



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

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES SOBRE SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE DE CARIES
EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD DE LA I.E. N° 14009 -
SELMIRA DE VARONA 2016”**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: LOURDES ESTEFANI MOGOLLON QUISPE

PIURA – PERU

2016

“El presente trabajo está dedicado a Dios, por brindarme el regalo más preciado, la vida; A la virgen María por guiar siempre mis pasos, a mis padres Nidia y Juan por haberme dado una educación, por ser ejemplo de trabajo, fortaleza, superación, sobre todo por su apoyo incondicional”.

Gracias a dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

INDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Delimitación de la Investigación.....	13
1.2.1. Delimitación Espacial.....	13
1.2.2. Delimitación Social	13
1.2.3. Delimitación Temporal.....	13
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	13
1.3. Problema de investigación.....	13
1.3.1. Problema Principal	13
1.3.2. Problemas Secundarios.....	14
1.4. Objetivo de la Investigación	14
1.4.1. Objetivo General.....	14
1.4.2. Objetivos Específicos	14
1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación	15
1.5.1 Hipótesis General	15
1.5.2 Hipótesis nula	15
1.5.3 Variables.....	16
1.6 Metodología de la investigación.....	17
1.6.1 Tipo y nivel de investigación	17
a) Tipo de investigación	17
b) Nivel de investigación	17
1.6.2 Método y Diseño de la Investigación	18
a) Método de la investigación.....	18

b) Diseño de la investigación	18
1.6.3. Población y muestra de investigación.....	18
a) Población	18
b) Muestra	19
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	20
a) Técnicas.....	20
b) Instrumentos	21
1.6.5. Justificación, Importancia y Limitación de la Investigación	21
a) Justificación.....	21
b) Importancia	22
c) Limitaciones	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	25
2.2 Bases teóricas.....	30
2.3. Definición de términos Básicos	60
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	62
3.1. Análisis de Tablas y Gráficos	63
3.2. Discusión.....	77
3.3. Conclusiones	80
3.4. Recomendaciones	81
3.5. Fuente de información	82
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	633
Tabla N° 2	644
Tabla N° 3	655
Tabla N° 4	666
Tabla N° 5	677
Tabla N° 6	71
Tabla N° 7	755

ÍNDICE DE GRAFICOS

Tabla N° 1	633
Tabla N° 2	645

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E N° 14009 – Selmira de Varona. Es un estudio descriptivo, de corte transversal en el que se encuestaron a 91 madres de familia y a 91 alumnos la I.E N° 14009 – Selmira de Varona en la ciudad de Piura. Corresponde a un estudio transversal y correlacional en el que fueron seleccionados 91 niños de 6 a 8 años de edad para la recolección de datos. En coordinaciones con el director de la Institución Educativa, se informó a las madres de Familia sobre la investigación y se les pidió firmar el consentimiento informado. Se utilizó una encuesta dirigida a las madres de Familia y también una Ficha de odontograma realizada en los niños seleccionados. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 20.

Como resultados podemos señalar que, el nivel de conocimiento de las madres de familia es bueno siendo el 58.2%, con respecto al ceo-d y cpo-d es muy bajo siendo el 22,0% y 94.5% respectivamente, eso quiere decir que la salud bucal de los niños de 6 a 8 años de edad se encuentra bien. Se concluye entonces que, existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal y el índice de caries en los niños de 6 a 8 años de edad de la I.E N ° 14009 Selmira de Varona.

Palabras clave: salud bucal, índice de caries.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the level of knowledge of mothers on oral health and the rate of caries in children aged 6 to 8 years of age from I.E N°14009 - Selmira de Varona. It is a descriptive, cross-sectional study in which 91 mothers of families and 91 pupils were surveyed the I.E N° 14009 - Selmira de Varona in the city of Piura. Corresponds to a cross-sectional and correlational study in which 91 children from 6 to 8 years of age were selected for data collection. In coordination with the director of the Educational Institution, the mothers of the Family were informed about the investigation and they were asked to sign the informed consent. We used a survey aimed at the mothers of Family and also an Odontogram Sheet made in the selected children. Statistical processing and analysis of the information was performed through the statistical program SPSS version 20.

As a result we can point out that the level of knowledge of mothers is good being 58.2%, with respect to CEOD is very low being 22.0% and with respect to the we have very low CPOD with a 94.5% that means they are very good. It is concluded that, there is a relationship between the level of knowledge of mothers on oral health and the rate of caries in children aged 6 to 8 years of age I.E No. 14009 Selmira de Varona.

Key words: oral health, caries index

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad que tiene un proceso de origen multifactorial, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad. Teniendo factores que pueden ocasionar su aparición; siendo principalmente: un hospedador susceptible; una microbiota cariogénica presente en la placa bacteriana y un sustrato adecuado suministrado por la dieta que sirva de fuente de energía para los microorganismos todos mantenidos en el tiempo.

Pero también existen otros factores que también pueden llegar a tener gran relevancia en la aparición de esta enfermedad como edad, salud general, nivel socio económico, grado de instrucción, grupo epidemiológico, entre otros.

Dentro de esto la población infantil ha sido motivo de múltiples estudios y seguimientos internacionales como nacionales para poder tener una estadística epidemiológica de esta enfermedad. Relacionando los factores mencionados tendríamos también una relación importante entre los niños y el nivel de conocimiento que tienen no solo ellos sino también los padres pues ellos deben guiar buenos hábitos de higiene bucal y vigilar la salud bucal de sus hijos.

Por tal motivo en este estudio se observa la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 - Selmira de Varona 2016.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La caries dental es considerada un problema de salud pública debido a las altas prevalencias reportadas a nivel mundial afectando en mayor medida a países en desarrollo o a las comunidades más pobres. En América Latina afecta aproximadamente entre el 60 a 90% de los niños en edad escolar (5 – 17). En general la caries dental en la región varía con un índice (CPO-D) entre 1.08 a 8.3 y el promedio de 4.4 piezas dentarias afectadas, según reporte de la Organización Panamericana de la Salud. (1)

En el Perú, según el último reporte oficial ofrecido por Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el 2005, los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/CPO-D) a nivel nacional fue de 5.84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3.67 (IC95%: 3,37-3,97). (2)

Para poder reducir el índice de caries infantil la participación de las madres desempeña un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación del comportamiento frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que de esta manera haya una buena salud bucal, las madres deben ser educadas y concientizadas para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. (3)

Dado el gran papel que desempeña la participación de los padres y en especial el nivel de conocimiento que tienen acerca de salud bucal para guiar a sus hijos en esta tesis se analizará la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal que tienen las madres de niños de 6 a 8 años de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona” con el índice de caries que ellos pueden presentar.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Espacial

La siguiente investigación se realizó en la I.E. N° 14009 – Selmira de Varona 2016.

1.2.2. Delimitación Social

El trabajo de Investigación se realizó a 91 pacientes.

1.2.3. Delimitación Temporal

Se realizó en los meses de Agosto a Octubre del año 2016.

1.2.4. Delimitación Conceptual

Se consideró todo el marco teórico referido a salud bucal, caries dental, CPOD y CEOD, relacionado con el nivel de conocimiento de las madres de familia.

1.3. Problema de investigación

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”, en los meses de Agosto 2016- Octubre del 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”?
- b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los madres de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”?
- c) ¿Qué índice de caries tienen los niños de 6 a 8 años de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”?

1.4. Objetivo de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° “Selmira de Varona”, en los meses de Agosto 2016- Octubre del 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

- a) Conocer el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”.
- b) Conocer el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de las madres de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”.
- c) Determinar el índice de caries que tienen los niños de 6 a 8 años de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”.

1.5. Hipótesis y Variables de la Investigación

1.5.1 Hipótesis General

Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 - Selmira de Varona 2016.

1.5.2 Hipótesis nula

No existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 - Selmira de Varona 2016.

1.5.3 Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimiento sobre salud bucal	Es el aprendizaje de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes; además de los aspectos preventivos.	Se le realizo 91 madres de familia una encuesta para conocer el nivel de conocimientos que tienen sobre sobre salud bucal, higiene bucal, prevención.	Higiene bucal Salud bucal Prevención Dieta	Encuesta	Muy bueno: 14-17 puntos. Bueno: 10-13 puntos. Regular: 06-09 puntos. Deficiente: 00-05 puntos
Caries Dental	Es la destrucción de los tejidos de los dientes, causado por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.	Se le realizo a 91 niños de la I.E. N°14009 Selmira de Varona odontogramas.	Número de piezas: cariadas, extraídas obturadas	Índice CEOD	0 a 1.1 muy bajo 1.2 a 2.6 bajo 2.7 a 4.4 moderado 4.5 a 6.5 alto Mayor a 6.6 muy alto
			Número de piezas: Cariadas, Perdidas, Obturadas	Índice CPOD	0-1 muy bajo 1.2-2.6 bajo 2.7-4.4 moderado 4.5-6.5 alto 6.6 a + muy alto

1.6 Metodología de la investigación

1.6.1 Tipo y nivel de investigación

a) Tipo de investigación

- De acuerdo a la orientación: Aplicada porque tiene como propósito mejorar la calidad de vida del ser humano, buscando solucionar un problema específico.
- De acuerdo a la técnica de contrastación: Correlacional porque permite hacer el análisis de relación de las dos variables de trabajo.
- De acuerdo con la direccionalidad: Prospectiva, el fenómeno estudiado presenta en el presente y su efecto en el futuro.
- De acuerdo con el tipo de recolección de datos: Prolectiva se recogió la información para fines específicos de la presente investigación.
- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: Trasversal, en la presente investigación solo se midió una vez las variables y se procedió a su descripción y análisis.
- De acuerdo a la comparación de poblaciones: No comparativa, en la presente investigación solo cuenta con una población la cual se pretende describir con un grupo de las dos variables.

b) Nivel de investigación

Este trabajo es considerado correlacional transversal porque tiene el objetivo de medir el grado de relación entre dos o más conceptos.

Transversal son investigaciones que estudian un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado.

1.6.2 Método y Diseño de la Investigación

a) Método de la investigación

Hipotético deductivo porque se parte de la observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. Este método nos obliga a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación).

b) Diseño de la investigación

- De acuerdo al propósito de estudio: Observacional.
- De acuerdo a la cronología de lo observado: la recolección se realiza luego de planificar el estudio.
- De acuerdo con al número de mediciones: Transversal porque los individuos son observados únicamente una vez. Sólo puede ser de tipo observacional.

1.6.3. Población y muestra de investigación

a) Población

Constituida por 120 escolares con matrícula regular de 6 a 8 años de edad que asistieron entre los meses de Agosto – Octubre de 2016 a la I.E. N° 14009 – Selmira de Varona y sus respectivas madres.

✓ Criterios de Inclusión

- Niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 – Selmira de Varona.

- Niños de los que se obtuvieron el formato de consentimiento informado, firmado por la madre.

- Madre del escolar o apoderado femenino.

✓ Criterios de exclusión

- Niños menores de 6 años o mayores de 8 años de edad.

- Pacientes que no presentaron el consentimiento informado firmado por la madre.

- Madre que no acepte participar en el estudio.

b) Muestra

Se utilizó la siguiente fórmula estadística para definir el tamaño de la muestra de acuerdo a la cantidad de alumnos de la I.E. N° 14009 – Selmira de Varona.

$$n = \frac{Z^2(N) * (P)(Q)}{e^2(N - 1) + Z^2(P)(Q)}$$

Donde:

n: Número de personas a evaluar.

Z: Número de unidades de error estándar (Z= 1.96 a un nivel de seguridad de 95%).

P: Proporción de pacientes con lesiones (P= 0.5).

q: Proporción de pacientes sin lesiones (q= 0.5).

N: Número total de niños atendidos (120).

e: Nivel de precisión en la determinación (e = 5%).

$$n = \frac{Z^2(N) * (P)(Q)}{e^2(N - 1) + Z^2(P)(Q)}$$

$$n = \frac{1.96^2(120) * (0.5)(0.5)}{0.05^2(120 - 1) + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416(120) * (0.25)}{0.0025 (119) + 3.8416(0.25)}$$

$$n = \frac{(115.248)}{(0.2975) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{(115.248)}{(1.2579)}$$

$n = 91$

1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

a) Técnicas

- La encuesta:

Formulario impreso, destinado a obtener repuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llenado por sí mismo.

- La observación:

Registro visual de lo que ocurre en una situacional real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia.

b) Instrumentos

- Cuestionario:

Instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados.

- Odontograma:

Esquema utilizado por los odontólogos que nos va a permitir registrar la información sobre la boca de una persona.

1.6.5. Justificación, Importancia y Limitación de la Investigación

a) Justificación

El presente trabajo de investigación se realizó para evaluar la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de familia y el índice de caries dental en niños de 6 a 8 años de edad Institución educativa N° 14009 “Selmira de Varona”, como medio para poder evaluar la importancia de la participación y nivel de conocimiento de las madres respecto a la salud bucal de sus hijos y de acuerdo a los resultados obtenidos se tendrá el propósito de motivar a las madres de familia a adoptar nuevos comportamientos en las áreas preventivo promocionales en salud bucal en beneficio del cuidado de la salud oral de los niños, fomentando la asistencia a centros odontológicos para prevenir y diagnosticar a tiempo la caries dental.

Finalmente, este estudio servirá para informar al establecimiento de salud más cercano para que en coordinación con el director del

centro educativo Selmira de varona se realicen programas de promoción y prevención de salud bucal, las cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para poder generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, promoviendo estilos de vida saludables del entorno familiar.

b) Importancia

La importancia de esta investigación radica en dar a conocer la información de dicho trabajo a las autoridades competentes como al jefe del establecimiento de salud más cercano y al director del centro educativo Selmira de varona; para que tomen cartas en el asunto y puedan llegar a realizar labores más concretas, como campañas que brinden información con un lenguaje adecuado y llamativo al nivel de conocimiento de las madres, en el cual se les explique temas básicos de salud bucal y caries dental, como también las consecuencias que podrían originar la pérdida de las piezas dentales en los niños.

Así podrá elegir la terapéutica que le sea más favorable teniendo como referencia la información previa que ha adquirido de las campañas y del profesional responsable; aumentando así la calidad de vida de su niño.

c) Limitaciones

Dentro de las limitaciones se encontraron lo siguiente:

- La falta de interés de las madres en firmar la ficha de consentimiento informado.

- La poca colaboración y seriedad de los escolares al momento de la recolección del Odontograma.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Pineda Vásquez, Carla Sofía. En su investigación: Conocimiento sobre higiene oral en padres y madres de familia y su relación con el nivel de caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la unidad educativa municipal “Eugenio Espejo”. Determinó la relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en madres y padres de familia, y lo asoció con el nivel de caries de sus representados, para lo cual se utilizó el sistema ICDAS. Los resultados demostraron que no existió relación entre las variables estudiadas y que la mayoría de los colaboradores tenían un nivel de conocimiento regular. Además gran porcentaje de los individuos examinados, tuvieron entre 11 y 15 piezas dentales afectadas por caries, siendo las más comunes las de código 1 (primer cambio en el esmalte seco) y código 2 (cambio en esmalte húmedo) (1).

Landerá Lorenzo, AlibetLilí. En su investigación: Prevalencia de caries y conocimiento de salud bucal en padres y tutores de niños en edad pre-escolar, La Lisa 2013. Realizó un estudio descriptivo, en el que se incluyeron 129 adultos que tienen relación directa con los niños y se analizaron las variables: grupos de edades, nivel de instrucción, ocupación, nivel de conocimientos de salud bucal, afectados por caries dental, eficiencia del cepillado bucal, hábitos nutricionales. Las medidas de resumen utilizadas fueron tasa, porcentaje y número absoluto, la información se obtuvo a través de la encuesta de nivel de conocimientos sobre salud bucodental. Sus resultados: El COP-D de

los padres y tutores fue de 3.8. La eficiencia del cepillado bucal es medianamente bueno. Consumen ambas dietas. El COP-D está más elevado en las amas de casa con 4.0 y en los tutores con secundaria terminada con 3.0 (2).

Pineda Sinchi, Diego Armando y Rodríguez Auquilla, Luis Miguel. En su investigación: Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad educativa fe y alegría. Cuenca 2014-2015. La población estudiada fue de 113 niños/as con sus respectivas madres de familia; a los niños/as se les ejecutó un examen clínico para determinar la frecuencia de caries dental y a las madres se aplicó una encuesta para establecer el nivel de conocimiento en salud oral. El estudio realizado en la Unidad Educativa Fe y Alegría revelo que existe, relación estadísticamente significativa de $p= 0,000$ entre la frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral. La frecuencia de caries dental de los niños/as es de 92,9 %, así mismo el nivel de frecuencia de caries dental obtenido mediante el índice CPOD es bajo (32,7%), medio (34,5%) y alto (32,7%). El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres encuestadas demostró un nivel alto (32,7%), medio (43,4%), y bajo (23,9%). (3)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Tobler García, Diana Carolina y Casique Gonzales, Lorena Desiree. En su investigación: relación entre la caries dental en prescolares de la I.E. “los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. Estudio de

tipo correlacional y de corte transversal, con una muestra conformada por un total de 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se construyó un instrumento de nivel de conocimiento sobre salud oral, fue validada por la técnica de juicio de expertos y una prueba piloto. La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20) de la cual obtuvimos una fiabilidad de 0,75%. Los resultados obtenidos fueron: El 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Los honguitos. Distrito Iquitos – Maynas 2014, fue de 95,9%. Encontrándose un I-ceo promedio de 5,03 (alto). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11,21. Los resultados nos permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral ($p = 0.01$) (4)

Muñoz Luna Victoria. En su investigación: Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte. Realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, en 212 niños de edades comprendidas entre 3 a 7 años. El examen fue realizado por un examinador calibrado en el diagnóstico de caries dental en una

institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte. Se evaluó el nivel de conocimiento de los padres/madres a través de un instrumento validado por Benavente (2012) y el examen clínico de los niños se realizó a través del índice epidemiológico CPOD y ceod. Se tomaron en cuenta además los datos de edad, índice de higiene oral de los niños y el grado de instrucción de los padres/madres. La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años fue de 81.51%, mientras que en niños de 6 a 7 años fue de 92.47%. No se encontró asociación entre la presencia de caries dental y género. Se encontró asociación ($p=0.000$) entre la presencia de la enfermedad y el índice de higiene oral simplificado modificado y el índice de higiene oral simplificado en niños de 3 a 5 años y en niños de 6 a 7 años, respectivamente. En cuanto al nivel de conocimiento de los padres/madres se encontró que el mayor porcentaje (65.57%) obtuvo un nivel de conocimiento bajo. Tras asociar el nivel de conocimiento con el grado de instrucción de los padres/madres, se encontró asociación ($p=0.000$). No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la presencia de caries dental ($p=0.557$). El estudio nos sirve para describir la problemática actual respecto al nivel de conocimiento y de esta manera proveer medidas educativas a los padres y madres sobre salud oral. (5)

Benavente Lipa, Lourdes. En su artículo: Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres

de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD). La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.(6)

2.2 Bases teóricas

Conocimiento:

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación.

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades.

Es el resultado de proceso de conocer; lo que se saca del sujeto, que conoce, del objeto que es conocido. El hombre como ser racional hace suya la realidad y se apodera mentalmente de sus elementos; los conoce y es capaz de transmitir estos conocimientos a través del lenguaje a sus congéneres de generación en generación. (7)

El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información que pueda ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, las clases en la escuela o en la universidad, etc. (8)

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior mental que es el conocimiento.

La información de hechos específicos consiste en recordar unidades de

información específica y aislable. Se subrayan los símbolos cuyos referentes son concretos. Este material, que revela un nivel de abstracción muy bajo, podría concebirse como los elementos que a partir de los cuales se construyen formas más complejas y abstractas de conocimientos. (9)

En conclusión el término conocimiento se refiere a un proceso mental mucho más elaborado y, por lo tanto, es más difícil de evaluar correctamente. (8)

Los conocimientos en la salud se han definido como la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo; de esta información importa tanto la cantidad como la calidad. El hombre occidental ha reconocido dos formas básicas de conocimiento, el saber de la vida cotidiana (el conocimiento social) y el saber científico (conocimiento científico), uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas. Los conocimientos en cambio provienen de los diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la escuela, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar o dentro del grupo social, los acontecimientos de la vida diaria y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y las prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente. (10)

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo

responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada. (10)

De lo anterior se desprende que:

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

Actitudes, valores, creencias y conductas

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

Valor: se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

Creencia: es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

Actitud: es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea).

Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece.

Nivel de conocimiento:

El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos.

En la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad. Al respecto el psicólogo Kolb quien asume como eje las experiencias, las cuales pueden ser preceptuales o sensoriales (cuando se originan en los objetos concretos que rodean al hombre), vivenciales (si son producto de la percepción subjetiva del sujeto con respecto a una situación vivida) o racionales (si es producto del razonamiento del sujeto).

Salud bucal:

Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial. Chong, M et al (2004). Es el buen estado e higiene de la boca que requiere un cuidado diario por que en la cavidad bucal se instalan enfermedades que conviven con la persona y no causan dolor. La única posibilidad de mantener la salud oral es prevenir la enfermedad en forma precoz, antes que esta se instale.

La salud bucal es el resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión. Castrejón, R (2010). El concepto de salud bucal, el cual ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y comfortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir.

Según la Organización Mundial de la Salud; se puede definir como la ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y

llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (11)

La salud bucal, en términos generales, se refiere al estado óptimo de la boca, sus estructuras y órganos, y su funcionamiento normal sin evidencia de enfermedad. La boca, o más correctamente, el sistema estomatognático, es una unidad morfofuncional, bien definida anatómicamente, que comprende las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, y que mantiene una interrelación recíproca y constante con el resto del organismo, tanto en salud como en enfermedad.(12)

La boca cumple una serie de funciones que nos permiten relacionarnos con otros y con el entorno: masticación, deglución, fonación, respiración, expresión facial y de emociones, protección contra infecciones microbianas y contra agresiones ambientales.

Las enfermedades que afectan a este sistema son progresivas y acumulativas, complejizándose con el paso del tiempo. Es así como, aún en países desarrollados como Estados Unidos, la caries dental y la enfermedad periodontal, aún hoy, se mantienen como las dos enfermedades más comunes y extendidas en la población. La caries afecta al 50% de la población infantil entre 5 y 9 años, porcentaje que aumenta al 78% a la edad de 17 años. (13)

En la etapa preescolar, período que abarca desde los 2 a los 5 años, el niño está en pleno crecimiento y desarrollo fisiológico y psicológico, adquiriendo nuevas destrezas, conocimientos, hábitos y habilidades.

Asimismo, a nivel bucal, entre los 2 y 3 años completa la dentición decidua, constituida por 20 dientes temporales, permaneciendo sin variaciones hasta los 5.5 a 6 años, edad en que inicia el recambio de los incisivos y erupcionan los primeros molares definitivos.

En esta etapa se espera que haya madurez funcional, con las praxias linguales de deglución, masticación, respiración y articulación del lenguaje definidas, con ausencia de malos hábitos que las alteren (referidos a succión, interposición, y respiración bucal). (14)(15)

Desde los 3 años en adelante, hay mayor dominio, control y coordinación de los movimientos, y una mayor conciencia acerca de las características y posibilidades de su cuerpo, lo que les permite sentirse más seguros y confiados. (16)

La succión de biberón o chupete debería estar ausente, pues funcionalmente no existe razón de permanencia; en ciertas circunstancias, un hábito de succión prolongado, más allá de los 3 años, puede llevar a la producción de una mal oclusión. (17)(18)(19)(20), aunque algunos autores consideran que la succión no nutritiva desaparece espontáneamente entre los 2 y 4 años. (21)

Los hábitos de higiene debieran ser establecidos tempranamente y supervisados por un adulto diariamente (22), así como los patrones alimentarios familiares son reforzados por las prácticas habituales de la familia. (23)

Las alteraciones bucales sufridas en esta etapa por problemas infecciosos, o por malos hábitos, afectan el normal desarrollo del niño, y por ende su calidad de vida y la de sus padres. (24)(25)

El completo bienestar físico, mental y social implica la habilidad de comer y funcionar normalmente en la vida, así como la ausencia de estrés, miedo, dolor y la capacidad de interactuar socialmente con las personas que nos rodean. Estas capacidades se ven afectadas al momento de sufrir patología dental. El dolor de origen dentario, limita la selección y deseo de los alimentos a ser ingeridos, obstaculiza el dormir y descansar, el habla se dificulta; una apariencia estética alterada inhibe los contactos sociales, y, finalmente, los procesos inflamatorios e infecciosos agudos comprometen el estado general. (26)(27)

Medidas Preventivas en Salud Bucal

Control de la placa bacteriana:

La placa bacteriana constituye el agente causal de la enfermedad periodontal y de la caries dental; el control y eliminación de la misma mediante métodos eficaces y conocidos como el cepillado dental básicamente, permitirá disminuir la gran prevalencia de estas dos enfermedades constituidas como problema de salud pública.

Control mecánico de la placa bacteriana

a) Cepillado dental:

Es el primer paso en la higiene bucal para la eliminación de la placa y restos alimentarios de la superficie de los dientes, siendo este el método de eliminación mecánica de placa bacteriana. Se requiere como mínimo un cepillado diario después de cada comida como mínimo tres veces al día, haciendo hincapié en la nocturna, explicando el mayor riesgo que existe.

El control mecánico de la placa bacteriana se realiza fundamentalmente mediante el cepillado dental. Si este es adecuado, consigue el control de la placa supragingival y subgingival situada cerca del margen gingival, aun siendo el método más utilizado y efectivo, apenas controla la placa de las superficies proximales, por lo que debe complementarse con un control específico de la placa interdental. Para ello se puede utilizar diferentes procedimientos, como el uso de hilo dental, cepillos interdentes y otros elementos auxiliares de limpieza.

El inicio precoz del control y prevención de la placa bacteriana ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida:

- En el niño menor de 1 año: Una vez erupcionado los primeros dientes se puede limpiar con una gasita o un cepillo mojado con cerdas blandas, cuando erupciona un número determinado de ellos se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para asegurarse que se limpien todos los dientes superiores e inferiores en especial en el área cercana a la encía.

La forma más cómoda para obtener un buen acceso es colocar al niño sobre una superficie plana y sobre la cabeza sobre el regazo de la madre o padre y para conseguir que abra la boca es útil deslizar el dedo índice de la mano izquierda a lo largo del vestíbulo inferior presionando al final de este. No debe utilizarse dentríficos porque dificulta la visión de los dientes, estimula la secreción de saliva y es fácil su ingestión.

En el niño de 2 años: Aunque los niños a partir de los 2 años suelen mostrar inclinación a limpiarse los dientes sin ayuda, es importante tener en cuenta que sus movimientos finos son todavía deficientes, por lo tanto los padres deben supervisar y limpiar las áreas que los niños pasan por alto.

A partir de los 3 años de edad: Suele haber un rechazo en la posición decúbito para el cepillado y debe pararse en una posición erecta. El niño se sitúa de pie y la madre por detrás del niño, hacia esta edad puede introducirse el uso del dentífrico, teniendo en cuenta que se debe limitar el dentífrico al tamaño de un guisante o frijol.

La técnica de cepillado en la edad preescolar más que la calidad de método lo que se pretende es que vaya adquiriendo el hábito de cepillarse, además a esta edad no tienen la suficiente habilidad manual por tanto se recomienda en el niño el método más sencillo, que consiste en el cepillado horizontal o técnica horizontal, en esta técnica se coloca el cepillo perpendicular a las superficies dentarias y se frota en sentido horizontal de atrás hacia adelante.

Entre los 6 y 10 años: Se considera que entre los 6 y 10 años (periodo escolar) el niño debe ir responsabilizándose de forma progresiva de su higiene dental, si bien los padres deben supervisarla es necesario que se realice de manera autónoma. Además es útil el uso de revelador de placa para poder visualizarla y mejorar la técnica de cepillado, asimismo es a partir

de los 6 años de edad que aparecen los molares permanentes y los contactos proximales, por tanto en los casos que creamos necesario también se le debe enseñar a manejar la seda dental.

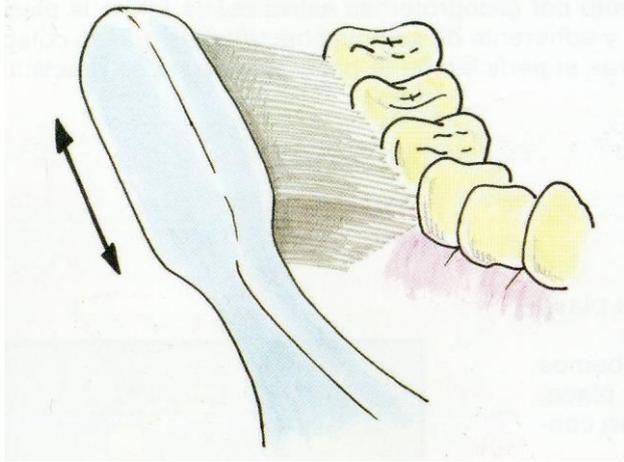
En los niños en edad escolar se recomienda sustituir la técnica horizontal por la técnica de Bass (colocación del cepillo en un ángulo de 45° respecto al eje del diente y aplicación de movimientos circulares o vibratorios) o de Stillman modificada (colocación del cepillo vertical al eje del diente y girarlo 45° hacia arriba y abajo), ambos sistemas aseguran la higiene del surco gingival además de la dentaria.

La técnica recomendada en edad preescolar por su sencillez es la horizontal o la de barrido con movimientos circulares siempre teniendo en cuenta no realizar un cepillado demasiado enérgico. A partir de los 6 años se debe explicar a los niños la técnica de cepillado.

b) Técnicas de cepillado dental:

Técnica Horizontal:

Es la técnica más fácil de realizar; las cerdas se colocan con una angulación de 90° respecto a la superficie dentaria vestibular, lingual, palatina y oclusal y se realiza un movimiento de frotamiento horizontal. (Figura 1)



Figs. 1. Técnica Horizontal

Técnica Starkey:

Es una técnica que llevan a cabo los padres colocando al niño de espaldas a ellos y apoyándolo sobre su pecho o pierna. Se posicionan los filamentos del cepillo angulados 45° respecto al eje vertical del diente hacia apical y se realizan movimientos horizontales. El objetivo de esta técnica es la adquisición del hábito de higiene.

(Figura 2)

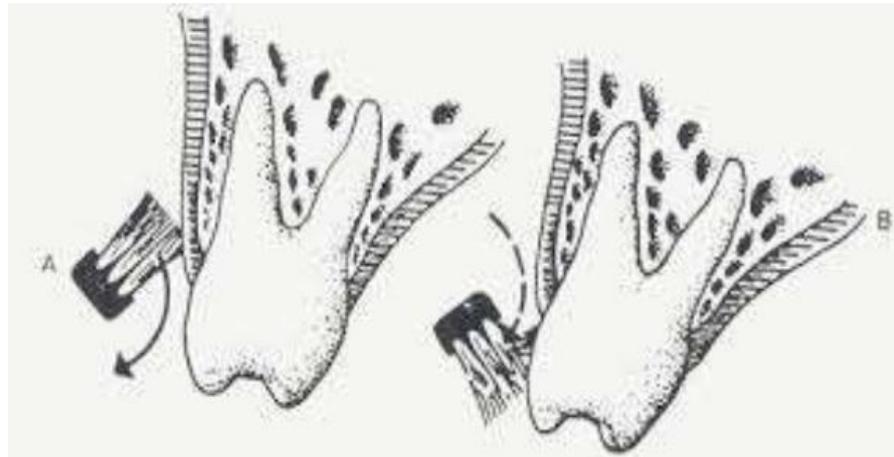


Figs. 2. Técnica de starkey

Técnica de Charters:

Con la boca entre abierta se colocan los filamentos del cepillo con un ángulo de 45° respecto al eje 36 longitudinal del diente y se efectúa

movimientos rotatorios de vaivén a lo largo de la cara vestibular, linguales, palatina y oclusal de los dientes. (Figura 3)



Figs. 3. Técnica de Charters

Técnica de Charters Modificada:

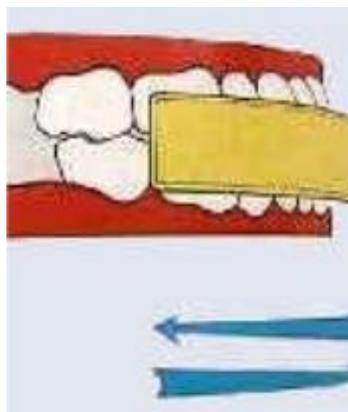
En esta técnica se combina los movimientos vibratorios de la técnica de Charters con movimientos rotatorios. (Figura 4)



Figs.4 técnica de Charters Modificada

Técnica Deslizante o de Barrido:

Con la boca entre abierta se coloca los filamentos del cepillo dental en un ángulo de 90° respecto a la superficie dentaria dirigiendo los filamentos del cepillo hacia el margen gingival y se realiza un movimiento vertical hacia las caras oclusales de los dientes. Para las caras horizontales se utilizan las técnicas con movimientos horizontales. (Figura 5)



Figs.5. técnica de barrido

Técnica de Smith-Bell:

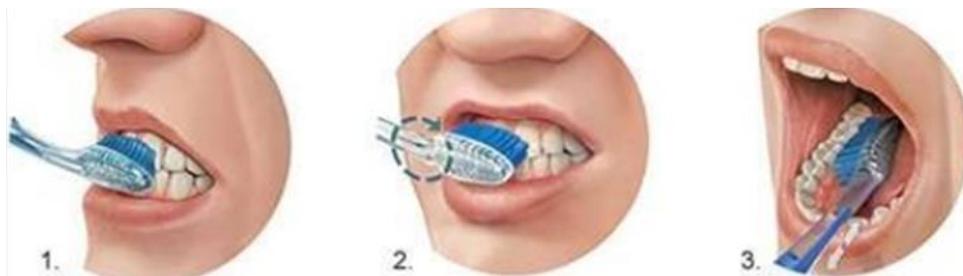
Se coloca el cepillo dental en un ángulo de 90° respecto a la superficie del diente para realizar un movimiento vertical desde las superficies oclusales y bordes incisales de los dientes hacia el margen gingival. (Figura 6)



Figs. 6. Técnica de Smith-bell

Técnica de Fones:

Esta técnica se realiza con los dientes en oclusión en los niños. Se colocan los filamentos del cepillo dental en un ángulo de 90° respecto a la superficie dentaria para realizar movimientos rotatorios en las caras vestibulares y oclusales de los dientes. Para las superficies linguales y oclusales se posiciona la cabeza del cepillo en sentido vertical y se realizan pequeños movimientos rotatorios. (Figura 7)



Figs.7. Técnica de fones

Técnica de Roll:

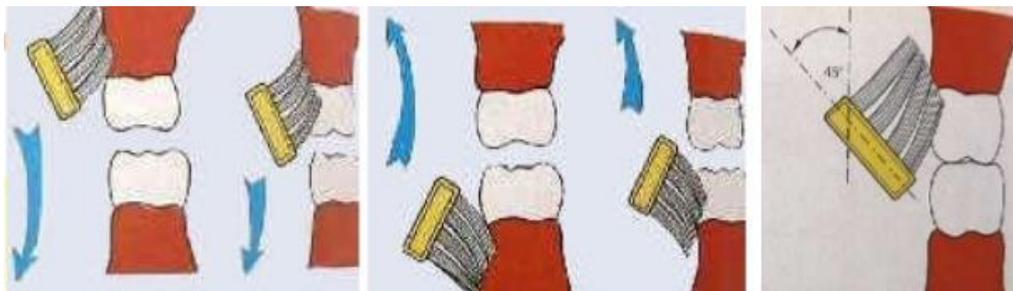
Se colocan los filamentos del cepillo dental en el fondo del vestíbulo, en contacto con la encía y se realiza un movimiento de rotación en sentido oclusal. (Figura 8)



Figs. 8. Técnica de Roll

Técnica de Stillman:

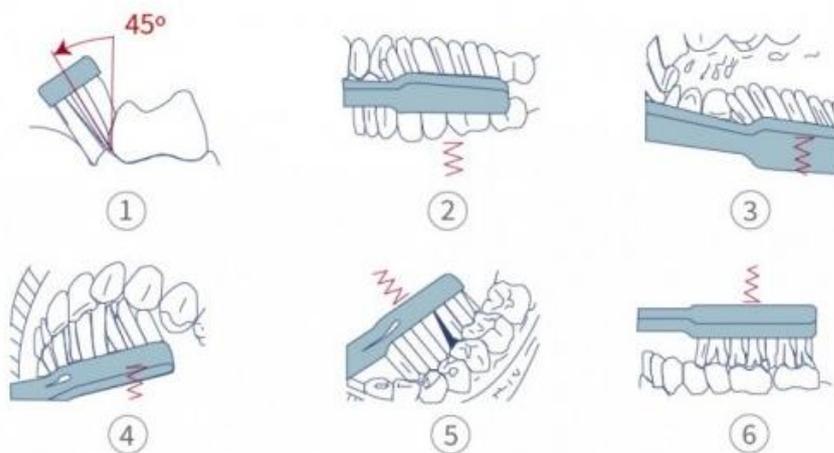
En esta técnica se coloca el cepillo en zona del surco gingival con angulación de 45° se presiona ligeramente sobre el borde gingival y se efectúa un movimiento rotario del cabezal sin desplazar los filamentos. Puede producir cierto grado de recesión gingival por eso se usa más la técnica modificada. (Figura 9)



Figs. 9. Técnica de Stillman

Técnica de Bass:

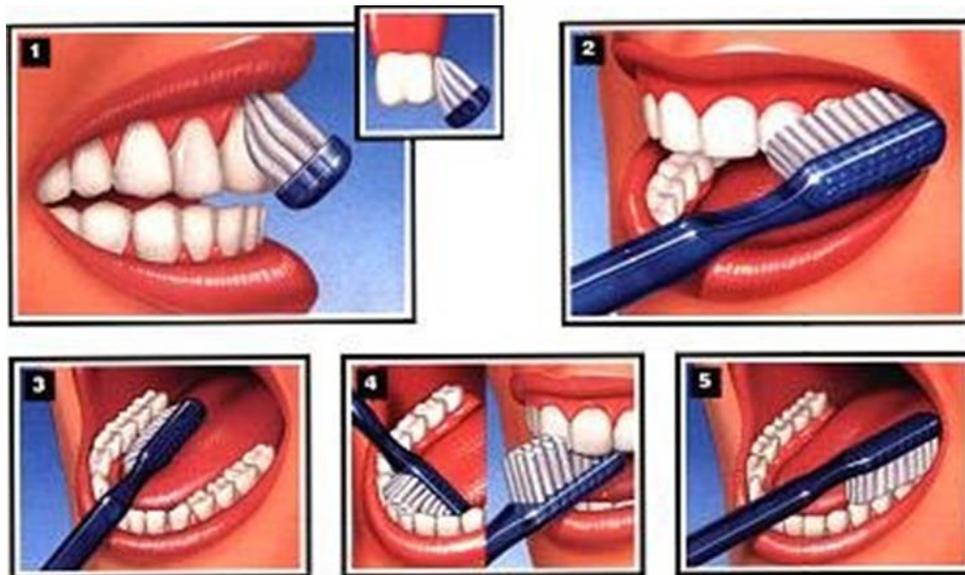
Este método se acepta generalmente para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco gingival. Se coloca el cepillo en posición de 45° hacia apical en el surco gingival. Se coloca el cepillo en posición de 45° hacia apical en el surco gingival, solo la primera hilera se aproxima al surco, mientras que la hilera adyacente tocará el margen gingival cuando el cepillo se presione ligeramente, las cerdas se adoptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración mesiodistal sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión de modo que los restos existentes en el surco gingival o bolsa periodontal ascienden por capilaridad pasando al cepillo. Las caras oclusales se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie oclusal con movimientos vibratorios cortos. (Figura 10)



Figs.10. Técnica de Bass

Técnica de Bass Modificada:

Se colocan las cerdas del cepillo sobre la encía con un ángulo de 45°. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Se cepilla suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Se mueve el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y se repite la operación. Se debe cepillar suavemente 37 usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna luego incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Se hacen varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo, se pone el cepillo sobre la superficie oclusal y se hace un movimiento suave de adelante hacia atrás. (Figura 11)



Figs.11. técnica de Bass modificada

Técnica de Stillman Modificada:

Se colocan las cerdas del cepillo formando un ángulo de 45° con la superficie del diente hacia apical, y apoyadas ligeramente en la encía. Luego se realiza un movimiento vertical de barrido gingival hacia la cara oclusal de forma repetida mediante un giro de mango. En las caras oclusales se colocan las ondas perpendiculares haciendo un movimiento de barrido. (Figura 12)

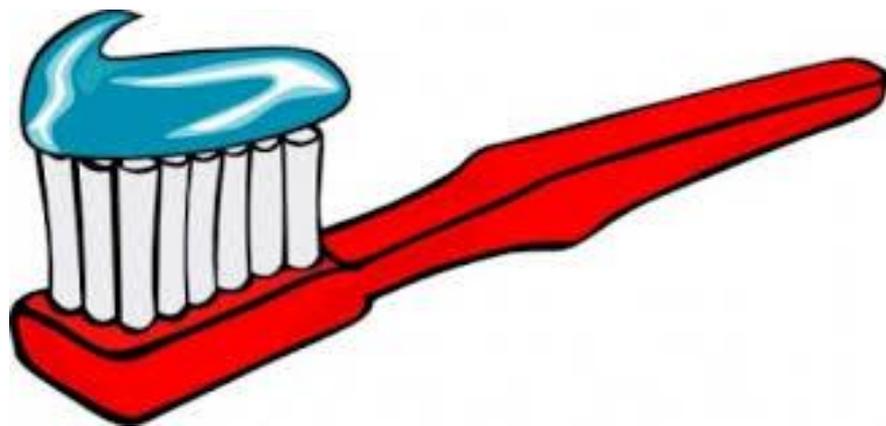


Figs. 12. Técnica de Stillman modificada

c) Cepillo dental:

Es un instrumento de higiene oral utilizado para limpiar los dientes y las encías que consiste en un cuerpo o mango aproximadamente recto en cuyo uno de sus extremos (o cabeza del cepillo) se encuentra un denso conjunto de cerdas perpendiculares al cuerpo que facilita la limpieza de áreas de la boca difíciles de alcanzar. Suele utilizarse en combinación con pasta de dientes o dentífrico, que típicamente contiene flúor para aumentar la eficacia del cepillado.

Los cepillos de dientes se encuentran disponibles en el mercado en diferentes tamaños, formas, y texturas de cerdas. La mayoría de los dentistas recomiendan utilizar cepillos de cerdas suaves para evitar el daño a la capa de esmalte dental o la irritación de las encías que unas cerdas más duras podrían provocar. (Figura 13)



Figs.13. cepillo dental

d) Limpieza de la lengua:

Realizando una correcta limpieza de la lengua se elimina depósitos que pueden causar olores (mal aliento o Halitosis) o contribuir a la formación de placa bacteriana en otras áreas de la boca. (Figura 13)



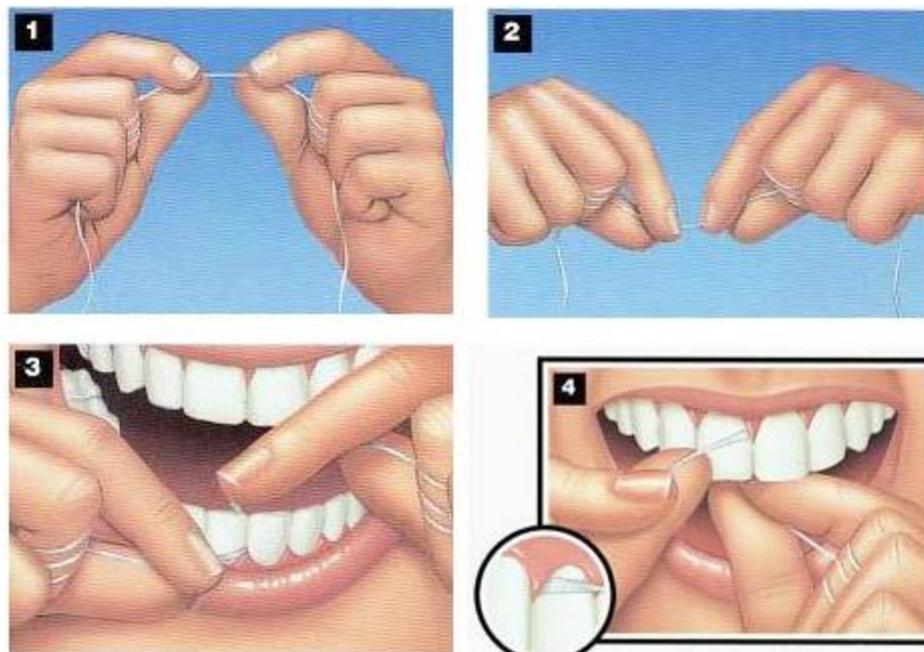
Figs.13 Limpieza de lengua

e) Hilo dental:

Es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar restos alimenticios y placa bacteriana de los dientes. La técnica más utilizada es la manual denominada manual o de carrete, en la que el hilo se enrolla alrededor de los dedos medios de ambas manos, dejando unos 2.5cm de hilo entre dedo pulgar de la mano y el índice de la otra.

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.

El hilo dental se utiliza para eliminar la placa interproximal y debe utilizarse al menos una vez al día para prevenir y reducir la aparición de caries interproximales e inflamaciones gingivales, el uso de hilo dental requiere la existencia de un punto de contacto entre los dientes, situación que a menudo no se da durante cambio de los mismos por lo que el procedimiento resulta más complejo e ineficaz; pero es a partir de los 6 años que aparecen los molares permanentes y a su vez los contactos interproximales.(Figura 14)



Figs. 14. Hilo dental

Higiene bucal:

Hace referencia a los cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales. Es el conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las

herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

Placa bacteriana:

Es una película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical de los dientes. La teoría de la formación de placa nos explica que se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias.

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos Gram negativos. Es conocido que la presencia de la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y caries dental, en consecuencia el control de la placa es esencial en la prevención.

Índice de Higiene Oral

Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion.

Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2008)

Greene y Vermillion elaboraron el índice de higiene bucal en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca. El IHO-S mide la superficie del diente cubierta por restos de placa bacteriana y cálculos. El IHO-S consiste en dos variables; el índice de restos simplificados (DI-S) y el índice de cálculos simplificados (CI-S). Cada componente se evalúa en una escala de 0-3. Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S

son las caras bucales de los dientes número 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 y las linguales de los dientes número 3.6 y 4.6. Cada superficie dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal. El mayor valor del IHO-S es su uso en los estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de educación de salud dental (longitudinal). También puede evaluar un caso individual de limpieza bucal y con extensión limitada, usarse en pruebas clínicas. El índice es fácil de utilizar porque el criterio es objetivo, el examen puede llevarse a cabo en forma rápida y un alto grado de reproducibilidad es posible con un mínimo de sesiones de adiestramiento.

Caries dental:

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

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

de los problemas de salud y tienen discrepancias en muchas áreas de su vida cotidiana.

Enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados, debido a la acción de los microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Esta enfermedad tiene un carácter multifactorial y es crónica. La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta. (28)

Es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial. La magnitud del problema obliga a una gran inversión de recursos en tratamientos que podrían evitarse si se aumentan las medidas de prevención. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades le corresponde el código K02 (29).

Causas de la Caries Dental

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

- 1) Flora bacteriana.
- 2) Huésped (diente susceptible).

3) Adecuado substrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo.

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

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

Indicador Epidemiológico para la Caries Dental

Índice CPO-D: Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se registra para cada individuo y toma en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias permanentes, sin contar las terceras molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental, entre el total de individuos examinados. (30)

Índice ceo-d: Expresa la sumatoria de dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados, no se consideran los dientes

ausentes. El índice ceo, fue propuesto por Gruebbel en 1944 y cuenta con las siguientes características:

Es utilizado en dentición temporaria, escribiéndoselo en letras minúsculas.

Se ignoran los dientes faltantes porque la mayoría se exfolian en forma natural.

Criterios de inclusión a utilizar para tomar los índices ceo-d:

a) Se consideró cariado (c).

- Presencia de una lesión clínicamente visible.
- Si la opacidad del esmalte indica presencia de caries.
- El diente está obturado y presenta recidiva de caries.

b) Se consideró obturado (o).

- Si presentó una o más obturaciones con cualquier material de obturación definitiva, sin recidiva de caries, fracturas ni defectos en la adaptación periférica.

c) Se consideró perdido (e).

- Se consideró como indicación de extracción la presencia de una patología irreversible. El índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, extraídas y obturadas (30)

Ejemplo:

Índice Individual: C + P + O

Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996

Se describe la situación mundial de la salud bucodental de los niños de 12 años de edad, el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO) y el porcentaje de la población afectada, a partir de los estudios representativos más recientes sobre 80 países incluidos en el Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental (BMDSB) de la OMS entre 1986 y 1996. El volumen de información varió mucho: 68% de las economías de mercado de los países desarrollados tenían por lo menos un conjunto nacional de datos, en comparación con 38% de las economías de los países en desarrollo y 36% de las economías en transición. Las proporciones en cada Región de la OMS fueron las siguientes: Mediterráneo Oriental, 55%; Europa, 50%; Pacífico Occidental, 48%; África, 39%; Asia Sudoriental, 30%; y las Américas, 26%. En el mundo en general, el índice ponderado de dientes CPO en todos los datos del BMDSB es <3,0%, que es la meta de la OMS/Federación Dental Internacional para el año 2000. Con respecto a los datos reseñados en el presente artículo, se discuten el logro y el incumplimiento de esa meta, al igual que la variación del índice medio de dientes CPO y la proporción de niños afectados en varias agrupaciones de países. Hay dificultades para obtener datos recientes sobre muchos países, pero en el artículo se recalca la necesidad de mantener y ampliar el BMDSB para facilitar la recopilación de datos de salud bucodental válidos, fidedignos y comparables. (31)

La singularidad de la caries dental, única no solo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores, sociales, culturales, económico,

geográficos, genéticos, familiares, la convierten en una enfermedad bio-social enraizada en la sociedad. (OMS 1989).

A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad, su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoran, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños. (Silverstone, 1985).

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod = 0 - 1.1 Muy Bajo

1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

6.6 y + Muy Alto (Nithila 1990)

De acuerdo a estos criterios, se realizó encuestas en áreas urbanas de la Argentina, en niños y adolescentes, por los cuales se obtuvo un CPOD de 3.5 a los 9 años, y 3.7 a los 12 años. La misma fuente revela un promedio de ceod de 4.7 a los 6 años y un CPOD 4 a los 12 años en la capital de Corrientes, configurando la caries activa el 85% de ese componente. (DNO 1984)

Con una asociación estadísticamente significativa, se estableció para la región del NEA, un perfil del 78 % de necesidades de atención en la población escolar, tanto de zonas rurales como urbanas. (Bordóni 1993)

Las familias numerosas, especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son las que más sufren, por ser menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejos y sacar provecho de ellos, recibir tratamientos, y

continuar los mismos hasta la recuperación y mantenimiento de su salud.
(Papalia 1999)

Técnicos de Incupo, en el año 2003, realizaron un relevamiento acerca de la situación de salud en las colonias El Caimán y San Antonio, situadas a 20 Km del pueblo de San Miguel, dando como resultados la presencia de parásitos, desnutrición y enfermedades crónicas de estación, como resfríos y diarreas, por dar solo algunos ejemplos. Sumándose a éste interés, la Cátedra de Odontología Social y Comunitaria de la Facultad de Odontología realizó una encuesta de prevalencia de caries dental por medio de los índices CPOD y ceod, a niños y jóvenes de las colonias, en la EFA Ñandé Roga I 36, escuela de alternancia de nivel EGB 3 y Polimodal, que concentra a jóvenes entre 13 y 23 años y en la escuela N° 691, EGB 1 y 2 del Paraje Alcorta, Dto San Roque.

De tal manera que:

- Se examinaron a 120 niños y jóvenes de ambos sexos, concurrentes a los niveles EGB1 y 2 de la Escuela N° 691 del Paraje Alcorta, Dto San Roque; y de los niveles EGB 3 y Polimodal de la Escuela EFA Ñandé Roga I 36 de las Colonias El Caimán y San Antonio, Dto San Miguel. Se realizó una muestra aleatoria estratificada, según sexo y edad, sobre el total del universo de las escuelas seleccionadas. Para el relevamiento de datos sobre la prevalencia de caries dental, se aplicó una encuesta CPOD como indicador de caries dental para dentición permanente y ceod como indicador de caries dental para dentición temporaria.

El índice **ceod**, describe el ataque de caries en la dentición temporaria. El símbolo **c**, se refiere al número de dientes cariados, el **e**, extracción

indicada y el **o**, obturado, la **d**, indica que la unidad establecida es el diente.

El índice **CPOD**, describe el ataque de caries en la dentición permanente.

El símbolo **C**, se refiere al número de dientes permanentes cariados, el **P** a los dientes perdidos, ya sea por extracción indicada o extraídos, el **O**, obturado, la **D** indica que la unidad establecida es el diente.

El diagnóstico de caries comprendió los casos manifiestos de pérdida de continuidad en superficies lisas, penetración y destrucción de las fisuras, grado de decoloración visible, aunque no se manifieste pérdida tangible de sustancia.

En conclusión:

- El estudio reveló una prevalencia de caries muy elevado, según el nivel de severidad determinado por la OMS (6.6 = muy alto), se observó un promedio de 11 para la dentición permanente y para la dentición temporaria un promedio de 6.
- A mayor edad, disminuye el componente cariado y aumenta el componente perdido.
- Se advirtió un aumento en el índice de caries a nivel del sexo femenino, por los factores biológicos intervinientes (hormonales, secuencia de erupción más tempranas, etc.)
- Los valores encontrados, fueron superiores a los detectados en zonas urbanas en nuestra región. (32)

2.3. Definición de términos Básicos

- a) Caries dental: Es una enfermedad crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos que debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circulante trae como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental. (33)
- b) Salud Bucal:
Friedenthal. (1996). Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.(11)
- c) Conocimiento:
Cabellos, D (2006). El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. (7)
- d) Técnicas: Son procedimientos o conjunto de reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado y efectivo, ya sea en el campo de las ciencias, de la tecnología, del arte, del deporte, de la educación o en cualquier otra actividad.(35)
- e) Dieta: Es la cantidad de alimento que se le proporciona a un organismo en un periodo de 24 horas, sin importar si cubre o no sus necesidades de mantenimiento, en resumen es el conjunto de nutrientes que se absorben después del consumo habitual de alimentos.(36)
- f) Prevención: Preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo.(37)

- g) Promoción: Es un término que hace mención a la acción y efecto de promover. Este verbo, por su parte, refiere a iniciar o impulsar un proceso o una cosa; elevar a alguien a un cargo o empleo superior al que tenía; o tomar la iniciativa para realizar algo.(38)
- h) Higiene: Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud.(39)

CAPITULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis de Tablas y Gráficos

Tabla N° 1

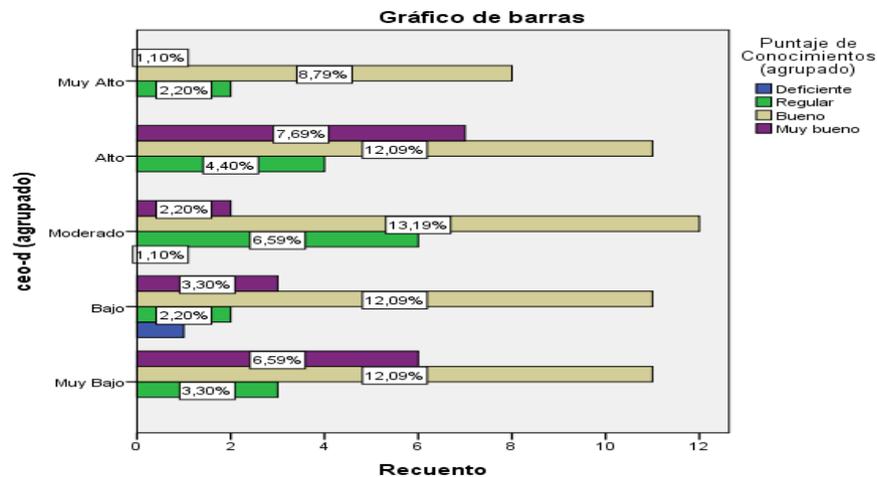
Relación entre el CEOD y el nivel de conocimiento.

		Puntaje de Conocimientos (agrupado)				Total	
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno		
ceo-d (agrupado)	Muy Bajo	Recuento	0	3	11	6	20
		% del total	0,0%	3,3%	12,1%	6,6%	22,0%
	Bajo	Recuento	1	2	11	3	17
		% del total	1,1%	2,2%	12,1%	3,3%	18,7%
	Moderado	Recuento	1	6	12	2	21
		% del total	1,1%	6,6%	13,2%	2,2%	23,1%
	Alto	Recuento	0	4	11	7	22
		% del total	0,0%	4,4%	12,1%	7,7%	24,2%
	Muy Alto	Recuento	0	2	8	1	11
		% del total	0,0%	2,2%	8,8%	1,1%	12,1%
Total	Recuento	2	17	53	19	91	
	% del total	2,2%	18,7%	58,2%	20,9%	100,0%	

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 2

Relación entre el CEOD y el nivel de conocimiento.



Fuente: cuestionario

Análisis: Se observa en la tabla N° 1 y en el Grafico N°1 que el mayor puntaje de conocimientos se encuentra entre bueno con el 58.2% y muy bueno con el 20.9% lo cual indica que más de la mitad de las madres de familia de la I.E N° 14009 Selmira de varona están aprobadas pero con respecto al ceo-d se observa que el mayor puntaje se encuentra entre muy bajo con el 22,0%, bajo con el 18.7% y moderado con el 23.1%, lo cual quiere decir que la mayoría de los niños tiene un ceo-d no tan favorable, por lo tanto indica que la relación entre el ceo-d de los niños con el nivel de conocimiento de las madres de familia es inversamente correlacional.

Tabla N° 3

Relación del ceo-d y nivel de conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,515 ^a	12	,658
Razón de verosimilitudes	10,353	12	,585
Asociación lineal por lineal	,233	1	,629
N de casos válidos	91		

Fuente: cuestionario

Análisis: Según las pruebas de chi cuadrado que corresponde a la relación entre ceo-d de los niños de 6 a 8 años de edad con el nivel de conocimiento de las madres de familias de la I.E N° 14009 Selmira de Varona, el error es muy grande porque lo normal debería ser 5 % sin embargo se observa que el error es de 0,658 lo que significa que no hay relación.

Tabla N° 4

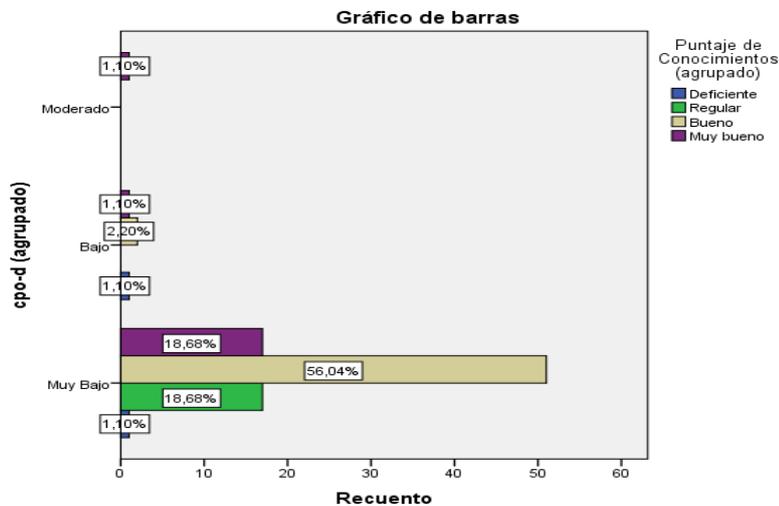
Relación entre el cpo-d y el nivel de conocimiento de las madres de familia.

		Tabla de contingencia cpo-d (agrupado) * Puntaje de Conocimientos (agrupado)					Total
		Puntaje de Conocimientos (agrupado)				Total	
		Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno		
cpo-d (agrupado)	Muy Bajo	Recuento	1	17	51	17	86
		% del total	1,1%	18,7%	56,0%	18,7%	94,5%
	Bajo	Recuento	1	0	2	1	4
		% del total	1,1%	0,0%	2,2%	1,1%	4,4%
	Moderado	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%
Total	Recuento	2	17	53	19	91	
	% del total	2,2%	18,7%	58,2%	20,9%	100,0%	

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 5

Relación entre el cpo-d y el nivel de conocimiento de las madres de familia



Fuente: cuestionario

Análisis: Se observa el cpo-d muy bajo con un 94.5% eso quiere decir que están muy bien y con respecto al nivel de conocimiento de las madres de familia se distribuyen en bueno y muy bueno lo cual si lo sumamos tenemos más del 50% de madres de familia que salieron muy bien en su nivel de conocimiento, es decir, es

directamente correlacional a mayor nivel de conocimiento hay muy buen índice de CPOD.

Tabla N° 6

Relación del CPOD y nivel de conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,620 ^a	6	,023
Razón de verosimilitudes	8,374	6	,212
Asociación lineal por lineal	,345	1	,557
N de casos válidos	91		

Fuente: cuestionario

Análisis: Según las pruebas de chi cuadrado que corresponde a la relación entre cpo-d de los niños de 6 a 8 años de edad con el nivel de conocimiento de las madres de familias de la I.E N° 14009 Selmira de Varona, el error es mínimo porque lo normal debería ser 5 % sin embargo se observa que el error es de 0.023 lo que significa que si hay relación.

Tabla Nº 7 Nivel de conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal de los niños de 6 a 8 años de edad

Preguntas	Puntaje de Conocimientos (agrupado)									
			Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno	
			Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir:	a) a partir de los 2 años	No	1	1,1%	13	14,3%	33	36,3%	16	17,6%
		Si	1	1,1%	4	4,4%	20	22,0%	3	3,3%
	b) cuando aparece el primer diente de leche	No	2	2,2%	10	11,0%	26	28,6%	3	3,3%
		si	0	0,0%	7	7,7%	27	29,7%	16	17,6%
	c) cuando tenemos dientes de adulto	No	1	1,1%	12	13,2%	48	52,7%	19	20,9%
		Si	1	1,1%	5	5,5%	5	5,5%	0	0,0%
d) solo cuando existe dolor	No	2	2,2%	16	17,6%	52	57,1%	19	20,9%	
	Si	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	
Es necesario visitar al	a) si, para un examen clínico de rutina	No	2	2,2%	9	9,9%	7	7,7%	0	0,0%
		Si	0	0,0%	8	8,8%	46	50,5%	19	20,9%
	b) solo si tiene dientes	No	2	2,2%	15	16,5%	52	57,1%	19	20,9%

	chuecos	Si	0	0,0%	2	2,2%	1	1,1%	0	0,0%
Dentista cuando se tiene dientes sanos?	c) No, ya que como no tiene nada no es necesario	No	1	1,1%	11	12,1%	47	51,6%	19	20,9%
		Si	1	1,1%	6	6,6%	6	6,6%	0	0,0%
	d) solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca	No	1	1,1%	16	17,6%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%
	a) si, fortalece los dientes y previene la caries	No	2	2,2%	14	15,4%	7	7,7%	1	1,1%
		Si	0	0,0%	3	3,3%	46	50,5%	18	19,8%
¿Conoce que es el flúor?	b) si, cura los dientes para prevenir las extracciones	No	2	2,2%	16	17,6%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%
	c) si, el flúor tiene un acción blanqueadora en los niños	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	d)si, fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	No	2	2,2%	17	18,7%	52	57,1%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%
	e) no conozco que es el flúor	No	0	0,0%	4	4,4%	47	51,6%	18	19,8%
		Si	2	2,2%	13	14,3%	6	6,6%	1	1,1%
	a) si	No	2	2,2%	10	11,0%	14	15,4%	1	1,1%

		Si	0	0,0%	7	7,7%	39	42,9%	18	19,8%
Perder un diente de leche antes de tiempo porque esta	b) Depende, solo si pierde las muelas de leche	No	1	1,1%	11	12,1%	46	50,5%	18	19,8%
		Si	1	1,1%	6	6,6%	7	7,7%	1	1,1%
Con caries ¿puede afectar la Posición de los dientes?	c) no	No	2	2,2%	16	17,6%	49	53,8%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	1	1,1%	4	4,4%	0	0,0%
	d) los dientes de leche no son importantes	No	1	1,1%	14	15,4%	50	54,9%	19	20,9%
		Si	1	1,1%	3	3,3%	3	3,3%	0	0,0%
¿Qué medidas preventivas conoce para combatir la Caries dental?	a) El flúor	No	2	2,2%	15	16,5%	47	51,6%	17	18,7%
		Si	0	0,0%	2	2,2%	6	6,6%	2	2,2%
	b) Una correcta higiene bucal	No	1	1,1%	14	15,4%	47	51,6%	16	17,6%
		Si	1	1,1%	3	3,3%	6	6,6%	3	3,3%
	c) Evitar consumo excesivo de azucares	No	1	1,1%	6	6,6%	46	50,5%	18	19,8%
		Si	1	1,1%	11	12,1%	7	7,7%	1	1,1%
d) Todas las anteriores	No	2	2,2%	16	17,6%	19	20,9%	6	6,6%	
	Si	0	0,0%	1	1,1%	34	37,4%	13	14,3%	

Fuente: cuestionario aplicado a las madres de familia de la I.E N° 14009 Selmira de Varona sobre salud bucal.

Análisis: De acuerdo a la tabla N°5 que corresponde al cuestionario que me va indicar que tan bien están las madres de familia en nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus niños, teniendo solo los valores correspondientes a las respuestas correctas:

Pregunta 1.- la respuesta correcta fue la alternativa b del cual el 29.7% respondió bueno y el 17,6% muy bueno, siendo en total un 47.3 de las madres que salieron con resultados favorables.

Pregunta 2.- la respuesta correcta fue la alternativa a del cual el 50.5% contesto bueno y el 20.9% muy bueno, siendo en total un 71.4% de las madres que salieron con resultados favorables.

Pregunta 3.- la respuesta correcta fue la alternativa a del cual el 50.5% contesto bueno y el 19.8% muy bueno, siendo un total de 70.3% de las madres que salieron con resultados favorables

Pregunta 4.- la respuesta correcta fue la alternativa a del cual un 42.9% contesto bueno y el 19.8% muy bueno, siendo un total de 62.7% de las madres que salieron con resultados favorables.

Pregunta 5.- la respuesta correcta fue la alternativa d, del cual el 37.4% contesto bueno y el 14.3% contesto muy bueno, siendo un total de 51.7% de las madres que salieron con resultados favorables.

Como resultado tenemos un mayor porcentaje de madres que contestaron favorablemente es decir entre resultados buenos y muy buenos.

Tabla Nº 8 Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los niños de 6 a 8 años de edad de la I.E Nº 14009 Selmira de Varona

Preguntas realizadas a las madres de familia			Puntaje de Conocimientos (agrupado)							
			Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno	
			Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
1) ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?	a) 1 vez	No	0	0,0%	14	15,4%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	2	2,2%	3	3,3%	0	0,0%	0	0,0%
	b) de 2 a 3 veces	No	2	2,2%	3	3,3%	9	9,9%	1	1,1%
		Si	0	0,0%	14	15,4%	44	48,4%	18	19,8%
	c) de 5 a más veces	No	2	2,2%	17	18,7%	44	48,4%	18	19,8%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	9	9,9%	1	1,1%
	d) los niños no deben cepillarse los dientes	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2).-¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?	a) a partir de los 2 años	No	2	2,2%	15	16,5%	40	44,0%	10	11,0%
		Si	0	0,0%	2	2,2%	13	14,3%	9	9,9%
	b) a partir de los 5 años	No	1	1,1%	6	6,6%	20	22,0%	11	12,1%
		Si	1	1,1%	11	12,1%	33	36,3%	8	8,8%
	c) a partir de la	No	1	1,1%	13	14,3%	49	53,8%	18	19,8%

	adolescencia	Si	1	1,1%	4	4,4%	4	4,4%	1	1,1%
	d) en niños menores de 2 años	No	2	2,2%	17	18,7%	50	54,9%	18	19,8%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	3	3,3%	1	1,1%
3).- ¿El cepillado se recomienda realizarlo Después de cada comida?	a) No	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	b) solo antes de dormir	No	2	2,2%	16	17,6%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%
	c) solo con un enjuagatorio basta	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	d) si	No	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%
		Si	2	2,2%	16	17,6%	53	58,2%	19	20,9%
4).- ¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?	a) cada 3 meses	No	1	1,1%	5	5,5%	2	2,2%	0	0,0%
		Si	1	1,1%	12	13,2%	51	56,0%	19	20,9%
	b) cada 8 meses	No	1	1,1%	12	13,2%	51	56,0%	19	20,9%
		Si	1	1,1%	5	5,5%	2	2,2%	0	0,0%
	c) al año	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%
		Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	d) nunca	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%

	Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
5).-En cuanto al cepillado dental	a) el cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño	No	2	2,2%	8	8,8%	26	28,6%	14	15,4%
		si	0	0,0%	9	9,9%	27	29,7%	5	5,5%
b) los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.	No	2	2,2%	17	18,7%	32	35,2%	6	6,6%	
	Si	0	0,0%	0	0,0%	21	23,1%	13	14,3%	
c) el cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años	No	0	0,0%	9	9,9%	48	52,7%	18	19,8%	
	Si	2	2,2%	8	8,8%	5	5,5%	1	1,1%	
d) en el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental	No	2	2,2%	17	18,7%	53	58,2%	19	20,9%	
	Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

Fuente: cuestionario aplicado a las madres de familia de la I.E N° 14009 Selmira de Varona sobre Higiene bucal

Análisis: De acuerdo a la tabla N°6 que corresponde al cuestionario que me va indicar que tan bien están las madres de familia en nivel de conocimiento sobre Higiene bucal de sus niños, teniendo solo los valores correspondientes a las respuestas correctas:

Pregunta 1.- la respuesta correcta fue la alternativa c del cual el 9.9% respondió bueno y el 1,1% muy bueno, quiere decir que la gran mayoría de las madres de familia tuvieron falta de conocimiento en esta pregunta.

Pregunta 2.- la respuesta correcta fue la alternativa a, del cual el 14.3% contestó bueno y el 9.9% muy bueno, quiere decir que la mayoría de las madres de familia tuvieron falta de conocimiento en esta pregunta..

Pregunta 3.- la respuesta correcta fue la alternativa d, del cual el 58.2% contestó bueno y el 20.9% muy bueno, quiere decir que la gran mayoría de las madres de familia tuvieron un alto nivel de conocimiento en esta pregunta.

Pregunta 4.- la respuesta correcta fue la alternativa a del cual un 56.0% contestó bueno y el 20.9% muy bueno, quiere decir que las madres salieron con resultados favorables en esta pregunta, por lo tanto su nivel de conocimiento es alto.

Pregunta 5.- la respuesta correcta fue la alternativa b, del cual el 23.1% contestó bueno y el 14.3% contestó muy bueno, quiere decir que las madres de familia salieron con resultados favorables en esta pregunta por lo tanto su nivel de conocimiento es alto en esta pregunta.

Tabla N° 9

Relación entre el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre el índice de caries de los niños de 6 a 8 años de edad.

		Puntaje de Conocimientos (agrupado)							
		Deficiente		Regular		Bueno		Muy bueno	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
ceo-d (agrupado)	Muy Bajo	0	0,0%	3	3,3%	11	12,1%	6	6,6%
	Bajo	1	1,1%	2	2,2%	11	12,1%	3	3,3%
	Moderado	1	1,1%	6	6,6%	12	13,2%	2	2,2%
	Alto	0	0,0%	4	4,4%	11	12,1%	7	7,7%
	Muy Alto	0	0,0%	2	2,2%	8	8,8%	1	1,1%
cpo-d (agrupado)	Muy Bajo	1	1,1%	17	18,7%	51	56,0%	17	18,7%
	Bajo	1	1,1%	0	0,0%	2	2,2%	1	1,1%
	Moderado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Muy Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario

Análisis: Se observa en la tabla N° 7 que el mayor puntaje de nivel de conocimientos de las madres de familia es bueno con el 56.0% y se relaciona directamente con un cpo-d y un ceod de los niños muy bajo lo cual significa que tiene una buena salud bucal y un bajo índice de caries.

3.2. Discusión

Después de haber obtenido los resultados de esta investigación mediante el análisis estadístico y el contraste de la hipótesis, nuestra discusión se realiza en base al análisis de la bibliografía consultada puesta en los antecedentes, así mismo se tendrá en cuenta la percepción del autor.

A continuación tenemos según el estudio de Pineda Vásquez, Carla Sofía (3) En su investigación: Conocimiento sobre higiene oral en padres y madres de familia y su relación con el nivel de caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la unidad educativa municipal “Eugenio Espejo”. Determinó la relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en madres y padres de familia, y lo asoció con el nivel de caries de sus representados, para lo cual se utilizó el sistema ICDAS. Los resultados demostraron que no existió relación entre las variables estudiadas y que la mayoría de los colaboradores tenían un nivel de conocimiento regular, estos resultados difieren de los míos ya que en mi muestra de 91 alumnos a los cuales les aplique odontograma, así determine el cpo-d y el ceo-d a los niños de 6 a 8 años de edad y sus mamás les aplique una encuesta para evaluar su nivel de conocimiento sobre la salud bucal y caries dental, dando como resultado que si existe una relación entre las variables estudiadas.

Así mismo en la investigación de Tobler García, Diana Carolina y Casique Gonzales, Lorena Desiree.(4) En su investigación: 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. Estudio de tipo correlacional y de corte transversal, con una muestra conformada por un total de 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que

cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se construyó un instrumento de nivel de conocimiento sobre salud oral, fue validada por la técnica de juicio de expertos y una prueba piloto. La confiabilidad fue evaluada mediante la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20) de la cual obtuvimos una fiabilidad de 0,75%. Los resultados obtenidos fueron: El 14,6% de las madres con un nivel de conocimiento bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto, sin embargo estos resultados difieren con los obtenidos de la presente investigación ,tiniendo en mi muestra de 91 niños, se observa en la tabla N° 1 que el mayor puntaje de conocimientos se encuentra entre bueno con el 58.2% y muy bueno con el 20.9% lo cual indica que más de la mitad de las madres de familia de la I.E N° 14009 Selmira de varona están aprobadas pero con respecto al ceo-d se observa que el mayor puntaje se encuentra entre alto con el 24,2, por lo tanto indica que la relación entre el ceo-d de los niños con el nivel de conocimiento de las madres de familia es inversamente correlacional.

Con respecto a Muñoz Luna Victoria. (5) En su investigación: Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte. Realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, en 212 niños de edades comprendidas entre 3 a 7 años. El examen fue realizado por un examinador calibrado en el diagnóstico de caries dental en una institución educativa pública del distrito de Ate Vitarte. Se evaluó el nivel de conocimiento de los padres/madres a través de un instrumento validado por Benavente (2012) y el examen clínico de los niños se realizó a través del índice epidemiológico

CPOD y ceod. La prevalencia de caries dental en niños de 6 a 7 años fue de 92.47%. En cuanto al nivel de conocimiento de los padres/madres se encontró que el mayor porcentaje (65.57%) obtuvo un nivel de conocimiento bajo. Tras asociar el nivel de conocimiento con el grado de instrucción de los padres/madres, se encontró asociación ($p=0.000$) y en el presente trabajo también se puede observar en la tabla N°7 que el mayor puntaje de nivel de conocimientos de las madres de familia es bueno con el 56.0% y se relaciona directamente con un cpo-d y un ceo-d de los niños muy bajo lo cual significa que tiene una buena salud bucal y un bajo índice de caries dental.

3.3. Conclusiones

1. El nivel de conocimiento de las madres, si tiene relación estadísticamente significativa con el estado de salud bucal y el índice de caries dental y se concluye que a mayor conocimiento de las madres, el índice de caries dental será bajo.
2. El nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal si tiene relación según los resultados del cuestionario aplicado, es decir entre resultados buenos y muy buenos.
3. El nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal, según los resultados del cuestionario tuvo mayor porcentaje de madres que contestaron favorablemente, es decir resultados buenos.
4. La mayoría de los niños tiene un ceo-d alto, lo que quiere decir que no tienen tan favorables resultados en cuanto tu salud bucal y las madres de familia un alto nivel de conocimiento sobre salud bucal por lo tanto indica que la relación entre el ceo-d de los niños con el nivel de conocimiento de las madres de familia es inversamente correlacional.
5. La mayoría de los niños tiene un CPOD bajo, lo que quiere decir que tiene muy buen estado de salud bucal y las madres de familia un alto nivel de conocimiento sobre salud bucal por lo tanto indica que la relación entre el ceo-d de los niños con el nivel de conocimiento de las madres de familia es directamente correlacional.

3.4. Recomendaciones

1. Se recomienda al Director de la I.E N° 14009 Selmira de Varona, coordinar con el establecimiento de salud de San José programas preventivos – promocionales sobre Salud Bucal de los niños. El mismo que permitirá educar a las madres, debido a que ellas son importantes, para mejorar el control de la caries dental, y así velar por la buena salud bucal de los niños.
2. A futuros investigadores Continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional para determinar el estado de salud bucal y de esta manera poder evidenciar la necesidad de prevenir la caries dental en los niños.
3. Promover en las madres de familia de la I.E N° 14009 Selmira de Varona- Piura la educación sobre cuidados de higiene bucal como la de sus hijos, así mismo insistir que exista una oportuna y regular asistencia al odontólogo desde la aparición de los primeros dientes.
4. Fomentar en las facultades de odontología la importancia de la educación y prevención de la salud oral a los pacientes pediátricos con dentición decidua.
5. Se recomienda a los odontólogos el seguimiento a los niños para mejorar el control de la caries dental, promoviendo estilos de vida saludable para una buena salud bucal de los niños.

3.5. Fuente de información

1. Pineda Vásquez Carla Sofía. Conocimiento sobre higiene oral en padres y madres de familia y su relación con el nivel de caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la unidad educativa municipal “Eugenio Espejo”. Universidad central del Ecuador; 2016.
2. Landera Lorenzo AlibetLilí. Prevalencia de caries y conocimiento de salud bucal en padres y tutores de niños en edad pre-escolar, La Lisa 2013. Congreso Internacional de Estomatología 2015.
3. Pineda Sinchi, Diego Armando y Rodríguez Auquilla, Luis Miguel. Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad educativa fe y alegría. Cuenca 2014-2015. Universidad de Cuenca – Ecuador.
4. Tobler Garcia, Diana Carolina y Casique Gonzales, Lorena Desiree. Relación entre la caries dental en prescolares de la I.E. “los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. Universidad de la Amazonia Peruana.
5. Muñoz Luna Victoria. En su investigación: Asociación de la caries dental con el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres/madres de niños de 3 a 7 años de edad en una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte 2014. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
6. Benavente Lipa, Lourdes. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina 2012; 15(1): 14 – 18
7. CASTRO A. Metodología de la investigación en odontología para profesionales en salud. Editorial Lima: Ars Dent; 2003.

8. ANGLAS CA. Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de Salud Bucal en la población de Lima Metropolitana y Callao. [Tesis – Bachiller] UNMSM. 2000.
9. RODRÍGUEZ M. Investigación científica en salud bucal. Buenos Aires: Carhel; 1994
10. Rodríguez MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en Gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2002. Tesis – Bachiller: UNSM; 2002.
11. Rodríguez MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en Gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2002. Tesis – Bachiller: UNSM; 2002.
12. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
13. Manns A., Díaz G. Sistema Estomatognático. Fac Odontología. Universidad de Chile. 1983 p 5.
14. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000 p 2.
15. Hassi J. Evaluación y control de malos hábitos bucales. Enfoque multidisciplinario. Rev Soc Chilena Odontopediatría, 2001; 12:8-9.
16. Ramírez M, Silva R ¡Anda Niña Cierra la Boca!....el Problema del Respirador Bucal. Publicación Depto. Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005. Disponible
17. <http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/articulos/018.html>

18. Gobierno de Chile. Ministerio de Educación. Bases Curriculares de la Educación Parvularia. Santiago: Unidad de Currículum y Evaluación. Agosto 2005.
19. Flores M, Rojas P. Chupete: ¿es efectivamente tan perjudicial? Publicación Depto. Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006. <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/101.htm>
20. Poyak J. Effects of pacifiers on early development. *Int J Orthod Milwaukee*. 2006 Winter; 17(4): 13-6.
21. Warren JJ, Bishara SE, Steinnock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits ´duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc*. 2001 Dec, 132(12): 1685-93; quiz 1726.
22. Larsson E. Artificial sucking habits: etiology, prevalence, and effect on occlusion. *Int J Orofacial Myology*. 1994 Nov; 20:10-21.
23. Pinkham JR, Casamassimo P, Fields, HW, McTigue DJ, Nowak AJ. *Odontología pediátrica*. Nueva Editorial Interamericana. McGraw-Hill México, D.F. 1991; 12:170- 173.
24. Ministerio de Salud. Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil. División de Salud de las Personas. Departamento Odontológico. Santiago, 1998.
25. Schellhorn, C. Control Odontológico del Niño Sano. Editorial ATOS. 13: 104-106. 1992 74 Mandel ID. Oral infections: impact on human health, well-being, and health-care costs 2004 Nov; 25(11):881-2, 884, 888-890; quiz 892, 907.
26. Mandel ID. Oral infections: impact on human health, well-being, and health-care costs 2004 Nov; 25(11):881-2, 884, 888-890; quiz 892, 907.

27. Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 40. Published online 2003 September 8. doi: 10.1186/1477-7525-1-40
28. Platt LJ, Cabezas MC. Early Childhood Dental Caries. Policy Brief. Number 2. UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities (US). California Policy Research Center. University of California.
29. Finbarr P. Assessment of oral health related quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:40 doi:10.1186/1477-7525-1-40
30. Henostroza G. Caries Dental: Principios para el diagnóstico. Madrid: Ripano SA; 2007.
31. World Health Organization. International Clasification of Diseases. Consultado en: <http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
32. Indicadores epidemiológicos para la caries dental. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. 2013.
33. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001200009
34. <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>
35. Fernández ME, Bravo B, Prevalencia y severidad de caries dental en niños institucionalizados de 2 a 5 años Revista Cubana de Estomatología. 2009; 46(3): 21-29.
36. Gómez R, Galindo C. Prevalencia de caries en primer molar permanente en relación a grado de erupción en niños de 6 años de edad que reciben atención odontológica en el consultorio Sol de Septiembre en la ciudad de Curico. Chile-2003.
37. <https://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9cnica>

38. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: *Healthy diet. Promoting a healthy diet through counselling in primary care*. Barcelona: SEMFYC, 2005
39. <http://definicion.de/prevencion/>
40. <http://definicion.de/promocion/>
41. <https://es.wikipedia.org/wiki/Higiene>

ANEXOS

Anexo N° 01



Hoja de consentimiento informado

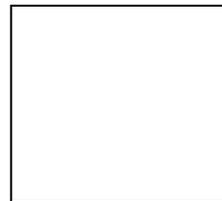
Yo:.....con

DNI:....., madre del menor;..... Doy constancia de haber sido informada y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los niños. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto llenar la encuesta y que mi menor hijo sea examinado por la responsable del trabajo.

Responsable del trabajo: Lourdes Mogollón Quispe

Fecha de aplicación:

Firma del padre de familia



Huella dactilar

Anexo N° 02

N°

EXAMEN CLINICO

Apellidos y Nombres:

Edad (años y meses):

Sexo:

ODONTOGRAMA

The dental chart template consists of a central vertical line. Above and below this line are two horizontal rows of 12 empty boxes each, representing the upper and lower dental arches. Below these are two more horizontal rows of 12 empty boxes each. The central part of the chart features a grid of tooth icons. The top row of icons is labeled with numbers 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 on the left and 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 on the right. The second row of icons is labeled with numbers 56, 64, 53, 52, 51 on the left and 61, 62, 63, 64, 65 on the right. The third row of icons is labeled with numbers 85, 84, 83, 82, 81 on the left and 71, 72, 73, 74, 75 on the right. The bottom row of icons is labeled with numbers 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 on the left and 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 on the right. Each tooth icon is a stylized representation of a tooth with a crown and root, and a small box inside the crown area for recording clinical findings.

ESPECIFICACIONES: _____

Anexo N° 03

ÍNDICE ceo – d

c: Cariados e: Extraídas o: Obturados d: Diente temporal

Índice ceo individual

$$c + e + o =$$

Índice ceo grupal

$$\frac{\text{Ceo}}{\text{Total de niños examinados}} =$$

Total de niños examinados

Cuantificación de la OMS para el índice

- 0 a 1.1 Muy bajo
- 1.2 a 2.6 Bajo
- 2.7 a 4.4 Moderado
- 4.5 a 6.5 Alto
- Mayor a 6.6 Muy alto

ÍNDICE CPOD:

C: Cariados P: Perdidos O: Obturados D: Unidad Diente

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

Resultado =

CPOD: Valores	0 – 1 Muy Bajo	4.5 - 6.5 Alto
	1.2 - 2.6 Bajo	6.6 y + Muy Alto.
	2.7 - 4.4 Moderado	

Anexo N° 04

CUESTIONARIO

Fecha: _____

Edad de su niño(a):

- a. 6 años.
- b. 7 años.
- c. 8 años.

Grado de instrucción de la madre:

- a. Ninguna.
- b. Educación Primaria.
- c. Educación Secundaria.
- d. Educación Técnica.
- e. Superior universitaria.

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a. Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
- b. No es una enfermedad.
- c. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
- d. Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:

- a. Compartir utensilios.
- b. Compartir cepillos dentales.
- c. Besos en la boca.
- d. Todas las anteriores.

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes.
- b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes.
- c. Es el sarro que se forma en los dientes.
- d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos.

- 4.- ¿Son importantes los dientes de leche?
- Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes.
 - No, porque no cumplen ninguna función.
 - No, porque al final se van a caer.
 - No, porque no son los dientes permanentes.

SALUD BUCAL

- 5.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:
- A partir de los 2 años.
 - Cuando aparece el primer diente de leche.
 - Cuando tenemos dientes de adulto.
 - Solo cuando existe dolor.
- 6.- ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?
- Si, para un examen clínico de rutina.
 - Solo si tiene dientes chuecos.
 - No, ya que como no tiene nada no es necesario.
 - Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.
- 7.- ¿Conoce qué es el flúor?
- Si, Fortalece los dientes y previene la caries.
 - Si, Cura los dientes para prevenir las extracciones.
 - Si, El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños.
 - Si, Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte.
 - No, lo conozco
- 8.- Perder un diente de leche antes del tiempo porque esta con caries ¿puede afectar la posición de los dientes?
- Si.
 - Depende, solo si pierde las muelas de leche.
 - No.
 - Los dientes de leche no son importantes.
- 9.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
- El flúor.
 - Una correcta higiene bucal.
 - Evitar consumo excesivo de azúcares.
 - Todas las anteriores.

DIETA

10.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a. Frutas y vegetales.
- b. Gaseosas y frutas.
- c. Frugos y galletas.
- d. Todas las anteriores.

11.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c. Frugos, leche chocolatada, chisitos.
- d. Todas las anteriores.

12.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a. El niño nunca debe consumir azúcar.
- b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día.
- c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes.
- d. Todas las anteriores.

HIGIENE BUCAL

13.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a. 1 vez.
- b. De 2 a 3 veces.
- c. De 5 a más veces.
- d. Los niños no deben cepillarse los dientes.

14.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a. A partir de los 2 años.
- b. A partir de 5 años.
- c. A partir de la adolescencia.
- d. En niños menores de 2 años.

15.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a. No.
- b. Solo antes de dormir.
- c. Solo con usar un enjuagatorio basta.
- d. Si.

16.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a. Cada 3 meses.
- b. Cada 8 meses.
- c. Al año.
- d. Nunca.

17.- En cuanto al cepillado dental

- a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño.
- b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.
- c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

Bachiller: Mogollón Quispe, Lourdes Estefani

Código: 2010156392

Anexo N° 05

ASIGNACIÓN DE PUNTAJE Y CALIFICACIONES DE LA ENCUESTA

Muy bueno: 14 - 17 puntos.

Bueno: 10 - 13 puntos.

Regular: 06 - 09 puntos.

Deficiente: 00 - 05 puntos.

Conocimiento sobre salud bucal	Madres	
	Cantidad	Porcentaje
Muy bueno		
Bueno		
Regular		
Malo		

Anexo N° 06

Matriz de consistencia

“Relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E.N° 14009 - Selmira de Varona 2016”

Variables	Definición conceptual	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Definición Operacional	
					Aspectos o Dimensiones	Indicadores
Conocimiento sobre salud bucal	Es el aprendizaje de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes; además de los aspectos preventivos.	Problema general: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”, en los meses de Agosto 2016- Octubre del 2016	Objetivo General Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”, en los meses de Mayo 2016- Setiembre del 2016.	Hipótesis: “Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E. N° 14009 Selmira de Varona 2016”.	Nivel de conocimiento de los padres	Resultado del cuestionario sobre salud bucal
Caries dental	Es la destrucción de los tejidos de los dientes, causado por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa				Cantidad de piezas dentales con caries	Resultado del Índice ceo-d / CPO-D

	<p>Depositada en las superficies dentales.</p>	<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de la I.E N° 14009 “Selmira de Varona?</p> <p>¿Cuáles el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de las madres de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona?</p> <p>¿Qué índice de caries tienen los niños de 6 a 8 años de la I.E .N° 14009 “Selmira de Varona?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona”.</p> <p>Conocer el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los madres de la I.E .N° 14009 “Selmira de Varona”.</p> <p>Determinar el índice de caries tienen los niños de 6 a 8 años de la I.E. N° 14009 “Selmira de Varona?</p>	<p>Hipótesis nula:</p> <p>“No existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal y el índice de caries en niños de 6 a 8 años de edad de la I.E .N° 14009 Selmira de Varona 2016”.</p>		
--	--	---	---	--	--	--

Anexo N° 07



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS: Ma. Giancarlo Jesus NOMBRES DEL EXPERTO: Rodriguez Velasco
 1.2 INSTITUCIÓN: UAP DONDE LABORA:
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN: Guano
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO: Guano Estepano Mojallon Quispe

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													✓
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.											✓		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												✓	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las 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. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

III. OPINIÓN 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 VALORACIÓN: 95%

Fecha: 26/07/2016 DNI: 40750491 FIRMA DEL EXPERTO: [Signature] COMP 4884

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS MG. AQUITE PÓMEZ Y NOMBRES RONNIE MIGUEL DEL EXPERTO
 1.2 INSTITUCIÓN UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DONDE LABORA
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN ANEXO
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO LOURDES ESTEFANY MOGOLLÓN QUISPE

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.												✓	
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													✓
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las 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. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis												✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

III. OPINIÓN 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 VALORACIÓN:

98%

Fecha: 26-07-16 DNI: 21576038 FIRMA DEL EXPERTO.....

Dr. Ronnie Aquite P
 Dr. Ronnie Aquite P
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 13548
 ORTODONCISTA ESPECIALIZADO



UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

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

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS *Luján Noblecilla, Sibria Reusselle* DEL EXPERTO
 1.2 INSTITUCIÓN *UAP* DONDE LABORA
 1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN *Anexo: cuestionario*
 1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO *Lourdes Estefani Mogollón Ruizel*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.											✓		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.												✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.											✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													✓
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las 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. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													✓
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													✓

III. OPINIÓN 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 VALORACIÓN:

96.5%

Fecha: *26/04/2016* DNI: *02850629* FIRMA DEL EXPERTO:

CARGO



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA
FILIAL PIURA**

Piura 03 de Septiembre del 2016

OFICIO N° 010 -2016-EAPE-FMHYCS-UAP-PIURA

Sr.:
Jaime Peña
Director de la I.E.Selmira de Varona

Asunto: solicito brindar facilidades para
trabajo de investigación

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo y así mismo, hacer de su conocimiento que nuestra Bachiller en Estomatología: **LOURDES ESTEFANI MOGOLLON QUISPE**, identificada con N° Matricula 201015 6 3 92 está realizando su tesis titulada "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL Y EL INDICE DE CARIES EN BILOS DE 6 A 8 AÑOS DE EDAD DE LA I.E.N°.14009 – SELMIRA DE VARONA 2016", en ese sentido la Dirección de la escuela de Estomatología de la UAP Filial Piura, solicita se le brinde las facilidades a la mencionada Bachiller para realizar su levantamiento de datos mediante una encuesta y CPO-D previo consentimiento informado.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FILIAL PIURA
C.D. Ruth Marañón Barraza
C. ORDINADORA ACADEMICA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO N° 08

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

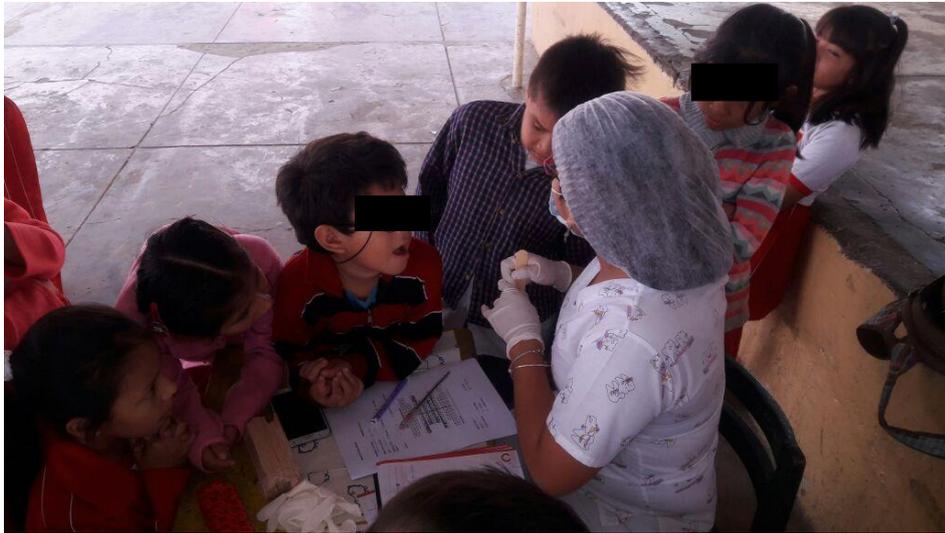


Foto N°1: Explicando a los niños que les revisare la boca



Foto N°2: Revisándoles la boca



Foto N°3: Llenando odontograma.



Foto N°4: Explicándoles a las madres sobre el cuestionario



Foto N°5: Madre llenando cuestionario



Foto N°6: Madre llenando cuestionario