosa, fructosa y lactosa. Como en la saliva y en la placa existen iones de Ca, P, y F, ellos producen un efecto de

remineralización, que evita que la lesión se forme y cuando existe el desequilibrio este lleva por un lado a la cavitación y por otro a la remineralización.

d. Tiempo: Después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones por día contribuyen para aumentar el riesgo de caries. El consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo de REMI-DESMI, aumentando el riesgo de caries.²³

2.2.1.10 Mecanismo de acción de la caries dental

a. Caries de esmalte, la primera evidencia clínica de la caries de esmalte es la formación de una “mancha blanca”, que se debe a un efecto óptico producido por aumento de la dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por incremento de la porosidad; ésta, a su vez, origina da por disolución de una parte del esmalte que realizan los ácidos difundidos en su interior a partir de la placa dentobacteriana adherida a su superficie. Si avanza la desmineralización, aparece una rugosidad superficial. En fosetas y fisuras, la enfermedad se inicia como manchas blancas enfrentadas en las paredes de la fisura, a la altura de la mitad más profunda. Dicha desmineralización llega hasta la unión entre esmalte y dentina. La lesión es indolora e inodora y casi siempre es extensa y poco profunda.

b. Caries de dentina, al llegar al límite amelodentinario, el proceso carioso se difunde en dirección lateral, formándose una base amplia. La dentina es un tejido poco calcificado y por ello el proceso evoluciona con mayor rapidez, avanzando a través de los túbulos dentinarios, los cuales se infiltran de bacterias y se dilatan a expensas de la matriz adyacente.

c. Caries de pulpa, la caries llega a la pulpa y la inflama, pero ésta conserva su vitalidad. El síntoma principal es el dolor espontáneo o inducido. El dolor espontáneo se caracteriza porque no se produce por alguna causa externa, sino por la congestión de la pulpa que presiona los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar. Este dolor aumenta durante las noches, porque al mantener la cabeza en posición horizontal hay mayor afluencia de sangre.

d. Necrosis pulpar, se caracteriza por destrucción total de la pulpa. En consecuencia, no hay dolor espontáneo ni inducido del diente, pero sí duele por las complicaciones de la caries que incluyen desde monoartritis apical hasta osteomielitis. La infección puede diseminarse al resto del organismo a través del torrente sanguíneo, independientemente de que exista en las estructuras de soporte del diente a niveles local y general (oídos, ojos, nariz), y afección sistémica en personas susceptibles a endocarditis bacteriana.²⁴

2.3 Definición de términos básicos

• **Actitud**, es un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación,

poseyendo tres componentes: cognitivo, incluyendo todo lo que sabemos, el conjunto de opiniones y creencias formado a lo largo del tiempo, adquiriendo complejidad, estabilidad por lo cual no es fácil de modificar, conativo, indica al sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación, y por último afectivo, incluye los sentimientos, emociones y el ánimo que suscitan en el sujeto el objeto de la actitud.

- **Caries dental**, es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- **Conocimiento**, es la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente.²⁵
- **CPOD**, es el índice utilizado para medir el grado de caries dental del paciente y diseñar un tratamiento adecuado para el paciente se denomina índice CPOD y evalúa los veintiocho dientes permanentes de la dentadura para definir cuáles sufren la caries dental.
- **Dieta cariogénica**, la cariogenicidad de un alimento se determina en base del contenido de azúcares, características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, frecuencia de consumo y tiempo de permanencia en la boca.
- **Factores de riesgo**, es la posibilidad de predecir un acontecimiento en el plano de la enfermedad como en la salud, lo que ofrece a la atención primaria

de la salud bucal es un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de las prioridades, y puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social.²⁶

- **Índice**, son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades o hechos en una comunidad que pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad de la enfermedad.

- **Índice de higiene oral**, en 1960 Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral (OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified). Que en nuestro medio se conoce como Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo.

- **Padre de familia**, referido a la mamá o al papá del niño de 8 a 11 años de edad.

- **Severidad del riesgo**, es el valor asignado al daño más probable que produciría si se materializase.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y sus derivadas

3.1.1 Hipótesis general

Existe relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

3.1.2 Hipótesis específica

Existe relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Existe relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Existe relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Existe relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Existe relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Existe relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

3.2 Variables: definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable 1: Conocimientos, actitudes sobre caries dental y factores de riesgo

- **Definición Conceptual:** Conjunto de saberes en salud dental acumulados a través del tiempo y los cuales han sido obtenidos por diferentes medios que permiten a las personas mejorar su salud oral si se ponen en práctica.²⁷

Es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.²⁸

- **Definición Operacional:** Aprendizaje adquirido de temas sobre la caries dental, se medirá con los niveles de conocimiento bueno, regular, bajo y la actitud es una disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, se medirá favorable, indiferente y desfavorable.

3.2.2 Variable 2: Historia de la caries dental

- **Definición Conceptual:** Es la presencia de caries dental que experimenta una pieza dental.
- **Definición Operacional:** Caries dental que presenta el niño en la dentición mixta, será medido con el índice CPOD, piezas dentales cariadas, perdidas, obturadas.

3.2.4 Operacionalización de las variables de estudio

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	CATEGORÍA DE ESCALA
Conocimientos, actitudes sobre caries dental y Factores de riesgo	Edad	Tiempo que ha vivido el niño contando desde su nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • 6 años • 7 años • 8 años • 9 años • 10 años • 11 años • 12 años 	Ordinal
	Sexo	Características que comparten una condición orgánica referente al género.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
	Nivel de conocimiento	Aprendizaje adquirido de temas sobre la caries dental	<ul style="list-style-type: none"> • Malo: De 0 a 10 puntos • Regular: De 11 a 15 puntos • Bueno: De 16 a 20 puntos 	Ordinal
	Actitud del padre	Disposición adquirida a través de la propia experiencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Desfavorable: De 10 a 17 puntos • Indiferente: De 18 a 23 puntos • Favorable: De 24 a 30 puntos 	Ordinal
	Higiene oral	Presencia de placa blanda	Índice de Higiene oral: <ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	Ordinal
	Consumos de carbohidratos	Nº de veces de consumo de azúcares y carbohidratos al día	<ul style="list-style-type: none"> • 3 veces/día • 4- 5 veces/día • 6- 7 veces/día • > 7 veces/día 	Ordinal
Historia de la caries dental	Caries dental del niño	de dientes con experiencia de caries	Índice CPOD <ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo: 0.0-1.1 • Bajo: 1.2-2.6 • Moderado: 2.7-4.4 • Alto: 4.5-6.5. • Muy Alto: 6.5 a más. 	Ordinal

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

La presente investigación se realizó dentro del marco del diseño no experimental, porque no existe manipulación de las variables, se observa de forma natural los hechos o fenómenos; es decir, tal y como se dan los hechos en su ámbito natural.

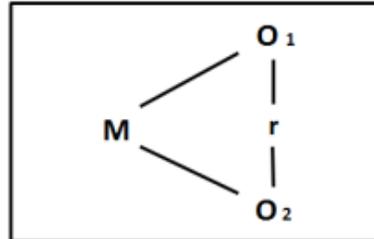
4.1.1 Diseño de la investigación

De acuerdo a la temporalidad: De corte transversal porque los datos del estudio se recolectan en un solo momento, en un tiempo único.

De acuerdo al lugar donde se obtienen los datos: Investigación de Campo; ya que el comportamiento de la variable de estudio se da de manera natural y se recoge los datos en campo.

De acuerdo al momento: Prospectivo, porque se hará en tiempo futuro, es decir la recolección de datos es de aquí en adelante.

De acuerdo a la finalidad: Investigación correlacional, porque tiene como propósito conocer la relación que existe entre las variables cultura preventiva de higiene bucal y del índice CPOD y el índice de higiene oral.



Dónde:

M = Padres con hijo de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio.

O1 = Conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y factores de riesgo

O2 = Historia de caries dental de sus hijos

R = Relación entre las variables.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

El Centro de Salud San Antonio tiene la capacidad de brindar atención de salud oral a niños entre 6 a 12 años de edad, de su ámbito jurisdiccional en un aproximado de 160 padres con niños entre las edades indicadas.

4.2.2 Muestra

La muestra está conformada por 112 padres de familia con niño de 6 a 12 años de edad que acuden al C. S. San Antonio. Se aplicó la fórmula para poblaciones finitas. Para hallar la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple con fórmula para poblaciones finitas.

Dónde:

N = 160 padres de familia con niño de 6 a 12 años de edad

Z = nivel de confianza = 95% = 1.96

p = 0.5

q = 0.5

E = error = 0.05

n = Tamaño de la muestra.

$$Z^2 (N) (p) (q)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$E^2 (N - 1) + Z^2 (p) (q)$$

$$(1.95)^2 (160) (0.5) (0.5)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(0.05)^2 (159) + (1.95)^2 (0.5) (0.5)$$

$$3.8025 (160) (0.25)$$

$$n = \frac{3.8025 (160) (0.25)}{(0.0025) (159) + (3.8025) (0.25)}$$

$$152.1$$

$$n = \frac{152.1}{1.348125} \quad n = 112.8233657858$$

n = 112 padres con sus hijos.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Necesariamente se consideran las técnicas e instrumentos

Técnicas: Para evaluar el conocimiento sobre caries dental y las actitudes de los padres, se hará a través de la encuesta como técnica y el cuestionario como instrumento.

Instrumentos: Para determinar la prevalencia de la historia de caries dental, se utilizó la ficha dental del CPOD el cual medirá el índice de caries dental y para evaluar el índice de higiene oral será con la ficha IHIOS, determinando el nivel de higiene oral para los niños de 6 a 12 años de edad.

Para evaluar el nivel de conocimientos se hará con un cuestionario aplicado a los padres de los niños de 6 a 12 años de edad que acuden al Centro de Salud

de San Antonio y será valorado nivel Bueno, Regular y Malo cuyo instrumento de medición fue validado para su aplicación. Además evaluó probables factores de riesgo como la edad, el sexo y el consumo de carbohidratos.

La actitud de los padres se medirá a través de un cuestionario aplicado de 10 ítems y será valorado con los niveles de favorable, indiferente y desfavorable. El instrumento de medición es tomado del autor Carlos Manuel Ríos Angulo del año 2014, el cual ha sido modificado por el autor.

4.4 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Los datos fueron procesados en una base de datos SPSS versión 22, se utilizó estadística descriptiva, a través de frecuencias, porcentajes, tablas, y cuadros de una o doble entrada. Para hallar la relación se procedió con la aplicación del estadístico chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95.0%. Para determinar la relación se usó p el valor = 0.05. Posteriormente se utilizó Microsoft Excel para la elaboración de las figuras y luego fueron trasladados al Word versión 2010.

4.5 Aspectos éticos

El profesional odontólogo en el momento de la prestación de los servicios de salud, muestra respeto, cordialidad y buen trato conservando la integridad de los padres con sus niños.

Se tiene el consentimiento firmado por el tutor o padre de familia para la participación del niño, siendo muy importante que el niño tanto como el tutor o

el padre reciba la información necesaria, los objetivos que percibe dicho trabajo, y por ultimo como se hará el procedimiento clínico para la obtención de los datos.

La información que se recogió durante la ejecución fue de carácter confidencial y solo fue utilizado con fines de investigación para el presente estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Análisis de tablas y gráficos

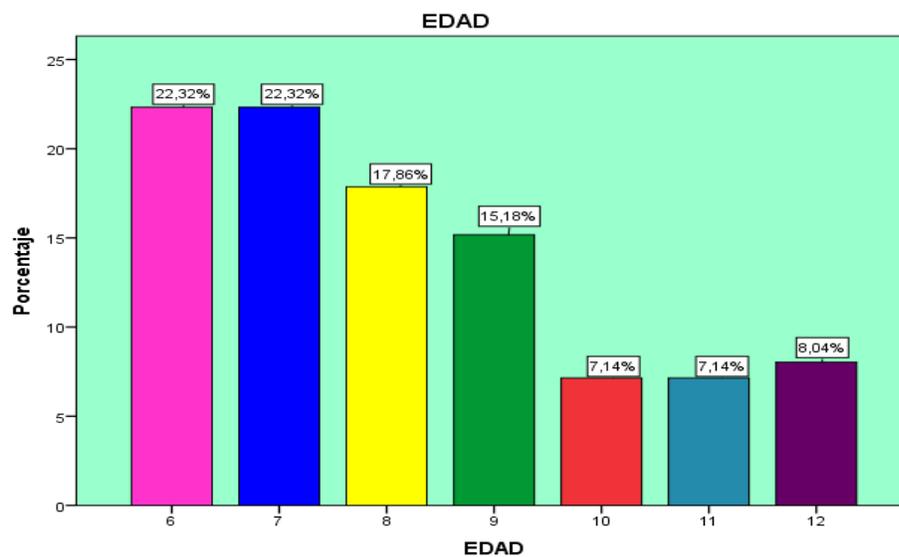
Tabla N° 1

Distribución de frecuencia según edad de los niños de 6 a 12 años
en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6	25	22,4
7	25	22,3
8	20	17,9
9	17	15,2
10	8	7,1
11	8	7,1
12	9	8,0
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Gráfico 1



INTERPRETACION

En la tabla 1, la distribución según la edad de los niños se observa que el 22,4% son de 6 años, 22,3% de 7 años, 17,9% de 8 años, 15,2% de 9 años, 7,1% de 10 años, 7,1% de 11 años y 8,0% de 12 años.

Como vemos se aprecia que la edad de los niños en la investigación el mayor porcentaje se concentra en el grupo de edad de 6 a 9 años, con el 77,8% de ellos.

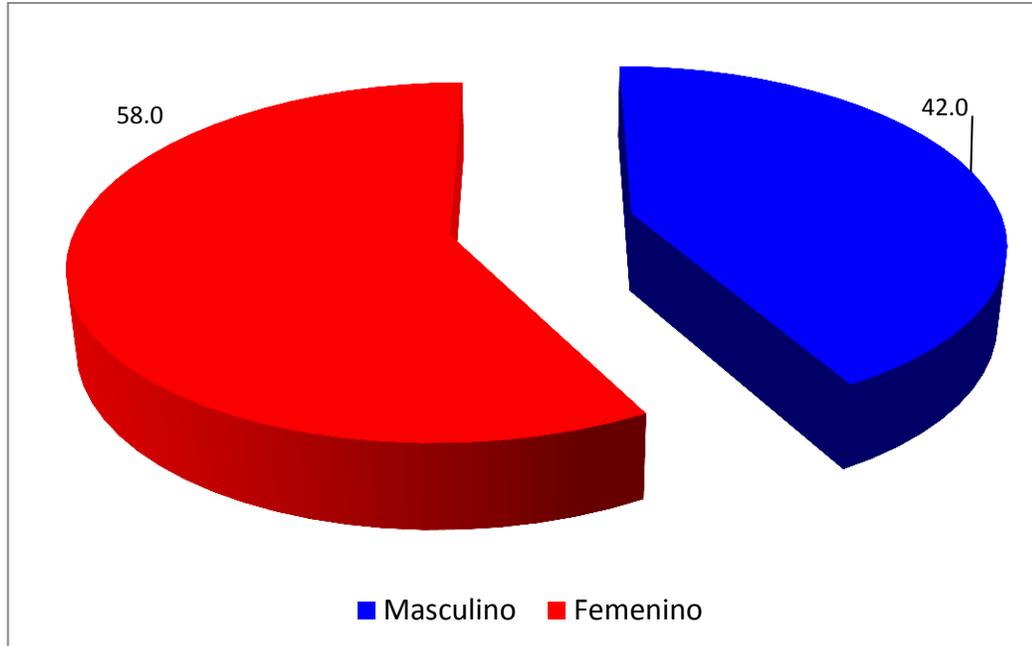
Tabla N° 2

**Distribución de frecuencia según sexo de los niños de 6 a 12 años
en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	47	42,0
Femenino	65	58,0
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 2



INTERPRETACION

Del total de 112 niños, seleccionados de manera aleatoria del Centro de Salud San Antonio en un rango comprendido entre 6 y 12 años de edad.

El 58,0% son del género femenino mientras que el 42,0% del género masculino, lo que significa que el número mayor corresponde al género femenino, lo que se debe tomar en cuenta cuando se trate de tomar en cuenta variables influyentes del presente trabajo de investigación.

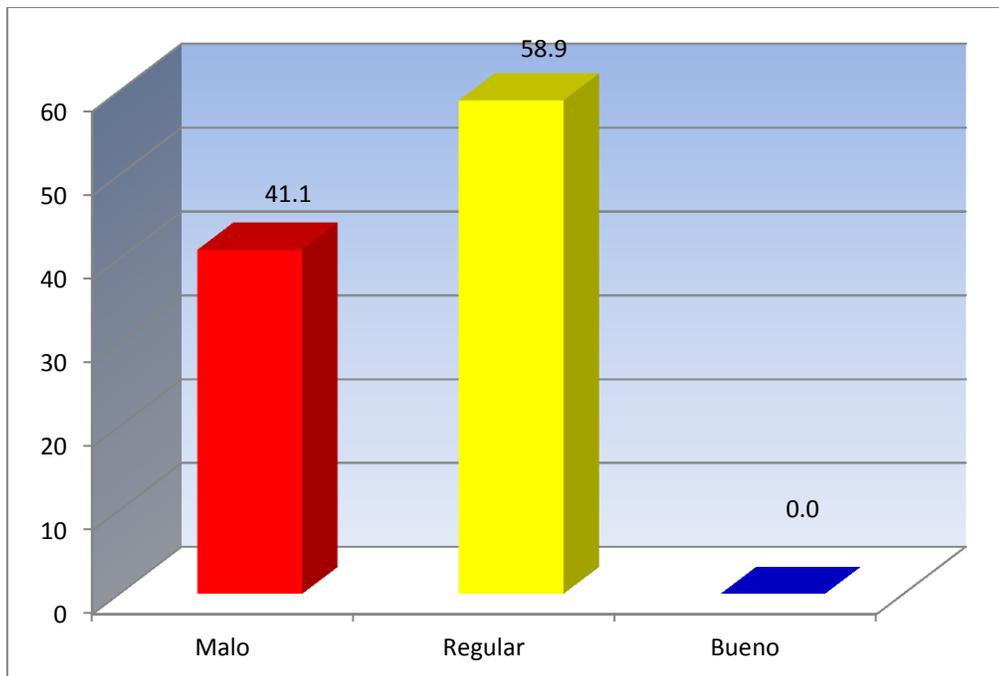
Tabla N° 3

Distribución de frecuencia según el Nivel de conocimiento de los padres de niños de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017

NIVEL CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Malo	46	41,1
Regular	66	58,9
Bueno	0	0,0
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 3



INTERPRETACION

Luego de realizar el cuestionario a 112 padres, los resultados obtenidos, según las respuestas correctas se agruparon en una escala de bueno (16 – 20), regular (11 – 15) y malo (0 – 10). Donde se obtuvo que la mayoría presento un nivel de información regular con un 58,9%, seguido del nivel malo con 41,1% y ningún padre obtuvo el nivel bueno.

Concluyendo que los padres de familia necesitan tener un conocimiento más amplio sobre caries dental, para que esa información pueda procesar para lograr un cambio de actitud respecto a la salud oral de sus niños, ya que ello mejorara la salud general y la calidad de vida.

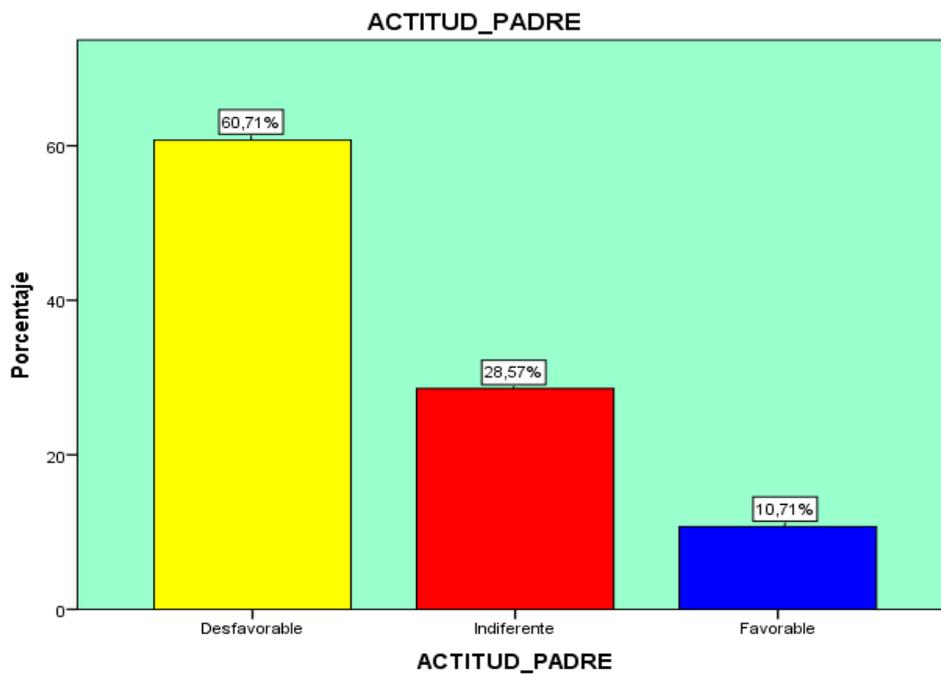
Tabla N° 4

**Distribución de frecuencia según actitud de los padres de
de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio
de Moquegua, año 2017**

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desfavorable	68	60,7
Indiferente	32	28,6
Favorable	12	10,7
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 4



INTERPRETACION

Después de aplicar el cuestionario se obtiene que los padres tienen una actitud desfavorable frente a la caries dental y sus factores de riesgo, en un 60,7%; seguido de un 28,6% que muestran indiferentes y solo un 10,7% de ellos tienen una actitud favorable.

En conclusión, se observa que el 89,3% de los padres a pesar que muestran un nivel de conocimientos regular, asumen una actitud negativa frente a la salud oral de sus hijos, no considerando que los niños todavía dependen de la decisión de los padres respecto a estos temas de salud oral.

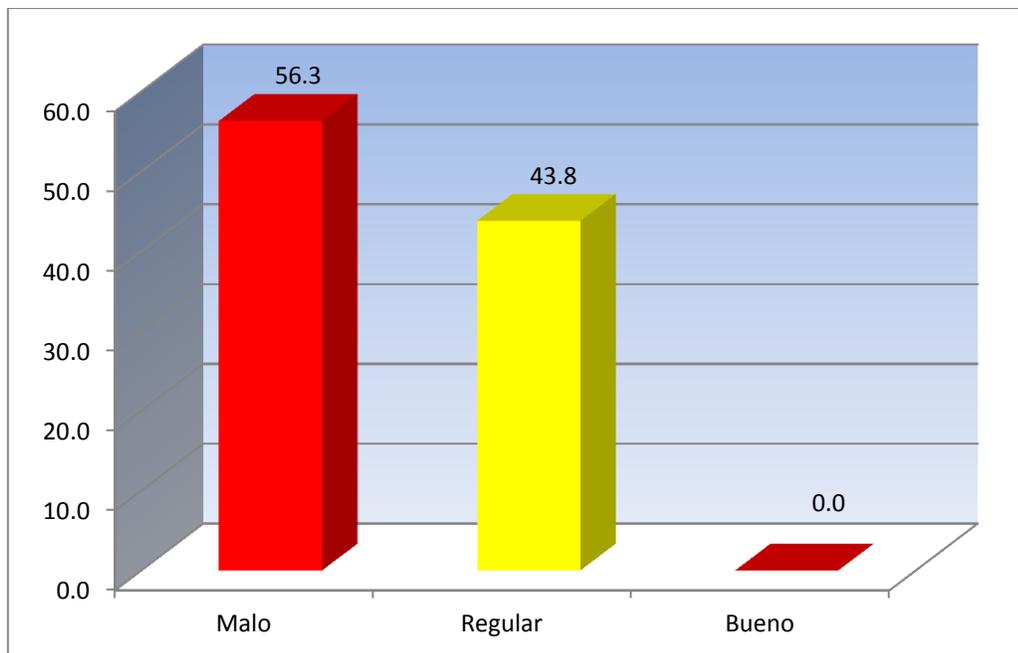
Tabla N° 5

**Distribución de frecuencia según higiene oral de los niños
de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio de
Moquegua, año 2017**

HIGIENE ORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Malo	63	56,3
Regular	49	43,8
Bueno	0	0,0
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 5



INTERPRETACION

Respecto a los resultados del Índice de higiene oral simplificado (IHOS) de los 112 niños se encontró un 56,3% de índice malo (índices mayores a 3.1) y un 43,8% de índice regular (índices de 1.3 a 3.0) y ningún índice bueno (índices de 0 a 1.2).

Como conclusión se puede inferir que estos resultados confirman que los padres no se preocupan por la salud oral de sus niños, ya que todos ellos muestran higiene oral de regular a malo. Es necesario que se haga una intervención para recuperar la salud oral.

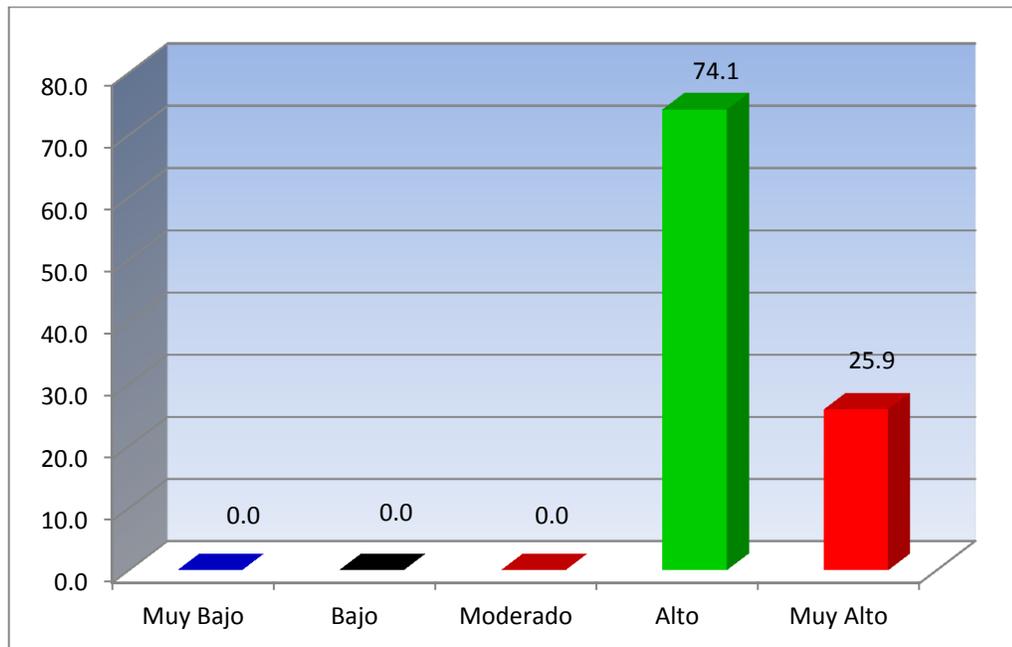
Tabla N° 6

**Distribución de frecuencia según CPOD de los niños de 6 a 12 años
en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017**

CPOD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy Bajo	0	0,0
Bajo	0	0,0
Moderado	0	0,0
Alto	83	74.1
Muy Alto	29	25.9
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 6



INTERPRETACION

La prevalencia de caries usando el índice de CPOD fue el 100,0%, en donde el promedio de dientes cariados fue de 6.3, ya que no se encontraron dientes obturados ni perdidos por caries.

Los niños muestran un CPOD alto en un 74,1%, seguido de un 25,9% muestran un CPOD muy alto y por ultimo no hubo niños con CPOD muy bajo, bajo, ni moderado.

En conclusión los resultados muestran altos niveles de caries dental, esto va acompañado de una higiene oral deplorable, que los padres deberían de hacer reflexión sobre estos resultados para que puedan cambiar de actitud frente a la salud oral de sus hijos.

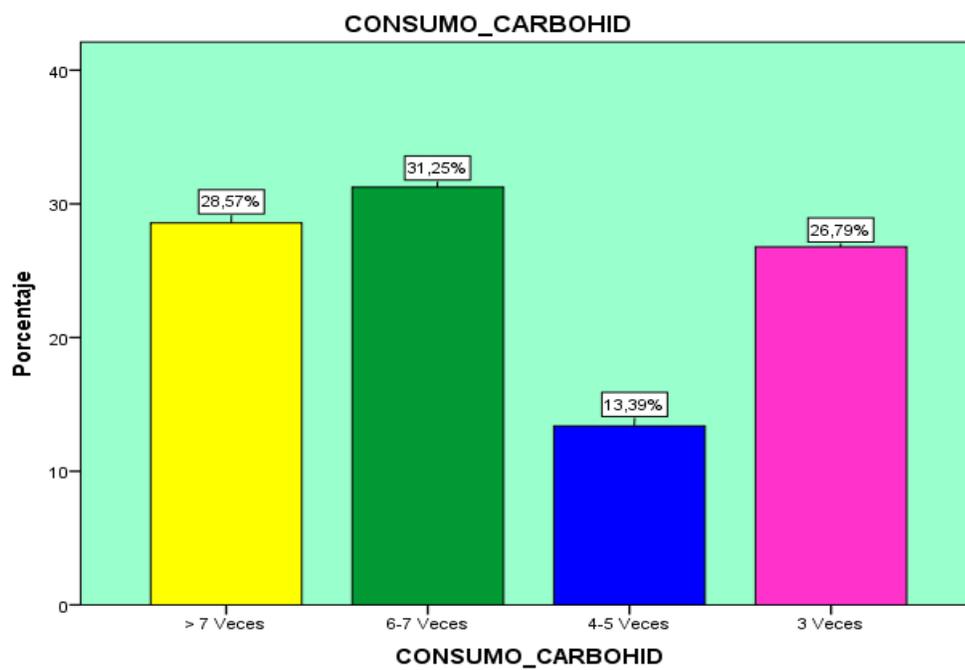
Tabla N° 7

**Distribución de frecuencia según consumo de carbohidratos
de los niños de 6 a 12 años en el Centro de Salud
San Antonio de Moquegua, año 2017**

CONSUMO CARBOHIDRATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> 7 Veces	32	28,6
6-7 Veces	35	31,3
4-5 Veces	15	13,4
3 Veces	30	26,8
Total	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

Grafico 7



INTERPRETACION

Respecto al consumo de carbohidratos de los niños durante el transcurso del día, se aprecia en la tabla 7, que el 31,3% de los niños consumen de 6 a 7 veces, 28,6% de 7 veces a mas, seguido del 26,8% de ellos consumen 3 veces al día que es lo normal en la ingesta de alimentos en relación a la frecuencia y por ultimo un 13,4% consumen de 4 a 5 veces por día.

En conclusión la mayoría de los niños en un 73,3% consumen carbohidratos más de tres veces por día, considerándose el consumo de carbohidratos como u factor de riesgo de caries dental.

Tabla N° 8

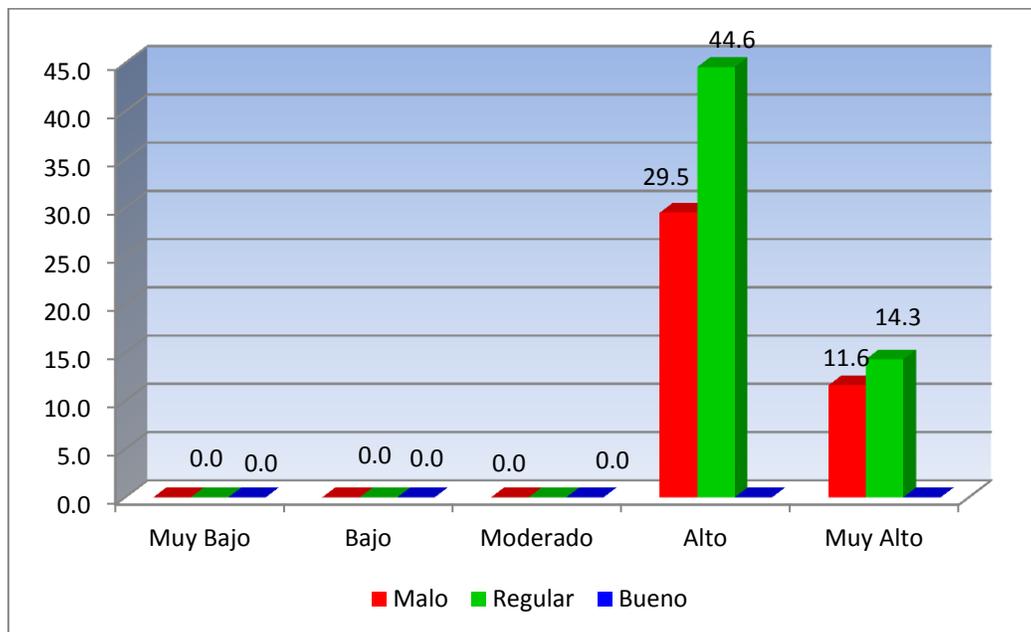
**Relación entre el nivel de conocimiento de los padres
y el CPOD de los niños de 6 a 12 años en el Centro
de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017**

Nivel Conocimiento	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Malo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	33	29,5	13	11,6	46	41,1
Regular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	44,6	16	14,3	66	58,9
Bueno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

$$X^2 = 0,228 \quad gl = 21 \quad P = 0,633$$

Grafico 8



INTERPRETACION

En la tabla 8, se aprecia que el 44,5% tienen un nivel de conocimiento regular y el índice CPOD es alto, asimismo un 29,5% muestran un nivel de conocimiento malo y un índice de CPOD alto; en tanto el 14,3% tienen un nivel regular y CPOD muy alto y por último el 11,6% tienen un nivel de conocimiento malo y CPOD muy alto.

Respecto a la relación del nivel de conocimientos de los padres y el CPOD de los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 0,228 y un p valor = 0,633; concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula que dice no existe relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Tabla N° 9

Relación entre la actitud de los padres y el CPOD

de los niños de 6 a 12 años en el Centro de Salud

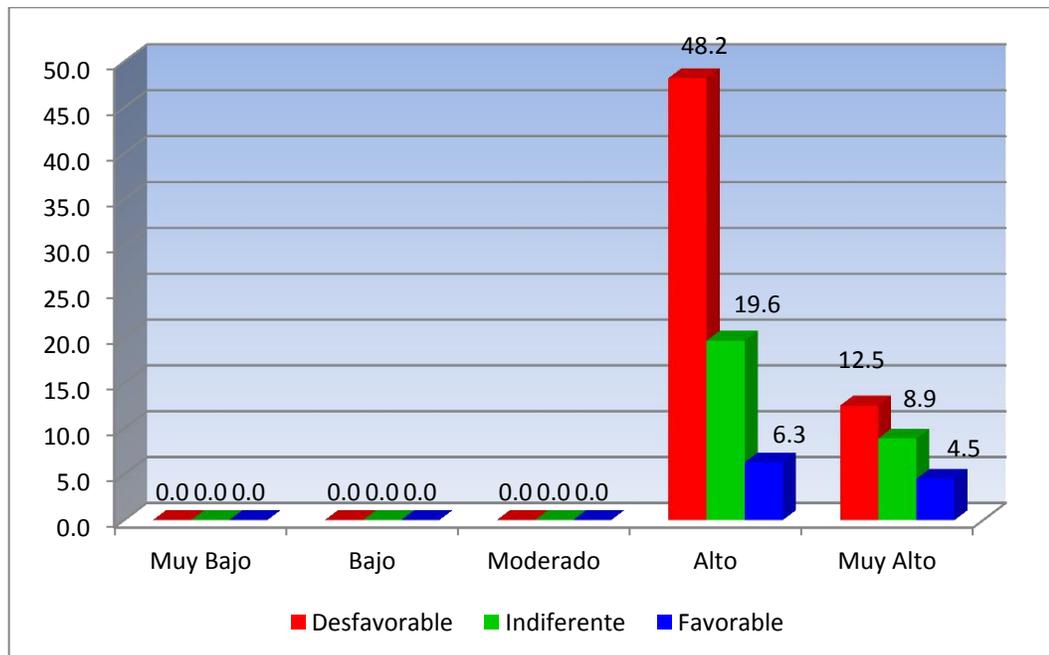
San Antonio de Moquegua, año 2017

Actitud	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desfavorable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	54	48,2	14	12,5	68	60,7
Indiferente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	19,6	10	8,9	32	28,6
Favorable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,3	5	4,5	12	10,7
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

$\chi^2 = 3,032$ $gl = 2$ $P = 0,220$

Gráfico 9



INTERPRETACION

En la tabla 9, se aprecia que el 48,2% tienen una actitud desfavorable y el índice CPOD es alto, asimismo un 12,5% muestran una actitud desfavorable y un índice de CPOD muy alto; en tanto el 19,6% tienen una actitud indiferente y CPOD alto; el 8,9% tienen una actitud indiferente y CPOD muy alto y por último 6,3% tiene una actitud favorable y CPOD alto y el 4,5% muestra actitud favorable y un CPOD muy alto.

Respecto a la relación de la actitud de los padres y el CPOD de los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 3,032 y un p valor = 0, 220; concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula que dice no existe relación entre la actitud de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Tabla N° 10

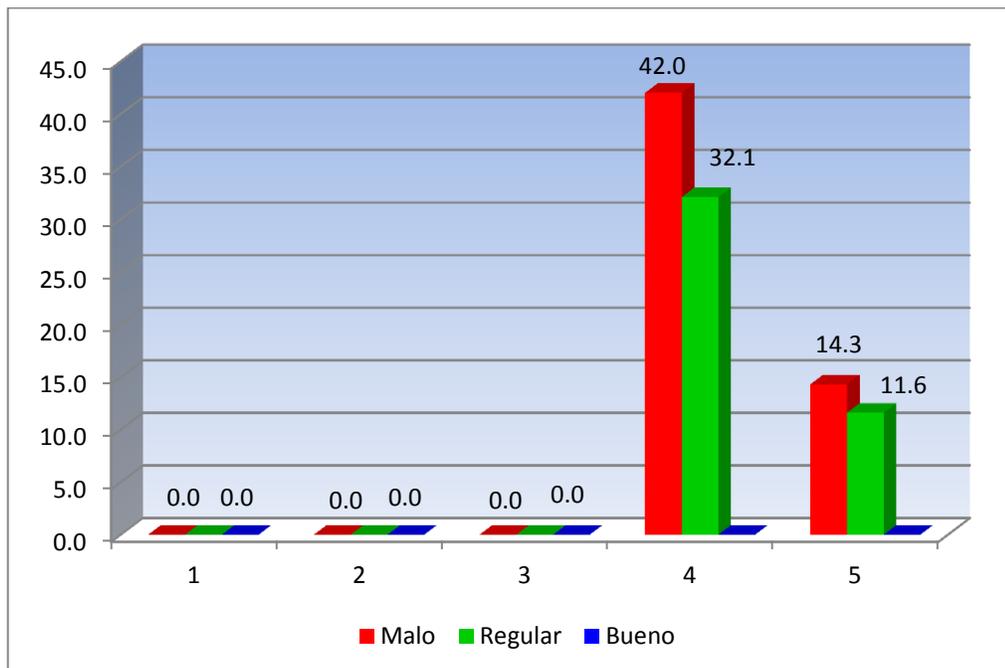
**Relación entre higiene oral y el CPOD de los niños
de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio
de Moquegua, año 2017**

IHOS	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Malo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	42,0	16	14,3	63	56,3
Regular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	32,1	13	11,6	49	43,8
Bueno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

$\chi^2 = 0,018$ $gl = 1$ $P = 0,892$

Grafico 10



INTERPRETACION

En la tabla 10, se aprecia que el 42,5% tienen mala higiene oral y el índice CPOD es alto, asimismo un 14,3% muestran mala higiene oral y un índice de CPOD muy alto; en tanto el 32,1% tienen regular higiene oral y CPOD alto; el 11,6% tienen regular higiene oral y CPOD muy alto y por último ningún niño muestra IHOS bueno.

Respecto a la relación del índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental en los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 0,018 y un p valor = 0,892; concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula que dice no existe relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental en los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

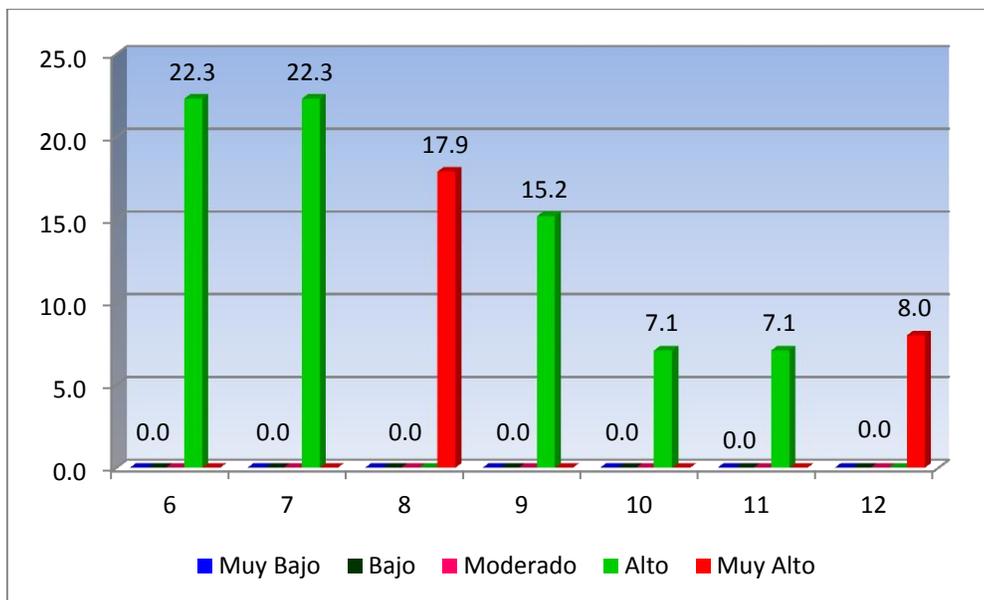
Tabla N° 11
Relación entre la edad y el CPOD de los niños de
6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio
de Moquegua, año 2017

EDAD	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	22,3	0	0,0	25	22,3
7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	22,3	0	0,0	25	22,3
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	17,9	20	17,9
9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	15,2	0	0,0	17	15,2
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,1	0	0,0	8	7,1
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,1	0	0,0	8	7,1
12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	8,0%	9	8,0%
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

X² = 112,000 gl = 6 P = 0,000

Gráfico 11



INTERPRETACION

En la tabla 11, que según la edad y el índice de CPOD se aprecia que el 22,3% de los niños de 6 y 7 años tienen índice de CPOD alto, el 15,2% de 9 años de edad tienen índice de CPOD alto, 7,1% del total tienen 10 y 11 años, mientras 17,9% tienen 8 años y un CPOD muy alto y por último 8,0% tienen 12 años y un índice CPOD muy alto.

Respecto a la relación entre la edad y el CPOD de los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 112,000 y un p valor = 0,000; concluyendo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que dice que existe relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Tabla N° 12

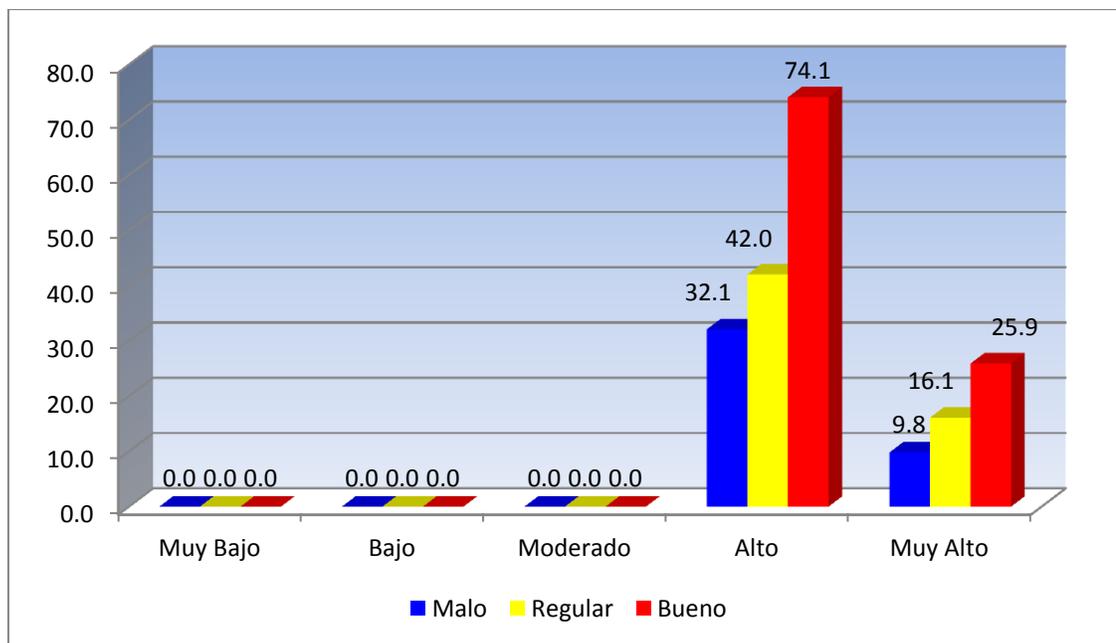
Relación entre el sexo y el CPOD de los niños de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017

SEXO	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	32,1	11	9,8	47	42,0
Femenino	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	42,0	18	16,1	65	58,0
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

$X^2 = 0,261$ $gl = 1$ $P = 0,609$

Gráfico 12



INTERPRETACION

En la tabla 12, según el sexo y el índice CPOD, se aprecia que el 42,2% del género femenino presenta índice CPOD alto, el 32,1% de niños de género masculino presenta CPOD alto, mientras el 16,1% de género femenino tienen CPOD muy alto y por último el 9,8% son de género masculino y tienen CPOD muy alto.

Respecto a la relación entre el sexo y el índice CPOD de los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 0,261 y un p valor = 0,609; concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula que dice no existe relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Tabla N° 13

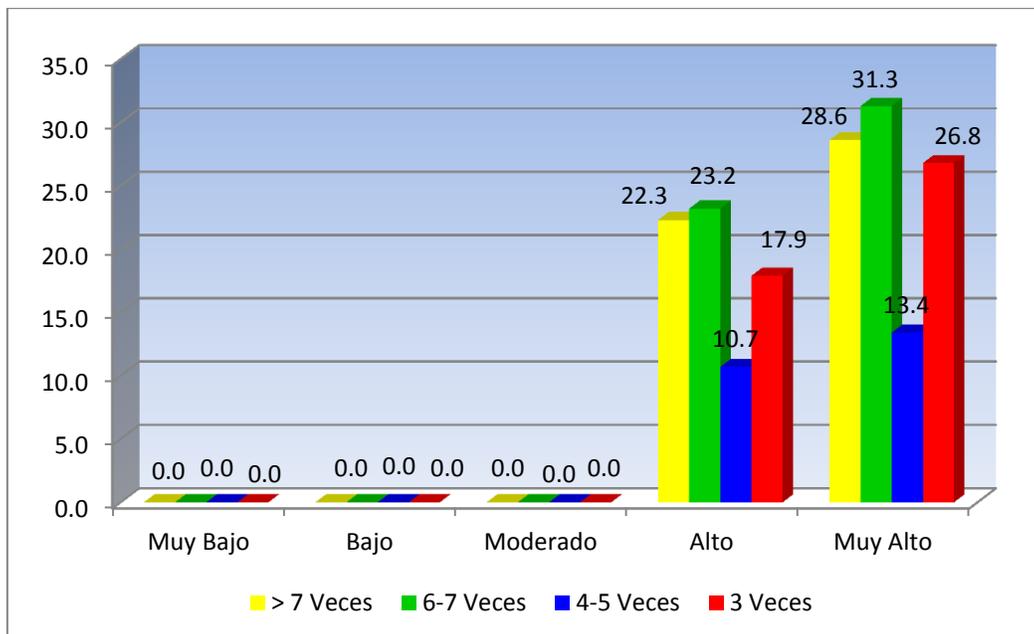
**Relación entre consumo de carbohidratos y el CPOD de
los niños de 6 a 12 años en el Centro de Salud
San Antonio de Moquegua, año 2017**

CONSUMO CARBOHIDRATOS	CPOD										Total	
	Muy Bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
> 7 Veces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	22,3	7	6,3	32	28,6
6-7 Veces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	26	23,2	9	8,0	35	31,3
4-5 Veces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	10,7	3	2,7	15	13,4
3 Veces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	17,9	10	8,9	30	26,8
Total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	74,1	29	25,9	112	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

$X^2 = 1,407$ $gl = 3$ $P = 0,704$

Gráfico 13



INTERPRETACION

En la tabla 13, considerando la frecuencia de ingesta de carbohidratos y el índice de CPOD, 23,2%, 6,3% de los niños consumen carbohidratos con una frecuencia mayor a 7 veces al día y presentan un CPOD alto y muy alto respectivamente. El 23,2%, 8,0% de los niños tienen una frecuencia de consumo de carbohidratos de 6 a 7 veces por día tienen índice CÖD alto y muy alto respectivamente. El 10,7%, y 2,7% de los niños tienen una frecuencia de 4 a 5 veces por día y un índice CPOD alto y muy alto respectivamente.

Respecto a la relación del nivel de conocimientos de los padres y el CPOD de los niños, se obtiene como resultado un chi cuadrado de 1,407 y un p valor = 0,704; concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula que dice no existe relación entre el consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

5.2 Comprobación de hipótesis y técnicas estadísticas empleadas

A continuación se presenta la comprobación de la hipótesis general formulada en el presente estudio de investigación:

A. Planteamiento de hipótesis general

H₀: No existe relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

H₁: Existe relación entre relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Selección del estadístico y nivel de significancia

Estadístico: La prueba de hipótesis se realizó con el estadístico Chi cuadrado.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$.

Método de procesamiento: La operación se realizó mediante el software SPSS 22.0

Resultados (reporte SPSS)

Tabla N° 14

Relación entre conocimientos, actitudes de los padres y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Variable	Chi²	gl	P valor
Nivel de conocimiento del padre	0,228	21	0,633
Actitud del padre	3,032	2	0, 220
Edad del niño	112,000	6	0,000
Sexo del niño	0,261	1	0,609
Higiene oral	0,018	1	0,892
Consumo de carbohidratos	1,407	3	0,704

Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental

INTERPRETACION

Se utilizó estadística inferencial, se consideró un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, seleccionando la prueba estadística no paramétrica del chi cuadrado para la comprobación de la relación entre conocimientos, actitudes de los padres y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua en el año 2017.

Respecto al nivel de conocimiento y la actitud de los padres se obtienen un p valor de 0,633 y 0,220 respectivamente, concluyendo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe relación

entre el nivel de conocimiento, la actitud de los padres y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Respecto a los factores de riesgo con la historia de caries dental como son la edad, el sexo, la higiene oral y el consumo de carbohidratos, se obtienen un p valor de 0,000; 0,609; 0,892 y 0,704 respectivamente, haciendo un análisis de la obtención de estos valores se concluye que la edad es un factor que se relaciona con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua en el año 2017. A la vez se concluye que las variables como es el sexo del niño, la higiene oral y el consumo de carbohidratos no son factores que se relacionan con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua en el año 2017.

5.3 Discusión

De cada 10 niños 6 fueron de género femenino y la prevalencia de caries dental en la población estudiada fue de un 100,0%, considerada una población de alto riesgo de caries dental, con respecto al promedio 98,0% del Ministerio de Salud. El promedio CPOD obtenido fue de 6.3 cifra que se encuentra dentro de los promedios establecidos por el MINSA, el cual establece que el Perú se encuentra en un índice CPOD promedio de 2.7 a un 7.3 en edad escolar. Las investigaciones de Pineda DA., en su estudio obtiene mediante el índice CPOD que la frecuencia de caries dental de los niños es de 92.9%, y Surco JN., en Lima, en el año 2015, el 90,4% del total de los escolares examinados presentaban caries dental o tenían historia de ésta, observándose la siguiente distribución: 58,7% piezas con caries, 3,4% piezas obturadas y 0,9% piezas perdidas, de igual manera Carranza AH., muestra una prevalencia de caries del 100,0% y de alto riesgo generalizado. Estos estudios analizados corroboran lo mencionado por el Ministerio de Salud, la cual confirman los altos índices de caries dental en el Perú.

Respecto al nivel de conocimiento de los padres fue regular y del 100,0% de regular a malo. Pineda DA., en Ecuador, en el 2015, El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres demostró que el 43.4% el nivel es medio, y por ultimo Carranza AH., concluye que es regular el nivel de conocimientos de los padres sobre la caries dental, en el 2017, Rojas ES., muestra que el 45.7% de madres poseen un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal, como se puede apreciar obtiene resultados opuestos a los anteriores estudios en Lima.

La actitud de los padres en mi trabajo de investigación fue desfavorable, y un 90,3% de desfavorable a indiferente, Carranza AH., obtiene resultados similares, las actitudes son deficientes con respecto a la higiene oral, reflejándose en los altos índices de caries encontrados en los niños.

La higiene oral fue mala, y el 100,0% fue de regular a mala, Carranza AH., concluye que el Índice de higiene Oral es malo mostrado por la población estudiada. Es por ello que debemos insistir a los padres que supervisen y colaboren en el cepillado, así aumentando el desarrollo de la destreza necesaria para que la higiene sea correctamente realizada.

Referente a la frecuencia del consumo de carbohidratos durante el día, se obtiene que el 73,2% de los niños consumen carbohidratos más de tres veces al día, asimismo Carranza AH., encontró una alta frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos y una deficiente higiene oral generalizada, siendo éstos los factores de riesgos más prevalentes en la población.

Se concluye que no existe relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017, Pineda DA., obtiene resultados totalmente diferentes y reveló que existe relación estadística significativa ($p=0,000$) entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral, Castillo KM., manifiesta que el conocimiento de los padres en salud bucal se relaciona significativamente a la presencia de caries de la infancia temprana.

La presente, también establece que no existe relación entre la actitud de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017. En el Salvador, en el año 2013. Castillo KM., concluye que existe relación estadísticamente significativa en cuanto a actitudes de los padres de familia sobre la salud bucal con la presencia de caries de la infancia temprana en los niños, obteniendo una actitud predominantemente “indiferente y mala”

Existe relación entre la variable interviniente como es la edad con la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017. También se concluye que no existe relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado, el sexo y el consumo de carbohidratos con la historia de caries dental en los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017. Surco JN., La dieta cariogénica y la mala higiene bucal actúan como factores de riesgo de aparición caries dental.

Estos hallazgos señalan la necesidad de asumir seriamente la educación de los padres para la verdadera promoción de salud bucal de sus hijos.

En la discusión se puede concluir que las respuestas a las preguntas sobre conocimientos, ponen en evidencia que los padres manejan la información más en general, pero cuando se quiere profundizar en temas más específicos como los objetivos de los sellantes y flúor, los conocimientos son limitados y es por ello que se debe de promover los programas de promoción de la salud bucal y prevención de caries, para mejorar los conocimientos y actitudes.

CONCLUSIONES

Primera: No existe relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Segunda: No existe relación entre la actitud de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Tercera: No existe relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental en los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Cuarta: Existe relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Quinta: No existe relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

Sexta: No existe relación entre el consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.

RECOMENDACIONES

Primera: Las facultades de odontología de las diferentes Universidades deben fomentar campañas de atención, recuperación de la salud oral, como proyección a la comunidad, como parte de su educación y formación profesional.

Segunda: Capacitar a los padres sobre programas preventivos – promocionales sobre Salud Bucal del niño, es dirigido a ellos ya que son personajes importantes en la transmisión de educación y hábitos, y a la vez hacer un seguimiento a los niños para mejorar el control de la caries dental, y así velar por la buena salud bucal de los niños.

Tercera: Promover en los profesionales de odontología el mejoramiento de sus prácticas preventivas, priorizando oportunas charlas educativas y el manejo de los factores de riesgo de los pacientes.

Cuarta: recomendar a los padres que asisten a los diferentes servicios de salud, sobre los cuidados orales de sus hijos e insistir que exista una oportuna y regular asistencia al odontólogo desde la aparición de los primeros dientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
2. Vásquez V. En México el 80,0% de los niños y prácticamente todos los adultos padecen caries dental. 2013. Disponible en: <http://noticias.universia.net.mx/enportada/noticia/2013/08/02/1040465/mexico-80-ninos-practicamente-todos-adultos-padecen-caries-dentales.html>.
3. Archila M. de J. y Santamaría DA. Conocimientos y prácticas sobre prevención de caries dental asociados a prevalencia de pérdida de primera molar permanente en tres Municipios. Universidad de El Salvador. 2013. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/8341/1/17100393.pdf>.
4. Danei C. y Jacquett N. Frecuencia de caries en niños de 1 a 5 años y conocimientos, actitudes y prácticas de acuerdo a investigaciones realizadas en Universidades de Asunción reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura durante los años 2000 al 2013. Universidad Autónoma del Paraguay. Disponible en: <https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/ALOP-2015-2.pdf>.
5. Suyo TI. y Iannacone J. Influencia de la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de tres años en el Centro de Salud de Mala. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Perú. 2013. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/biologist/v11_n2/pdf/a11v11n2.pdf.

6. Ávalos JC., Huilca N., Picasso MA., Omori E., Gallardo A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Kirú. Lima. Perú. 2015; 12(1):61-5.
7. Tobler DC y Gonzales C. Relación entre la caries dental en prescolares de la I.E. "Los Honguitos" y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Maynas. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos. Perú. 2014. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3723/Lorena_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1.
8. Muñoz VE. Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una Institución Educativa Pública del distrito de Ate Vitarte. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima. Perú. 2014. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322243>.
9. Ministerio de salud. Plan de Salud Local del Centro de Salud de San Antonio. 2014.
10. Quispe MA. Efecto de un programa educativo sobre conocimientos y prácticas de higiene bucal en alumnos del 6to grado de la I.E. Daniel Becerra Ocampo de Moquegua durante el año 2016.
11. Pineda DA., 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. Ecuador. 2014-2015.
12. Castillo KM., Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca. El Salvador. 2013.

13. Rojas ES., Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima. Perú. 2017.
14. Surco JN., Caries dental en primeras molares permanentes y factores asociados en los escolares de Santa Rosa de Yungas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2015.
15. Carranza AH., Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Universidad Alas Peruanas. Lima. Perú. 2011.
16. Bunge M. El conocimiento científico. Fundamentos Teóricos de las Ciencias Económicas. 2011.
17. Tsoukas H. y Vladimirou E. What is organizational knowledge? Journal of management studies. Vol. 38, N° 7. 2001.
18. Enciclopedia de Características. Diez características del Conocimiento Científico. 2017. Disponible en: <https://www.caracteristicas.co/conocimiento-cientifico/>.
19. Edgar Tovar. Método científico. 2017. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/metodocientifico/metodocientifico2.shtml#ixzz4i2F0UU> Wg.
20. Segarra M. y Bou JC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista economía y empresa N° 52 y 53. 2005.

21. Ubillos S., Mayordomo S. y Páez D. Actitudes: Definición y medición. Componentes de la actitud.
22. Organización Mundial de la Salud. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009.
23. De Figureido WL. 2000; Odontología para el bebé. Caracas. Venezuela: Editorial Artes Médicas Ltda.
24. Higashida BY. Odontología preventiva. Editorial McGraw-Hill. Segunda Edición. Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 2009.
25. Real Academia Española. Disponible en: [http://dle.rae.es/srv/search? m=30&w=conocimiento](http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=conocimiento).
26. Sosa Rosales Maritza. Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades. Cuba. 2015. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>.
27. Cabellos D. Relación entre El Nivel De Conocimientos Sobre Salud Oral de los Padres y la Higiene Bucal se sus niños discapacitados. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2006.
28. Ander E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Primera edición. Humanitas editores. Buenos Aires. Argentina. 1978.

Anexos

Anexo 01

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y FACTORES DE RIESGO

Estimado padre de familia: Soy alumna de la Universidad Alas Peruanas, Filial Moquegua, de la Escuela Académico de Estomatología, solicito su colaboración para el desarrollo de mi tesis titulado: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE CARIES DENTAL Y SUS FACTORES DE RIESGO CON LA HISTORIA DE CARIES DENTAL DE SUS HIJOS DE 6 A 12 AÑOS, 2017”. El cual será de carácter confidencial.

I. DATOS DEL PADRE, MADRE O APODERADO:

Edad:.....Grado de Instrucción:.....

Profesión:.....Procedencia:.....

Estado civil:.....

II. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido:.....

Edad:..... Grado de Instrucción:.....

III. CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuándo erupcionan los dientes definitivos

- a) Entre los seis y siete años.
- b) A los nueve años.
- c) Entre los diez y once años.
- d) No lo sabían.

2. Son importantes los dientes temporales. ¿Por qué?

- a) Guarda relación con los dientes permanentes.
- b) Por estética.
- c) Por higiene.
- d) Interfiere con la salud.

3. Importancia de llevar a su hijo al odontólogo cada seis meses. ¿Por qué?

- a) Permite que los dientes estén con caries.
- b) Puede afectar a los dientes permanentes en su erupción.
- c) Dificulta la función de masticación.
- d) Facilita la higiene oral.

4. ¿Cada cuánto tiempo cambia el cepillo dental de sus hijos?

- a) Un mes.
- b) Tres meses
- c) Seis meses.
- d) Nunca.

5. ¿Cómo se previene la caries dental?

- a) Cepillado dental.
- b) Cepillándose e ir al odontólogo.
- c) Ir al odontólogo.
- d) cepillándose y uso de seda dental.

6. Importancia del uso de la seda dental y el enjuague bucal por sus hijos.

¿Por qué?

- a) Por rutina diaria.
- b) Porque dispongo de tiempo.
- c) Elimina los restos alimenticios y el aliento fresco.

d) Previene la descalcificación de los dientes.

7. ¿Con que cepilla los dientes a su niño para prevenir la caries dental?

- a) Cepillándose solo con agua.
- b) Cepillándose con bicarbonato de sodio.
- c) Cepillándose con agua oxigenada.
- d) Pasta dental.

8. ¿Por qué se produce la caries dental?

- a) Mal cepillado.
- b) Mala alimentación - comer dulces.
- c) Infecciones o enfermedades.
- d) A y b.

9- ¿Cuándo aparecen los dientes a los niños/as?

- a) Desde el nacimiento.
- b) En el primer año.
- c) Después del primer año.
- d) No sabe.

10. ¿Cuándo se debe comenzar la higiene de la boca del niño/a?

- a) Desde que salen los dientes.
- b) Desde el nacimiento.
- c) Desde el primer año.
- d) Desde que va al colegio.

11. Es importante la supervisión de los padres en el cepillado dental de sus hijos. ¿Por qué?

- a) Pueden aburrirse.
- b) Crean el hábito, mejora el cepillado y evitan tragarse el contenido del cepillado.

- c) Porque los padres son más estrictos con el niño.
- d) No saben.

12. Piensa que la caries dental es hereditaria.

- a) Se hereda a través de los genes.
- b) La caries dental no es hereditaria.
- c) Solo la madre transmite la caries dental.
- d) Solo el padre transmite la caries dental.

13. Es importante cepillar a su hijo después de cada comida. ¿Por qué?

- a) Le agrada al niño.
- b) Facilita la higiene bucal y evita enfermedades bucales.
- c) Porque tengo la creencia de hacerlo.
- d) Porque el odontólogo así lo dice.

14. ¿Todas las mañanas su niño/ a sale de la casa con los dientes cepillados?

- a) Cuando se acuerda.
- b) Siempre se cepilla los dientes.
- c) Pocas veces se olvida.
- d) Nunca.

15. ¿Ayuda Ud. en el cepillado de los dientes de su hijo?

- a) Nunca.
- b) Todos los días.
- c) Una vez por semana.
- d) Más de una vez por semana.

16. ¿Si su niño tiene dolor en un diente que realiza?

- a. Toma medicamento
- b. Acude al odontólogo
- c. Se realiza remedios caseros

d. Todas las anteriores

17. ¿Reconoce cómo se ve una lesión de caries? ¿Qué aspecto tiene?

- a) Negro o café
- b) Hueco
- c) Amarillo
- d) No sabe

18. ¿Le han informado cómo cuidar los dientes del niño/a? ¿Quién?

- a) Odontólogo
- b) Médico/enfermera
- c) Guardería/jardín
- d) Nunca.

19. ¿Sabe cuál es el objetivo de los selladores y flúor?

- a) Limpieza de las manchas dentales.
- b) De estética de los dientes.
- c) De prevención de la caries dental.
- d) Porque se quiere lucir mejor.

20. ¿Cuál es la frecuencia de consumo de azúcar en su hijo?

- a) Una vez al día
- b) Dos veces al día
- c) Tres o más veces al día
- d) Casi nunca

Gracias por su participación.

Anexo 2
EXPERIENCIA DE CARIES: EXAMEN CLINICO

Apellidos y Nombres:

Edad (años y meses):

INDICE CPOD: C: Cariados **P:** Perdidos **O:** Obturados **D:** Unidad Diente

$$\text{CPOD} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{Suma de dientes examinados}}$$

RESULTADO:

CPOD = _____ =

CPOD: Valores

0 - 1.1 Muy Bajo

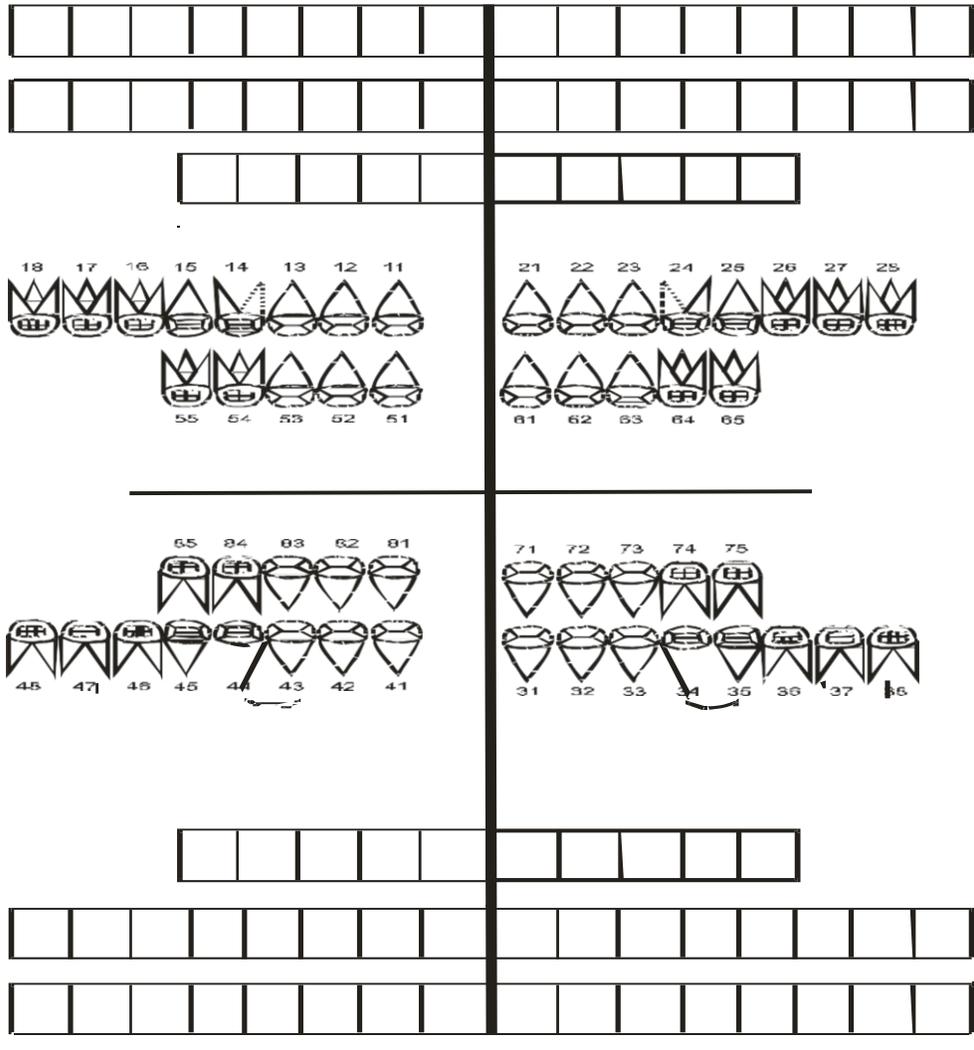
1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

6.6 y + Muy Alto

ODONTOGRAMA



Anexo 3

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS):

1.1V	1.6V	2.6V	3.6L	4.6L	4.1L	IHOS

- 0** Ausencia de detritos.
- 1** Presencia de detritos cubriendo no más de 1/3 de la superficie del diente.
- 2** Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie.
- 3** Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada.

VALORES: 1 -1 Bueno
1.1-2 Regular
2.1-3 Malo

Anexo 4

Actitudes sobre salud oral

Responder con sinceridad, considerando la siguiente puntuación de la tabla.

En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
1	2	3

I. ACTITUD DE LOS PADRES

N°	Ítems	1	2	3
1.	Pienso que la caries se transmite por usar los mismos utensilios para comer			
2.	Considero que una dieta balanceada es esencial para la salud dental del niño			
3.	Considero que alimentar al niño por la noche sin limpieza oral posterior puede causar caries			
4.	Opino que una alimentación frecuente de golosinas puede causar caries			
5.	Pienso que los dientes de un niño deben ser cepillados			
6.	Pienso que el niño es capaz de lavarse los dientes por sí mismo			
7.	Opino que tragar pasta dental puede causar daño a la salud del niño			
8.	Considero importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años			
9.	Opino que el uso prolongado de biberón puede producir mala posición de dientes			
10.	Opino que el uso del hilo dental no es necesario			

Anexo 05: Consentimiento Informado



FORMATO: CONSENTIMIENTO DE PADRE DE FAMILIA INFORMADO

YO _____ identificado con DNI N° _____

Padre de familia de _____, habiendo sido informado del trabajo de investigación a llevarse a cabo, autorizo la participación de mi menor hijo(a) y/o apoderado(a), para que forme parte del trabajo que realizará la bachiller LUQUE PORTALES, JESSICA DENISSE, egresada de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad de Alas Peruanas Filial-Moquegua.

Moquegua, Octubre del 2017.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Anexo 06: Formato de Autorización de Tesis



FORMATO: PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA EL RECOJO DE DATOS

SEÑOR(A): DIRECTOR(A) CEL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO.

Yo, JESSICA DENISSE LUQUE PORTALES, egresada de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, ante usted me presento y expongo:

Que con el objeto de realizar el proyecto de investigación para el desarrollo de mi Tesis, solicito me brinde las facilidades del caso para recabar la información de padres de niños de 6 a 12 años de edad que acuden al Centro de Salud para la atención en salud bucal que requiere mi trabajo de investigación, para el desarrollo de la misma. Considerando que estaré atenta para cualquier coordinación al respecto. SOLICITO LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

Le agradezco por anticipado su gentil aceptación

Moquegua, Octubre del 2017.

Atentamente,

JESSICA DENISSE LUQUE PORTALES
Bachiller en Estomatología

Anexo 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, Centro de Salud San Antonio Moquegua, año 2017”

Investigador: Luque Portales Jessica Denisse

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<p>General. ¿Cómo es la relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p> <p>Específicos. ¿Cuál es la relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p>	<p>General. Determinar la relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Específicos. Identificar la relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Identificar la relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p>	<p>Hipótesis General Existe relación entre conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Hipótesis derivadas Existe relación entre conocimientos de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Existe relación entre actitudes de los padres sobre caries dental y la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p>	<p>Variable 1: Conocimientos, actitudes sobre caries dental y factores de riesgo</p> <p>Variable 2: Historia de la caries dental</p> <p>De acuerdo a la temporalidad: De corte transversal.</p> <p>De acuerdo al lugar donde se obtienen los datos: Investigación de Campo.</p> <p>De acuerdo al momento: Prospectivo.</p> <p>De acuerdo a la finalidad: Investigación correlacional,</p> <p>Población: 160 padres con niños entre las edades indicadas</p> <p>Muestra: conformada por 112 padres de familia con niño de 6 a 12 años de edad que acuden al C. S. San Antonio.</p> <p>Se aplicó la fórmula para</p>	<p>Edad: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.</p> <p>Nivel de conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malo: De 0 a 10 puntos • Regular: De 11 a 15 puntos • Bueno: De 16 a 20 puntos <p>Actitud del padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desfavorable: De 10 a 17 puntos • Indiferente: De 18 a 23 puntos • Favorable: De 24 a 30 puntos. <p>Higiene oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: Bueno • 1: Regular • 2: Malo 	<p>Técnica: La encuesta evaluó el conocimiento, las actitudes sobre caries dental de los padres y factores de riesgo..</p> <p>Instrumento: El cuestionario. Es tomado del autor Carlos Manuel Ríos Angulo del año 2014, el cual ha sido modificado por el autor.</p> <p>Para determinar la relación se usó estadístico chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95.0%. Se usó p valor = 0.05.como regla de decisión.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017?</p>	<p>Identificar la relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Identificar la relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Identificar la relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Identificar la relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p>	<p>Existe relación entre el índice de Higiene Oral Simplificado y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Existe relación entre la edad y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Existe relación entre el sexo y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p> <p>Existe relación entre consumo de carbohidratos y la historia de caries dental de los niños de 6 a 12 años, en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, año 2017.</p>	<p>poblaciones finitas. Para hallar la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple con fórmula para poblaciones finitas.</p> <div data-bbox="1157 430 1434 609" data-label="Diagram"> <pre> graph LR M --- O1 M --- O2 O1 --- r r --- O2 </pre> </div> <p>Dónde:</p> <p>M = Padres con hijo de 6 a 12 años en el Centro de Salud San Antonio.</p> <p>O1 = Conocimientos, actitudes de los padres sobre caries dental y factores de riesgo</p> <p>O2 = Historia de caries dental de sus hijos</p> <p>R = Relación entre las variables.</p>	<p>Consumos de Carbohidratos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0: = 3 veces/día • 1: 4- 5 veces/día • 2: 6- 7 veces/día • 3: > 7 veces/día <p>Historia de la caries dental</p> <p>Índice CPOD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo: 0.0-1.1 • Bajo: 1.2-2.6 • Moderado: 2.7-4.4 • Alto: 4.5-6.5. • Muy Alto: 6 a más. 	
---	---	---	--	---	--

Anexo 8: Evidencias Fotográficas









