



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Estomatología

TESIS

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN MADRES DEL PROGRAMA DE
VASO DE LECHE SARITA COLONIA PISCO TAMBO. AYACUCHO

2021

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

PRESENTADO POR:

Bach. EDER, ANTONIO YAURI

ASESORA:

Mg. MARIELA DEL ROSARIO, ESPEJO TIPACTI

AYACUCHO – PERÚ

2021

Para mis padres, porque son el pilar fundamental y soporte de mi formación académica, me lo han dado todo como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi compromiso, todo ello basado en la forma desinteresada y el amor pleno.

A mis hermanos (Isaul, Jhon, Katerin) que han sido mi ejemplo y lucha para alcanzar mis metas.

A todas las personas que hicieron posible este trabajo.

Por mi trabajo actual, agradezco a Dios por su guía, quien me acompaña a lo largo de mi vida, me da paciencia y sabiduría, y me permite cumplir con éxito mis metas.

A mi familia, por haberme dado la oportunidad de formarme en esta prestigiosa universidad y haber sido mi apoyo durante todo este tiempo.

De manera única, quisiera agradecer a mis tutores de tesis, porque me han brindado orientación no solo en la preparación de la carrera, sino también en toda mi carrera universitaria, y por mi desarrollo profesional y cultivo continuo de mis valores.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|-----|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice | iv |
| Índice de tablas | vi |
| Índice de gráficos | vii |
| Resumen | vii |
| Abstract | ix |
| Introducción | x |

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|---|----|
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 12 |
| 1.2 Formulación del problema | 13 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 14 |
| 1.4 Justificación de la investigación | 15 |
| 1.5 Limitaciones del estudio | 16 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 Antecedentes de la investigación | 17 |
| 2.2 Bases teóricas | 21 |
| 2.3 Definición de términos básicos | 41 |

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

| | |
|--|----|
| 3.1 Formulación de hipótesis principal y específicas | 43 |
| 3.2 Variables | 43 |

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

| | |
|---|----|
| 4.1 Diseño metodológico | 46 |
| 4.2 Diseño muestral | 46 |
| 4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 48 |
| 4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información | 59 |
| 4.5 Aspectos éticos | 51 |

CAPÍTULO V: RESULTADOS

| | | |
|-----|---------------------------------|----|
| 5.1 | Análisis descriptivo | 52 |
| 5.2 | Análisis inferencial | 52 |
| 5.3 | Comprobación de hipótesis | 62 |
| 5.4 | Discusión | 63 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES | 66 |
|---------------------------|-----------|

| | |
|------------------------------|-----------|
| RECOMENDACIONES | 67 |
|------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 68 |
|---|-----------|

| | |
|---------------------|-----------|
| ANEXOS | 73 |
|---------------------|-----------|

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla N° 1. Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 58 |
| Tabla N° 2. Nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 60 |
| Tabla N° 3. Hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 61 |
| Tabla N° 4. Hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 62 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico N° 1. Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 58 |
| Gráfico N° 2. Nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 60 |
| Gráfico N° 3. Hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 61 |
| Gráfico N° 4. Hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021 | 62 |

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2. *Metodología:* se realizó una investigación de tipo básico y no experimental, diseño descriptivo, prospectivo, transversal, nivel correlacional y método observacional. La muestra estuvo conformada por todas las madres de familia del vaso de leche que son 83. El tipo de muestreo empleado fue censal. La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, mediante la utilización de 2 cuestionarios, uno sobre hábitos de higiene bucal y el otro sobre nivel socioeconómico-cultural. *Resultados:* el 53,0% (44) presentaron un nivel socioeconómico-cultural bajo, el 31,3% (26) nivel medio y el 15,7% (13) muy bajo. El 41,0% (34) se cepilla los dientes una vez por día, el 61,4% (51) cambia el cepillo cada año, el 92,8% (77) no emplea una técnica para el cepillado dental, el 100% (83) usa dentífrico, el 89,2% (74) no usa hilo dental y el 89,2% (74) no usa enjuague bucal. No existe relación entre los hábitos de higiene bucal y la edad ($p > 0,05$). No existe relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal ($p > 0,05$).

Palabras claves: nivel socioeconómico-cultural, hábitos de higiene bucal, madres de familia

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between socioeconomic-cultural level and oral hygiene habits in mothers of families from the Sarita Colonia Pisco Tambo Glass of Milk Program - Zone 2. Methodology: a basic and non-experimental investigation was carried out, descriptive, prospective, cross-sectional design, correlational level and observational method. The sample was made up of all the mothers of the family with the glass of milk, which number 83. The type of sampling used was census. The technique used for data collection was the survey, using 2 questionnaires, one on oral hygiene habits and the other on socioeconomic-cultural level. Results: 53.0% (44) had a low socioeconomic-cultural level, 31.3% (26) had a medium level and 15.7% (13) very low. 41.0% (34) brush their teeth once a day, 61.4% (51) change the brush every year, 92.8% (77) do not use a tooth brushing technique, 100 % (83) use toothpaste, 89.2% (74) do not floss and 89.2% (74) do not use mouthwash. There is no relationship between oral hygiene habits and age ($p \Rightarrow 0.05$). There is no relationship between socioeconomic-cultural level and oral hygiene habits ($p \Rightarrow 0.05$).

Key words: socioeconomic-cultural level, oral hygiene habits, mothers of families

INTRODUCCIÓN

Un buen estado de salud bucal es fundamental para mantener el bienestar general del individuo, permitiéndole realizar sus funciones diarias con normalidad y con una calidad de vida saludable¹.

La salud bucal del Perú es un grave problema de salud pública, por lo que es necesario adoptar medidas integrales para solucionar el problema y tomar medidas efectivas para educar y prevenir la salubridad oral. Tanto los pobres como los no pobres necesitan tratar las enfermedades bucodentales, y solo los pobres pueden ver la necesidad de priorizar los gastos en alimentos y en salud.².

Los efectos de la caries y otras enfermedades bucales reflejan muchos aspectos negativos en la vida de las personas que aún se encuentran en la etapa de la infancia y la adolescencia, como dificultades para socializar, masticar, tragar, hablar, dormir, falta de apetito, baja autoestima. y cambios de comportamiento; que pueden dañar incluso el rendimiento escolar³.

El conocimiento y la percepción de las madres sobre la salud bucal se origina en su cultura, creencias, hábitos y entorno. Esto, a su vez, influye directamente en el comportamiento y las condiciones bucales de sus hijos⁴. Los hábitos de higiene y los hábitos alimentarios saludables suelen ser una característica familiar. Así, la influencia de los padres en la salud bucal de sus hijos, desde la niñez hasta la adolescencia, es inequívoca⁵.

Los ingresos y los bajos niveles de educación están estrechamente relacionados con la mala higiene y nutrición de las familias, así como con las experiencias desagradables de caries en la primera infancia, tanto de los padres como de los hijos, lo que en consecuencia influye en la calidad de vida de los individuos^{4, 6}.

Por tanto, la educación es uno de los ejes para garantizar la protección de la salud general de los niños, asegurando así que una persona tenga una mejor calidad de vida. Este conocimiento ayudará a implementar y consolidar el futuro plan de promoción y prevención de la salud bucal, que debe adoptar un enfoque

participativo (intervención-acción) para tener un impacto efectivo, de manera de controlar los fundamentales factores de riesgo en la primera infancia con el fin de reducir morbilidad, Incentivar un estilo de vida saludable desde el entorno familiar.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La OMS señaló que las patologías bucales como la mordedura de dientes, la patología periodontal y la maloclusión son dificultades de salud comunitaria que afectan a los países industrializados y cada vez más a los países en progreso, especialmente a las sociedades más pobres. Las patologías bucales tienen factores de peligro comunes con las patologías crónicas más frecuentes (como patología cardíaca, oncológicas, patologías respiratorias crónicas y diabetes). El factor de peligro más fundamental es la mala limpieza bucal⁷.

La caries dental es un problema de salud pública. En los países no industrializados, su incidencia y prevalencia son altas, mientras que los países con altos niveles de desarrollo humano se encuentran actualmente entre ellos. La prevalencia de caries dental se ha reducido considerablemente, reduciendo el impacto superficial y aumentando el número de niños sin picadura⁸. Los factores asociados con el desarrollo de esta afección incluyen las costumbres de higiene orodental.⁹.

Hoy en día, se carece de estudios dirigidos a conocer las distintas conductas de higiene bucal que toman los escolares, además de eso su relación con el nivel social, económico y cultural. Según varios estudios revisados, una gran proporción de los hábitos de higiene bucal de los escolares son defectuosos. Teniendo en cuenta la alta incidencia de caries y patología periodontal en la comunidad general, especialmente en las primeras etapas, este es un tema muy importante.

Dentro del nivel socioeconómico-cultural, el bajo nivel de instrucción de personas conlleva a ignorar por completo los riesgos que implica no contar con adecuados hábitos de higiene bucal; dentro de los factores monetarios que influyen sobresalen el desempleo, las malas posiciones de trabajo y de vida de la mayoría

de la comunidad y sobre todo el bajo ingreso monetario familiar que no les permite ceder a los servicios de salud lo cual se interpreta en la falta de adquisición de elementos para la higiene bucal.

Por todo lo anteriormente expuesto, el propósito del actual estudio fue determinar si existe o no relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

1.2 Problemas de investigación

Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021?

¿Cuáles son los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021?

¿Cuáles son los hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Objetivos específicos

Determinar el nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Identificar los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Identificar los hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

1.4 Justificación de la investigación

Este trabajo es razonable, porque la madre debe tener un alto nivel de conocimientos en salud bucal y hábitos de higiene bucal, para que pueda recibir los cuidados necesarios en el caso de su emergencia, y poder aceptar psicológicamente la orientación y corregir su posible comportamiento infantil. Que afecta el crecimiento saludable. La forma de lograrlo será a través de la educación, sensibilización y trabajo en equipo de los odontólogos y profesionales de la salud que se encargan de los programas de control y prevención odontológica para la salud bucal en los centros de salud.

1.4.1 Importancia de la investigación

El presente estudio estuvo dirigido a establecer cuáles son los hábitos de higiene bucal y nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2. No existen estudios que evalúen el auto tratamiento de los problemas dentales, especialmente en las zonas rurales, por lo que el estudio es original.

Tiene relevancia científica, ya que se estableció la influencia de variables social, económica y cultural sobre los hábitos de higiene bucal.

Tiene importancia práctica porque se pudo determinar qué grupos educativos deben intervenir para cambiar los hábitos de salud bucal incorrectos.

Tiene importancia social porque mejorará la calidad de vida de ciertos grupos de personas.

Con motivación personal para realizar investigaciones en el campo de la odontología clínica, realizaremos importantes aportes académicos al desarrollo de las ciencias de la salud, proyectos de pregrado y políticas de investigación universitaria, etapa importante del desarrollo profesional.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Esta investigación fue factible porque contó con recursos humanos (la disposición de las instituciones educativas para recolectar muestras), recursos económicos (la investigación será autofinanciada) y tiempo suficiente para la aplicación.

1.5 Limitaciones del estudio

El trabajo de estudio no tuvo limitaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Dho M. (2018) Argentina; en su trabajo titulado “Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos”. Objetivo: Describir las costumbres de limpieza oral de los adultos (35 a 44 años) en Corrientes y determinar la influencia de las variables sociodemográficas y culturales en estas costumbres. Materiales y métodos: Los datos referentes a las variables de estudio se recaudó a través de una encuesta de hogares (2013). El tamaño de muestra establecido tiene un nivel de confianza del 95% (381 personas). Se aplica un diseño de muestra de varias etapas. Resultados: El grado de conocimiento en salud bucal resultó ser un predictor importante de los hábitos de cepillado después de cada ingesta de alimentos, y junto con el rango socioeconómico son un predictor importante de la actualización de las prácticas de cepillado trimestre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en términos de género. Conclusión: Los productos de este estudio se pueden utilizar para diseñar un plan de salud bucal que considere los determinantes socioculturales del proceso salud-enfermedad.¹⁰.

Zemgulyte S. (2017) Kaunas; en su trabajo “Conocimientos y actitudes de salud bucal entre padres de niños”, el objetivo fue evaluar la actitud y el conocimiento de los padres sobre la salud bucal de sus hijos. Material y métodos: Participaron 94 padres con hijos entre 1 y 9 años. El cuestionario constaba de 11 preguntas, las cuales estaban relacionadas con los siguientes ítems procedimiento de cepillado de dientes y utilizaban medidas de higiene bucal, frecuencia de cepillado de dientes, rol de los padres durante este procedimiento, patrones de consumo de azúcar, conocimiento de los padres sobre la relación entre la salud general y bucal y la necesidad de flúor. en pastas de dientes. Los datos fueron codificados,

informatizados y analizados utilizando la versión SPSS 19. El nivel de significancia se fijó en $P < 0,05$. Resultados: La mayoría de madres (97,9%) llenaron los cuestionarios. El cepillado con pasta fue el método de higiene bucal más común (95,7%) en todos los grupos de edad. La mayoría de los niños (51%) se cepillan los dientes una vez al día. Aproximadamente la mitad (45,7%) de los padres supervisaron y asesoraron a los niños durante el procedimiento de cepillado de dientes. El 85,1% de los padres cree que los dulces pueden afectar la salud bucal del niño, pero el consumo diario de dulces fue el más frecuente (68,1%). El 69,1% de los padres cree que la salud bucal afecta la salud general. La mayoría de los padres (85,1%) sabían que son necesarias visitas periódicas al dentista. La mayoría de los padres (66%) sabían que el flúor es necesario. Conclusión: El cepillado de dientes recomendado dos veces al día fue bajo entre los hijos de los padres entrevistados. Aunque los padres estuvieron de acuerdo en que el consumo de dulces puede tener una influencia negativa en la salud general, un gran número de niños consumían productos azucarados a diario. Debería hacerse más hincapié en la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales entre los padres¹¹.

Belila N, Martins R, Saliba C, Costa W. (2016) Brasil; en su estudio titulado “Nivel socioeconómico y de los padres percepción del impacto de las patologías bucodentales en la calidad de vida de sus hijos”. Objetivo: analizar cómo los padres de diferentes niveles socioeconómicos perciben el impacto de las patologías bucodentales en la calidad de vida de sus hijos. Métodos: Se inscribieron en el estudio todos los padres o tutores de estudiantes de 11 a 14 años, matriculados regularmente en la educación básica en escuelas públicas de dos localidades de la región noroeste del estado de São Paulo, Brasil. Se utilizó el cuestionario “Herramienta de Evaluación Socioeconómica” para clasificar a las familias en función de la clase socioeconómica y el “Cuestionario de Percepción de los Padres-Cuidadores (P-CPQ)” para verificar la percepción de los padres sobre el impacto de las patologías bucodentales en sus hijos. calidad de vida. Resultados: 172 (41,8%) personas respondieron la encuesta. Entre ellos, la mayoría pertenecía a la clase baja alta (61%). El 21,5% de los individuos

respondió que consideraba que la salud bucal de sus hijos era "regular o mala" y el 71,5% respondió que el bienestar general de su hijo no estaba o estaba poco afectado por el estado de sus dientes, labios, mandíbula o boca. Hubo asociación entre las subescalas de calidad de vida, especialmente "síntomas orales", con todas las clases socioeconómicas. Conclusiones: Existe una relación entre la clase socioeconómica de los padres y la percepción del impacto de la enfermedad bucal en la calidad de vida de sus hijos¹².

2.1.2 Antecedentes nacionales

Mera K. (2018) Chiclayo; en su trabajo titulado "Asociación entre la automedicación para el tratamiento de la odontalgia y el nivel socioeconómico-cultural de la comunidad del CS José Olaya, Chiclayo – 2018". Su propósito es disponer la asociación entre el autotratamiento de los analgésicos dentales y el nivel socioeconómico y cultural de los residentes del CS José Olaya (Chiclayo), 2018. Para examinar esta condición, se utiliza el método descriptivo relevante para medir las variables ya dichas para determinar si el grado y la correlación existe, pero no intenta brindar una explicación (causal) completa del fenómeno en estudio. Hubo un total de 109 pacientes del CS y 85 pacientes que aprobaron con los criterios de elección. La herramienta de recolección de información es una encuesta modificada realizada por Aguedo Del Castillo Annabelle Adelitha y Buchelli Ramírez y verificada por cinco jueces. Coloque al paciente en el lugar donde necesita ser evaluado y se necesitan 20 minutos para completar la evaluación. La encuesta incluye 18 preguntas, con una puntuación máxima de 46 puntos y una puntuación mínima de 10. Utilice el programa estadístico IBM®SPSS®Statistics 22 para analizar y procesar la información obtenida. La automedicación de medicamentos para el dolor de dientes. La conclusión es que existe un vínculo entre la automedicación en la odontalgia y el nivel socioeconómico. – cultural¹³.

Quispe N. (2018) Lima; "Asociación entre la automedicación y el nivel socioeconómico-cultural ante la odontalgia de la comunidad del distrito de

Matucana, Huarochiri – 2016”. El estudio buscó hallar la relación entre el autotratamiento y el grado social, económico y cultural del algesia odontogenico que sufren las personas de la región de Matucana (Huacrohiri, 2016). Los métodos utilizados en este estudio son observacionales, de correlación y de corte transversal. . incluyó a 343 residentes del distrito de Matucana. Se uso un encuesta formulado con interrogantes cerradas y se verificó en la investigación de Aguedo (2008). El proceso de recaudacion de informacion usados es una encuesta de tres partes: informacion personal, comportamientos frente al dolor de muelas y rango social, económico y cultural. Según los resultados de nuestra investigación, a un nivel social, económico y cultural más bajo, corresponde a la medicacion propia medicacion. En comparación con la automedicación tradicional (17,0%), se logra a un nivel socioeconómico y cultural más bajo. El porcentaje más alto (39,2%). Cuando se realiza la prueba de chi-cuadrado, el nivel de significancia es 0.000, que es menor que 0.050, y también se obtiene la v de Cramer 0.0359. La conclusión es que hay una asociación mediana. Podemos concluir que los residentes del área de Matukana usan la automedicación para aliviar la odontalgia, la automedicación a través de la medicación, luego la automedicación tradicional y finalmente el cuidado dental.¹⁴.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 El nivel socioeconómico-cultural

Las personas están evaluando niveles socioeconómicos y culturales variables, o los llamados niveles, porque los principales problemas de la medicina general, especialmente la salud bucal, pueden comenzar desde este punto. Este es un factor común en el desarrollo de enfermedades y refleja el momento y los antecedentes. Un lugar donde un individuo se desarrolla en un lugar determinado. Para que lo comprenda mejor, definiremos los términos que producen esta dimensión¹⁵.

a. Nivel social

El nivel social a la que pertenece un individuo no solo se limita a la situación económica en sí, sino que también depende del comportamiento, el gusto, el idioma, los conceptos e incluso las ideologías morales y religiosas¹⁶.

Desde este punto de vista, podemos ver que la comunidad tiene un rol fundamental en la psicología y la toma de decisiones de los individuos. Por lo cual, si nos basamos en la automedicación, ya sea medicamentosa o natural¹⁶.

Esta definición dispone términos como el estatus social de una persona. Su definición está determinada básicamente por estándares económicos y sociales. Por tanto, se trata de un sistema jerárquico en el que los criterios de atribución están determinados por la relación entre los individuos y las actividades económicas, su posición en relación con los medios de producción y su relación con los grupos sociales¹⁷.

El nivel social a la que están una persona determina las oportunidades de vida no solo en la situación económica en sí, sino que también depende del comportamiento, el gusto, el habla, las opiniones e incluso las ideologías morales y religiosas¹⁸.

Este grupo hace presión sobre las personas para que el comportamiento de todos se ajuste a las reglas del grupo social al que pertenecen¹⁹.

Características generales: la atribución de una determinada categoría de individuos viene determinada básicamente por criterios económicos, lo que es diferente al caso de otros tipos de clases sociales basadas en la casta y la propiedad. En este caso, los criterios básicos de atribución no son económicos en principio (aunque algunos El grupo puede verse involucrado en la situación económica por segunda vez). Por lo común, para un grupo de personas que componen una clase, existe un interés común o un planeamiento social que

puede maximizar su poder político y salud comunitario. En algunos casos, cierto número de personas ignora los intereses de la clase social.²⁰

Llevar a un tipo de situación económica u otra generalmente depende del nacimiento y la herencia familiar. Por lo tanto, en la mayoría de las comunidades, los hijos de personas sin beneficios seguirán formando parte de los desfavorecidos durante su vida, mientras que los hijos de la clase más rica tienen más probabilidades de formar parte de esa clase por el resto de sus vidas.²¹.

Clase baja: Es la clase socioeconómica más empobrecida, y su vida se distingue a menudo por defectos y limitaciones en la obtención de muchos productos económicos. El término suele asimilarse al proletariado y la clase trabajadora (clase trabajadora), aunque estos dos términos no son plenamente identificados por la "clase baja". Porque se definen como el lugar que las personas ocupan en la producción, no solo porque carecen de recursos o reducen los ingresos. La clase intermedia se trata al nivel o rango de clase social, aplicable a individuos cuyo estatus económico y social se halla entre la clase trabajadora y la clase alta.²¹.

Clase media: Este concepto se refiere a la clase social por debajo de la clase alta, que es la clase que depende de los ingresos para ganarse la vida, mientras que sociológicamente es la clase baja. En los medios de comunicación, en países / regiones como España, los nombres de la clase media son muy comunes, mientras que los nombres de la clase trabajadora o la clase baja son raros. Esto ha causado confusión con la identidad de la clase media en el idioma, la población. Estrictamente hablando, la clase media es numéricamente más baja que el porcentaje de la población que se identifica consigo misma.²¹.

Clase alta: En la estructura jerárquica convencional de la sociedad contemporánea, es aplicable a un grupo de individuos con mayor economía y poder, comparado con la clase baja por definición, se define por la clase, su

sociedad y sus defectos. Sin embargo, no existe un consenso general sobre sus limitaciones y características específicas²¹.

b. Nivel económico

Es la característica común de la investigación de la comunidad y el mercado, particularmente cuando la entrada dispone diferentes actitudes y escenarios de consumo²².

Se manifiesta como la ocupación de la fundamental apoyo de la familia y los bienes del hogar: productos básicos; por ejemplo: controles remotos en color de TV, teléfonos, refrigeradores, videograbadoras / reproductores, secadoras de ropa, lavadoras, tarjetas de crédito para el sostén principal de la familia, computadoras personales, aires acondicionadores, coches, etc.¹⁵.

El nivel económico es la dimensión básica de la investigación poblacional y de mercado. Diferentes estudios han podido examinar que el mayor factor causal y la mayor prevalencia de la autoterapia es el nivel económico de los pacientes.²³⁻²⁹.

c. Nivel cultural

Es un símbolo como cualidades, reglas, actitudes, religión, idioma, costumbres, etiqueta, hábitos, habilidades, educación, ética, arte, etc.) y materia (como ropa, casas, productos, colecciones de arte, herramientas, etc.), para ser aprendido, compartido y difundido por miembros de la sociedad de una generación. La falta de acceso a la información y la escasez de información también afecta a las empresas farmacéuticas, provocando que estas difundan información sesgada, incentivando así a las personas a utilizar los llamados medicamentos muy seguros, lo que también va acompañado de nuestra falta de educación sanitaria²⁹.

30.

La cultura es una abstracción, es una construcción teórica basada en la actitud individual en grupo. Por tanto, el conocimiento cultural vendrá de la mira de los

integrantes del equipo, que podrán ser explicados de una forma específica de comportamiento.³¹.

Particularmente su propio mapa psicológica, guía de actitud: su cultura personal. La mayor parte de esta costumbre personal está compuesta por patrones de actitudes compartidos con grupos comunitarios, es decir, parte de esta costumbre está compuesta por los conceptos de gráficos mentales de otros integrantes de la comunidad. Por tanto, la costumbre de una comunidad se refiere en la asociación entre mapas mentales personales.¹⁹.

d. Nivel socioeconómico y la odontología

El estatus socioeconómico cumple un rol fundamental en la petición de servicios odontológico, porque no todos tienen la misma capacidad para pagar los servicios dentales, y muchos de ellos creen que el tratamiento debe interrumpirse una vez iniciado, lo que puede conducir al deterioro de la atención dental. El tiempo es menos prolongado. Ciertos autores señalaron que el grado socioeconómico está integrado por ingresos, dedicación e instrucción educativa, utilizando este estándar se puede observar que a medida que mejore el nivel socioeconómico, también aumentará el uso de los servicios dentales. En ciertos países como España, a comparación de otros países, el pago de los servicios odontológicos es el primer gasto sanitario de la familia (no solo de farmacias, seguros / consulta médica). Los planes y campañas existentes no permiten brindar otros beneficios sin reducir la calidad de los servicios, y los grupos sociales más vulnerables se ven afectados principalmente. Además, con respecto al impacto de la falta de recursos económicos (pobreza) en la salud de los individuos, hay dos miras: primero, en un sentido amplio, en un sentido absoluto, las personas pobres suelen sufrir más enfermedades y están más enfermas; en segundo lugar, debido a enfermedades prevenibles, su tasa de mortalidad es mayor, porque mayores niveles de pobreza bajan sus valores. La nutrición, la casa y el saneamiento también reducen el acceso a la atención médica³².

2.2.2 Higiene oral

Los grados de control de biofilm individualizadas, incluida la limpieza de la lengua y el preservar el tejido y la estructura de los dientes. Es una mezcla de desarrollo químico-físico que controlan la creación de biofilm oral, que es el factor de riesgo más primordial para la aparición y desarrollo de picadura dentaria y patología gingival.^{33, 34}

Desde el parto, la cavidad bucal ha sido colonizada por diversos microorganismos. Las bacterias se adhieren permanentemente al área de las piezas dentarias y tejidos aledaños, formando así placa dental. Este tipo de placa bacteriana no era tan dañina para los dientes al principio. Por tanto, debemos usar utensilios que nos ayuden a identificar los dientes. Evita las malas consecuencias³⁵.

La higiene bucal es necesaria para mantener la salud de las piezas dentarias y otros componentes de la cavidad oral. El objetivo es preservar los dientes libres de picadura dentaria y sarro y minimizar la placa dental. Por lo tanto, es fundamental controlar el consumo de algunos alimentos, particularmente aquellos con bastante concentración cancerígeno: azúcares como sacarosa o glucosa.³³

Higiene bucal del niño

El descuido de los infantes o una limpieza oral mala (por ejemplo, en una familia multitudinaria, a la madre le resulta difícil limpiar y / o supervisar los dientes de cada niño todos los días) puede provocar la acumulación de placa microbiana, lo que conduce a una reducción del pH. Saliva y esmalte. Pérdida de minerales que conduce a la caries dental³⁶.

2.2.3 Prácticas de higiene oral

Cepillado dental

Esta es la manera más aceptada, fácil y cómoda de eliminar la biofilm microbiana, esta técnica se utilizará según el estado de cada persona. Lo fundamental es que

los pacientes deben conocer este método y eliminar eficazmente los restos de alimentos y los microorganismos que componen la biofilm. En los infantes, son habituales las técnicas de fregado que implican un movimiento horizontal a lo largo de las superficies exterior e interior del arco del cepillo de dientes. Si se trata de un proceso practicado por los apoderados, no debe modificarse siempre que se obtengan los resultados aceptados.³⁷.

a. Técnicas de cepillado

Se necesitan al menos dos minutos para cepillarse los dientes correctamente. La mayor parte de las personas mayores no se lavan la boca durante muchas horas. Para comprender el tiempo involucrado, use un cronómetro. Para lavarse los dientes correctamente, use pasadas cortas y suaves, dando especial atención a la línea de las encías, las piezas dentarias posteriores difíciles de alcanzar y el área alrededor de los empastes, coronas y otras restauraciones³⁷.

Técnica de Bass: Las escobillas del cepillo están en un ángulo de 45° con relación al eje longitudinal de los dientes, solo la primera fila se acercará a la ranura, mientras que la fila adyacente tocará el borde de la encía. Cuando se presiona suavemente el cepillo, las cerdas se ajustarán a la forma de la ranura. Vibrar movimiento y barrer hacia la oclusión. Cepille la superficie oclusal de modo que la cabeza quede paralela a la superficie oclusal y las vibraciones frontal y posterior sean cortas. Se considera que este método es la forma más eficaz de eliminar la placa cerca del borde de las encías³⁷.

Técnica de Fones: La indicación es la mejilla, los dientes deben estar en un estado de mordida y las cerdas deben estar en un ángulo de 90° con relación a la mejilla de los dientes. Divídalo en 06 partes, realice 10 rotaciones, realice movimientos circulares en la superficie oclusal y coloque el cepillo verticalmente en la cara lengua-Paladin, y luego realice un movimiento de rotación. Se expresa en niños³⁷.

Técnica de Bass modificado: Consta en posicionar las cerdas encima la encía

en un ángulo de 45°. Las cerdas deben estar en contacto con el área del diente y las encías. Gire hacia adelante y hacia atrás y cepille suavemente la superficie exterior de sus dientes de 2 a 3 dientes. Luego mueva el cepillo al siguiente juego de 2 o 3 dientes y repita la operación. La superficie interna del diente realizará la misma operación. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Usa la punta del cepillo para subir y bajar varias veces. Coloque el cepillo sobre la superficie de masticación y muévelo hacia adelante y hacia atrás suavemente³⁷.

Técnica de Scrub: las cerdas del cepillo forman un ángulo de 90° con la mejilla, la lengua y las superficies oclusales de los dientes. Los arcos se dividen en 6 grupos, moviéndose de izquierda a delante, con 20 movimientos en cada grupo. Recomendado para infantes en edad preescolar³⁷.

Técnica de Stillman: al colocar las cerdas, el extremo de la punta del lápiz debe colocarse en la parte cervical del diente, una parte en la encía adyacente y un ángulo oblicuo (45°) en la dirección de la punta de la raíz y el eje largo de la se debe formar el diente. En esta técnica, la posición del pincel es más alta que en Bass. Vibra y se mueve hacia la corona (movimiento vertical), limpiando desde las encías hasta la corona. Los lados utilizados aquí son más que los extremos de las cerdas para evitar que los lados ingresen en el surco gingival. Este método es adecuado para limpiar las áreas donde la recesión de las encías y las raíces de los dientes están expuestas.³⁷.

Técnica de Stillman modificada: Coloca las cerdas 2 mm por encima del borde de las encías, aplica presión y vibración cada dos dientes durante 15 segundos, y finalmente muévete en la dirección de la mordida. Para adultos sin enfermedad periodontal, se recomienda esta técnica³⁷.

b. Cepillado de la lengua

Cepillarse la lengua y las almohadillas puede reducir la cantidad de restos de comida, placa dental y microorganismos. La forma correcta de cepillarse la lengua es dejar el cepillo a un lado y lo más atrás posible sin causar náuseas, con las

cerdas apuntando hacia la faringe. Gire la manija para barrer hacia adelante, repita de seis a ocho veces para cada área³⁸.

c. Frecuencia de cepillado

La continuidad de lavado de los dientes después de cada comida puede eliminar la placa bacteriana y cepillarse los dientes tres veces al día después de cada comida. Antes de dormir³⁹.

d. Complementos para la limpieza interdental

Se ha demostrado que no hay técnica de cepillado no puede retirar por completo la placa interdental más crítica, porque la papila interdental es donde comienza la inflamación de las encías. Por tanto, es necesario recurrir al utilizar de accesorios particularmente para la higiene interproximal de los dientes.³⁹.

Pasta dental fluorada: Cuando la concentración de flúor es ≥ 1000 ppm (ppm), demuestra la eficacia de la pasta de dientes para reducir la incidencia de caries. En cuanto al riesgo de fluorosis, existe evidencia de que el cepillado con pasta de dientes con bajo contenido de flúor (< 600 ppm) no reducirá el peligro de fluorosis, pero sí aumentará el peligro de caries. Por tanto, se sugiere no ingerir pasta de dientes. La dosis recomendada para infantes menores de 3 años es de 0,1 ml, que equivale promedio a "granos de arroz", para los infantes mayores de 3 años se recomienda 0,25 ml. Del tamaño de un "guisante", no enjuague la boca de su hijo cuando o después del cepillado, solo escape el exceso³⁹.

Hilo / Seda dental: El hilo dental consta de varios filamentos de nailon que atraviesan la zona interdental de los dientes para su limpieza. Se han vendido mucho tipos de seda en el mercado, desde productos sin encerar de alta calidad hasta seda encerada con mentolado, fluorada y más resistente al desgarro. También hay un hilo dental en flor, que aumenta el efecto protector del flúor sobre la limpieza interdental.³⁸.

Métodos del uso del hilo dental: Tome aproximadamente 18 pulgadas de hilo dental y envuelva la mayor parte alrededor del dedo anular, dejando de 3 a 5 pulgadas de hilo dental para su uso. Sostenga el hilo dental firmemente con el pulgar y el índice y luego deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes. Además, deslícelo debajo de la encía. Limpiar con hilo dental al moverse entre los dientes.³⁸.

2.3 Definición de términos básicos

Higiene bucal: Se refiere al grado de lavado y mantenimiento de los dientes y componentes articulares.⁴⁰.

Nivel cultural: Es una combinación de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, lenguaje, costumbres, rituales, hábitos, habilidades, educación, moral, arte, etc.) y objetos (como ropa, casas, productos, obras de arte, etc.), herramientas, etc.), Creado por la sociedad. Los miembros aprenden, comparten y se transmiten de generación en generación.⁴¹.

Nivel económico: A partir de la dimensión económica de la familia, se expresa como la ocupación y patrimonio familiar del sustentador principal de la familia¹⁵.

Nivel social: Según las condiciones materiales de vida y costumbres sociales de la población o la interacción con la sociedad corresponde a la dimensión de estratificación poblacional¹⁵.

Prácticas sobre salud oral: la exposición repetida a una situación específica (estímulo), y luego la repetición de una respuesta consistente a la misma, que se puede observar.⁴².

Prevención en salud bucal: Tiene como objetivo reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucodentales. Dividido en tres niveles, el primer nivel se logra mediante promoción y protección especial, el segundo nivel es mediante diagnóstico precoz y el tercer nivel es mediante restricción de discapacidad⁴⁰.

Salud: es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades⁴³.

Salud bucodental: Sin dolor oral y facial, cáncer oral o de garganta, úlceras e infecciones orales, patología periodontal (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y obstáculos que restringen la capacidad de la

persona afectada para morder, triturar, reír y fonación, mientras afecta su sociedad Salud mental ⁴³.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis

El nivel socioeconómico-cultural tiene relación significativa con los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable 1

Nivel socioeconómico-cultural

3.2.2 Variable 2

Hábitos de higiene bucal

3.2.3 Covariables

Edad

3.2.4 Operacionalización de variables

| Variables | Dimensiones | Indicadores | Escala de medición | Valor |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------|--|
| Nivel socioeconómico-cultural | Integración de diferentes funciones de las personas o de sus hogares. | Nivel social | Ordinal | Medio-alto: 12-15 puntos Medio: 8-11 puntos Bajo: 4-7 puntos Muy bajo: 0-3 puntos |
| | | Nivel económico | | Medio-alto: 19-26 puntos Medio: 13-18 puntos Bajo: 7-12 puntos Muy bajo: 1-6 puntos |
| | | Nivel cultural | | Medio-alto: 12-16 puntos Medio: 9-11 puntos Bajo: 6-8 puntos Muy bajo: 3-5 puntos |
| Hábitos de higiene bucal | Cepillado | Frecuencia de cepillado | Nominal | No se cepilla los dientes 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día |
| | | Tiempo de cambio de cepillo | | No tienen cepillo dental Cada 3 meses Cada 6 meses |

| | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|----------|---|
| | | | | Cada 6 meses Cada año |
| | | Técnica para el cepillado | | Si No |
| | | Uso de dentífrico | | Si No |
| | Uso del hilo dental | Frecuencia de uso de hilo dental | | No usa hilo dental 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día |
| | Enjuague bucal | Uso de enjuague bucal | | Si No |
| | | Frecuencia de uso de enjuague bucal | | No hace uso del enjuague bucal 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día |
| Edad | Tiempo desde el nacimiento hasta la vida presente de una persona. | Años | De razón | 18 – 27 años 28 – 37 años 38 – 47 años 48 – 57 años 58 años a más |

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Este trabajo de investigación es de tipo básico y no experimental, porque busca incrementar el conocimiento científico, pero no lo compara con aspectos prácticos y describe detalladamente el comportamiento de los eventos que pueden ocurrir en lugar de una intervención.

El diseño es, descriptivo, prospectivo y transversal; porque involucra el comportamiento de dos variables, los datos fueron recopilados cuando ocurrió el evento y todo fue realizado en un período específico de tiempo.

El nivel es correlacional, porque mide las variables y evalúa la relación estadística entre ellas.

El método es observacional, porque el investigador solo se limita a observar y medir las variables.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población del estudio estuvo integrada por 83 madres de familia.

4.2.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Madres de familia mayores de 18 años

Madres de familia que pertenecieron al Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2

Madres de familia que aceptaron participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

Madres de familia que no desearon participar de la presente investigación

4.2.3 Muestra

Estuvo integrada por todas las mamás, que fueron 83.

El tipo de muestreo que se empleó fue censal.

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

4.3.1 Técnicas de recolección de datos

Se empleó la encuesta; ya que esta técnica pretendió conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas hechas por escrito.

El proceso de recojo de datos fue:

El coordinador de la escuela envió una carta de presentación a la responsable del Programa Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo-Zona 2 (Anexo N° 1).

Luego, se explicó de forma clara y concisa el propósito de la investigación y las actividades a realizar, incluyendo los riesgos y beneficios de la investigación. Se completó y firmó el formulario de consentimiento informado de la madre que deseó participar en el estudio (Anexo N° 2). Posteriormente se entregó los cuestionarios para que sean correctamente llenados (Anexo N° 3 y 4).

4.3.2 Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Cuestionario sobre hábitos de higiene bucal

Cuestionario sobre nivel socioeconómico-cultural

a. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario sobre hábitos de higiene bucal: para medir los hábitos de higiene bucal se empleó el cuestionario elaborado por Robles L.⁴⁴ en el año 2018 y

modificado para la presente investigación. Dicho cuestionario está conformado por 7 preguntas sobre la frecuencia de cepillado, tiempo de cambio de cepillo, técnica para el cepillado, uso de dentífrico, frecuencia de uso de seda dentaria, uso de colutorio oral y el continuo uso de colutorio oral. Este cuestionario fue entregado para su llenado a las madres de familia (Anexo N° 3).

Cuestionario sobre nivel socioeconómico-cultural: el cuestionario empleado fue elaborado por Buchelli C.⁴⁵ en el año 2010 (Anexo N° 4). Consta de 12 interrogantes cerradas de respuesta múltiple, divididas en tres niveles: social, económico y cultural; la tabla de puntuación mencionada determinó el nivel socioeconómico y cultural. Hay 5 opciones de respuesta para cada pregunta y cada opción tiene una puntuación. Se obtuvo puntuaciones para cada nivel social, económico y cultural, divido los puntajes en cuatro categorías: medio-alto, medio, bajo y muy bajo. Finalmente, el método para disponer el nivel socioeconómico y cultural fue al sumar los puntajes en varios aspectos (estatus social, estatus económico y nivel cultural). La distribución de la puntuación de cada uno de los indicadores anteriores se adjunta en el trabajo (Anexo N° 5).

b. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Para la conformidad del cuestionario que medió los hábitos de higiene bucal, se realizó lo siguiente:

Juicio de expertos: de acuerdo con las diferentes herramientas de verificación, la validez del contenido fue seleccionada por un grupo de expertos (3) que estudiaron los conocimientos y métodos de investigación de las variables, y expresaron opiniones o valoraciones sobre los ítems que componen el cuestionario (Anexo N° 6).

| N° | Experto | Promedio de valoración |
|-----------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 | De La Cruz Licas, Mery | 92.0 |
| 2 | Cabero Manchego, Rosa Milagros | 91.0 |
| 3 | Atachao Vila, Kevin | 93.5 |

Obteniendo como promedio de valoración final 92.16 puntos; que equivale a una validez aceptable.

Luego del procedimiento anteriormente mencionado, ambos cuestionarios fueron validados para su posterior aplicación de la siguiente manera:

Prueba piloto: el cuestionario fue llenado por las madres de familia para realizar una valoración preliminar de la forma y estructura (semántica, dificultad de redacción y elaboración del cuestionario), para después proceder a arreglar todo lo necesario por los aspectos indicados.

Validez de criterio: el producto que adquirieron de la prueba piloto para ambos cuestionarios, sirvió para disponer la confianza de los instrumentos mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach, que dicho coeficiente evidenció un valor de 0,829 para el cuestionario que mide la variable hábitos de higiene bucal y un 0,817 para el cuestionario que mide la variable nivel socioeconómico-cultural; asegurando de este modo que ambos cuestionarios obtuvieron un nivel de confiabilidad alto (Anexo N° 7).

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez que se hayan recopilado los datos completos, la información se fusionó en una base de datos para su análisis utilizando el software estadístico IBM SPSS versión 24 en un entorno Windows. Los resultados se presentan en forma de tablas y gráficos de entradas múltiples.

Para disponer si hay asociación entre el nivel socioeconómico y cultural de las mamás y las costumbres de limpieza oral, se utilizó la prueba no paramétrica de X^2 , que es una herramienta estadística descriptiva que se utiliza para estudiar dos variables.

4.5 Aspectos éticos

El trabajo fue analizado y aceptado para su implementación por la junta de revisión de campo de estudio de la escuela.

Se hizo un formulario de aprobación, que especificara la confiabilidad, respeto y anonimato que debe tener el investigador en el proceso de procesamiento de la información. Esto fue entregado a la madre de la familia antes de iniciar la investigación.

Se pidió la aceptación a la encargada del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2 para la efectuar el estudio.

CAPÍTULO V
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

Tabla N° 1

Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

| Hábitos de higiene bucal | | Nivel socioeconómico-cultural | | | | | | Chi Cuadrado (p) |
|------------------------------------|--------------------|-------------------------------|--------|------|--------|----------|--------|------------------|
| | | Medio | | Bajo | | Muy bajo | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Frecuencia de cepillado | No se cepilla | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0,482 |
| | Una vez por día | 14 | 53,8% | 14 | 31,8% | 6 | 46,2% | |
| | Dos veces por día | 7 | 26,9% | 18 | 40,9% | 4 | 30,8% | |
| | Tres veces por día | 5 | 19,2% | 12 | 27,3% | 3 | 23,1% | |
| Tiempo de cambio de cepillo dental | No tiene cepillo | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0,512 |
| | Cada tres meses | 3 | 11,5% | 6 | 13,6% | 4 | 30,8% | |
| | Cada 6 meses | 5 | 19,2% | 11 | 25,0% | 3 | 23,1% | |
| | Cada año | 18 | 69,2% | 27 | 61,4% | 6 | 46,2% | |
| Técnica para el cepillado | Si | 2 | 7,7% | 2 | 4,5% | 2 | 15,4% | 0,413 |
| | No | 24 | 92,3% | 42 | 95,5% | 11 | 84,6% | |
| Uso de dentífrico | Si | 26 | 100,0% | 44 | 100,0% | 13 | 100,0% | |
| | No | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----|-------|----|-------|----|-------|-------|
| Frecuencia de uso de hilo dental | No usa hilo dental | 21 | 80,8% | 41 | 93,2% | 12 | 92,3% | 0,251 |
| | Una vez por día | 5 | 19,2% | 3 | 6,8% | 1 | 7,7% | |
| | Dos veces por día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Tres veces por día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| Uso de enjuague bucal | Si | 1 | 3,8% | 7 | 15,9% | 1 | 7,7% | 0,270 |
| | No | 25 | 96,2% | 37 | 84,1% | 12 | 92,3% | |
| Frecuencia de uso de enjuague bucal | No usa enjuague bucal | 25 | 96,2% | 37 | 84,1% | 12 | 92,3% | 0,350 |
| | Una vez por día | 0 | 0,0% | 6 | 13,6% | 1 | 7,7% | |
| | Dos veces por día | 1 | 3,8% | 1 | 2,3% | 0 | 0,0% | |
| | Tres veces por día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

La tabla N° 1 nos presenta la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Del total de participantes, el 40,9% (18) se cepilla los dientes dos veces por día, el 61,4% (27) cambia el cepillo cada año, el 95,5% (42) no emplea una técnica para el cepillado dental, el 100% (44) usa dentífrico, el 93,2% (41) no usa hilo dental y el 84,1% (37) no usa enjuague bucal; todo ello en referencia a un nivel socioeconómico-cultural bajo.

No hay asociación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal ($p > 0,05$).

Tabla N° 2

Nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

| Nivel socioeconómico-cultural | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Medio | 26 | 31,3 | 31,3 | 31,3 |
| Bajo | 44 | 53,0 | 53,0 | 84,3 |
| Muy bajo | 13 | 15,7 | 15,7 | 100,0 |
| Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

La tabla N° 2 nos presenta el nivel socioeconómico-cultural en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

El 53,0% (44) presentaron un nivel socioeconómico-cultural bajo, el 31,3% (26) nivel medio y el 15,7% (13) muy bajo.

Más de un tercio de las madres presentan un nivel socioeconómico-cultural bajo.

Tabla N° 3

Hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

| Hábitos de higiene bucal | | N° | % |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------|----------|
| Frecuencia de cepillado | No se cepilla | 0 | 0,0% |
| | Una vez por día | 34 | 41,0% |
| | Dos veces por día | 29 | 34,9% |
| | Tres veces por día | 20 | 24,1% |
| Tiempo de cambio de cepillo | No tiene cepillo dental | 0 | 0,0% |
| | Cada tres meses | 13 | 15,7% |
| | Cada 6 meses | 19 | 22,9% |
| | Cada año | 51 | 61,4% |
| Técnica para el cepillado | Si | 6 | 7,2% |
| | No | 77 | 92,8% |
| Uso de dentífrico | Si | 83 | 100,0% |
| | No | 0 | 0,0% |
| Frecuencia de uso de hilo dental | No usa hilo dental | 74 | 89,2% |
| | Una vez por día | 9 | 10,8% |
| | Dos veces por día | 0 | 0,0% |
| | Tres veces por día | 0 | 0,0% |
| Uso de enjuague bucal | Si | 9 | 10,8% |
| | No | 74 | 89,2% |
| Frecuencia de uso de enjuague bucal | No usa enjuague bucal | 74 | 89,2% |
| | Una vez por día | 7 | 8,4% |
| | Dos veces por día | 2 | 2,4% |
| | Tres veces por día | 0 | 0,0% |

La tabla N° 3 nos presenta los hábitos de higiene bucal en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Del total de participantes, el 41,0% (34) se cepilla los dientes una vez por día, el 61,4% (51) cambia el cepillo cada año, el 92,8% (77) no emplea una técnica para

el cepillado dental, el 100% (83) usa dentífrico, el 89,2% (74) no usa hilo dental y el 89,2% (74) no usa colutorio oral.

Tabla N° 4

Hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

| Hábitos de higiene bucal | Edad (años) | | | | | | Chi Cuadrado (p) | |
|----------------------------------|-------------------------|----|---------|----|---------|----|------------------|-------|
| | 18 a 27 | | 28 a 37 | | 38 a 47 | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Frecuencia de cepillado | No se cepilla | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0,347 |
| | Una vez por día | 8 | 32,0% | 13 | 43,3% | 13 | 46,4% | |
| | Dos veces por día | 9 | 36,0% | 13 | 43,3% | 7 | 25,0% | |
| | Tres veces por día | 8 | 32,0% | 4 | 13,3% | 8 | 28,6% | |
| Tiempo de cambio de cepillo | No tiene cepillo dental | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0,596 |
| | Cada tres meses | 2 | 8,0% | 6 | 20,0% | 5 | 17,9% | |
| | Cada 6 meses | 6 | 24,0% | 5 | 16,7% | 8 | 28,6% | |
| | Cada año | 17 | 68,0% | 19 | 63,3% | 15 | 53,6% | |
| Técnica para el cepillado | Si | 0 | 0,0% | 4 | 13,3% | 2 | 7,1% | 0,164 |
| | No | 25 | 100,0% | 26 | 86,7% | 26 | 92,9% | |
| Uso de dentífrico | Si | 25 | 100,0% | 30 | 100,0% | 28 | 100,0% | |
| | No | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| Frecuencia de uso de hilo dental | No usa hilo dental | 22 | 88,0% | 25 | 83,3% | 27 | 96,4% | 0,270 |
| | Una vez por día | 3 | 12,0% | 5 | 16,7% | 1 | 3,6% | |
| | Dos veces por día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |
| | Tres veces | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

| | | por día | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---------|-------|----|-------|----|-------|-------|
| Uso de enjuague bucal | Si | 2 | 8,0% | 5 | 16,7% | 2 | 7,1% | 0,436 |
| | No | 23 | 92,0% | 25 | 83,3% | 26 | 92,9% | |
| Frecuencia de uso de enjuague bucal | No usa enjuague bucal | 23 | 92,0% | 25 | 83,3% | 26 | 92,9% | 0,607 |
| | Una vez por día | 1 | 4,0% | 4 | 13,3% | 2 | 7,1% | |
| | Dos veces por día | 1 | 4,0% | 1 | 3,3% | 0 | 0,0% | |
| | Tres veces por día | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | |

La tabla N° 4 nos presenta los hábitos de higiene bucal, según la edad, en madres de familia del Programa de Vaso de Leche Sarita Colonia Pisco Tambo – Zona 2, Ayacucho 2021.

Del total de participantes, el 43,3% (13) se cepilla los dientes una vez y dos veces al día; respectivamente, el 63,3% (19) cambia de cepillo cada año, el 86,7% (26) no emplea técnicas para el cepillado dental, el 100% (30) usa dentífrico, el 83,3% (25) no usa hilo dental, el 83,3% (25) no usa enjuague bucal; todo ello en referencia a las madres con un rango de edad entre 28 a 37 años.

No hay asociación entre los hábitos de limpieza bucal y la edad ($p \Rightarrow 0,05$).

5.2 Discusión

El Perú es valorado uno de los países más pobres de Latinoamérica, lo que muestra una visión asombrosa de la demanda. Desde esta perspectiva, es cierto que la pobreza está directamente relacionada con la salud y la educación. Por eso, en nuestro país se debe realizar educación para mejorar la salud.

El problema de la salud bucal no es ajeno a la realidad de este país, por lo que considerando que el nivel de educación y el desconocimiento refleja la alta proporción de enfermedades bucodentales en la región, estas son consideradas sin importancia para la mayoría de la población pero desconocen la causa, nombre y posible tratamiento; sin embargo, no creen que ir al dentista sea un método preventivo, lo cual tiene un impacto negativo sobre su calidad de vida.

A partir de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos planteados, los valores muestran que el 53,0% (44) presentaron un nivel socioeconómico-cultural bajo, el 31,3% (26) nivel medio y el 15,7% (13) muy bajo. Estos resultados guardan relación, pero a su vez difieren con los estudios de Mera K.¹³ (2018), quien determinó que el 37,64% presentaron un nivel socioeconómico-cultural medio, el 32,95% nivel bajo, el 20% nivel alto y el 9,41% nivel muy bajo; Quispe N.¹⁴ (2018) Lima, obtuvo que el 64,1% pertenecían a un nivel socioeconómico-cultural bajo, el 19,0% nivel muy bajo, el 11,4% nivel medio y el 5,5% nivel medio alto.

En cuanto a los hábitos de higiene bucal en madres de familia, el 41,0% (34) se cepilla los dientes una vez por día, el 61,4% (51) cambia el cepillo cada año, el 92,8% (77) no emplea una técnica para el cepillado dental, el 100% (83) usa dentífrico, el 89,2% (74) no usa hilo dental y el 89,2% (74) no usa enjuague bucal. Resultados semejantes con el estudio de Zemgulyte S.¹¹ (2017), quien tuvo una participación del 97,9% por parte de las madres. El cepillado con pasta fue el método de higiene bucal más común (95,7%) en todos los grupos de edad. La mayoría (51%) se cepillan los dientes una vez al día. Aproximadamente la mitad (45,7%) de los padres supervisaron y asesoraron a los niños durante el procedimiento de cepillado de dientes.

Se evidenció que no existe asociación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de higiene bucal ($p > 0,05$); resultado que discrepa con Belila N, Martins R, Saliba C, Costa W.¹² (2016), quien concluyó que existe una relación entre la clase socioeconómica de los padres y la percepción del impacto de la enfermedad bucal en la calidad de vida de sus hijos, donde se puso en consideración los hábitos de higiene bucal. A su vez Dho M.¹⁰ (2018), indicó que el grado de conocimiento en salud bucal resultó ser un predictor importante de los hábitos de cepillado después de cada ingesta de alimentos, y junto con el rango socioeconómico son un predictor importante de la actualización de las prácticas de cepillado.

CONCLUSIONES

No hay asociación entre el nivel socioeconómico-cultural y los hábitos de limpieza bucal.

Más de un tercio de las mamás presentan un nivel socioeconómico-cultural bajo.

Más de dos tercios de las madres de familia presentaron hábitos como cambiar el cepillo cada año y uso de dentífrico; mientras carecen de hábitos como no emplear una técnica para el cepillado dental, no usar el hilo dental ni enjuague bucal.

No hay asociación entre los hábitos de higiene oral y la edad.

RECOMENDACIONES

Implementar talleres de capacitación para las madres de familia sobre la salud bucal y los hábitos de higiene bucal.

Llevar a cabo una mayor labor de promoción de la salud y lanzar actividades de publicidad de conocimientos básicos sobre salud bucodental no solo puede educar a las madres, sino también a padres e hijos, y difundir la educación en salud bucodental.

Sensibilizar a la población Huarochirí para que acuda a los servicios dentales ante problemas de salud bucal.

A través de los datos obtenidos, se sugiere efectuar investigaciones empleando otros factores que posiblemente pueden causar la falta de conocimiento sobre la salud bucal en general.

Realizar estudios en el cual se mida el nivel de conocimiento sobre salud oral, pero antes y después de una capacitación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bica I, Duarte J, Camilo A, Jesus A, Ferreira, C; Oliveira F. Oral health-related with quality of life: parental perceptions of childhood. *Millenium* 2014 Jun-Dec; 47: 141-52.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) Dr. Marco Calle Quispe. 2001-2002 Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13 (último acceso 16 setiembre 2021).
3. Barbosa T, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Quality of life and oral health in children and adolescents: conceptual and methodological aspects. *Physis* 2010; 20(1): 283-300.
4. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Mar-Apr; 89(2): 116-23.
5. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children. *Rev Saude Publica*. 2012 Feb; 46(1): 87-97.
6. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA. Influence of oral health on the life quality of preschool children. *Rev Baiana Saúde Pública* 2014; 38(1): 125-39.
7. Dirección General de Salud de las Personas. Salud bucal. Perú. 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/MO_DULO%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf (último acceso 04 de setiembre 2021).
8. Molina N, Durán D, Castañeda E, Juárez M. La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos. *Gaceta Médica de México*. México 2015; 151: 485-490.
9. Salas A, Pizano V, Alvarado G, Díaz X. Hábitos de alimentación en menores de 36 meses de EDADY su relación con la caries de infancia temprana Tipo II. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*. Colombia 2015; 6(17).

10. Dho M. Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. *Rev. Estomatol Herediana* 2018; 28(4): 259-66.
11. Zemgulyte S. Conocimientos y actitudes de salud bucal entre padres de niños. Tesis de Maestría. Kaunas: Academia Médica de la Universidad de Ciencias de la Salud de Lituana; 2017.
12. Belila N, Martins R, Saliba C, Costa W. Nivel socioeconómico y de los padres percepción del impacto de las enfermedades bucodentales en la calidad de vida de sus hijos. Brasil. *Braz J Oral Sci.* 2016; 15(2): 171-175.
13. Mera K. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del Centro de Salud José Olaya, Chiclayo – 2018. Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Señor De Sipán; 2019.
14. Quispe N. Relación entre la automedicación y el nivel socioeconómico-cultural ante el dolor dental de los pobladores del distrito de Matucana, Huarochiri – 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
15. Secretaría Distrital de Salud. Institución Universitaria Colegios de Colombia, UNICOC - Colegio Odontológico. Guía de práctica clínica en salud oral-Higiene Oral. Guía socializada por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.; 2010.
16. Lindhe J, Torkild K, Niklaus P. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3rd ed. Lindhe J, Torkild K, Niklaus P, editors. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
17. Gutiérrez E, Igesias P. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. 1st ed. Enrique G, editor. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España S.L.; 2009.
18. Bordoni N. Odontología Pediátrica: La salud del niño y del adolescente en el mundo actual. 1st ed. N B, editor. Buenos Aires: Panamericana; 2010.
19. Rizzo L, Torres A, Martinez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. *Rev CES Odont.* 2016 julio-diciembre; 29(2): p. 52-64.

20. Universidad Veracruzana Facultad de pedagogía. Manual de Técnicas de Higiene Ora. Manual de Técnicas de Higiene Oral elaborado por la Universidad de Veracruz. 2011.
21. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. 2017.
22. Aguedo A. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Independencia, Huaraz, 2007. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
23. Parí R. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico- cultural de los pobladores del distrito de Juliaca-Puno 2010. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
24. Bourdieu P. Espacio Social y génesis de las clases: Sociología y Cultura, Grijalbo, México, 1990.
25. Elster J. Tres desafíos al concepto de clase social: El Marxismo, una propuesta analítica, FCE, México, 1989.
26. Camou A. Notas en torno al concepto de clase social. Revista Sociedad, Nro. 15. México, 1995.
27. Gómez A, Latorre C, Nel J. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de salud. Persona y Bioética 2007, 11(28): 23-38.
28. González-García G, De La Puente C, Tarragona S. 2005. Medicamentos: salud, política y economía. 1ª ed. Buenos Aires: Isalud. Instituto universitario.
29. Índice de Nivel Socio Económico Argentino. Asociación Argentina de Marketing, Bs. As., Argentina. 1998.
30. Conhi A, Castillo D, Del Castillo C. Automedicación odontología de pacientes que acuden a una institución pública y privada, Lima –Perú. Rev Estomatol Herediana 2015; 25(3): 205-10.
31. Simón et al. Tendencias de la automedicación para enfermedades dentales entre los pacientes que asisten a los programas de extensión de la salud oral en la costa Karnataka, India. PubMed 2015; 47(5): 524-9.

32. Afolabi et al. El perfil de la automedicación en pacientes dentales del estado de Nigeria. *Níger J Med* 2010; 19(1): 96-103.
33. Constante et al. Los mediadores entre la educación y el dolor dental: un estudio transversal para evaluar el papel de la utilización de los servicios dentales. *Eur J Oral Sci.* 2015.
34. Escobar J, Ríos C. Prevalencia de automedicación en dos barrios de la ciudad de coronel Oviedo - Paraguay, marzo a mayo 2014. *Revista Científica* 2014; 12(1): 46-50.
35. McCauley JL, Leite RS, Melvin CL, Fillingim RB, Brady KT. Dental opioid prescribing practices and risk mitigation strategy implementation: Identification of potential targets for provider-level intervention. *SubstAbus* 2016; 37(1): 9-14.
36. González J, Rodríguez M, Lomas M. Automedicación en inmigrantes latinoamericanos adultos de Sevilla. *Acta Paul Enferm* 2012, 25(2): 75-8.
37. Lamb charles et al. *Marketing*. Editorial Thomson S.A., Pág. 152.
38. Austin T. Para comprender el concepto de cultura. *Revista Educación y Desarrollo*, Año 1, Nº 1, Universidad Arturo Prat, Sede Victoria, IX Región de "La Araucanía", Chile. Marzo 2000.
39. Martínez, I., Fuentes M, García F, Madrid I. El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones* 2013; 5(3): 235-242.
40. Ministerio de salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Perú. Dirección general de salud de las personas; 1996.
41. Miguel A, Ortiz C. Farmacología. Odontología Derivados del ácido Arilacetico Diclofenaco 2014. Disponible en: <http://todosobreodontologia.blogspot.es/1395022161/derivados-del-acido-arilacetico-diclofenaco/> (último acceso 13 de setiembre 2021).
42. Holman A. Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito dela protección de la infancia: guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y

prácticas para programas de protección de la infancia. España: Iniciativa de Protección de la Infancia; 2012.

43. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Ginebra. OMS; 2012.
44. Robles L, Sotacuro C. Hábitos de higiene y salud bucodental en adultos mayores del hogar de ancianos Santa Teresa Jornet Huancavelica 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018.
45. Buchelli C. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pacientes atendidos en la USEE-UNT, 2010. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 1
CARTA DE PRESENTACIÓN



Ayacucho, 23 de Julio del 2021

CARTA N° 0012-2021-EPEST-FMHvCS-FA-UAP

SRA. CAROLINA LUJÁN ORÉ
PRESIDENTA DEL PROGRAMA DE VASO DE LECHE "SARITA COLONIA", PISCO TAMBO - AYACUCHO

Ciudad,

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien del programa que dignamente dirige.

El Bachiller en Estomatología EDER ANTONIO YAURI, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN MADRES DEL PROGRAMA DE VASO DE LECHE SARITA COLONIA PISCO TAMBO, AYACUCHO 2021; para optar el título profesional de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle al mencionado bachiller, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente


43956427



ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificada con DNI _____, por medio del presente documento hago constar que acepto participar en el presente trabajo de investigación.

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informada sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y bienestar de mi persona.



Firma de la participante

DNI

Fecha: _____

ANEXO N° 3
CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Fecha:.....

N°:.....

Edad:.....

1. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?

- a. No se cepilla los dientes
- b. 1 vez por día
- c. 2 veces por día
- d. 3 veces por día

2. ¿Cada que tiempo cambia el cepillo dental?

- a. No tiene cepillo dental
- b. Cada 3 meses
- c. Cada 6 meses
- d. Cada año

3. ¿Usa alguna técnica para cepillarse los dientes?

- a. Si
- b. No

4. ¿Usa dentífrico (pasta dental) durante el cepillado dental?

- a. Si
- b. No

5. ¿Cuántas veces al día usa el hilo dental?

- a. No usa hilo dental
- b. 1 vez por día
- c. 2 veces por día
- d. 3 veces por día

6. ¿Hace uso del enjuague bucal?

- a. Si
- b. No

7. ¿Con que frecuencia usa el enjuague bucal?

- a. 1 vez por día
- b. 2 veces por día
- c. 3 veces por día

ANEXO N° 4
CUESTIONARIO SOBRE NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

Fecha:.....

N°:.....

Edad:.....

I. NIVEL SOCIAL

1. Su vivienda se ubica en una zona (solo una alternativa)
 - a. Rural
 - b. Urbano-marginal
 - c. Urbano

2. ¿Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (solo una alternativa)
 - a. En una institución pública o privada
 - b. En el campo
 - c. Ama de casa
 - d. Negociante
 - e. No trabaja

3. ¿A qué Organizaciones Ud. pertenece? (varias alternativas)
 - a. Ninguno
 - b. Clubes
 - c. Sindicatos
 - d. Grupo
 - e. Asociaciones

4. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre? (varias alternativas)
 - a. Pasea con amigos
 - b. Duerme
 - c. Deportes
 - d. Ve Tv, lee, internet
 - e. Ninguno

II. NIVEL ECONÓMICO

1. Promedio de ingreso mensual (solo una alternativa)

- a. No recibe ingresos
- b. Menos de 465 soles
- c. 465 – 930 soles
- d. 930 – 1395 soles
- e. 1395 – 1860 soles

2. Principal material de la vivienda (solo una alternativa)

- a. Estera
- b. Piedra con barro
- c. Adobe
- d. Madera
- e. Ladrillo – cemento

3. Pertenencia de la vivienda (solo una alternativa)

- a. Familiar
- b. Propia por invasión
- c. Alquilada
- d. Propia pagándose a plazos
- e. Propia pagada

4. Servicios con los que cuenta su vivienda (varias alternativas)

- a. Electricidad
- b. Agua
- c. Desagüe
- d. Cable
- e. Internet

I. NIVEL CULTURAL

1. ¿Qué idiomas domina? (solo una alternativa)

- a. Castellano
- b. Quechua – castellano
- c. Castellano – inglés
- d. Castellano – inglés y otro

2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (solo una alternativa)

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior técnico
- e. Superior universitario

3. ¿A través de que medio Ud. se mantiene informado? (solo una alternativa)

- a. Amigos, vecinos
- b. Tv, cable
- c. Radio
- d. Internet
- e. Periódico

4. ¿Qué tipo de programa prefiere en el Tv? (solo una alternativa)

- a. Dibujos animados
- b. Novelas
- c. Películas
- d. Series
- e. Noticias

ANEXO N° 5
ASIGNACIÓN DE PUNTAJES PARA INDICADORES DEL NIVEL
SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

1. Nivel social: puntajes internos de cada indicador

| Ubicación de la vivienda | Puntaje |
|--------------------------|---------|
| Rural | 0 |
| Urbano marginal | 1 |
| Urbano | 2 |



| Organizaciones sociales a las que pertenece | Puntaje |
|---|---------|
| Ninguna | 0 |
| Clubes | 1 |
| Sindicatos | 1 |
| Grupo | 1 |
| Asociaciones | 1 |

| Principal actividad laboral | Puntaje |
|-------------------------------|---------|
| No trabaja | 0 |
| En el campo | 1 |
| Ama de casa | 1 |
| Negociante | 2 |
| Institución pública / privada | 3 |

| Actividades en su tiempo libre | Puntaje |
|--------------------------------|---------|
| Ninguna | 0 |
| Duerme | 0 |
| Deportes | 1 |
| Ve Tv, lee, internet | 2 |
| Pasea con sus amigos | 3 |

2. Nivel económico: puntajes internos de cada indicador



| Promedio de ingreso económico mensual | Puntaje |
|---------------------------------------|---------|
| No recibe ingresos | 0 |
| Menos de 465 soles | 1 |
| 465 – 930 soles | 2 |
| 930-1395 soles | 3 |
| 1395 – 1860 soles | 4 |

| Principal material de la vivienda | Puntaje |
|-----------------------------------|---------|
| Estera | 0 |
| Piedra con barro | 1 |
| Adobe | 2 |
| Madera | 3 |
| Ladrillo - cemento | 4 |

| Pertenencia de la vivienda | Puntaje |
|----------------------------|---------|
| Familiar | 0 |
| Propia por invasión | 1 |
| Alquilada | 2 |
| Propia pagándose a plazas | 3 |
| Propia pagada | 4 |

| Servicios con los que cuenta la vivienda | Puntaje |
|--|---------|
| Agua | 1 |
| Desagüe | 2 |
| Electricidad | 3 |
| Cable | 4 |
| Internet | 4 |

3. Nivel cultural: puntajes internos de cada indicador

| Idioma que domina | Puntaje |
|----------------------------|----------------|
| Castellano | 1 |
| Quechua - Castellano | 2 |
| Castellano - inglés | 3 |
| Castellano – inglés y otro | 4 |

| Preferencia de programa de Tv | Puntaje |
|--------------------------------------|----------------|
| Dibujos animados | 1 |
| Novelas | 2 |
| Peliculas | 2 |
| Series | 3 |
| Noticias | 4 |

| Medios de información | Puntaje |
|------------------------------|----------------|
| Amigos, vecinos | 1 |
| Tv cable | 2 |
| Radio | 2 |
| Internet | 3 |
| Periódico | 4 |

| Grado de instrucción | Puntaje |
|-----------------------------|----------------|
| Ninguno | 0 |
| Primaria | 1 |
| Secundaria | 2 |
| Superior técnico | 3 |
| Superior universitario | 4 |

4. **Nivel socioeconómico-cultural:** puntajes obtenidos de sumar los valores del nivel social, nivel económico y nivel cultural de cada individuo.

| NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL | | | | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------|----------------|----------------------|------------------|
| Categoría | Nivel social | Nivel económico | Nivel cultural | Suma de puntajes por | Rango de puntaje |
| Medio-alto | 12-15 puntos | 19-26 puntos | 12-16 puntos | NS+NE+NC | 42 – 57 puntos |
| Medio | 8-11 puntos | 13-18 puntos | 9-11 puntos | NS+NE+NC | 29 – 41 puntos |
| Bajo | 4-7 puntos | 7-12 puntos | 6-8 puntos | NS+NE+NC | 16 – 28 puntos |
| Muy bajo | 0-3 puntos | 1-6 puntos | 3-5 puntos | NS+NE+NC | 04 – 15 puntos |

ANEXO N° 6

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

Ficha de experto N° 1

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

- I. DATOS GENERALES**
- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : De La Cruz Licas, Mery
 - 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
 - 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre hábitos de higiene bucal
 - 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Antonio Yauri, Eder
- II. ASPECTO DE VALIDACION**

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|----|-----|--|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación. | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ORGANIZACION | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | | | | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | | | |

- III. OPCION DE APLICABILIDAD**
- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 - b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION 92.0

FECHA: 11-05-21 DNI: 10198203 FIRMA DEL EXPERTO:


Mg. MERY DE LA CRUZ LICAS
C.O.P. 17734 - RNE 1210

Ficha de experto N° 2

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Cabero Manchego, Rosa Milagros
- 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Universidad Alas Peruanas
- 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre hábitos de higiene bucal
- 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Antonio Yauri, Eder

II. ASPECTO DE VALIDACION

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|----|-----|--|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | X | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | | X | | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación. | | | | | | | | | | | X | | |
| 4. ORGANIZACION | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | | X | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | | X | | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | | X | | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | | X | | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | | | X | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | | X | |

III. OPCION DE APLICABILIDAD

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACION

91.0

FECHA: 30-04-21

DNI: 70060737

FIRMA DEL EXPERTO:


 Rosa Milagros Cabero Manchego
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 28562

Ficha de experto N° 3

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. **DATOS GENERALES**
 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Atachao Villa, Kevin
 1.2 INSTITUCION DONDE LABORA : Consultorio privado
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : Cuestionario sobre hábitos de higiene bucal
 1.4 AUTOR DE INSTRUMENTO : Antonio Yauri, Eder

II. **ASPECTO DE VALIDACION**

| CRITERIOS | INDICACIONES | INACEPTABLE | | | | | MINIMAMENTE ACEPTABLE | | | | | ACEPTABLE | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|-----------|-----|--|--|--|--|---|--|
| | | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | | | | | | |
| 1. CLARIDAD | Esta formulado con lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 2. OBJETIVIDAD | Esta adecuado a las leyes y principios científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 3. ACTUALIZACION | Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 4. ORGANIZACION | Existe una organización lógica | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar las variables de la hipótesis | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 7. CONSISTENCIA | Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 8. COHERENCIA | Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems. | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 9. METODOLOGIA | La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis. | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |

III. **OPCION DE APLICABILIDAD**
 a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación **X**
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. **PROMEDIO DE VALORACION**



FECHA : 04-05-21 DNI : 72643959 **FIRMA DEL EXPERTO :**

ANEXO N° 7
RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL
INSTRUMENTO

Tabla A-01

Análisis de fiabilidad del instrumento que mide la variable hábitos de
higiene bucal

| | | N | % |
|-------|----------------------------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 10 | 100,0 |
| | Excluidos^a | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|-----------------------------|----------------|
| ,829 | 7 |

Tabla B-01

Análisis de fiabilidad del instrumento que mide la variable nivel socioeconómico-cultural

| | | N | % |
|-------|------------------------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 10 | 100,0 |
| | <u>Excluidos^a</u> | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de <u>Cronbach</u> | N de elementos |
|-------------------------|----------------|
| ,817 | 12 |

ANEXO N° 8
FOTOGRAFÍAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS





