



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

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES EN
SALUD BUCAL CON RELACIÓN AL ESTADO DE
SALUD BUCAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN EL
CENTRO POBLADO NARANJOS ALTO – DISTRITO
CAJARURO- PROVINCIA UTCUBAMBA- REGIÓN
AMAZONAS 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: GUTIERREZ CCASANI, STEPHANY LISSET

LIMA-PERÚ

2017

A Dios, por darme la fortaleza de seguir adelante,
a mi madre Miryan, porque ella siempre estuvo a
mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para
seguir adelante y lograr mis objetivos

Al Dr. Esp. Juan Eduardo Aguilar Passapera, como director asesor de ésta tesis, me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con una amabilidad, paciencia y entrega que han superado, con mucho, todas las expectativas que, como alumno, deposité en su persona. Gracias por brindarme su conocimiento, tiempo e impulso, asumiendo en múltiples ocasiones el rol de maestro y amigo

RESUMEN

En la presente investigación se estudió el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres con relación al estado de salud bucal de sus niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto en el distrito Cajaruro en la provincia Utcubamba en la Región Amazonas, en el año 2016.

El estudio fue de tipo transversal, descriptivo, no experimental. Se evaluó un total de 70 niños con sus respectivos padres, que cumplieron con los criterios de selección, registrando la edad, género y grado de instrucción. La técnica utilizada en esta investigación fue de tipo observacional y entrevista estructurada. Los principales resultados mostraron que, de acuerdo al nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres evaluados, (32,9%) 23 son deficientes, (42,9%) 30 son de nivel regular, (22,9%) 16 son de nivel bueno y por último (1,4%) 1 padre obtuvo un nivel muy bueno. Por otro lado, según el índice ceo, el número de dientes promedio con experiencia de caries dental fue de $5,07 \pm 2,516$. Finalmente, de acuerdo al estado de higiene oral, según el Índice de Higiene Oral, de los niños examinados, (27,1%) 19 presenta índice bueno, (40,0%) 28 un índice regular y (32,9%) 23 presenta un índice malo. Se concluyó que existe una correlación débil según el test R. de Pearson entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y el estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, en la provincia de Utcubamba en la Región Amazonas.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, estado de salud bucal, edad, género, grado de instrucción.

ABSTRACT

The aim of the study was to define knowledge level on oral health of parents and its relationship with oral health status of their 3 to 5 year-old children, in Naranjos Alto village, in Cajaruro district, Utcubamba province, Region of Amazonas, in year 2016.

The study was cross-sectional, descriptive, and non-experimental. The study evaluated seventy children and their parents, who accomplish with every selection criteria, registering age, gender and educational level. The technique used was observational with structures survey. Main results showed that, according to knowledge level on oral health of the evaluated parents, (32,9%) 23 were poor, (42,9%) 30 were regular, (22,9%) 16 were good and, lastly, (1,4%) 1 parent obtained a very good level. On the other hand, according to Oral Hygiene Index of examined children, (27,1%) 19 presented good index, (40,0%) 28 a regular index and (32,9%) 23 presented poor index. The study concludes that there is a weak correlation according to the Pearson R. test between the level of knowledge of parents in oral health of parents and oral health status of 3 to 5 year-old children in Naranjos Alto village, in Cajaruro district, Utcubamba province, Region of Amazonas, in year 2016.

Key words: Knowledge level, oral health status, age, gender, educational level

ÍNDICE

DEDICATORIA	Pág.
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivo de la investigación	3
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Importancia de la investigación	5
1.4.2 Viabilidad de la investigación	6
1.4.3 Limitaciones del estudio	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases Teóricas	21

2.2.1 Distrito de Cajaruro	21
2.2.2 Tipos de investigación epidemiológica	24
2.2.2.1 Salud bucal	25
2.2.2.2 Prevención en salud bucal	27
2.2.3 Dentición decidua	28
2.2.4 Caries dental	28
2.2.4.1 Experiencia de caries	29
2.2.5 Higiene bucal	31
2.2.6 Placa bacteriana	34
2.2.6.1 Índice de higiene oral	35
2.2.6.2 Medidas para el control de la placa bacteriana	37
2.2.7 Flúor	42
2.2.8 Sellantes	46
2.2.9 Visita al odontólogo	47
2.2.9.1 Dieta	47
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada	49
3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición y operacional	50
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño de la metodología	53

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia	54
4.3 Técnicas e instrumento de la recolección de datos	55
4.4 Técnica de procesamiento de la información	55
4.5 Técnica estadística utilizada en el análisis en el análisis de la información	56

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS

RESULTADOS

5.1 Resultados	57
5.2 Discusión	94

CONCLUSIONES **102**

RECOMENDACIONES **104**

FUENTES DE INFORMACIÓN **105**

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Constancia desarrollo de la investigación

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Instrumento de recolección de datos

Anexo 5: Matriz de consistencia

Anexo 6: Fotografías

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de frecuencia de las variables demográficas de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016	Pág. 58
Tabla N° 2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016	63
Tabla N° 3. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el sexo	65
Tabla N° 4. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según la edad.	67
Tabla N° 5. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el grado de instrucción	69

Tabla N° 6. Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	72
Tabla N° 7. Distribución de frecuencia del número piezas dentarias extraídas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	74
Tabla N° 8. Distribución de frecuencia del número piezas dentarias obturadas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	76
Tabla N° 9. Distribución de frecuencia, según el índice ceod, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	78
Tabla N° 10. Experiencia de caries dental, según el índice ceo grupal, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	80
Tabla N° 11. Distribución del ceod grupsl de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	83

Tabla N° 12. Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	85
Tabla N° 13. Estado de higiene oral, según el Índice de Higiene Oral, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	89
Tabla N° 14. Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1.1. Distribución de frecuencia del género de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	60
Gráfico N°1.2. Distribución de frecuencia de la edad de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	61
Gráfico N°1.3. Distribución de frecuencia del grado de instrucción de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	62
Gráfico N° 2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	64
Gráfico N° 3. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el género.	65

Gráfico N° 4. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según la edad.	68
Gráfico N° 5. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el grado de instrucción.	71
Gráfico N° 6. Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	73
Gráfico N° 7. Distribución de frecuencia del número piezas dentarias extraídas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	75
Gráfico N° 8. Distribución de frecuencia del número piezas dentarias obturadas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	77

Gráfico N° 9. Distribución de frecuencia, según el índice ceod, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	79
Gráfico N°10. Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	82
Gráfico N°11. Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	84
Gráfico N°12. Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	86
Gráfico N°12.1. Gráfico de dispersión de la correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.	87

Gráfico N°13. Estado de higiene oral, según el Índice de higiene oral, 90
de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito
Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.

Gráfico N°14. Gráfico de dispersión de la correlación entre el nivel de 92
conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia
de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto
– distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.

ÍNDICE FOTOGRÁFICOS

Foto N° 01. Centro poblado Naranjos.

Foto N° 02. Llegada al Centro poblado Naranjos Alto, distrito de Cajaruro en la provincia Utcubamba.

Foto N° 03. Características de las casas del centro poblado Naranjos Alto.

Foto N° 04. Indicación del estudio a los padres, firma de consentimiento informados y llenado de los cuestionarios

Foto N° 05. Explicando el procedimiento del estudio a la madre de familia y a los niños.

Foto N° 06. Realizando la revisión odontológica a los niños previa autorización de los padres de familia.

Foto N° 07. Evaluación y aplicación del líquido revelador de placa bacteriana.

Foto N° 08. Charla personalizada referente a la prevención y promoción en salud bucal.

Foto N° 09. Charla a los padres de familia referente a la prevención y promoción en salud.

Foto N° 10. Participantes del centro Poblado Naranjos Alto

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de salud bucal son un conjunto de patologías de gran prevalencia en la población mundial, no solo las que afecta al sistema dentario, sino también a los tejidos de soporte y a las estructuras anatómicas anexas. En los últimos años se ha visto un avance significativo en relación a la disminución de la prevalencia de estas patologías en los países desarrollados, sin embargo en los países latinoamericanos, en especial en nuestro país no se ha visto un avance. De manera tal, que es fundamental de parte de las instituciones encargadas de los diversos niveles del sistema educativo impartir conocimiento tendiente a las patologías bucodentales, así mismo las actitudes y prácticas que favorecen su prevención. Las estadísticas muestran que los infantes en nuestra sociedad tienen una alta prevalencia a caries dental, además de infecciones que afecta a las estructuras de soporte y tejido conectivo.^{1,2}

El conocimiento adecuado de la salud bucal es el pilar fundamental para evitar estas enfermedades en los niños.³ Por lo tanto la falta de este conocimiento por parte de los padres de familia, quienes son los primeros educadores, presentan gran importancia y puede establecerse un factor de riesgo del estado de salud de sus propios niños. Tiene como consecuencia de déficits en diversos ámbitos tales: déficit educacional, económico y social. Lo esencial para que el conocimiento en salud se expanda en la sociedad es impartiendo la promoción y prevención en la salud, iniciándose en los hogares a través del estilo de vida saludable, el entorno, la correcta alimentación e higiene bucal.

Por todo lo expuesto la presente investigación busca determinar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal con relación al estado

de salud bucal de sus hijos además de la influencia del grado de instrucción, el género y la edad de los padres. Finalmente tiene como objetivos implementar y afianzar futuros programas de prevención y promoción de salud bucal, generando un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables en el entorno familiar de nuestro país.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de la salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto lleva a la población especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos, no conozcan la importancia de una correcta salud bucal. En nuestro entorno, la población rural infantil es de las más vulnerables a padecer problemas bucodentales como la caries dental, enfermedad periodontal, la fluorosis entre otros, puesto que tienen un menor acceso a servicios de salud tanto promocional y preventivo.

El Ministerio de Salud en una investigación titulada: “Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6, 8, 10, 12 y 15 años, Perú 2001-2002”, obtuvo como resultados: Que las enfermedades bucodentales en especial la caries dental, es uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad en un 90, 43 % y con respecto al área geográfica; la prevalencia en el área urbana fue de 90,6 % y en rural 88, 7% en la población escolar. Los departamentos con mayores prevalencias fueron: Ayacucho 99,92 %, Huancavelica 98,28%, Ica 98, 75%, Cuzco 97,17% y Amazonas 95,70%.

⁴Por lo anterior mencionado la Región Amazonas tiene unos de los altos grado de prevalencia a caries dental en el país y que puede estar relacionado a malos hábitos de higiene oral y una inadecuada alimentación. Lo cual podría estar íntimamente relacionado con la falta de conocimientos en salud bucal por parte de los padres de familia, que son los primeros educadoras de sus hijos.

La estrategia sanitaria de salud bucal, del Ministerio de Salud es un plan que se desarrolla a nivel nacional y está enfocada a las medidas preventivas y de tratamiento de diversas patologías de las cavidades bucales. La mencionada estrategia incluye un conjunto de actividades tendientes a implementan hábitos de higiene oral, el uso correcto de flúor, impulsar el consumo de sal fluorada en la población; enfatizado a la población infantil y gestantes.⁵

Por todo lo anteriormente mencionado, se deduce que la falta de conocimiento de salud bucal de los padres estaría relacionado con la deficiente salud bucal de los niños, por lo cual se plantea la presente investigación con el propósito de conocer la relación entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y estado de salud bucal en los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, de manera que se podrá obtener la realidad odontológica de dicha zona.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Existirá relación entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal con relación al estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto -distrito Cajaruro – provincia Utcubamba - Región Amazonas 2016?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto - distrito Cajaruro – provincia

Utcubamba - Región Amazonas 2016, según edad, sexo y grado de instrucción?

- ¿Cuál es la experiencia de caries que presentan los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016?
- ¿Cuál es el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016?
- ¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016?
- ¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y estado de salud bucal en los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres en salud bucal de niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba - Región Amazonas 2016, según edad, sexo y grado de instrucción.
- Definir la experiencia de caries que presentan los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016
- Determinar el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.
- Conocer la relación del nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016
- Analizar la relación del nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

1.4 Justificación

En las clínicas odontopediátricas I y II de la Universidad Alas Peruanas, se ha podido observar que los niños que acudían a una atención odontológica presentaban lesiones cariosas y una mala higiene oral; así mismo deficiente conocimiento en salud bucal por parte de los padres de familia. Se encontró relación entre el deficiente estado de salud bucal y la falta de conocimiento de los padres.

Por otro lado, el coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal del Ministerio de Salud, el Dr. Pedro Villavicencio señaló “En las zonas rurales esta situación se profundiza y es más crítica debido a que los bajos niveles de ingreso que impiden atender sus necesidades de salud bucal; además las condiciones geográficas y culturales no permiten un acceso adecuado a los servicios odontológicos”. Teniendo en cuenta todo lo mencionado, despierta gran interés realizar la presente investigación en zonas rurales de nuestro país. Como es el caso del centro poblado Naranjos Alto en el distrito de Cajaruro.

Siendo necesario orientar el sistema preventivo en este centro poblado, para que adopte medidas necesarias que fomenten el conocimiento de los padres de familia y que puedan repercutir en una menor incidencia de enfermedades bucodentales en sus niños. A su vez para que el sistema educativo imparta conocimientos a los padres mediante actividades, charlas y otros medios por parte de personal profesional capacitado con la finalidad de fomentar las correctas actitudes y prácticas relativas a higiene oral de sus hijos, de manera tal que disminuya la prevalencia de tales enfermedades.

1.4.1 Importancia de la investigación

Los resultados obtenidos mostraron el comportamiento de esta variable en nuestro medio, cuyo aporte del nivel de conocimiento de los padres con relación al estado de salud de sus hijos, es de gran utilidad en la prevención afianzar futuros programas de prevención y promoción de salud bucal.

El profesional en estomatología es el primero en identificar y diagnosticar precozmente las diversas alteraciones que tienen repercusión en la cavidad bucal, que trae como consecuencia la alteración de los tejidos dentarios.

El presente proyecto tiene importancia en los siguientes aspectos:

a. Académico: El resultado que se obtendrá va a permitir a los estudiantes de estomatología y profesionales tener un mayor énfasis en el nivel de conocimiento de los padres de familia con relación al estado de salud bucal de los niños alejados de las ciudades.

b. Científico: Es importante por que contribuirá a un mayor conocimiento de la variable poco estudiada en la población infantil que tienen mayor riesgo en todos los aspectos.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

El presente estudio fue viable debido al conocimiento previo del centro poblado por parte de la investigadora, además de la colaboración de las autoridades, especialmente del Teniente Gobernador. Además, si bien todo estudio realizado en zonas rurales precisa de recursos económicos adicionales, la recolección de datos no es costosa, compensando el gasto producido.

Los instrumentos utilizados fueron previamente validados, por lo que fueron utilizados sin pérdida de tiempo y en forma confiable.

1.5 Limitaciones del estudio

Lo dificultoso que es el camino para llegar al centro poblado Naranjos Alto, puesto que no cuenta con una pista asfaltada ni señalización respectiva para el traslado.

La negatividad para colaborar por parte de algunos niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto en el distrito de Cajaruro en la provincia de Utcubamba-Región Amazonas, para colaborar en el estudio.

La inasistencia por parte de algunos padres con sus menores hijos por sus labores en el campo como es la agricultura, puesto que estas personas se dedican al cultivo de café, arroz.

La incomodidad para realizar la revisión intraoral a los niños, debido a que no se contaba con una unidad dental en el establecimiento de salud del centro poblado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedente internacional

López G., (2013) Realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, teniendo como finalidad clasificar el nivel de conocimientos y prácticas sobre la salud bucal en padres y encargados de niños del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador. La muestra fue un total de 80 padres de familia en los meses de noviembre a diciembre del 2013. Mediante un cuestionario evaluó el nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucal.

Los resultados obtenidos sobre los conocimientos en salud bucal fueron en tres categorías: Alto nivel (35%), nivel regular (62.5 %) y bajo nivel (2.5%) y en cuanto a las prácticas, para el 27.5% son adecuadas y para el (72.5%) inadecuadas. Por lo que se encuentran diferencias estadísticamente significativas donde se afirma que el nivel de conocimiento si influye en las prácticas, aunque su nivel de significancia es bajo $p=0$. Lo que podría indicar que tener un conocimiento alto ayudaría a tener prácticas adecuadas.⁶

Peña D., (2014) Realizó una investigación con la finalidad de describir el conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de edad de 3 comunas de bajos ingresos de la Región Metropolitana, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia y compararlo según factores sociodemográficos y acceso a educación en salud oral. La muestra fue 114 madres de niños de hasta 71 meses de edad de las comunas de Independencia, Conchalí y Maipú. El análisis de datos se hizo mediante el programa estadístico SPSS. El instrumento utilizado fue un

cuestionario para medir el nivel de conocimiento de las madres en Factores de Riesgo de CTI. Los resultados de dicho estudio fue que El 63,7% de las madres obtuvo nivel de conocimiento suficiente. Importancia poseían mayor conocimiento en hábitos de alimentación y visitas al odontólogo. Como conclusiones: Las madres del estudio presentaron menor conocimiento en hábitos de higiene y factor primario de la CTI. El Nivel de conocimiento resultó ser independiente de la edad de la madre, su Quintil y nivel educacional, rechazando la hipótesis planteada. El Nivel de conocimiento resultó ser dependiente del acceso a educación en salud oral, confirmando la hipótesis planteada.⁷

Ramírez B. et al (2015) Realizaron un estudio tipo transversal, con la finalidad contabilizar la experiencia de caries dental en niños de 5 años de edad en la ciudad de Medellín, Colombia. La muestra fueron 486 niños examinados pertenecientes a colegios en la zona de Medellín, con la finalidad diagnosticar lesiones cariosas en superficie de dentina y esmalte dental. Utilizaron dos índices para la experiencia de caries el índice ceod (clásico) y el ceod (modificado). La importancia de dicho estudio que tiene como resultados que el 54,7% de los niños de estratos bajos, el 26% de los estratos medios y altos tenían experiencia de caries en la zona de dentina; los porcentajes aumentan a 88,6% y 50,7% respectivamente. Los promedios de los índices ceod clásico (ceod-c) y ceodmodificado (ceodm) fueron $1,9 \pm 2,9$, $4,9 \pm 4,6$ respectivamente. En los niños de estratos bajos el ceod clásico fue $2,2 \pm 3,1$ y en los de estratos altos fue $0,6 \pm 1,2$; mientras que los valores del ceod-m fueron $5,4 \pm 4,7$ y $1,9 \pm 2,8$ respectivamente. Se concluye los niños de estrato socioeconómico bajo de Medellín, a la edad de cinco años tienen altos niveles de

caries dental, resultado que indica la necesidad de implementar programas preventivos y de atención en salud bucal desde edades tempranas.⁸

Analuisa C., (2016) Realizó un estudio de tipo descriptivo y observacional cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre control de placa bacteriana en niños de 6 a 8 años en la Unidad Educativa Luxemburgo 2016 en Quito – Ecuador. La muestra estudiada fueron 151 niños de 6 a 8 años con sus respectivos padres de familia. El instrumento aplicado fue un cuestionario de 13 preguntas basadas en el nivel conocimiento de los padres sobre los factores que inciden en la formación del biofilm como son el tipo de alimentación, prevención y el grado de conocimiento odontológico, cuya finalidad fue medir el nivel de conocimientos de dichos padres. En cuanto a los niños fueron examinados con el índice de O´Leary, estos datos se tabularon y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para relacionar las variables con el presente estudio. Importancia del resultado: El grado de conocimiento de los padres de familia es un factor que influye en el control del biofilm de los niños de 6 a 8 años de la Unidad Educativa Luxemburgo y que el 45% de los infantes presentan una buena higiene, en cambio el 34% tiene una higiene regular y un 21% una mala higiene oral. Se concluyó que la mayor parte de los padres de familia tienen un concepto básico sobre el control de placa bacteriana en función los factores alimentación, prevención y grado de conocimiento odontológico de 6 a 8 años que estudian en dicho centro educativo, sin embargo entre un 23% al 30% de los representantes el nivel de conocimiento es deficiente.⁹

Díaz C. et al (2016) El presente estudio de tipo transversal, tuvo como objetivo evaluar asociación entre las actitudes de los padres sobre la salud oral, creencias

acerca de los dientes deciduos y su asociación con caries dental y el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en preescolares de Cartagena, Colombia. Muestra estudiada fue de 550 con edades preescolares de cuatro instituciones educativas privadas y públicas de Cartagena. El instrumento aplicado fue un cuestionario auto-diligenciado por los padres de los niños. Se evaluó presencia de caries dental con el índice ceo-d; con la finalidad de obtener características demográficas de padres y niños, hábitos de salud oral de padres y niños, creencias de los padres sobre la dentición decidua y percepción del impacto de la salud oral sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en los padres. Así mismo se evaluó la correlación entre actitudes de los padres y sus niños en relación a los hábitos de su alimentación, satisfacción en relación a la salud bucal de los niños y sus cuidadores. El análisis utilizado fue univariado y multivariado a través de la regresión de Poisson para asociar la presencia de caries con las variables estudiadas y con la percepción de calidad de vida. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Paquete de Software Estadístico STATA 12 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.).

Los resultados obtenidos a nivel sociodemográfico se encontró mayor presencia de preescolares en edad de 3 a 5 años en un 71,1 %; 88,3% pertenecían a instituciones educativas privadas; el 52,8 % eran de sexo masculino y el 30,9% se encontraban en grado 11 en educación infantil temprana (nivel párvulo). En el análisis univariado se encontró asociación de la experiencia de caries con los niños en edad de 2 años, madres con bajos ingresos socioeconómicos, baja escolaridad de los padres, actitudes inadecuadas de los padres hacia la salud bucal del niño ($p < 0,05$). Se

observó correlación significativa entre el consumo de dulces, satisfacción con la salud oral y con el odontólogo. Así mismo la frecuencia de visitas al odontólogo entre padres e hijos ($p < 0,0001$). A nivel multivariado las variables que mejor explicaron la presencia de caries dental en preescolares fueron: Los niños de 2 años de edad consumo de dulces del niño, no satisfacción del padre con la salud bucal del niño y la creencia que los dientes deciduos no necesitan tratamiento de conductos ($p < 0,05$).

Concluyó lo siguiente: La presencia de caries en los infantes se hallan asociadas a la edad del niño presentándose un mayor riesgo en la edad de 2 años, con bajos recursos socioeconómicos, ingesta de alimentos cariogénicos de los niños, a la creencia de los padres sobre dentición decidua que no amerita tratamiento y a la no satisfacción del padre con la salud bucal de su hijo, impactando sobre la calidad de vida relacionado a la salud bucal de los niños al igual que la presencia de traumatismo dentoalveolar.¹⁰

2.1.2 Antecedentes nacionales

Panduro D., (2014) Realizó una investigación que tuvo como finalidad establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. El estudio tuvo como método de tipo no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. Los participantes estuvieron constituidos por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, consideraron como muestra 60 niños y niñas para realizar el mencionado estudio.

Emplearon los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion, y de ceo-d de Gruebbel para determinar el estado de salud de los niños, así mismo emplearon como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación. El resultado fue de 0.741. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: El total de 60 % de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % presentó un nivel regular. Además de un total de 60 % de niños, el 75 % presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de ceo-d grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 de IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji – Cuadrado con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 6 años del programa Integral de estimulación temprana con Base en la Familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén, Iquitos 2014.¹¹

Tobler D, Casique L., (2014) Investigaron la relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral en Maynas- Iquitos en el año 2014. La muestra fue 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron los criterios de selección. Los resultados obtenidos fueron: Las madres poseen un nivel de conocimiento bajo fue de El 14,6% y sus niños presentaron un I-ceo muy alto. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años fue de 95,9%. El índice ceo

promedio de 5,03 siendo muy alto. El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11,21. Por último, concluyeron que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral.¹²

Cupé A, García C.,(2015) realizaron una investigación que tuvo como objetivo la validación de un instrumento cuya finalidad fue medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en Zonas Urbano marginales en Limas, 2012. Teniendo como principal técnica, un cuestionario estructurado, el estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La muestra representativa fue de 30 padres de familia, mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, la cual fue calculada con el CCI. Para la validez de constructo se examinaron las respuestas del cuestionario de 312 padres de familia con el análisis factorial. Por último, se estimó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. En conclusión el instrumento es confiable y seguro.¹³

Pérez S., (2015) El presente estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo, 2015.

La muestra estudiada fue 192 padres de niños con habilidades especiales que comprenden las edades de 1 a 18 años y que estudie en alguna de las instituciones educativas especiales del distrito de Trujillo.

Los resultados obtenidos: El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40,10%). El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46,55%) según el género y no existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo (4,46%) y (41,27%) para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36,17% ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33.78% para los de nivel primaria, 47,89% para los de secundaria y el 38.30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$).

En conclusión: El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular. Recomendación: Implementar cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.¹⁴

Rodríguez M., (2015), Estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; y tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, en el distrito de Lima cercado, en el mes de Agosto 2015. Instrumento utilizado fue una encuesta estructurada. La muestra estudiada

fue 25 padres de familia que cumplieron con los criterios tanto de inclusión como exclusión. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, sobre enfermedades bucales y desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etario y el género. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 90% mostró un nivel Regular y el 10 % tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 60 % tuvo un nivel regular y el 38 % un nivel bueno y el 2% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 82 % tuvo un nivel malo y el 18% tuvo un nivel regular, y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 56 % mostró un nivel malo, el 44 % tuvo un nivel Regular y el 6% un nivel bueno. Se concluyó que el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de dicha institución fue regular.¹⁵

Cajachagua Y., (2016) Realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y prospectivo. Cuya importancia es determinar el nivel de conocimientos de los docentes sobre salud bucal en niños en edad pre escolar en el distrito de Jesús María, año 2016. El instrumento utilizado fue una encuesta dirigido a los docentes de algunas instituciones de dicho distrito. Su muestra fue un grupo de 100 docentes. El nivel de conocimiento se relacionó con la edad, sexo y grado de instrucción de los encuestados. Resultados sobre conocimiento en salud bucal fueron los siguientes: El 60% mostró un nivel bueno, el 22% presentó un nivel regular, el 15% muy bueno y el 3 % malo.

Se concluyó: Hubo asociación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento, edad y grado de instrucción; obteniendo el 42% del grupo de 40-59

años y el 46% de los que tuvieron un grado de instrucción superior un nivel de conocimiento bueno respectivamente. No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y sexo de los participantes.¹⁶

Chileno A., (2016) La presente investigación tuvo como objetivo relacionar el conocimiento de los padres sobre salud oral y la experiencia de caries e higiene oral en los escolares discapacitados de la institución CEBE N° 15 situado en Huaycán, en el 2016. El estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estudiada conformada por 84 escolares con discapacidad desde 3 a 20 años y sus padres. Instrumento utilizado para medir el conocimiento sobre salud oral de los padres se realizó mediante un cuestionario, clasificándolos en 3 grupos de nivel de conocimiento sobre salud oral bueno, regular y deficiente, de acuerdo a la escala de Estaninos. Por último se evaluó la higiene oral y el índice ceod/CPOD en los escolares discapacitados. Las respuestas a este estudio fueron: Un conocimiento deficiente de los padres sobre salud oral en 47,6% y una higiene oral mala en los escolares 45,2%. El ceo-d más alto pertenece a los escolares con Deficiencia auditiva ($5 \pm 1,89$), mientras que el CPO-D más alto fue del retardo mental 4 ± 3 . Se estableció una relación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y la higiene oral de los escolares discapacitados a la prueba X² ($p < 0,05$). Existe una moderada relación directa ($r = 0,502$). Se estableció una relación significativa ($p < 0,05$) e inversa ($r = -0,328$) entre el conocimiento de los padres sobre salud oral y la experiencia de caries en los escolares discapacitados con el análisis de Correlación de Spearman.¹⁷

Muñoz C., (2016) Este estudio tuvo el propósito determinar la prevalencia y experiencia de caries dental de los niños del C.E.B.E. Helen Keller, en el distrito de Ventanilla, Callao-Perú, en el año 2015. Características del método: Retrospectivo y observacional, el estudio tuvo como muestra a 30 niños de edades desde los 5 hasta los 18 años de edad. La muestra estuvo conformada por una base de datos perteneciente al Departamento Académico de Odontología Social (DAOS), instrumento utilizado en este presente estudio fue una ficha de registro de datos a partir de la base de datos del Departamento Académico de Odontología Social de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Resultados: La prevalencia de caries dental fue del 90% equivalente a 27 escolares. La experiencia de caries dental en dientes deciduos según el índice ceod fue en promedio 6.0 (D.E. = 4.0) y la experiencia de caries dental en dientes permanentes según el índice CPOD fue en promedio 2.9 (D.E. = 3.8). Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia, experiencia de caries dental y aumentó con la edad en los niños de la institución C.E.B.E. Helen Keller distrito de Ventanilla, CallaoPerú en el año 2015. ¹⁸

Luna C., (2016) Determinó la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno. El tipo de dicha investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estudiada estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 docentes de la institución y 33 infantes con capacidades especiales respectivamente. El

instrumento aplicado fue un cuestionario dirigido a los padres de familia con el propósito de determinar el nivel de conocimiento. Los niños fueron evaluados y de esta forma obtuvieron datos de índice de higiene oral de los niños a la presencia de placa dental blanda. Y con respecto al procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados obtenidos de dicha investigación fueron: El nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular en un 56,4%; y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular en un 75%. Se concluye lo siguiente: Existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y profesores con el Índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales, de acuerdo a los resultados mientras más alto es el nivel de conocimiento mejor es el índice de higiene oral. ¹⁹

Vásquez S., (2016) Realizó una investigación exhaustiva de tipo de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, prospectivo de diseño transversal y observacional. Cuya finalidad fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños del nivel inicial de la I.E.P. Juanita Mojica del distrito La Esperanza en la provincia de Trujillo, año 2016. La muestra estudiada fue de 30 madres de familia, instrumento aplicado a dichas madre fue un cuestionario de 10 preguntas. Dando como resultados: EL nivel conocimiento en salud bucal fue regular con 56.7%. Por otro lado, para medidas preventivas el 46.7% mostró un nivel regular y sobre las principales enfermedades bucales el 50% un nivel regular. En cuanto a salud bucal según la edad, en primer lugar para las edades de 31 a 40 años fue regular con

71.4%; en segundo lugar para las madres de 20-30 años de un nivel regular con 46.7% y en tercer lugar y último en las madres de 41-50 años donde el nivel es bajo con 100%. Con respecto al grado de instrucción, fue regular para el nivel superior con 66.7% para las madres con instrucción superior, seguida de las madres con instrucción secundaria donde nivel es regular con 56.5%, y por último las madres con instrucción primaria donde nivel es bajo con 50% y regular con 50%. Se entiende que a medida que la madre presentaba mayor grado instrucción el nivel de conocimiento era mejor. En conclusión: el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de este centro de estudio fue regular.²⁰

Zegarra M., (2016) Hizo un estudio observacional, prospectivo, transversal, relacional. Cuyo objetivo primordial es fue de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral que tienen las madres de niños de 3 a 5 años de edad y el índice de caries que presentan sus hijos que asisten a la Microred Francisco Bolognesi del distrito de Cayma, Arequipa – Perú. Contó con un instrumento, un cuestionario estructurado que constó de 18 preguntas el cual fue dirigido y entregado a las madres de familia de dicho lugar; así mismo contó con una ficha de observación clínica. El índice de caries dental presente en esta investigación fue el ceo-d. La muestra fue aplicada a un grupo de 43 madres de familias con sus respectivos hijos. La información recolectada fue que el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres en su mayoría fue un 51,2% dando como resultado deficiente, siguiendo un 48, 8% un nivel regular y ninguna madre obtuvo un conocimiento bueno.

Por otro lado el índice de caries ceo-d promedio de los niños estudiados fue de 6.20. En conclusión: Se demostró que si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal y el índice de caries según el ceo-d que de los niños al momento de ser evaluados.²¹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Distrito de Cajaruro

2.2.1.1 Reseña Histórica

El distrito de Cajaruro fue fundada el 17 de septiembre de 1964 mediante Ley N° 15146, en el primer gobierno del Presidente Fernando Belaúnde Terry.

El actual Alcalde: Felipe Castillo Sánchez (2015 – 2018) y el Alcalde delegado del centro poblado Naranjos Alto: Nelson Pérez Vásquez.²²

2.2.1.2 Altitud

El distrito de Cajaruro tiene una altitud de 490 m s. n.²²

2.2.1.3 Superficie

El distrito de Cajaruro territorialmente es el distrito más extenso de la región amazonas y el tercero a nivel nacional, abarca una superficie de 1 763,23 km² y tiene una población estimada mayor a 30 633 habitantes. El distrito de Cajaruro abarca el 46% de la superficie de la provincia de Utcubamba y se ubica en la margen derecha del río Utcubamba.²²

2.2.1.4 Límite

Cajaruro es uno de los distritos de la provincia de Utcubamba, ubicado en la Región Amazonas al Norte del nuestro país. El distrito limita por el Norte con la provincia de Bagua, por el Este con la Provincia de Bogara, por el Sur limita con los distritos de Jamalca y Bagua Grande y por el Sur Oeste y Oeste limita con la provincia de Bagua.²²

2.2.1.5 Clima

El clima es cálido, templado y húmedo, la temperatura oscila entre 25°C y 35°C, con humedad relativa de 70% a 80%. Cuya precipitación pluvial es de 1200 a 1800 mm anuales.²²

2.2.1.6 Agricultura y Ganadería

El distrito cuenta con tierras fértiles y productivas, eminentemente agrícola arrocero, productor de maíz, cacao y café y sus cultivos son para consumo local. También se desarrolla la actividad ganadera, siendo esta una de las actividades que también contribuyen al desarrollo del distrito; cuenta recursos hídricos que son aprovechados para las actividades de sus comunidades, siendo en el futuro un atractivo para la exportación de productos agropecuarios, cuenta con un turismo a desarrollarse que también podría convertirse en una fuente de generación de recursos; su población es hospitalaria, fortalecidos en su identidad cultural, y conscientes de la protección del medio ambiente.²²

2.2.1.7 División política

Cajaruro consta de 9 centros poblados: Naranjos Alto, San Juan de la Libertad, Misquiyacu Alto, José Playa, Alto Amazonas, Naranjitos, El Ron, San Cristóbal y por último Los Patos.²²

2.2.8 Lugares turísticos

- **El mirador del cerro la torita:** Es un mirador en cuya cima se observa una Cruz Misionera, en este lugar se contempla una gran parte del valle de Cajaruro bañado por el río Utcubamba.²²
- **La poza de Cajaruro:** En una parte del recorrido de la quebrada San Juan o San José se ha formado un pequeño pozo que debido a las piedras que existen se constituye en un remanso de agua fresca y cristalina, acompañado de la exuberante vegetación que rodea la zona, convirtiéndose así en un atractivo y acogedor balneario.²²
- **Wilca:** Es un lugar donde se puede visualizar grandes terrazas construidas a base de piedra.²²

2.2.1.9 Centro Poblado Naranjos Alto

En su inicio este lugar fue una gran Hacienda llamada Naranjos, en el año 1973 por la ley reforma agraria en el gobierno de Juan Velasco Alvarado fue cambiado a Cooperativa de Vivienda. Años después, el 16 de septiembre de 1991 fue fundado como un Centro Poblado llamado: Naranjos Alto perteneciente al distrito de Cajaruro. Ubicado al margen derecha del Río Utcubamba, Tiene un aproximado de 4 000 a 5 000 habitantes, siendo la mayor parte migrantes de Cajamarca. Dicha

población es eminentemente agrícola arrocerá. Cuenta con 3 Instituciones Educativas del Estado en los tres niveles: Educación Inicial: N° 280, Educación Primario: N° 16652 y Educación Secundario: Juan Velazco Alvarado.

El actual Teniente Gobernador es el periodista Alex Torres Campos y su división política se divide en 4 caseríos: Cocanrique, Limoncitos, Naranjos Bajo y La Curva Santa Cruz.

Cuentan con variables platos típicos, dentro de ellos están: El famoso ceviche de gamitana, causa con verduras y ensalada rusa, gallina mechada al estilo chota, tacacho con cecina, gamitana frita con patacones, cuy con papas.²²

2.2.2 Tipo de investigación epidemiológica

Los estudios epidemiológicos a menudo se clasifican en experimentales y no experimentales. En los estudios experimentales se produce una manipulación de una exposición determinada en un grupo de individuos que se compara con otro grupo en el que no se intervino, o al que se expone a otra intervención. Cuando el experimento no es posible se diseñan estudios no experimentales que simulan de alguna forma el experimento que no se ha podido realizar. Si ha existido manipulación pero no aleatorización se refiere a estudios cuasiexperimentales.²³

- Experimentales: Ensayo clínico, ensayo de campo, ensayo comunitario de intervención.
- No experimentales: Estudios ecológicos, estudios de prevalencia, estudios de casos y controles, estudios de cohortes o de seguimiento.

Otro tipo de clasificación:

- **Descriptivos:** Tienen una finalidad de describir la frecuencia y distribución geográfica y/o evolución temporal de una enfermedad y/o sus posibles determinantes, o su historia natural. Pueden generar hipótesis, pero nunca demostrar una asociación causal.
- En poblaciones (estudios ecológicos).
- En individuos (a propósito de un caso, series de casos, transversales / Prevalencia)
- **Analíticos:** Evalúan una presunta relación de causa-efecto entre una exposición y una enfermedad.
- Observacionales: Investigan la distribución de un fenómeno natural en la población. (Estudios de casos y controles, estudios de cohortes: retrospectivos y prospectivos).
- Intervención (Ensayo clínico, ensayo de campo, ensayo comunitario).

2.2.2.1 Salud bucal

Según la literatura Odontología Preventiva, lo define la “La resultante de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que propician una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permita a mejor función con los órganos involucrados en la digestión”.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, siendo uno de los 12 principales problemas sanitarios, por lo que es necesario un estudio

integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. Tanto la población de bajos recursos económicos como la población pudiente, presentan necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la primera tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

Según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%. La meta para el tamizaje en salud bucal es atender al 10% de los escolares del ámbito Qali Warma, es decir, a 342 mil 167 escolares de inicial y primaria, realizando intervenciones preventivas y recuperativas.

De acuerdo al estudio epidemiológico a nivel nacional realizado en los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental en estudiantes del nivel inicial y primaria a nivel nacional fue de 90.43%. Mientras que el promedio de dientes (cariadas, perdidas y obturadas) es de 5.84% por escolar, es decir que un escolar puede tener 5 dientes afectados, ubicándonos según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en estado de emergencia.²⁴

Juan José Portocarrero, coordinador de la estrategia sanitaria nacional de salud bucal del MINSA señaló: El Ministerio de Salud (MINSA) brindó atención gratuita en salud bucal a 8000 estudiantes de secundaria de las zonas amazónicas del país.

Esta intervención forma parte del Plan de Salud Escolar que continuará en el presente año de manera gratuita y con mayores beneficios a nivel nacional.²⁴

2.2.2.2 Prevención en Salud bucal

La OMS define a la prevención (Ginebra 1984) como un conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.²⁵

La definición de prevención en salud bucal es un conjunto de actividades cuya finalidad es controlar o retener los factores de riesgo que causan diferentes tipos de patologías. La prevención específica es control de la placa bacteriana a través de una eficiente higiene bucal, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdidas de inserción periodontal.

La promoción y prevención de la salud bucal están dirigida a toda la población y orienta sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios como a infantes, adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. Como en muchos de los problemas de salud, el éxito de estas actividades preventivas radica en una adecuada clasificación de riesgo de cada sujeto y en su participación activa de su autocuidado y en la continuidad que tengan con la terapia de mantenimiento (OMS en1986).

La primera acción preventiva será la formación de los padres en aquellos aspectos necesarios para participar activamente en la obtención y el mantenimiento de la salud de sus hijos. La educación y la salud se hallan profundamente relacionadas; diversas investigaciones concluyeron que la promoción en salud produce ganancia

de conocimientos, mejora la higiene bucal, disminuye los niveles de placa y recupera la salud gingival en niños y adolescentes.²⁵

La prevención en la práctica odontológica tiene como objetivo fomentar el adecuado desarrollo del componente estomatognático y el mantenimiento de sus funciones, La odontología preventiva primaria está abocada al cambio de actitud del individuo, cuyo nivel más alto en la escala de valores debe ser el mantenimiento de la salud bucal, utilizando estrategias que impidan el inicio de patologías bucales.^{24, 25}

2.2.3 Dentición decidua

La dentición decidua o temporal se desarrolla entre la 6ta y 7ta semana de vida intrauterina que va emergiendo dentro de 6 meses hasta 2 años aproximadamente. Consta de 20 piezas dentales, a su vez se componen 10 piezas en el maxilar superior y las otras 10 en el maxilar inferior.

La importancia de los dientes deciduos está conformado en el normal crecimiento y desarrollo del niño, motivo por el cual deben ser vigilados y tratados al mismo modo que la dentición permanente. El desgaste o daño de estos dientes influyen en distintos aspectos en el aprendizaje de la función masticatoria, en el crecimiento corporal craneofacial del niño, en el desarrollo psicológico y/o autoestima y sobre todo de gran importancia para la guía de la erupción de los dientes permanentes.²⁶

2.2.4 Caries dental

El término de caries se define como una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de la pieza dental, provocada por la acción de los ácidos que son

producidos por los microorganismos que constituye la placa bacteriana. Y así mismo multifactorial debido que influyen diversos factores, tales como son ^{27,28}

- a. Placa bacteriana:** La placa dental es un conjunto de bacterias criogénicas (60 - 70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios. Estas bacterias producen ácidos, que llegan a un pH de 5.5 y éste a su vez desmineraliza el esmalte, el proceso de caries dura aproximadamente unos 20 minutos. La principal bacteria, estreptococcus mutans. ²⁷
- b. Sustratos:** Las bacterias utilizan carbohidratos como fuentes de energía y los productos finales de la vía glucolítica son de composición ácidas, favoreciendo el proceso de caries dental.²⁷
- c. Factores del huésped:** El proceso de caries se inicia en el esmalte. La saliva cumple un rol fundamental en este proceso, cuyas funciones son de limpiar el sustrato y taponar el ácido de la placa bacteriana. De esta manera logra detener el proceso carioso y es fundamental en el proceso de la remineralización.²⁷
- d. Cronología:** En todas las piezas dentarias se produce una continua desmineralización y una remineralización del esmalte. Los ataques de ácidos son muy frecuentes dejando como resultado una desmineralización del esmalte dental y por consiguiente el deterioro dental. ²⁷

2.2.4.1 Experiencia de caries

La caries dental constituye la enfermedad crónica más prevalente en niños, está presente desde los primeros años de vida, y por su carácter crónico avanza con la edad si no se hacen esfuerzos para controlar su progresión. ²⁸

a. Índice ceo-d

El índice ceo-d es el mismo índice CPO modificado por Gruebbel para dentición temporal o decidua en 1944. Se obtiene mediante la sumatoria sólo de los dientes temporales cariados (C), temporales con indicación a extracción (e) y obturados (o). Se consideran 20 dientes y se escribe en letras minúsculas. Y el índice comunitario o grupal se obtiene a través del promedio de los valores individuales de los integrantes del grupo. ²⁸

b. Criterios de clasificación

- Se considera diente erupcionado cuando al menos una porción de su superficie estuviese expuesta en la cavidad bucal.
- Se considera pieza dental presente a pesar que solo queden remanente radicular, los dientes supernumerarios no son clasificados.
- En caras proximales la caries se puede determinar por cambio de coloración
- La restauración por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente está obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave.

c. Consideraciones especiales

- No se toma en cuenta los dientes ausentes.
- La extracción indicada es la que procede ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.
- El diente rehabilitado por medio de una corona se considera diente obturado.

- La presencia de selladores no se considera.

d. Cuantificación del índice Ceo-d

CUANTIFICACIÓN DEL INDICE CEO-D	
0 - 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
Mayor a 6.6	Muy alto

Fuente: Criterios definidos por la organización Mundial de la salud OMS - OPS para cuantificar el Índice de caries dental c.p.o - c.e.o²⁵

2.2.5 higiene bucal

Teniendo en cuenta que el factor etiológico determinante de las caries dentales y de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana, se entiende el papel fundamental de la higiene bucal en la promoción de salud bucal y en la prevención de enfermedades bucodentales.²⁹

- a. Higiene bucal en niños** El cepillado dental cumple un rol importante, ya que es un método para la remoción mecánica de la placa bacteriana. Siendo eficaz y conocido por la población, cuya finalidad es de prevenir las enfermedades bucodentales.

b. Autocuidado

Para obtener nuevos hábitos de higiene oral tanto en los padres como en los niños, es indispensable la motivación del individuo en relación a la promoción de la salud bucal y esto es dado por parte del profesional capacitado. Por todo lo señalado es imprescindible la participación de los padres en cuanto a la supervisión y el apoyo a sus hijos.²⁹

c. Realidad problemática de los niños menores (3 a 5 años)

Una mala salud bucodental puede tener profundas repercusiones en la salud general y en la calidad de vida», afirmó el Dr. Petersen según lo publicado por la OMS en un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Los problemas de salud no solo son causados por agentes patógenos hay que tener en cuenta diversos factores como son económicos y sociales de miserias que embargan algunas regiones de nuestro país, así mismo la falta de interés por la formación de hábitos de higiene oral.³⁰

Hoy en día como sabemos que la falta de interés de los padres de familia se debe en su mayoría al avance de la tecnología por parte de los aparatos telefónicos. Lo cual influye en la correcta higiene, debido a que los padres piensan de una forma equivocada que por tan solo enseñar una sola vez a los niños ya son capaces de realizar el correcto cepillado. Tener en cuenta que el desarrollo integral del niño se desarrolla hasta los 6 primeros años de vida. No debe cepillarse solo, requiere del apoyo de su padre o apoderado. La teoría constructivita según Vygosky, quien afirma: “La instrucción del aprendizaje surge de las aplicaciones de la psicología

conductual, donde se especifican los mecanismos conductuales para programar la enseñanza de conocimiento”.³¹

Por todo lo anterior mencionado se agrava por la falta de higiene bucal, no solo cuando es nula si no así mismo es defectuosa, lo cual es un factor de riesgo predeterminante para la acumulación de placa bacteriana y consiguiente el desarrollo de lesiones cariosas. El rol fundamental de los padres es la formación de hábitos de higiene en sus menores hijos.

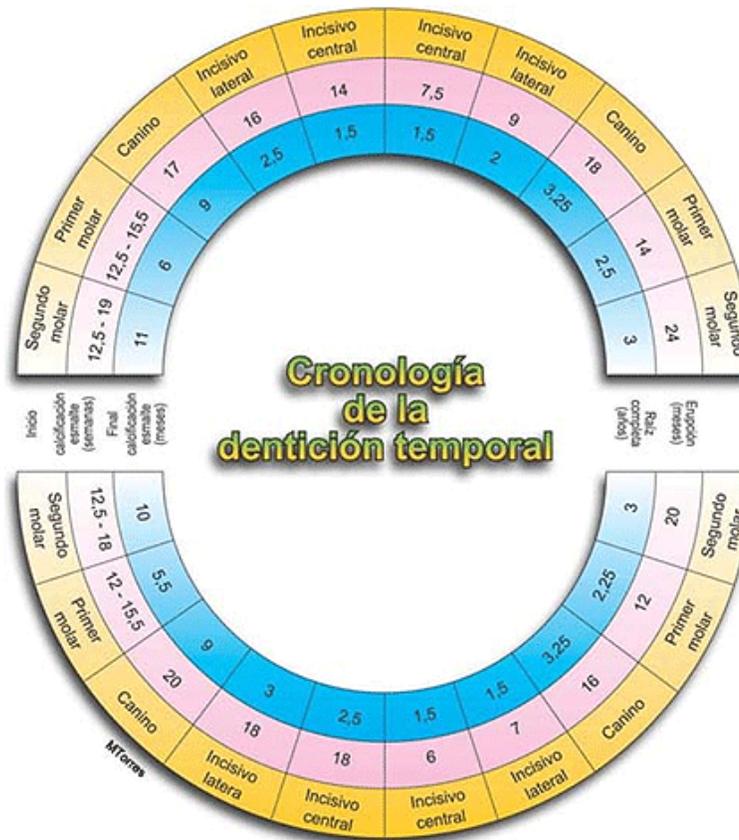
d.- Erupción dentaria

Los dientes temporales comienzan a hacer su aparición en boca alrededor de los seis meses de edad. Actualmente se acepta una gran variabilidad en la cronología y secuencia de la erupción temporal.

Según el investigador Canut, el proceso de la erupción se realiza en tres períodos: En una primera fase: Erupciona el grupo incisivo; luego sucede un período de latencia de unos 4 a 6 meses. En la segunda fase: Erupcionan los primeros molares y los caninos; y posteriormente la tercera fase, que ocurre tras un segundo período silente de 4 a 6 meses, en la que erupcionan los segundos molares. Entre los 3 años y los 5 años, se produce el desgaste de las cúspides de las piezas temporales. La erupción dentaria puede verse afectada por diversos factores, por tal motivo es un estudio de muchos investigadores. Factores como el sexo, la raza, el peso, la talla o el nivel socioeconómico pueden condicionar variaciones en la emergencia de los dientes temporales.³²

Este proceso se repite dos veces en todas las personas:

- La primera ventana con los dientes temporales desde los 6 meses hasta los 3 años aproximadamente.
- La segunda ventana con los dientes permanentes a partir de los 6 años de edad.



Cronología de la erupción de la dentición temporal (Canunt, 1992) ³²

2.2.6 Placa bacteriana

La placa bacteriana o biofilm oral se puede definir como un cúmulo de depósitos blandos, en forma de biopelícula, que se anexa en pocas horas a la superficie dental en el margen gingival, encía y a otras superficies bucales tales como las restauraciones, prótesis entre otros, debido a la falta de higiene o higiene defectuosa. Y por lo contrario al no eliminarse el patógeno convierte los residuos de

alimento en ácidos, que a su vez destruye el esmalte y por consiguiente una cavidad en el diente. Su coloración es blanco grisáceo o en ocasiones amarillo y pegajosos que tiene como huésped a las bacterias. La placa bacteriana no es visible a simple vista, precisándose para su identificación la aplicación de sustancias reveladoras de placa, como la eritrosina al 0,5%.³³

Estudios realizados afirman que es agente etiológico de las caries dental y la enfermedad periodontal, a pesar de lo señalado algunas de ellas pueden estar causadas por diferentes procesos que el profesional debe conocer y tener en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico correcto y poder instaurar el tratamiento adecuado.³⁴

Se clasifican en dos principales tipos: placa subgingival, se encuentra por debajo del margen gingival y por encima del margen gingival que se llama placa marginal o supragingival.²⁷

2.2.6.1 Índice de higiene oral

En 1960, Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral, luego 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 IHO simplificado. Para lo cual mide la superficie del diente cubierta con residuo blando y cálculo.

Cuyos objetivos son: Determinar y evaluar cuantitativamente y cualitativamente el grado de higiene oral en la población y evaluar las medidas preventivas del cepillado

dental. El procedimiento se lleva a cabo mediante la examinación de 6 piezas dentarias.^{27, 28}

Piezas representativas:

- Primer molar superior derecha (1.6) en la superficie vestibular.
- Incisivo central superior derecho (1.1), en la superficie vestibular
- Primer molar superior izquierda (2.6) en la superficie vestibular
- Primer molar inferior izquierda (3.6) en la superficie lingual
- Incisivo inferior derecho (4.1) en la superficie vestibular
- Primer molar inferior derecha (4.6) en la superficie lingual

Se evalúan por separado ambos componentes del índice, tanto el cálculo como los residuos blandos. Se requiere que se encuentren completamente erupcionado para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en el caso contrario se examina la pieza dental adyacente.^{25, 34}

Los criterios para medir cada componente son los siguientes:

0– No hay residuos o manchas.

1– Los residuos o cálculo no cubre más de un tercio de la superficie dentaria.

2– Los residuos o cálculo cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

3– Los residuos o cálculo cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta.

Para obtener el índice individual de IHO-S por individuo se requiere sumar la puntuación de las piezas examinadas y dividir las entre el número de piezas analizadas. Se realiza esta operación para ambos componentes, obteniéndose un resultado por cada componente que seguidamente se sumaran entre ellos.

NIVELES DEL IHOS	
0.1- 1.2	Bueno
1.3 -3.0	Regular
3.1- 6	Malo

Fuente: Criterios definidos por la organización Mundial de la salud OMS²⁵

2.2.6.2 Medidas para el control de la placa bacteriana

Las medidas que son consistentes con la prevención de la enfermedad en el caso de la caries dental según los principios de la hipótesis de la placa bacteriana, incluyen:

1. Control mecánico de la placa bacteriana

a. El cepillado dental

El cepillado de los dientes es considerado entre los factores de prevención de la caries dental, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, de tal forma que una de las medidas de prevención indicadas por el Ministerio de Salud en nuestro país consiste en la enseñanza del

cepillado dental a todos los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento estomatológico; así como su comprobación en el terminado.

Cuyos objetivos son: Eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de la placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patógena para las encías y los dientes y estimular y queratinizar la mucosa de la encía evitando así el paso de bacterias.^{26, 27}

b. Técnicas

- Bass modificada

Técnica recomendada, el cepillado deber ser realizado en orden para evitar dejar áreas sin limpiar. Remueve la placa supra y subgingival y aplicar en todos los sectores. La parte activa debe estar en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival. La acción del cepillo es leve presión contra los dientes y el margen gingival. El curso del movimiento se da a través de pequeños movimientos circulares.²⁸

-

- Bass

Remueve la placa supra y subgingival, puede ser aplicada en todos los sectores. El inconveniente es el riesgo, injuria por cerdas duras o demasiada fuerza. La posición inicial se da por medio de la parte activa en la posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival y por último su acción es la leve presión contra los dientes y el margen gingival, con el mismo curso de movimiento que la técnica Bass modificada.²⁸

- **Charters**

Tiene un efecto de masaje en la encía con una limitación de dificultad de aprender. No se aplica a todos los sectores, pero la parte activa del cepillo se dirige hacia las coronas de las piezas dentarias, con ligera presión y rotación contra los dientes y margen gingival. Los movimientos son combinados vibratorio y rotación parte activa de la superficie oclusal a la raíz.²⁸

- **Stillman modificado**

Esta técnica no sólo tiene el efecto de masaje sino también de estimulación de la encía, pero tiene cierta desventaja de no remover la placa subgingival, ya es dificultosa de realizar, igualmente que las anteriores ya mencionadas y no usa todos los sectores. La parte activa del cepillo se dirige hacia raíces y en posición vertical hacia las superficies oclusales. Con la misma característica el movimiento combinado vibratorio-rotacional.²⁸

- **Barrido**

Esta técnica sigue patrones individuales de movimiento aceptada para niños. Omite sitios de riesgo de Caries. Sus movimientos sistemáticos y sin control alguno, así mismo la presión es variable. La parte activa del cepillo se dirige en posición vertical a las superficies dentales. Cuyos movimientos horizontales no son finos hacia adelante y hacia atrás.²⁸

c. Algunas recomendaciones sobre el cepillado:

- El cepillado debe ser realizado por un adulto, hasta los 9 años de edad del niño.

- Se recomienda el cepillado manual, ya que este que su ventaja es la efectividad para la remoción de la placa bacteriana.
- Indicar que el cepillado lo realicen mirándose al espejo facial con la finalidad de que sea efectivo.
- La técnica de cepillado de Bass modificada está indicada para los niños que tengan los primeros y segundos molares en erupción, la dirección del cepillado debe ser vestibulo-lingual/palatino o en cruz.
- Comenzar el cepillado siempre por el mismo lado y llevar un orden o secuencia, realizando el cepillado varias veces en la misma área antes de pasar a la siguiente, cubriendo las tres superficies dentales (cara externa, cara interna y cara oclusal).
- La limpieza de la lengua se da a través del cepillar suavemente la lengua con movimientos de atrás hacia adelante cuya ventaja es la eliminación de depósito causantes de los males olores.²⁸

C. Hilo dental

Es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) cumple la función de retirar restos alimenticios y placa bacteriana de los dientes. Por lo tanto, después del cepillado se recomienda el uso de la seda o hilo dental con el fin de prevenir disminuir el riesgo de desarrollar enfermedad gingival y caries interproximal. El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries dental.²⁸

2. Control químico de la placa bacteriana

Cada día aumenta la importancia de complementar el control mecánico de la placa bacteriana, más no sustituir. Esta ayuda se trata de un control químico de la placa, se dirige a la utilización de sustancias antisépticas y/o antibióticas que permiten reducir o retardar la formación de la placa bacteriana, así como también interfiere en la adherencia de las bacterias a la superficie dental. Comprendiendo el uso de enjuagues bucales, como es el caso de la clorhexidina los estudios demuestran su eficacia eliminando los organismos cariogénicos como para el control de la gingivitis y periodontitis y así mismo el complemento de uso de dentríficos. ³⁴

Lindhe (2000) señaló que las sustancias químicas influyen sobre la placa cuantitativa y cualitativamente por medio de varias vías.

Dentríficos o crema dental

La higiene oral no solo está basada en el control mecánico de placa sino también al uso de las cremas dentales. Los dentríficos tienen como objetivo la limpieza de los dientes naturales o artificiales y encías; puede tener propiedades preventivas, cosméticas o terapéuticas, según el caso. En el caso específico de los niños la composición básica de los dentríficos es la concentración de fluoruros, más recomendado para la prevención de caries, tanto por el aspecto tópico y continuado a su aplicación como por la aceptación social de la higiene dental mediante el cepillado dental. ^{32,36}

Algunas recomendaciones que brinda La Asociación Peruana de Odontología para Bebes:

- La cantidad recomendada del uso de crema dental es 0.25 gr a 0.30 gr de crema dental lo que corresponde al tamaño de grano alverja.
- El uso de flúor en la crema dental es 500ppm como máximo y la técnica transversal equivalente a 0,26g para pre-escolares.
- Introducir la pasta dentro de las cerdas para reducir que lo ingieran fácilmente, dejar fuera del alcance del niño el producto, enseñarle a escupir, cepillar 2 veces al día como mínimo y recordar que el mayor efecto terapéutico es en la noche, con la supervisión de los padres, que deberían cepillarse junto con el niño para que sean modelos de refuerzos.³⁶

2.2.7 Flúor

La aplicación del flúor se realiza a través de dos vías: la sistémica y la tópica. El flúor de administración sistémica tiene efecto tópico a través de la secreción salival; y la vía tópica se transforma en sistémica cuando los productos aplicados se ingieren indebidamente.³⁷

Según la investigación de Vallejos R y Tineo T. Señalaron: Las múltiples evidencias científicas sobre la eficiencia de los fluoruros de aplicación sistémica ya sea en agua o sal de consumo humano, siendo eficiente en la prevención de la caries dental, contrastan con la escasa información de efectividad y de logros concretos en la reducción de la caries dental en nuestro país. Por el contrario, las acciones más frecuentes desarrolladas en el campo de la salud pública, utilizan fluoruros de uso tópico, es evidente la búsqueda del mismo impacto que los fluoruros sistémicos; La investigación sugiere que muchos programas, proyectos y campañas dirigidos a

diversas poblaciones, incorporen estos esquemas sin considerar su costo efectividad y la factibilidad para su implementación.³⁸

MÉTODOS DE APLICACIÓN

- Vía sistémica

Son aquellos que ingresan al organismo por vía oral en forma natural o artificial, por medio de diferentes vehículos.

En estudio realizado por Chumpitaz R (2012): señaló que se ha considerado la vía sistémica de acceso masivo como una opción más pertinente. Sin embargo, como no es posible incorporar flúor a la red de agua tal como ha ocurrido exitosamente en algunos países, la sal fluorada se constituye como una alternativa masiva y viable de administrar fluoruros a bajo costo en nuestro país, intervención que además es reconocida por la OMS como una estrategia válida y efectiva de salud pública.³⁹

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera las actividades básicas del sistema de vigilancia como procedimientos de monitoreo biológico que comprende en evaluar periódicamente la ingesta de fluoruros y su impacto en los humanos, considerándose los estudios de caries y fluorosis dental, estado nutricional y excreción urinaria de flúor. Y el monitoreo químico implica las acciones que sirven para identificar la presencia de flúor en la sal y el agua, por ser la principal fuente natural de flúor. En nuestro país se viene impulsando el flúor en la sal desde hace más de veinte años. La adición de flúor corresponde a 200 - 250 ppm/kg de peso en cada paquete de sal fortificada.³⁹

- **Vía tópica**

Es una sustancia farmacéutica fluorurada que se utiliza en medidas de protección específica para evitar la caries dental, con capacidad para disminuir la desmineralización del esmalte y promover su remineralización. Aplicado localmente en la superficie dentaria, ejerce su actividad directa en la misma, aumentando el proceso natural de captación de fluoruro. Los mecanismos de acción tópica actúan principalmente en el esmalte recién erupcionado en las zonas más porosas, menos estructuradas, en la lesión blanca por caries, así como en el proceso carioso avanzado y en dientes con diferentes grados de fluorosis, es de uso profesional y van dirigidos a grupos de alto riesgo, como un índice CPOD mayor a 3 dientes a los 12 años de edad.³⁷

a. Geles o espumas de fluoruros

Los geles fluorados, sustancias de empleo preventivo, aparecieron en los años 60. Su efectividad es indiscutible ya que presenta una eficacia de 14 a 28% en la reducción de caries y son Tixotrópicos, ya que verdaderamente son soluciones viscosas frente a presión se vuelven fluidos; lo que nos permite que el material pueda fluir hasta lugares de difícil acceso como son los espacios interproximales.

Un estudio realizado por Spak CJ, Johnson G, Ekstrand J. señalaron que las aplicaciones diarias de gel fluorado en pacientes que recibieron radioterapia por tumores de cabeza y cuello. 75% de los pacientes han utilizado el gel al 0,42% F diariamente durante el estudio, con alguna secreción de saliva, no se desarrolló caries dental durante el estudio.³⁹

La realización de profilaxis previa en caso que haya exceso de placa bacteriana, más no por eliminar sólo la película adquirida. Y el uso de cubetas, se disminuye la incidencia de intoxicación por ingesta con Flúor, con la finalidad de poner cierta cantidad y no rebasar las piezas dentarias.³⁷

Tipos de flúor gel

- **Flúor fosfato acidulado al 1.23%:** está indicado en niños mayores de cuatro años de edad, quienes posean riesgo estomatológico bajo o moderado. Contraindicado en pacientes con sellantes de fosas y fisuras o restauraciones de resina compuesta, debido a su alto grado de acidez puede llegar a dañar la superficie de dichos materiales.³⁷

- **Flúor Neutro al 2%:** Aplicable en pacientes que tienen sellantes de fosas y fisuras, restauraciones de resina compuesta, por lo tanto este gel neutro es como una alternativa frente al anterior.³⁷

- **Fluoruro Estañoso:** Posee un PH de 2.1 agente cariostático excelente debido a la formación de precipitados insolubles de fosfato estañoso, fluoruro de calcio y flúor-fosfato estaño sobre la superficie del esmalte. Y disminuye la tensión superficial del esmalte promoviendo la reducción de placa.³⁷

b. Barnices

Presentan un contenido más elevado de flúor 1 000 ppm y 22 600 ppm, son de consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva. Un estudio realizado por Mejía S B, claramente mostró que los barnices fluorados son un método efectivo

y seguro en la prevención de la caries dental en niños con alto riesgo de caries y que su indicación no sólo puede ser usado en la prevención de la caries, sino también como un tratamiento para la sensibilidad dental cervical y/o inhibiendo la erosión del esmalte.⁴⁰

2.2.8 Sellantes

Los sellantes son considerados interceptivos más que preventivos, debido a que el progreso de la caries en lesiones pequeñas puede ser detenido luego de sellada la fisura. La colocación de un sellante elimina el aporte orgánico del exterior, reduciendo la viabilidad de las bacterias remanentes. Si la lesión ha llegado a la dentina el sellado no elimina el aporte interno haciéndose la lesión cada vez mayor. Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. Es importante preservar la estructura dental.

En un estudio donde se sometían dientes con caries oclusales de esmalte a distintos tratamientos no invasivos se comprobó que tanto el uso de sellantes de ionómero vítreo modificado con resina, como la aplicación de barnices fluorados y la enseñanza de higiene, son capaces de detener el progreso de las caries oclusales.

Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.²⁷

2.2.9 Visita al odontólogo

La salud bucal depende básicamente del cuidado, pero visitar periódicamente al dentista es también importante para el mantenimiento de la salud bucal ya que como en la mayoría de las enfermedades el diagnóstico precoz puede determinar qué tipo de tratamiento se requiere, por ello es necesario un control permanente y debe ser realizado en intervalos de 6 meses de acuerdo a la necesidad específica de cada uno. ²⁷

2.2.9.1 Dieta

Según lo señalado por la OMS, el régimen alimentario tiene un importante papel en la prevención de las enfermedades bucodentales entre ellas la caries y en la salud general. Un factor causal relevante es el consumo de bebidas gaseosas, una importante fuente de ácidos en la dieta en los países desarrollados. La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños.

Cisnero D G, Hernández B Y (2011) Señalaron en su investigación que los alimentos que constituyen la dieta habitual son aquellos que aportan los nutrientes necesarios para el desarrollo del niño y, por tanto, desde el punto de vista nutricional son beneficiosos, independientemente de que sean cariogénicos o no. Se debe tener mucho cuidado al restringir estos alimentos y valorar su ingestión en el concepto amplio de la nutrición del niño; sin embargo, hay que advertir a los padres sobre el potencial cariogénico y la necesidad de cepillarse los dientes inmediatamente después de su consumo. ⁴¹

Es muy difícil que el niño deje de comer dulce y golosinas, pero sí debe realizarse un control y regulación de la frecuencia y secuencia del control de la dieta. El efecto más relevante es el tiempo en que transcurren los ataques desmineralizantes que no deben ser suficientes para que la remineralización pueda llevarse, la recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente; provocar hábitos alimentarios sanos para la formación de los dientes; disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras. ⁴¹

González M F et al (2009) señaló en su investigación que la mayor prevalencia de caries para la edad de cinco años ha sido reportada en diferentes estudios, debido que el niño incrementa las exposiciones a factores como la ingesta de dulces, inicia la etapa de erupción de los primeros dientes permanentes, ocasionándole incomodidades durante el cepillado dental y además los padres terminan delegándoles la responsabilidad de este como una medida para generar autonomía e interés en su higiene oral. ⁴¹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

- El nivel de conocimiento de los padres en salud bucal tiene relación con el estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto -distrito Cajaruro – provincia Utcubamba - Región Amazonas 2016.

3.1.2 Hipótesis específicos

- El nivel de conocimiento de los padres es variado en salud bucal en niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto -distrito Cajaruro – provincia Utcubamba - Región Amazonas 2016, según edad, sexo y grado de instrucción.
- La experiencia de caries que presentan los niños de 3 a 5 años es alta en el centro poblado Naranjos Alto -distrito Cajaruro – provincia Utcubamba - Región Amazonas 2016.
- El nivel de conocimiento de los padres en salud bucal está relacionado con la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016
- El nivel de conocimiento de los padres en salud bucal está relacionado con el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

3.2 Variables

- Variable independiente:

Nivel de conocimiento, edad, grado de instrucción y género

- Variable dependiente:

Estado de salud bucal, experiencia de caries, estado de higiene bucal

3.2.1 Definición conceptual

- Nivel de conocimiento: Conocimiento cuantificable y medible que tienen los padres sobre aspectos básicos de salud de sus hijos.⁴²

- Estado de salud bucal: Condiciones de salud bucal de acuerdo a la experiencia de caries dental y al índice de higiene oral que presenta la población evaluada.³⁵

Covariables:

- Edad: La edad biológica del individuo que presenta la población encuestada.⁴³

- Grado de instrucción: El grado más elevado de estudios realizados o en curso de los padres encuestados en dicha zona.⁴³

- Género: Identidad sexual de los seres vivos examinados.⁴³

- Grupos etarios: determinados grupo perteneciente a una etapa específica del ciclo vital humano.

- Adulto joven: Edad comprendida desde los 18 a 35 años de edad. Característica física: alcanza la madurez y sus sistemas corporales funcionan a óptimo nivel adquieren una filosofía de la vida.

- Adulto mayor: Edad comprendida desde los 35 a 59 años de edad. El crecimiento a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos.

3.2.2 Definición operacional

Variable	Dimensiones	Instrumentos	Tipo	Escala de medición	Indicadores
Nivel de conocimiento los padres en salud bucal	Conocimientos sobre elementos, hábitos y técnicas de higiene bucal	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	1.-Deficiente 2.- Regular 3.- Bueno 4.- Muy bueno
Edad	Grupo etario a quien pertenece	DNI	Cualitativa	Ordinal	1.- Adulto joven 2.- Adulto maduro
Grado de instrucción	Último grado académico obtenido	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	1.- Ninguna 2.- Ed. Primaria 3.- Ed. Secundaria 4.-tec. Superior y/o universitaria
Según el género	Clasificación biológica a quien pertenece	Encuesta	Cualitativa	Nominal	1.- Madres 2.- Padres
Estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años	Experiencia de caries dental	Índice ceo-d de Gruebbel	Cuantitativa	Continua	Piezas dentarias (cariadas, extraídas, obturadas)
	Estado de higiene oral	IHOS de Greene y Bermellón	Cuantitativa	Continua	Bueno 0 - 1 Regular 1.1 - 2 Malo 2.1 - 3

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Se considera al estudio como descriptivo correlacional, ya que se registra los datos sin involucramiento por parte de la investigadora, buscando una asociación de variables principales, sin establecer una relación causal.

El estudio se considera de tipo transversal ya que la investigadora tomará los datos requeridos a la misma población una sola vez, sin hacer un seguimiento ni tomar en consideración datos anteriores al estudio.

Además el estudio es cuantitativo, por ser la estadística la forma de análisis para la comprobación de hipótesis.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población de referencia estará constituida por 70 niños de 3 a 5 años y sus respectivos padres que habiten en el centro poblado Naranjos Alto - distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.

Criterios de inclusión

- Todos los niños de ambos sexos de 3 a 5 años de edad, que residan en el centro poblado Naranjos Alto.
- El niño que desee participar voluntariamente en el presente estudio.
- Que no presenten ningún tipo de discapacidad, física ni mental
- El niño con autorización de los padres o apoderados expresada mediante la firma de un Consentimiento Informado.

Criterio de exclusión

- No serán considerados los niños que tienen enfermedad sistémica existente.
- Los niños que padezcan alguna discapacidad sensorial o motriz.
- Los niños no colaboradores
- Los niños menores de 3 años y mayores de 5 años.

4.2.2 Muestra

Para este estudio se empleó una muestra no probabilística por conveniencia, de tal forma que se incluyó en el estudio a 70 niños de 3 a 5 años que residan en el centro poblado Naranjos Alto que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

- a. Técnica: Observacional y entrevista Estructurada
- b. Instrumentos: Los instrumentos empleados en la presente investigación fueron los siguientes:
 - Ficha clínica
 - Cuestionario

El instrumento utilizado fue creado y validado por Cupé y García (2015)¹⁸ con una validez de contenido mediante V de Aiken de 0,95 y una confiabilidad mediante alfa de Cronbach 0,645. El instrumento consta de 20 preguntas cerradas, con cuatro alternativas cada una de ellas, de esta manera se midió el nivel de conocimientos, según el grado de instrucción, edad, y sexo de los padres de familia.

Además se utilizó una ficha clínica, la que registró la experiencia de caries, mediante el uso del odontograma y analizado mediante el índice ceo-d, y la higiene oral, mediante el uso del índice de higiene oral (IHOS). (Anexo N°05)

4.4 Técnica de procesamiento de la información

Se solicitó a la directora de la Escuela de Estomatología Dra. Esp. Miriam Vázquez Segura, la formulación de una carta de presentación dirigida al Teniente Gobernador del Centro Poblado al señor Alex Torres Campos, para realizar el estudio. Así mismo se gestionó el permiso mediante una solicitud dirigida a la autoridad del centro poblado Naranjos Alto, solicitando realizar un estudio sobre los conocimientos de los padres en salud bucal con relación al estado de salud de niños de 3 a 5 años. De tal manera que se estableció la realización del estudio en el Centro Poblado Naranjos Alto, distrito de Cajaruro.

Luego se coordinó con el teniente Gobernador los días que tendría que ir al centro poblado Naranjos Alto.

Los días acordados se visitó casa por casa explicando el propósito de la investigación, el procedimiento a realizar, su importancia y beneficio para el niño, posteriormente y se entregó una carta de consentimiento informado a los padres de los niños de 3 a 5 años para que firmen la colaboración en el presente estudio y así mismo se les explicó los puntos que se desarrollan y se procedió a obtener la información del nivel de conocimiento mediante el cuestionario de 20 preguntas dirigidos a dichos padres de familia. De manera simultánea se realizó el análisis del estado de salud bucal respectivo a cada niño (Examen clínico) de manera individual, mediante el odontograma y se obtuvo los índices tanto del ceo-d como del Higiene oral a cada niño.

El procedimiento del índice del ceo-d: Se ubicó al niño semisentado en una silla, se le explicó para que colabore con el examen, se examinó pieza por pieza con la

ayuda de un espejo bucal. De tal forma que se registró en la ficha la sumatoria de los dientes deciduos cariados, perdidos y obturados, incluyendo las extracciones indicadas. El siguiente índice de Higiene Oral simplificado se utilizó una solución reveladora de placa, aplicada con hisopos y con la ayuda de espejos bucales y bajalenguas se observó la tinción de esta solución en las superficies dentarias y se registró lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral.

Luego de haber terminado la actividad señalada, se realizó una charla referente a la prevención y promoción en salud bucal dirigido a cada padre.

Se culminó con el reparto de cepillos dentales para cada niño.

4.5 Técnica estadística utilizada en el análisis en el análisis de la información

Los datos se recopilaron en una ficha de tabulación y se analizó mediante pruebas de correlación, de acuerdo a la naturaleza de la variable, para determinar la asociación y poder de la relación de las variables en contingencia, para lo cual se utilizó el Software para análisis estadístico IBM SPSS Statistics v.20.0

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Resultados

A continuación se presenta los resultados obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y la correlación existente entre los resultados de cada una de las variables analizadas con la finalidad de contrastar las hipótesis planteadas

La obtención de resultados se basó en el enfoque cuantitativo; así también se utilizaron procedimientos estadísticos cuantitativos, con el fin de ofrecer medios para el análisis los cuales generen confiabilidad en los resultados obtenidos.

Se consideró la utilización de dos instrumentos, el primero de ellos para la evaluación del conocimiento de los padres en salud bucal, que consta de 20 preguntas, cuestionario validado; el segundo para la evaluación del estado de salud bucal de los niños, el cual consta de fichas clínicas, utilizando el índice del ceo-d y el índice de higiene oral.

La información obtenida con ambos instrumentos fue analizada y contrastada, en una primera instancia, en un análisis estadístico descriptivo, y posteriormente en un análisis correlacional, mediante el establecimiento de correlaciones entre los conocimientos de los padres en salud bucal y estado de salud bucal de los niños, aplicando la prueba de correlación del chi cuadrado de Pearson.

Tabla N° 1

Distribución de frecuencia de las variables demográficas de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

		N	%
Género	Madre	59	84,3%
	Padre	11	15,7%
Edad	Adulto joven (18 – 35 años)	44	62,9%
	Adulto mayor (35 – 59 años)	26	37,1%
Grado de instrucción	Ninguna	2	2,9%
	Educación primaria	24	34,3%
	Educación secundaria	39	55,7%
	Técnica / Superior	5	7,1%

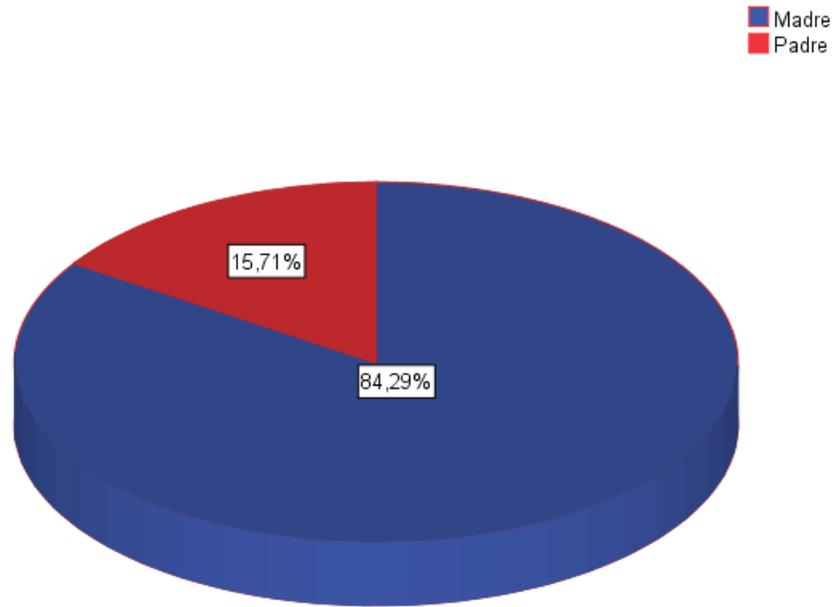
Fuente: propia del investigador

En la Tabla N° 1 se observa la distribución de frecuencia de las variables demográficas de los padres de los niños de 3 a 5 años evaluados, donde (84,3%) 59 son madres y (15,7%) 11 son padres. De acuerdo a la edad, (62,9%) 44 son adultos jóvenes y (37,1%) 26 son adultos mayores. De acuerdo al grado de instrucción, (2,9%) 2 son ninguna instrucción, (34,3%) 24 son de educación

primaria, 39 (55,7%) son de educación secundaria, 5 (7,1%) son de educación técnica o superior.

Gráfico N° 1.1

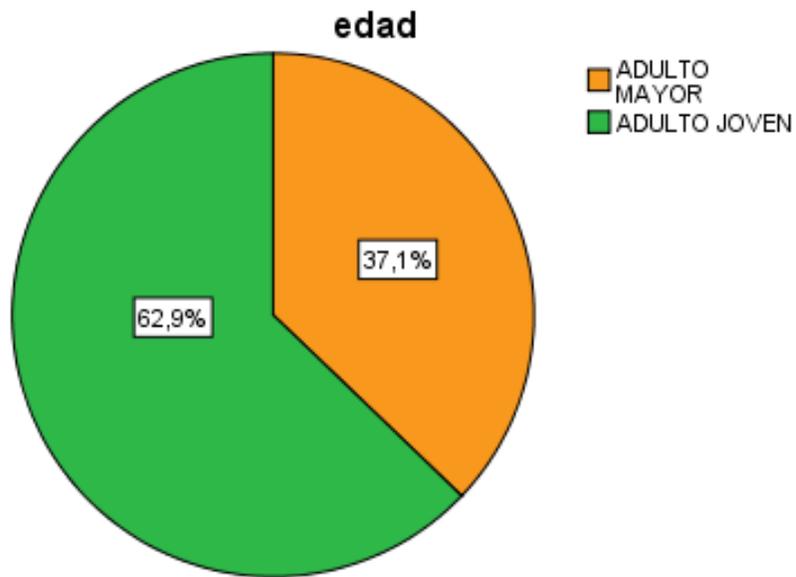
Distribución de frecuencia de género de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.



Fuente: propia del investigador

Gráfico N° 1.2

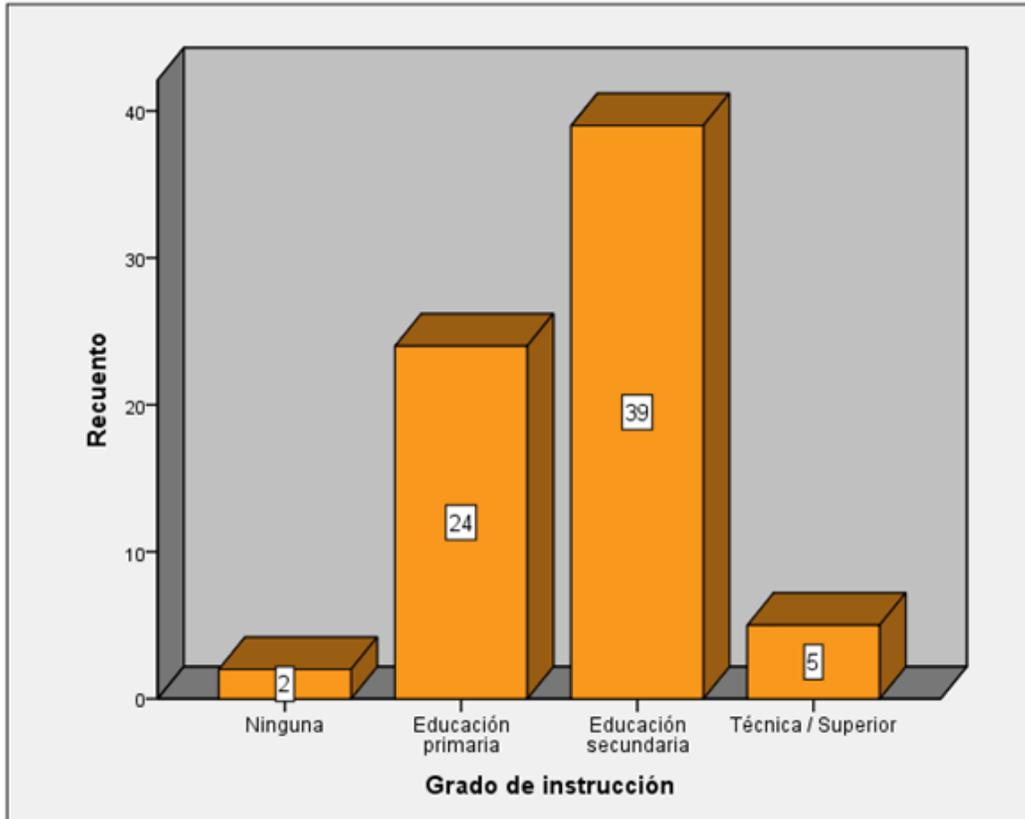
Distribución de frecuencia de la edad de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.



Fuente: propia del investigador

Gráfico N° 1.3

Distribución de frecuencia del grado de instrucción de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 2

**Nivel de conocimiento de los padres en salud bucal de niños de 3 a 5 años
en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba
– Región Amazonas 2016**

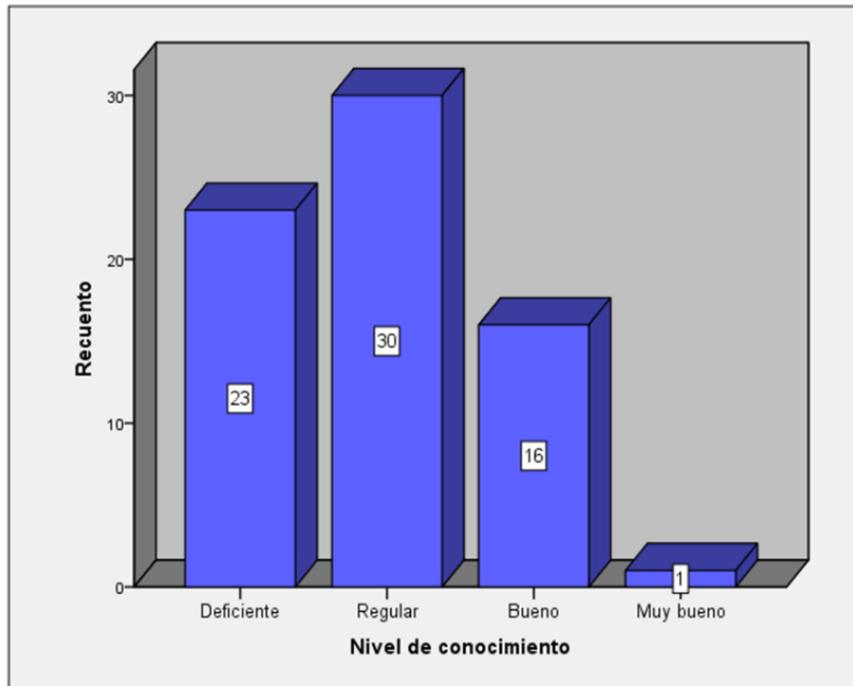
		N	%
Nivel de conocimiento	Deficiente	23	32,9%
	Regular	30	42,9%
	Bueno	16	22,9%
	Muy bueno	1	1,4%

Fuente: propia del investigador

En la Tabla N° 2 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años, donde (32,9%) 23 son deficientes, (42,9%) 30 son de nivel regular, (22,9%) 16 son buenos y por último (1,4%) 1 son muy buenos.

Gráfico N° 2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016.



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 3

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el género

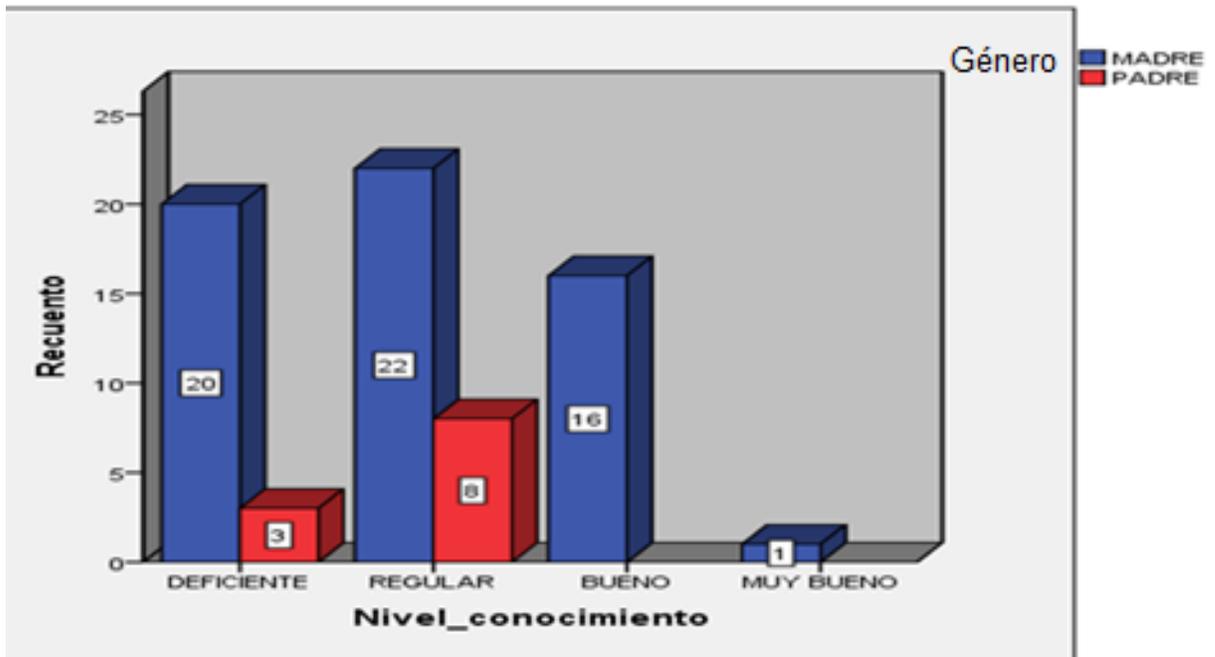
		Género			
		Madre		Padre	
		N	%	N	%
Nivel de conocimiento	Deficiente	20	33,9%	3	27,3%
	Regular	22	37,3%	8	72,7%
	Bueno	16	27,1%	0	,0%
	Muy bueno	1	1,7%	0	,0%

Fuente: propia del investigador

En la Tabla N° 3 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años. En el grupo de las madres, (33,9%) 20 presentan un conocimiento deficiente, (37,3%) 22 un conocimiento regular, (27,1%) 16 se observa un conocimiento bueno y (1,7%) 1 un conocimiento muy bueno. En el grupo de los padres, (27,3%) 3 se observa un deficiente, (72,7%) 8 presentan un conocimiento regular, y por último no presentan conocimientos bueno ni malo.

Gráfico N°3

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el género



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 4

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según la edad

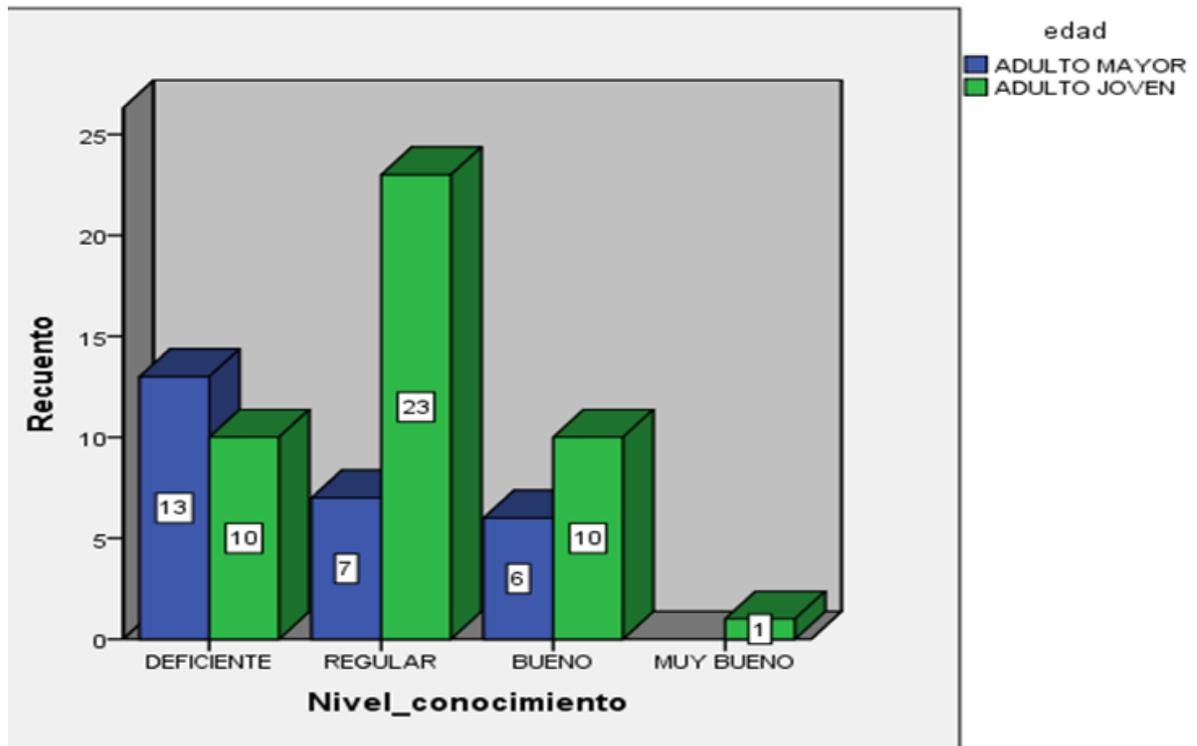
		Edad			
		Adulto joven (18 – 35 años)		Adulto mayor (35 – 59 años)	
		N	%	N	%
Nivel de conocimiento	Deficiente	13	50,0%	10	22,7%
	Regular	7	26,9%	23	52,3%
	Bueno	6	23,1%	10	22,7%
	Muy bueno	0	,0%	1	2,3%

Fuente: propia del investigador

En la Tabla N° 4 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años. En el grupo de adulto joven, (50,0%) 13 presentan un conocimiento deficiente, (26,9%) 7 un conocimiento regular, (23,1%) 6 se observa un conocimiento bueno y ninguno (0%) 0 un conocimiento muy bueno. En el grupo del adulto mayor (52,3%) 23 se observa un conocimiento regular, (22,7%) 10 presentan un conocimiento bueno, y así mismo otros (22,7%) 10 conocimiento deficiente, y por último (2,3%) 1 presenta un conocimientos muy bueno.

Gráfico N° 4

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según la edad



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 5

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el grado de instrucción

		Grado de instrucción							
		Ninguna		Educación primaria		Educación secundaria		Técnica / Superior	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de conocimiento	Deficiente	2	100,0%	10	41,7%	11	28,2%	0	,0%
	Regular	0	,0%	10	41,7%	19	48,7%	1	20,0%
	Bueno	0	,0%	4	16,7%	9	23,1%	3	60,0%
	Muy bueno	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	20,0%

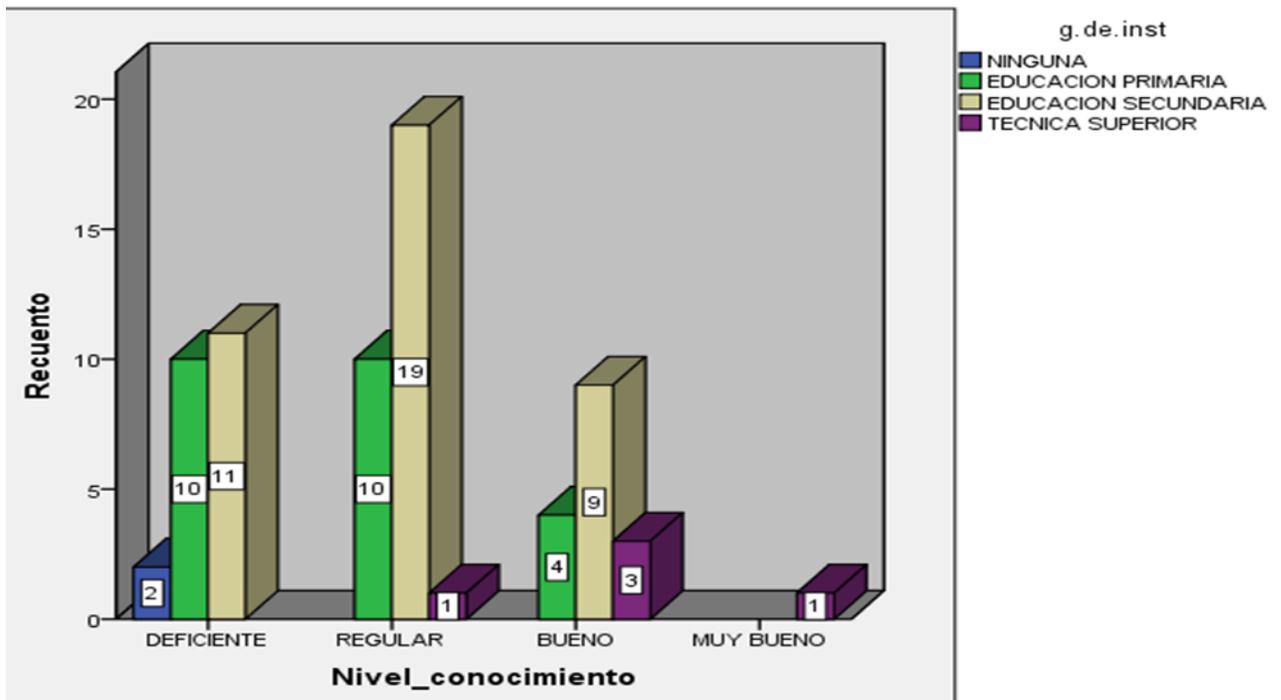
Fuente: tomada por el investigador

En la Tabla N° 5 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años evaluados. Los dos padres que no tienen instrucción presentan un conocimiento deficiente. Aquellos que tuvieron instrucción primaria, (41,7%) 10 presentan conocimiento deficiente, de igual modo conocimiento regular, (16,7%) 4 se observa un conocimiento bueno y ningún padre presenta muy buen conocimiento. Los que tuvieron instrucción secundaria, (28, 2%) 11 presentan conocimiento deficiente, (48,7%) 19 se observa un conocimiento regular, (23,1) 9

conocimiento bueno y ningún padre presenta un muy buen conocimiento. Los padres que tuvieron una instrucción técnica y/o superior, no presentan ningún conocimiento deficiente, (20%) 1 tuvieron conocimiento regular, (60%) 3 se observa un conocimiento bueno y (20%) 1 presenta un conocimiento muy bueno.

Gráfico N° 5

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016, según el grado de instrucción



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 6

Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

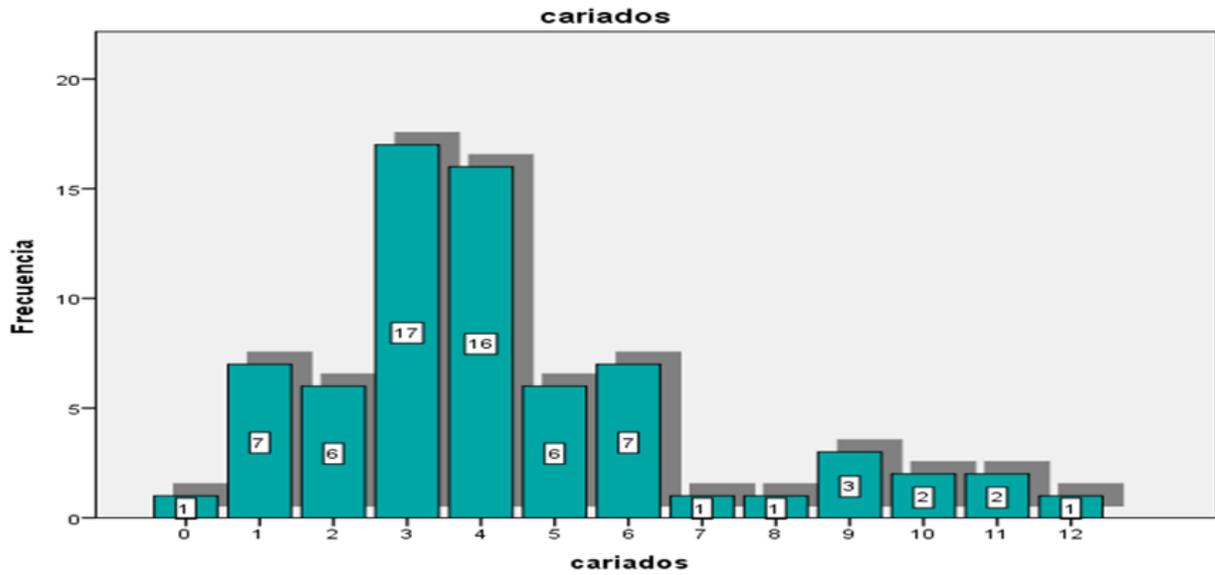
Cariados					
		N	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	1	1,4	1,4	1,4
	1	7	10,0	10,0	11,4
	2	6	8,6	8,6	20,0
	3	17	24,3	24,3	44,3
	4	16	22,9	22,9	67,1
	5	6	8,6	8,6	75,7
	6	7	10,0	10,0	85,7
	7	1	1,4	1,4	87,1
	8	1	1,4	1,4	88,6
	9	3	4,3	4,3	92,9
	10	2	2,9	2,9	95,7
	11	2	2,9	2,9	98,6
	12	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

En la Tabla N° 6 Se observa la distribución de frecuencia del número de dientes cariados de los niños de 3 a 5 años evaluados, la mayor frecuencia se presentó con en (24,3%) 17 niños que presentaron 3 dientes cariados, (22,9%) 16 niños presentaron 4 dientes cariados y la menor frecuencia se presentó con un niño el cual no se registró ninguna pieza dentaria cariada.

Gráfico N° 6

Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 7

Distribución de frecuencia del número piezas dentarias extraídas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

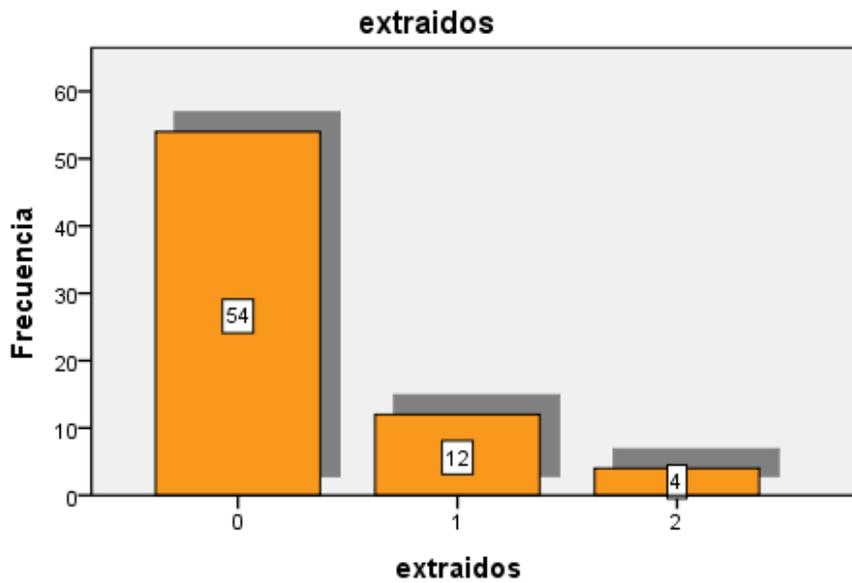
Extraídos					
		N	%	% válido	% acumulado
Válido	0	54	77,1	77,1	77,1
	1	12	17,1	17,1	94,3
	2	4	5,7	5,7	100,0

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 7: Se observa la distribución de frecuencia del número de piezas extraídas de los niños de 3 a 5 años evaluados, la mayor frecuencia se presentó con 54 niños (77,1%) no se registró piezas extraída, 12 niños (17,1%) se registró 1 pieza dentarias extraída y 4 niños (5,7%) se registró 4 pieza dentarias extraída.

Gráfico N° 7

Distribución de frecuencia del número piezas dentarias extraídas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 8

Distribución de frecuencia del número piezas dentarias obturadas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

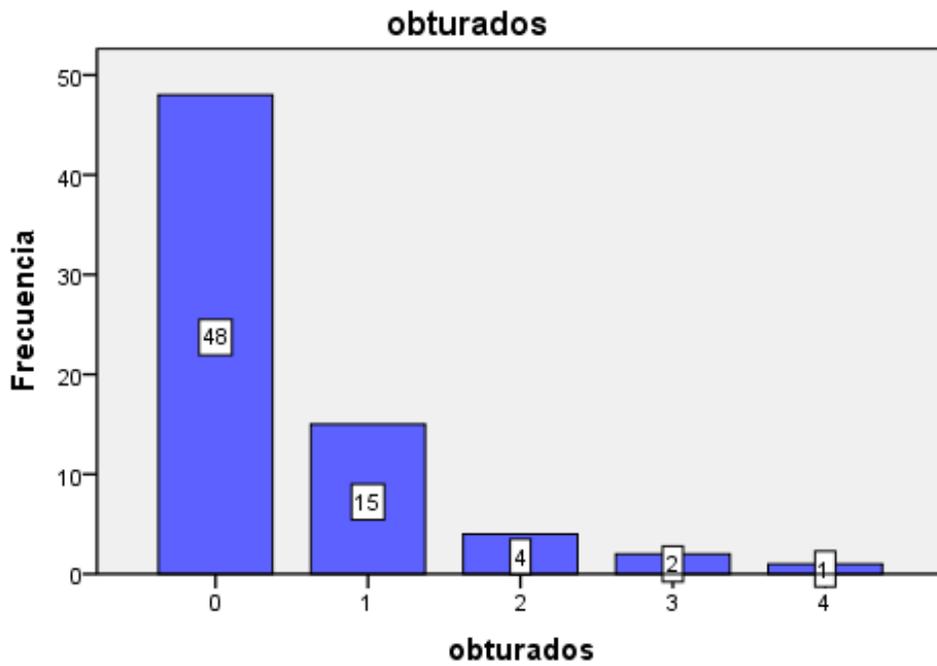
Obturados					
		N	%	% válido	% acumulado
Válido	0	48	68,6	68,6	68,6
	1	15	21,4	21,4	90,0
	2	4	5,7	5,7	95,7
	3	2	2,9	2,9	98,6
	4	1	1,4	1,4	100,0

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 8: Se observa la distribución de frecuencia del número de piezas obturadas de los niños de 3 a 5 años evaluados, la mayor frecuencia se presentó (68,6%) con 48 niños donde no se registró piezas obturadas, (21,4%) en 15 niños se registró 1 pieza dentaria obturada y (5,7%) en 4 niños, se registró 2 pieza dentarias obturadas, y 2 niños (2,9%) se registró 3 pieza dentarias obturadas y 1 niño (1,4%) se registró 4 pieza dentarias obturadas.

Gráfico N° 8

Distribución de frecuencia del número piezas dentarias obturadas de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 9

Distribución de frecuencia, según el índice ceod, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

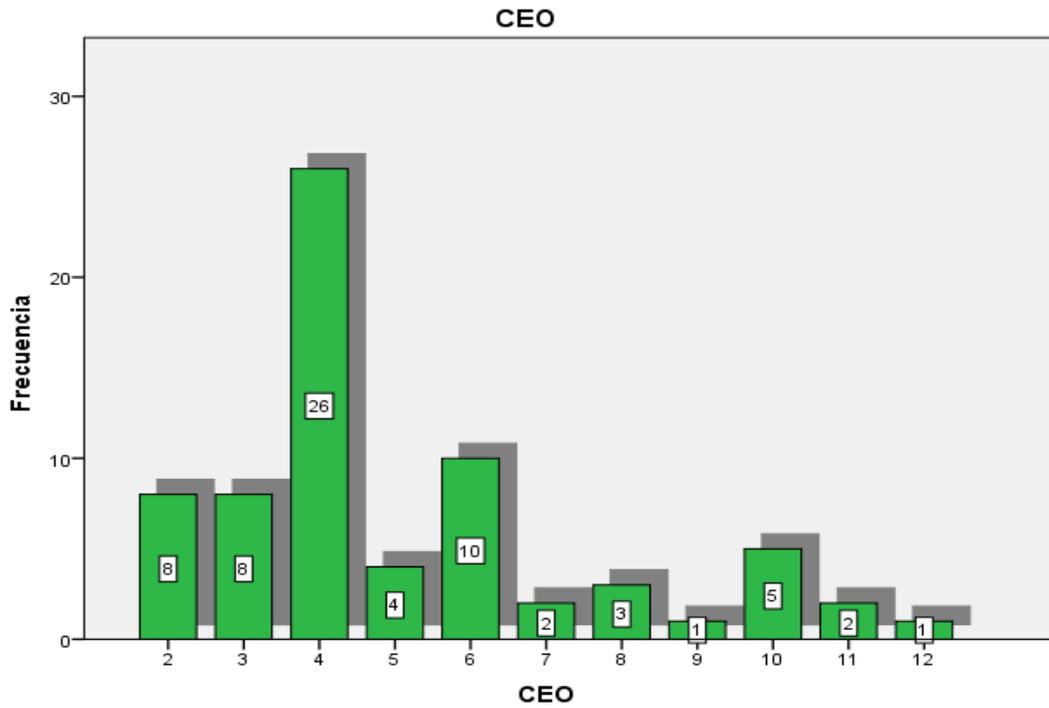
		Ceod			
		N	%	% válido	% acumulado
Válido	2	8	11,4	11,4	11,4
	3	8	11,4	11,4	22,9
	4	26	37,1	37,1	60,0
	5	4	5,7	5,7	65,7
	6	10	14,3	14,3	80,0
	7	2	2,9	2,9	82,9
	8	3	4,3	4,3	87,1
	9	1	1,4	1,4	88,6
	10	5	7,1	7,1	95,7
	11	2	2,9	2,9	98,6
	12	1	1,4	1,4	100,0

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 9: Se observa la distribución de frecuencia del número de dientes cariados de los niños de 3 a 5 años evaluados, la mayor frecuencia, se presentó (37,1%) con 26 niños presentaron ceod de 4, (14,3%) 10 niños presentaron ceod de 6 y la menor frecuencia se presentó con un niño el cual presento ceod de 9 y 12 respectivamente.

Gráfico N° 9

Distribución de frecuencia, según el índice ceod, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 10

Experiencia de caries dental, según el índice ceo grupal, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

Estadísticos				
		cariados	extraídos	obturados
N	Válido	70	70	70
	Perdidos	0	0	0
	Media	4,31	,29	,47
	Desviación estándar	2,641	,568	,847
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	12	2	4

CEO grupal		
N	Válido	
	Perdidos	0
	Media	5,07
	Desviación estándar	2,516
	Mínimo	2
	Máximo	12

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 10: Se observa la experiencia de caries dental, según el índice ceo grupal, de los niños de 3 a 5 años evaluados. El promedio de dientes cariados fue de $4,31 \pm 2,641$, el promedio de dientes extraídos fue de $0,29 \pm 0,568$, el promedio de dientes obturados fue de $0,47 \pm 0,847$. El número de dientes promedio con

experiencia de caries dental fue de $5,07 \pm 2,516$. Según la OMS la experiencia de caries los rangos son los siguientes:

0 -1.1 Muy bajo

4.4 – 6.5 Alto

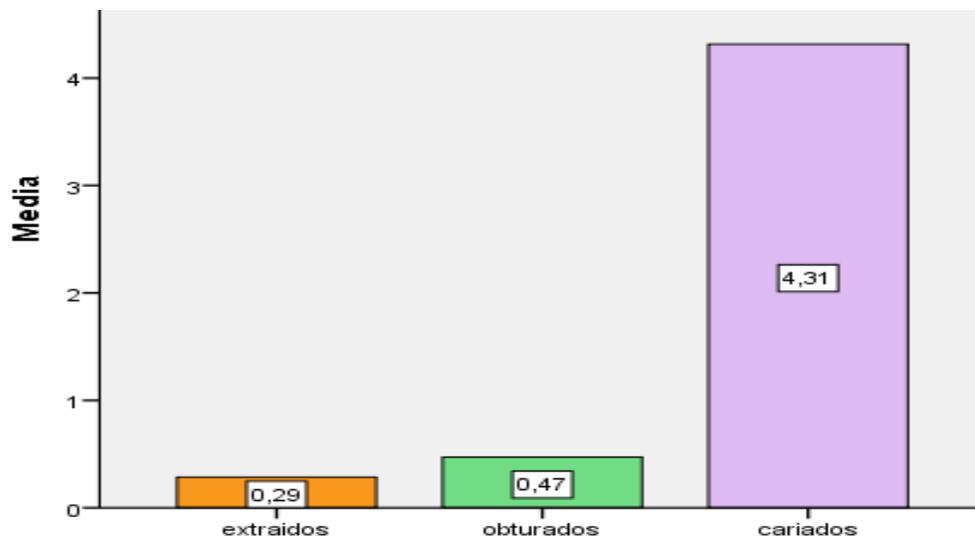
1.1- 2.6 Bajo

Mayor a 6.6 Muy alto

2.7- 4.4 Moderado

Gráfico N° 10

Experiencia de caries dental, según el índice ceo, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 11

Distribución del ceod grupal de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

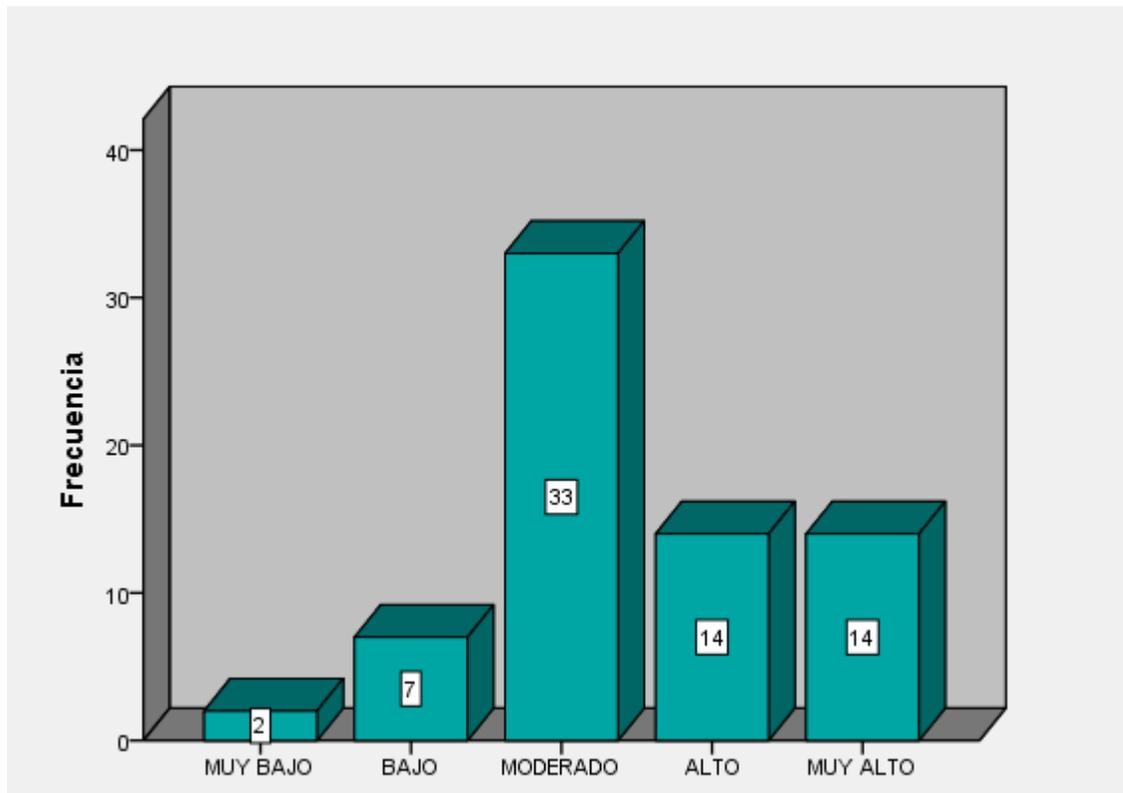
		Ceod			
		N	%	% válido	% acumulado
Válido	MUY BAJO	2	2,9	2,9	2,9
	BAJO	7	10,0	10,0	12,9
	MODERADO	33	47,1	47,1	60,0
	ALTO	14	20,0	20,0	80,0
	MUY ALTO	14	20,0	20,0	100,0

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 11: Se observa ceod de los niños de 3 a 5 años evaluados. Donde 33 niños (47,1%) presentan un ceod moderado, 14 niños (20%) presentan un ceod alto, 14 niños (20%) presentan un ceod muy alto, 7 niños (10%) presentan un ceod bajo y 2 niños (2.9%) presentan un ceod muy baja.

Gráfico N° 11

Experiencia de caries dental, según el índice ceod grupal, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 12

Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

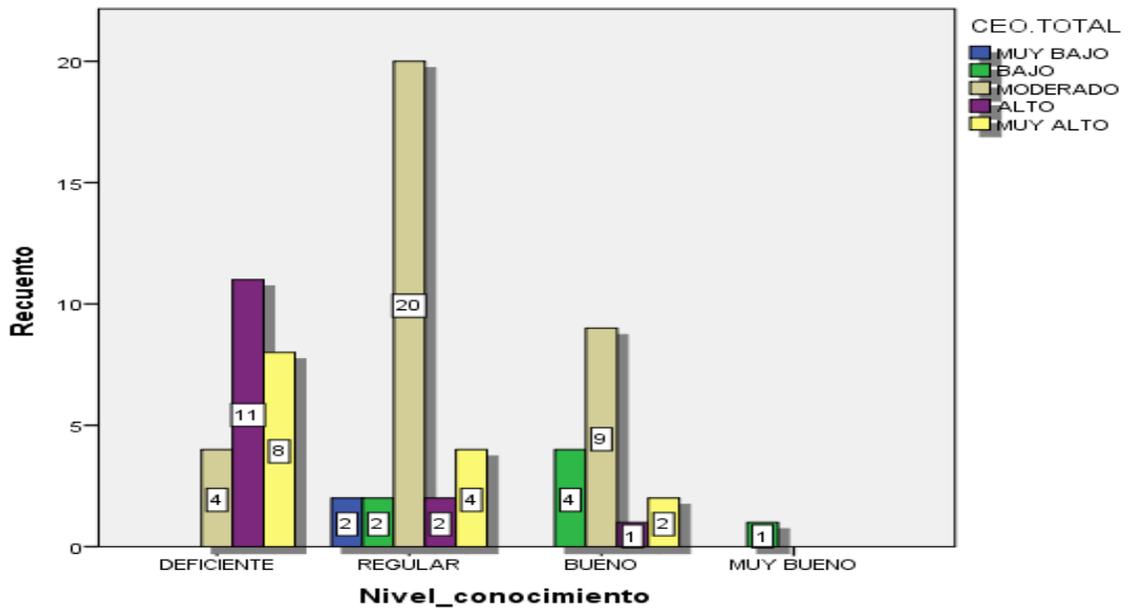
Tabla cruzada Nivel conocimiento – ceod								
			Ceod					Total
			MUY BAJO	BAJO	MODERAD O	ALTO	MUY ALTO	
Nivel_ con ocimiento	DEFICIENTE	Recuento	0	0	4	11	8	23
		% dentro de ceod	0,0%	0,0%	12,1%	78,6%	57,1%	32,9%
	REGULAR	Recuento	2	2	20	2	4	30
		% dentro de ceod	100,0%	28,6%	60,6%	14,3%	28,6%	42,9%
	BUENO	Recuento	0	4	9	1	2	16
		% dentro de ceod	0,0%	57,1%	27,3%	7,1%	14,3%	22,9%
	MUY BUENO	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% dentro de ceod	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
Total		Recuento	2	7	33	14	14	70
		% dentro de ceod	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 12: Se observa la mayor frecuencia con un nivel de conocimiento deficiente de 11(78,6%) el cual presentaron un ceod alto, con nivel de conocimiento regular de 20(60,6 %) presentaron un ceod moderado, con nivel de conocimiento bueno 9(27,3%) presentaron un ceod bueno y con nivel de conocimiento muy bueno 1(14,3%) presentó un ceod bajo.

Gráfico N° 12

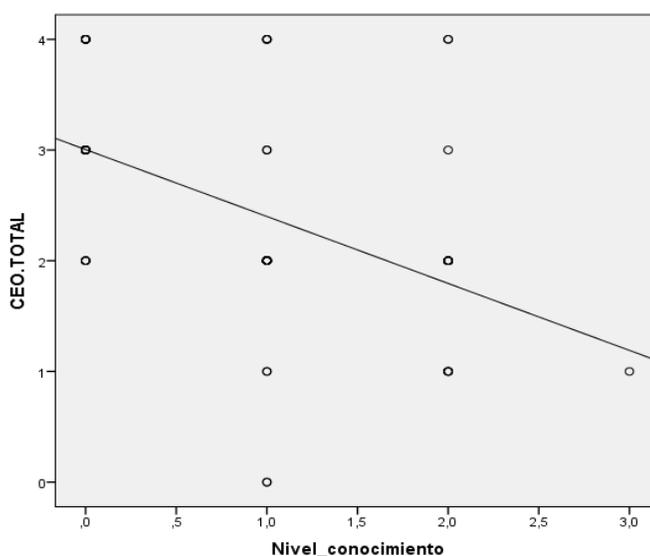
Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Gráfico N° 12.1

Gráfico de dispersión de la correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Medidas simétricas					
		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación n aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,468	,095	-4,364	,000 ^c
N de casos válidos		70			

Fuente: propia del investigador

En el gráfico a: Se observa es 70 personas examinadas, lo cual se considera que siga una distribución normal (se utiliza el valor de coeficiente de Pearson).

El valor obtenido de coeficiente de Pearson es de ($r = -0,468$); por lo cual podemos afirmar que existe una correlación entre las variables “nivel de conocimiento y ceod”.

Significación de la correlación de Pearson es ($P = 0,000$) es menor a 0,05 por lo cual existe una asociación lineal negativa entre las variables. Es decir, mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el ceod.

Tabla N°13

Estado de higiene oral, según el Índice de Higiene Oral, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

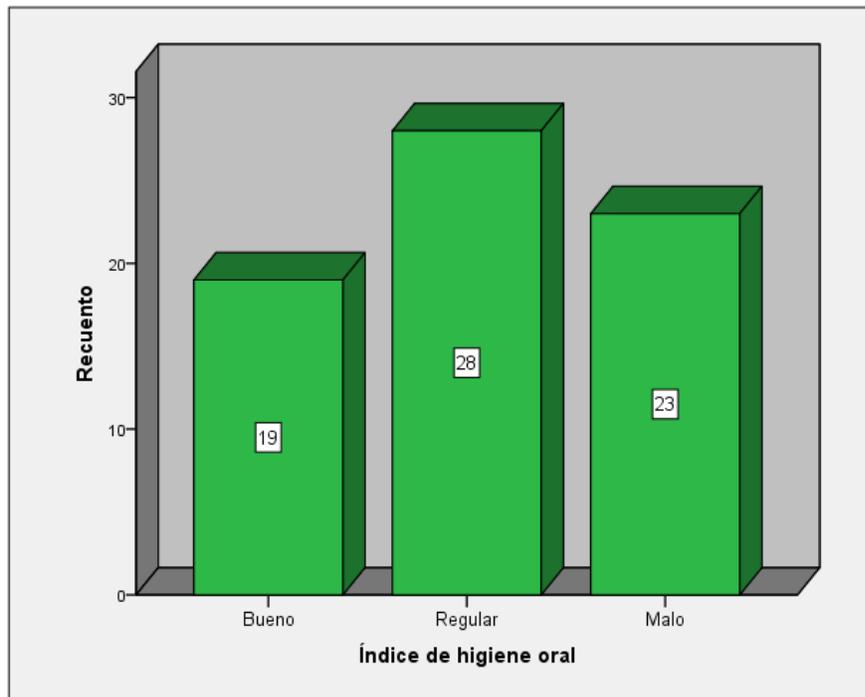
		N	%
Índice de higiene oral	Bueno	19	27,1%
	Regular	28	40,0%
	Malo	23	32,9%

Fuente: propia del investigador

En la tabla N°13: Se observa el estado de higiene oral, según el Índice de Higiene Oral, de los niños de 3 a 5 años evaluados. Donde (27,1%) 19 presentan buen índice de higiene (40%) 28 se observa un índice regular y por finalizar la tabla se observa (32,9%) 23 un índice malo en índice de higiene oral.

Gráfico N° 13

Estado de higiene oral, según el Índice de higiene oral, de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Fuente: propia del investigador

Tabla N° 14

Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

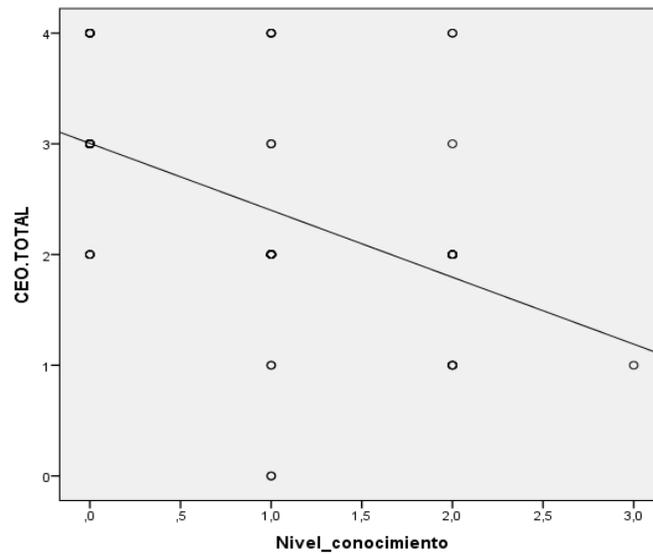
Tabla cruzada Nivel de conocimiento - IHOS						
		IHOS			Total	
		BUENO	REGULAR	MALO		
Nivel de conocimiento	DEFICIENTE	Recuento	2	7	14	23
		% dentro de IHOS	10,5%	25,0%	60,9%	32,9%
	REGULAR	Recuento	11	13	6	30
		% dentro de IHOS	57,9%	46,4%	26,1%	42,9%
	BUENO	Recuento	5	8	3	16
		% dentro de IHOS	26,3%	28,6%	13,0%	22,9%
	MUY BUENO	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de IHOS	5,3%	0,0%	0,0%	1,4%
Total		Recuento	19	28	23	70
		% dentro de IHOS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: propia del investigador

En la tabla N° 14: Se observa la mayor frecuencia con un nivel de conocimiento deficiente de 14(60,9%) el cual presentaron un IHOS malo, con nivel de conocimiento regular de 13(46,4 %) presentaron un IHOS regular, con nivel de conocimiento bueno 8(28,6%) presentaron un IHOS regular y con nivel de conocimiento muy bueno 1(5,3%) presentó un IHOS bueno.

Gráfico N° 14

Gráfico de dispersión de la correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruro – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016



Medidas simétricas					
		Valor	Error estandarizado asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,468	,095	-4,364	,000 ^c
N de casos válidos		70			

Fuente: propia del investigador

En el gráfico N°14: Se observa a 70 niños examinados, lo cual se considera que siga una distribución normal (se utiliza el valor de coeficiente de Pearson).

El valor obtenido de coeficiente de Pearson es de ($r = -0,468$); por lo cual podemos afirmar que existe una correlación entre las variables “nivel de conocimiento y CEO”.

Significación de la correlación de Pearson es ($P = 0,000$) es menor a 0,05 por lo cual existe una asociación lineal negativa entre las variables. Es decir, mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el CEO.

Correlación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres y el estado de higiene oral de los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto – distrito Cajaruero – provincia Utcubamba – Región Amazonas 2016

5.2 Discusión

En el presente estudio del nivel de conocimiento de los padres en salud bucal con relación al estado de salud en niños en el centro poblado Naranjos Alto es importante mencionar que no hay antecedentes de estudio en la zona rural de Cajaruro y aún más en el centro poblado Naranjos Alto. Por tal razón, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y estado de salud bucal en los niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, en la provincia Utcubamba, Región Amazonas 2016, para obtener datos relevantes que puedan servir como fuente para futuras investigaciones en zonas alejadas de las ciudades, pues la realidad es muy distinta que en la ciudad. De acuerdo a los resultados obtenidos, el estado de salud bucal en los niños de 3 a 5 años del centro Naranjos altos está asociado con el nivel de conocimiento de los padres, lo que puede repercutir en la salud bucal de los infantes. Entre unos de los factores mencionados a lo largo de esta investigación es la placa bacteriana, el cual se puede controlar si la población tiene el conocimiento y práctica de higiene bucal.

El estudio se basó en un cuestionario que tuvo como propósito medir el conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares y una ficha clínica donde se puede observar y analizar a través del odontograma los índices ceod y el ihos que nos sirven para cuantificar la experiencia de caries dental y el estado de salud bucal de los infantes. El cuestionario fue realizado por la CD Ana Cupé Araujo 2015 y adecuadamente validado ($V= 0,95$, $\alpha= 0,645$), y que fue aplicado en una población con escasos recursos que no cuentan con las

instalaciones y personal adecuados que en las ciudades sí existen. El centro poblado Naranjos Alto cuenta con un centro de salud de categoría I-3, que atienden a los pobladores de esta localidad, y que no cuenta con el servicio de odontología.

Mediante la aplicación del instrumento de recolección de información y el respectivo análisis se evidenció que la mayoría de los padres de familia, presentan un nivel de conocimiento regular (42,9%), seguido deficiente, bueno y muy bueno, así mismo se mostró con el estudio estadístico que existe una relación débil entre las variables ($R= 0,468/ p<0,05$). Por otro lado el índice ceo-d y mediante el índice de higiene oral simplificado resultó que la mayoría de los niños evaluados presentan un índice regular (40%), seguido de malo y buen índice. Por lo tanto están relacionadas las variables del nivel de conocimiento de los padres y el estado de bucal mediante el Índice del ceo-d y el índice oral simplificado. Sobre esto se manifestó que los padres de familia encuestados en la presente investigación que tienen un nivel de conocimiento regular, sus niños evidencian una higiene bucal buena y aquellos que poseen un nivel de conocimiento deficiente, sus niños cuentan con una regular higiene bucal. Por lo tanto se deduce que a mayor nivel de conocimiento de los padres de familia habrá una buena higiene bucal en los infantes. Otra manifestación en el presente estudio se da que existe una relación débil entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y la experiencia de caries de los niños, de manera que a mayor nivel de conocimiento, menor experiencia de caries presentada.

Es necesario tener en cuenta que para que una intervención tenga éxito es necesario conocer previamente las necesidades reales del grupo poblacional al cual

va dirigida, tratando de enfocarse en los aspectos que influyen en la naturaleza misma de la enfermedad, los cuales pueden ser analizadas desde la perspectiva de los padres para servir de guía a los profesionales y tenerlos en cuenta para preservar la salud bucal en estos individuos. Los padres de familia son los principales promotores de salud de sus hijos. Si éstos desconocieran conceptos sanitarios aplicables en sus hijos, es posible que tenga repercusión sobre su salud, como ha sido comprobado en el presente estudio.

Para Peña Durán el propósito de su investigación fue describir el conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de edad de 3 comunas de bajos ingresos de la Región Metropolitana – Chile durante el año 2014, sobre Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia y compararlo según Factores Sociodemográficos de la madre y su acceso a Educación en Salud Oral. Estableció que las madres presentaron un conocimiento suficiente en un 63,7% en lo referente a hábitos de alimentación y visitas al odontólogo, mientras que en hábitos de higiene bucal fue lo contrario.

En esta investigación; la caries dental, la prevención, la dieta y la higiene bucal, fueron factores en que los padres de familia demostraron tener un conocimiento regular en un 33% y deficiente en un 23 % de los padres. Los resultados obtenidos en nivel de conocimiento en salud bucal nos indican que los padres pueden ser capaces de diferenciar alimentos que favorecen a la formación de ácidos en otras palabras alimentos cariogénicos, el cuidado apropiado de los dientes deciduos, la higiene correcta de los dientes. Este resultado no concuerda con lo mencionado por

Peña Durán, donde las madres de familia si demostraron tener un buen conocimiento en relación a la educación en salud oral.

Con relación al factor edad en el presente estudio, al evaluar la edad de los padres de familia se concluye que la edad depende del nivel de conocimiento, debido a que los adultos jóvenes prevalece en un mayor porcentaje en un nivel de conocimiento regular (52,3%) y un conocimiento deficiente en un 2,3 % de la población estudiada y en los adultos mayores se demuestran en un mayor porcentaje con un 50,3% siendo éste un nivel de conocimiento deficiente y ningún buen. Comparando con los resultados de Peña Durán, se demuestran que si hay concordancia en este factor, dado que la edad no es independiente al nivel de conocimiento, debido que se basó en la influencia de la edad de la madre, siendo investigada la edad en diversos estudios, no está claro su efecto y los resultados son diversos, como lo menciona Hallet y O'Rourke en 2003. Estos datos mencionados coinciden con el estudio de Ana Cupé; donde menciona que encontró relación entre las variables; sin embargo, el mayor porcentaje con un nivel de conocimiento bueno en un 40,8% estuvo en el grupo de adulto joven; esto podría deberse más al número de individuos por grupo que a la influencia de la edad sobre el nivel de conocimiento. Por lo contrario, en el grupo de padres si se obtuvo relación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$) encontrándose que el nivel de conocimientos bueno estuvo en el grupo de adulto joven con 38,5% pudiendo deberse este valor a la diferencia entre el número de individuos por grupo. Así mismo Ana Cupé menciona el nivel de conocimiento de los padres se relaciona con su grado de instrucción dando como resultados, las madres con educación superior obtuvieron un nivel de conocimiento

sobre salud bucal bueno al 34,2% al igual que los padres 40,4%. Ellos presumen que puede ser influenciado por el factor socioeconómico, quien menciona a su vez a los investigadores Theodoro y col. Quienes relatan según lo estudiado que el factor socioeconómico es importante en el acceso a la información; por lo tanto cuanto más alto es el nivel socioeconómico, mejor es el cuidado de salud en los infantes, mayores conocimientos y más motivados en la práctica de salud bucal.

Por otro lado la caries dental, las estadísticas muestran que en nuestro país el 90,4% de los habitantes padecen dicha patología, muy frecuente en las etapas tempranas de la vida y se ve aumentando paulatinamente conforme pasan avanza la edad, por consiguiente al llegar a la adultez, la población está parcial o totalmente desdentado. Por lo mencionado esta patología sigue siendo un problema en el ámbito de la salud pública.

Es de gran importancia la calidad, cantidad de información y los hábitos adecuados que cada persona posee en relación a la salud bucal, de esta manera se disminuye los índices de caries dental en la población.

Los padres de familia son los que transmiten conocimientos a sus hijos, por lo tanto son los responsables de la correcta higiene bucal en las etapas tempranas de la vida del niño, función de modelo de aprendizaje.

Myriam Panduro, en su investigación en el 2014, titulada: “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos” encontró que el nivel de conocimiento de

las madres es deficiente con un 83.3 % (50), además que el índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de niños entre 2 y 3 años es regular con un el 75 % (45). La prevalencia de Caries Dental con respecto al Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. En conclusión existe una relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene bucal. Afirma: “En la actualidad y sin duda alguna en la ciudad de Iquitos, existe un alto grado de prevalencia de caries dental, malos hábitos de higiene oral y estilos de vida desfavorables. Se asume con convicción que la falta de conocimiento sobre prevención de salud bucal por parte de los padres de familia y en especial de las madres, siendo ellas las primeras educadoras, adquieren gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo, esto lleva a un problema familiar, social, económico y educacional. La promoción de la salud debe iniciarse en la familia y los ejemplos y actitudes de los padres de familia son determinantes. La mejor forma de promover la salud dentro de la familia es a través de su modo de vida, su entorno, alimentación e higiene bucal”.

Se entiende que al conocer el nivel de conocimientos que poseen los padres de familia sobre la salud bucal, esto con lleva que los padres tengan conocimiento de prevención de patologías bucales. Quiere decir que un niño menor de 6 años tendrá una mejor calidad de salud bucal.

Se encontró en los casos estudiados, que existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal, la a experiencia de caries e higiene bucal de los niños de 3 a 5 años. Los niños cuentan con $5,07 \pm 2,516$ piezas dentarias con experiencia de caries dental, siendo según la OMS un riesgo de caries alto. Así

mismo estos infantes presentan una higiene bucal regular en un 40%. Y el nivel de conocimientos de los padres de familia fue regular en un 42,9%.

Por lo tanto a todo lo anterior mencionado, los padres cuyo conocimiento sobre salud bucal es regular a escaso. No todos son capaces de ejecutar las medidas correctas de prevención para evitar enfermedades bucales. Y por consiguiente los conocimientos que transmiten a sus menores hijos, son erróneos en unos casos, convirtiendo a los infantes vulnerables a patologías bucales.

Johana Zegarra, en su investigación similar titulada: “ Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y el índice de caries de sus hijos de 3 a 5 años de edad que asisten al servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño sano de la microred Francisco Bolognesi, Arequipa 2016”. La importancia es el nivel de conocimiento de las madres sobre prevención en salud oral es variado siendo deficiente en un 53.5%, es de mayor porcentaje; con respecto a caries dental un en su mayoría bueno en un 46.5%; por otro lado la higiene oral en un porcentaje de 72.1%; siendo el nivel de conocimiento promedio sobre higiene oral es deficiente en un 51.2%. Por último el índice de caries de los niños de 3 a 5 años en promedio fue de 6.20. Se encontró también en este estudio que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con relación al índice de caries de sus menores hijos, dado que el nivel de conocimiento de las madres y el índice de sus hijos es alto según la OMS.

La contribución de los resultados de este presente estudio se considera importante ya que para que tenga éxito es necesario conocer antes las necesidades de la

población al cual va dirigida, la gran parte enfocándose en los factores que influyen en las enfermedades a nivel bucal. Los cuales pueden ser estudiados desde la perspectiva de los padres para servir de guía a los profesionales y tenerlos en cuenta para avanzar en el ámbito de salud bucal. Esto a su vez sirve de apoyo al padre de familia y a su hijo, desde el cálculo de su nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Teniendo en cuenta que los primeros cinco años de vida, se logran el aprendizaje del niño, en este caso fomentar el adecuado hábito de higiene bucal. Siendo los padres y principalmente la madre, responsable directo del desarrollo de su hijo, quienes funciona como un modelo de aprendizaje, si ellos cuenta con una sólida información sobre prevención, dieta e higiene bucal; será menor el riesgo de contraer alguna enfermedad oral.

CONCLUSIONES

Luego de conocer los resultados del presente estudio, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Existe relación directa entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y el estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años en el centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, en la provincia de Utcubamba en la Región Amazonas.
- Los padres de niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto del distrito Cajaruro tienen un nivel de conocimiento sobre salud oral variado, teniendo el 43% un conocimiento regular, el 33% uno deficiente y el 23% un conocimiento bueno, siendo la población de sexo femenino, adulto mayor y de mayor nivel de instrucción la de mayor conocimiento.
- Los niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, cuentan con $5,07 \pm 2,52$ piezas dentarias con experiencia de caries dental., según la cuantificación del índice es alto.
- De la población de niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro evaluados, 27% presentaron una buena higiene oral, 40% una higiene oral regular y 33% una higiene oral mala.
- Existe una relación débil entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y la experiencia de caries de los niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, de manera que cuanto mayor era el nivel de conocimiento, menor experiencia de caries presentaba.

- Existe una relación débil entre el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal y la higiene oral de los niños de 3 a 5 años del centro poblado Naranjos Alto del distrito de Cajaruro, de manera que cuanto mayor era el nivel de conocimiento, mejor higiene oral presentaba.

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar más estudios de investigación que determinen el nivel de conocimiento de los padres en salud bucal con relación al estado de salud de niños preescolares en otras zonas rurales alejadas de las ciudades.
- 2.-Realizar campañas de salud bucal cada en forma periódica, en donde se realicen medidas promocionales, como sesiones educativas sobre la higiene oral, y además profilaxis, fluorización y otras medidas preventiva.
- 3.- Impartir la promoción y prevención en la salud bucal en los padres de familia del centro poblado Naranjos Alto, iniciándose en los hogares a través del estilo de vida saludable, el entorno, la correcta alimentación e higiene bucal.
- 4.- Promover en la Dirección Regional de Salud de Amazonas la implementación del servicio de odontología en forma permanente, y no itinerante, como se hace en la actualidad.
- 5.- Destacar y recordar a los padres de familia que acudan a los centros de salud, para los controles dentales correspondientes de sus niños.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Rocha A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Revista Gerenc Polit Salud 2013 jul; 12 (25): 96-112.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Salud Oral [Internet] CD40/20; 1997. (Acceso 03/08/2016) Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/cd/doc259.pdf.
- 3.- Cisneros D., Hernández D. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN 2011 Oct; 15(10): 1445-58.
- 4.- MINSA. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6, 8, 10, 12 y 15 años. Perú 2001-2002 [Internet]; 2003 (acceso 23 octubre 2016). Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf
- 5.- Espinoza E., Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-8.
- 6.- López G. Nivel de conocimientos y prácticas de salud bucal en Padres/encargados de niños del área de odontopediatría de La facultad de odontología de la universidad de el salvador, Noviembre - diciembre 2013 [Tesis]. El Salvador, septiembre: Universidad de el salvador; 2014
- 7.-Peña D. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en factores de Riesgo de Caries Temprana de la infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2014

- 8.- Ramírez B., Franco A., Ochoa E., Escobar G. Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años, Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 345 – 352.
- 9.- Analuisa C. Grado de conocimiento de padres de familia sobre control de placa bacteriana en niños de 6 a 8 años en la Unidad Educativa Luxemburgo 2016 [Tesis]. Quito, junio: Universidad Central del Ecuador; 2017
- 10.- Díaz C., Abanto A., Crespo L., Villafañe AC, Escorcía RE. Actitudes de padres sobre salud bucal, creencias sobre dentición decidua y su asociación con caries dental y calidad de vida relacionada con la salud bucal en preescolares [Tesis] Cartagena – Colombia: Universidad de Cartagena; 2016
- 11.- Panduro del C. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014. [Tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
- 12.- Tobler G., Casique G. Relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. los honguitos y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. [Tesis] Iquitos: Universidad Nacional De La Amazonia Peruana; 2014
- 13.- Cupé A., García R. Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Heredia. 2015 Abr-Jun; 25(2):112-21.
- 14.- Pérez S. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, trujillo. 2015 [Tesis] Trujillo – Perú; 2015

- 15.- Rodríguez M. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en padres de familia de niños del nivel inicial de la institución educativa particular “Mi buen Jesús”, Lima, 2015 [Tesis] Chimbote – Perú: Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote; 2015
- 16.- Cajachagua Y. Nivel de conocimiento de los docentes sobre salud bucal en niños en edad preescolar del distrito de Jesús María en el año 2016 [Tesis] Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2016
- 17.- Chileno A. M. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad [Tesis] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016
- 18.- Muñoz C. Prevalencia y experiencia de caries dental de los niños del C.E.B.E Helen Keller, distrito de Ventanilla, Callao - Perú, en el año 2015 [Tesis] Lima – Perú; 2016
- 19.- Luna C. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio – setiembre 2016 [Tesis] Puno – Perú; 2016
- 20.- Vásquez S. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de los niños del nivel inicial de la i.e.p. Juanita Mojica, distrito de la Esperanza, provincia de Trujillo, región La Libertad, año 2016 [Tesis] Trujillo – Perú: Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote; 2016
- 21.- Zegarra M. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de las madres y el índice de caries de sus hijos de 3 a 5 años de edad que asisten al servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño sano de la Microred Francisco

Bolognesi, Arequipa 2016 [Tesis] Arequipa – Perú: Universidad católica de Santa María; 2016

22.- Municipalidad de Cajaruro. Análisis demográfico del Distrito de Cajaruro – 2016. Cajaruro: Gerencia de Desarrollo Social; 2016

23.- Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47

24.- Ministerio de Salud de Perú. Más de 342 mil escolares recibirán atención en salud bucal. Nota de prensa [Internet]; 2015 (acceso 4 octubre 2016). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16536>.

25.- Ministerio de Salud de Perú. MINSA protege la salud bucal de 8 mil estudiantes de secundaria de la Amazonía. Nota de prensa [Internet]; 2016 (acceso 4 octubre 2016). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18771>.

26.- Ministerio de Salud de Argentina. Indicadores epidemiológicos para la caries dental 2013. [Internet]; 2014 (acceso 10 octubre 2016). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>

27.- Boj J., Catala M., García C., Mendoza A. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2005.

28.- Barbería R. Odontopediatría 2° ed. Barcelona: Masson; 2001.

29.- Guía de práctica clínica en salud oral. Higiene Oral [Internet]; 2010 (acceso 10 octubre 2016).

Disponible en URL: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/> 30.- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Ginebra; OMS [Internet]; 2004 (acceso 24 de febrero 2004). Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

31.- Vielma E., Salas M. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. Rev. Venezolana Enducere 2000; vol.3 (9):30-37

32.- Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Rev. Latinoamerica de ortodoncia y odontopediatría 2009; edición electrónica octubre 2009. Disponible en: www.ortodoncia.ws

33.- Pérez A. La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. Rev Estomatol Herediana 2005; 15(1): 82-5.

34.- Poyato F. La placa bacteriana: Conceptos básicos para el higienista bucodental. Period Higie Dent 2000 Abr-Jun; 11(2): 114-26.

32.- Aguilar A. Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. Period Higie Dent 2003 Jul-Set; 13(3): 193-201.

34.- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Ginebra; OMS [Internet]; 1998 (acceso 30 setiembre 2016). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

35.- Primer Congreso Internacional de Odontología para Bebés. Propuestas para la salud bucal del infante en América Latina y el Caribe. 5-7 de julio 2007. Lima: Asociación Peruana de Odontología para Bebés; 2007.

- 36.- Secretaría de Salud. Manual para el uso de fluoruros dentales en la República Mexicana [Internet]; 2006 (acceso 19 setiembre 2016). Disponible en: file:///C:/Users/Tefy%20familia/Downloads/fluoruros%20dentales.pdf
- 37.- Vallejos R., Tineo T. Administración de fluoruros en salud pública en el Perú. Debilidades y obstáculos. Rev Estomatol Herediana. 2015 Ene-Mar; 25(1):78-83.
- 38.- Chumpitaz D. Nivel de conocimiento y consumo de sal fluorada en localidades urbanas y periféricas de Chiclayo. Kiru 9(2), 2012: 111- 18.
- 39.- Spack J., Johnson G., Ekstrand J. Caries incidence, salivary flow rate and efficacy of fluoride gel treatment in irradiated patients. Caries Res. 1994; 28(5):388-93.
- 40.- Mejía S. Barnices fluorados en niños. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
- 41.- Gonzáles M., Sánchez P., Carmona A. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de La Boquilla, Cartagena. Rev salud pública 2009; 11 (4): 620-30.
- 42.- Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med 2009 Set; 70(3): 130-8.
- 43.- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe, 2006. Edición en cartóné.

