



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS  
PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN AL E.S. I-4. CASTILLA.  
PIURA EN EL AÑO 2017”**

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

**PRESENTADO POR:**

**RUBY CAROLINA TIRADO VELASQUEZ**

**ASESOR**

**DR. JORGE MAX MUNDACA MONJA**

**PIURA, PERU, MAYO 2018**

Dedicado a Dios, por permitir llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr uno de mis objetivos; a mis padres, por la semilla de superación que han sembrado en mí.

Agradezco a mis padres por haberme forjado con valores,  
por su apoyo en todo momento, muchos de mis logros se  
los debo a ellos.

# ÌNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÌNDICE

ÌNDICE DE TABLAS

ÌNDICE DE GRÀFICOS

INTRODUCCIÒN

CAPÌTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
<b>1.1. Descripción de la realidad problemática .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Formulación del Problema: .....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Problema General: .....	14
1.2.2. Problemas Específicos: .....	14
<b>1.3. Objetivos de la investigación.....</b>	<b>15</b>
1.3.1. Objetivo General: .....	15
1.3.2. Objetivos Específicos .....	15
1.4. Justificación de la investigación .....	16
1.4.1. Importancia de la investigación .....	16
1.4.2. Viabilidad de la investigación .....	17
1.5. Limitaciones del estudio. ....	17
CAPÌTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	19
2.2. Bases Teóricas .....	35
2.3 Definición de términos básicos.....	44
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....	46
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas .....	47

3.1.1. Hipótesis General: .....	47
3.1.2. Hipótesis Específicas .....	47
3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.....	47
CAPITULO IV: METODOLOGIA .....	50
4.1. Diseño metodológico .....	51
4.2. Diseño Muestral.....	52
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. ....	54
<b>4.4. Técnicas de procesamiento de la información.....</b>	<b>55</b>
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	55
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	57
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....	58
5.2. Análisis Inferencial, pruebas estadísticas no paramétricas.....	68
5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas. ....	68
5.4. Discusión .....	69
CONCLUSIONES .....	81
RECOMENDACIONES.....	82
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	84
ANEXOS .....	90
Anexo N° 01: Carta de presentación.....	91
Anexo N° 02: Constancia de desarrollo de la investigación .....	92
Anexo N° 03: Consentimiento Informado.....	93
Anexo N° 04: Instrumentos de recolección de datos.....	94
Anexo N° 05: Matriz de Consistencia.....	99
Anexo N° 06: Evidencias fotográficas .....	100

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Nivel de conocimientos sobre higiene oral .....	58
Tabla N° 02: Nivel de conocimientos Grado de Instrucción .....	60
Tabla N° 03: Nivel de conocimientos Estratos Socioeconómicos .....	62
Tabla N° 04: Nivel de conocimientos con relación al Sexo .....	64
Tabla N° 05: Nivel de conocimientos IHO-S .....	66

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gràfica N° 01: Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia .....	59
Gràfica N° 02: Nivel de conocimientos Grado de Instrucción.....	61
Gràfica N° 03: Nivel de conocimientos Estratos Socioeconómicos.....	63
Gràfica N° 04: Nivel de conocimientos con relacion al Sexo.....	65
Gràfica N°05: Nivel de conocimientos IHO-S.....	67

## RESUMEN

La presente investigación busca determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I-4. Castilla. Piura en el año 2017. Es un estudio descriptivo correlacional, la población seleccionada estuvo constituida por 64 usuarios padres de familia que acudieron al Establecimiento de Salud I-4 de Castilla. Se aplicó un cuestionario para conocer el nivel de conocimiento sobre higiene oral y también fueron evaluados mediante el índice de higiene oral IHO-S.

Los resultados encontramos que el nivel de conocimientos fue alto en el 53.1%, el nivel de estudios de los padres fue Secundario en el 39.1%, de acuerdo con su estrato socio económico estuvieron en el nivel No pobre en el 48.4%, el sexo de los padres que predominó fue el femenino en el 89.1%, el índice de Higiene oral fue regular en el 64.1%, y se concluye que estadísticamente No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017

En conclusión: El nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017 es alto.

**Palabras Claves:** Nivel. Conocimiento Higiene Oral Padres.



## ABSTRACT

The present research seeks to determine the level of knowledge about oral hygiene of parents who attend the E.S. I-4. Castilla. Piura in the year 2017. It is a correlational descriptive study, the selected population was constituted by 64 parents who went to the Health Establishment I-4 of Castilla. A questionnaire was applied to know the level of knowledge about oral hygiene and they were also evaluated using the IHO-S oral hygiene index.

The results found that the level of knowledge was high at 53.1%, the level of studies of the parents was Secondary at 39.1%, according to their socioeconomic stratum were at the Not poor level in 48.4%, the sex of the parents who predominated was the female in 89.1%, the oral hygiene index was regular in 64.1%, and it is concluded that statistically There is no relationship between the level of knowledge about oral hygiene and the oral hygiene index of the parents attending the IS I - 4. Castilla. Piura. Year 2017

In Conclusion: The level of knowledge about oral hygiene of parents who attend the E.S. I - 4. Castilla. Piura Year 2017 is high.

Keywords: Level. Oral Hygiene Knowledge Parents.

## INTRODUCCIÓN

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de higiene oral, es un grave problema que afronta hoy en día nuestro país, sobre todo en los estratos socio-económicos pobres.

La educación para la salud oral debe ser considerada como el pilar esencial para disminuir el deficiente nivel de conocimiento de los padres de familia, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta positiva encaminada a la conservación de la salud, influyendo favorablemente sobre las actitudes y conocimientos de la persona y su comunidad.

Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel fundamental como educadores para de esta forma motivar y lograr cambios de comportamiento en relación a los hábitos de higiene oral incorrectos, creando así medidas preventivas saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades dentales.

Los padres de familia deben ser sensibilizados para que cumplan cabalmente lo que el equipo de salud les ha enseñado y explicado y puedan de esta manera transmitir estos conocimientos a sus hijos obteniendo una buena higiene oral y mejorando su salud bucal.

Este trabajo de investigación hace conocer el nivel de conocimiento que poseen los padres de familia que asisten al E.S I 4 Castilla para lograr un cambio de hábitos de higiene oral en sus hijos y así mantener un estado de salud oral favorable para su bienestar.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, las periodontopatías y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres. Al anunciar las conclusiones del informe mundial sobre Salud Bucodental, la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental<sup>1</sup>.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú.<sup>2</sup>

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un País en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de

enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%.<sup>3</sup>

De acuerdo a la tasa de morbilidad en la población general atendida en la consulta externa en el año 2016 en E.S I-4 Castilla se encuentra en el segundo lugar las enfermedades de la cavidad bucal con 641 casos que corresponde a un 8.2% de la totalidad en el sexo masculino y con 1221 casos con un 8.1% correspondiente a la totalidad en el sexo femenino.

Señala que no sólo hay que intervenir sobre factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucal deficientes, el creciente consumo de azúcares o el tabaquismo, sino también en la promoción y prevención directamente con los padres siendo ellos el principal vector para la transmisión de la educación y es muy importante que ellos adquieran conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal del niño e higiene oral.

Muchas veces el desconocimiento y la falta de información hacen que los padres de familia tengan la idea errónea que el tratamiento odontológico en los niños debe comenzar una vez erupcionadas la totalidad de las piezas dentales alrededor de los tres años, siendo ésta una edad tardía para iniciar cualquier tipo de tratamiento preventivo.

## **1.2. Formulación del Problema:**

### 1.2.1. Problema General:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?

### 1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y los estratos socio-económico de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el sexo de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### 1.3.1. Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.

#### 1.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la relación del nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Indagar la relación del nivel de conocimiento y los estratos socioeconómicos de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Demostrar la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y sexo de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

La realización de este trabajo de investigación es muy necesaria, porque nos brindara una información veraz en un momento dado sobre el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre higiene oral que asisten al E.S. I- 4 Castilla, dicha información será remitida a las autoridades del establecimiento para la toma de decisiones y así plantear estrategias y ejecutar programas de promoción y prevención de salud bucal dirigido a este público objetivo.

##### **1.4.1. Importancia de la investigación**

La importancia de esta investigación radica en dar a conocer la información del presente trabajo a las autoridades del Establecimiento de Salud I-4 de Castilla, para que tomen cartas en el asunto y puedan llegar a realizar acciones específicas como sesiones educativas, sesiones demostrativas y campañas donde brinden información con un lenguaje claro y conciso, en la cual se le explique temas básicos de salud oral, medidas preventivas y enfermedades dentales.

Servirá para implementar y consolidar futuros 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, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables desde el entorno familiar.



#### 1.4.2. Viabilidad de la investigación

La investigación fue viable, en vista que se contó con el asesoramiento respectivo, además que se pudo completar la muestra seleccionada, sin tener inconvenientes mayores para la elaboración de la tesis.

#### 1.5. Limitaciones del estudio.

La investigación estuvo limitada por los datos que se derivan de la entrevista con los padres, por otro lado, el sistema de clasificación del nivel socioeconómico se basa en un análisis del sistema de Focalización de Hogares, basados en el ingreso económico, integrado al Ministerio de Desarrollo e inclusión Social.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de la Investigación**

### **2.1.1. Antecedentes Internacionales:**

Bosch Et al, realiza un estudio denominado Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos sobre salud bucodental y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. Se incluyeron en el estudio 50 niños de 9-10 años. Los escolares realizaron una encuesta sobre conocimientos acerca de la salud bucodental antes y después de la intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños. Se evaluó el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa. Dentro de los resultados se menciona que la encuesta realizada antes de la intervención, el 78% respondió que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio, el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Antes de la intervención educativa, el 80% de los niños tenían un índice de O'Leary superior al 20%. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal, así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa. Por lo que llegaron a la conclusión que los conocimientos de los niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa.<sup>4</sup>

Murrieta Et al realizaron una investigación denominada Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres, en donde mencionan que tuvieron como propósito evaluar la posible influencia del nivel de conocimientos de las madres en el tema de salud bucal en la calidad de la higiene oral y en la prevalencia de gingivitis de sus hijos. Se estudió una muestra conformada por 389 escolares. Para el levantamiento epidemiológico fueron considerados los criterios del índice de higiene oral simplificado (IHOS) de Green y Vermillon y del índice gingival (IG) de Löe y Sillness, previa calibración inter e intraexaminadores (Ca =89%, Cr =93% y k =90%). Para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal se aplicó un cuestionario dirigido a las madres de familia. Dentro de los resultados encontramos que sólo 20.6% de los escolares presentaron gingivitis sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la zona y localización de la mucosa gingival ( $t =1.327$ ,  $P =0.8179$ ;  $t =2.131$ ,  $P =0.4288$ ), no así con relación a la calidad de la higiene oral ( $X^2 y =129.09$ ,  $P =0.0001$ ) y al nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres ( $X^2 =216.56$ ,  $P =0.05$ ), variables que resultaron tener influencia en el evento de estudio. Y llegaron a la conclusión que la prevalencia de gingivitis en los escolares fue menor a lo esperado. Se confirmó la importancia que tiene la higiene bucal en el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival. De igual manera, se observó que el nivel de conocimientos sobre

salud bucal de las madres se vio reflejado en el riesgo a enfermar mostrado por los niños.<sup>5</sup>

Limonta y Araújo, realizaron una investigación denominada, "Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado, en donde mencionan que se realizó un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998, para lo cual se aplicó un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos bucales deformantes, que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. Dentro de los resultados, encontraron que la mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (94,3 %) tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de la labor educativa a los efectos; pero después de ella mejoró notablemente la situación, pues 87,9% obtuvieron la categoría de Adecuado y los 7 que se ubicaron en ésta desde el inicio, mantuvieron esa condición luego de haber sido capacitados mediante las técnicas participativas. Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa "Salud bucal", con técnicas educativas y afectivo participativas, complementado con el juego "Salud bucal" como retroalimentación. La evaluación efectuada 3 meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos al respecto.<sup>6</sup>

Manríquez et al realizaron una investigación titulada Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi, Chile, en donde mencionan que el objetivo fue describir los determinantes de conducta en salud oral de la población mapuche-williche, de Isla Huapi, y su distribución por sexo y grupo de edad. Métodos: estudio transversal descriptivo. Se aplicaron instrumentos de creencias, conocimientos y prácticas en salud oral previamente validados en la población de Isla Huapi, constituida por 417 sujetos, 98% mapuche. El análisis se realizó con STATA®11. Resultados: se entrevistó a 77 sujetos, 53% mujeres. El 66% mencionó que el “mal lavado” se relaciona con la caries, 62% “utiliza remedios naturales” para el cuidado de la salud oral y el 80% dijo cepillarse al menos 2 veces por día. Hubo diferencia significativa en la “motivación” para la consulta al odontólogo (mayor en mujeres) y en “barreras percibidas para el acceso a atención” (adultos mayores perciben mayor dificultad). Conclusiones: es conocido el impacto de los determinantes sociales y de conductas (DCS) en la implementación de estrategias de promoción de salud. Sin embargo, en Chile existen pocos programas de salud bucal específicos para poblaciones indígenas. Este estudio es pionero en la temática de instalar un trabajo intercultural en salud oral.<sup>7</sup>

Gutiérrez Et al, realizan una investigación denominada Estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimientos sobre promoción de salud bucal, mencionando que insuficiencias que se

presentan en el proceso de enseñanza- aprendizaje de la Promoción de Salud Bucal, fueron tratadas a través de la dinámica de dicho proceso, que tiene lugar en la Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo. El objetivo es elaborar una estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimientos sobre Promoción de Salud Bucal en los estudiantes de la carrera de Estomatología. Se realizó un estudio de intervención educativa en una brigada de Cuarto año. La estrategia didáctica implementada tiene tres etapas: planificación, implementación y evaluación con dos fases cada una. La implementación se realizó a través de un sitio web. La población estuvo constituida por los 65 estudiantes de Estomatología de la Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo. La muestra se conformó con 20 estudiantes de la brigada 4.3, la cual se escogió a través del muestreo aleatorio simple utilizando como procedimiento el sorteo. Se obtuvo que en los cinco objetivos hay un por ciento considerable de estudiantes Bajo, incidiendo significativamente la definición de conceptos, 17 (85,0 %) y los principios con 14 estudiantes (70,0 %). Una vez implementada la estrategia todos los estudiantes alcanzaron la calificación de Alto en concepto, componentes y técnicas y 19 (95,0 %) en los objetivos y principios. Llegaron a la conclusión que los participantes consideraron que la utilización del sitio web es una forma viable para la superación de las dificultades en el empleo de las técnicas afectivas participativas que

tradicionalmente han existido en el proceso de formación del estomatólogo<sup>8</sup>

Núñez, J. publicó un artículo titulado "Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Puérperas atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile". El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización de Garantías Explícitas de Salud (GES) odontológico en 200 puérperas atendidas en el servicio integral de la mujer de una clínica privada, del sector norte de Santiago. El autor aplicó un cuestionario compuesto de 24 preguntas relacionadas con el nivel de conocimiento sobre enfermedades orales, prevención, gestación, atención odontológica y desarrollo dentario. El punto de corte que el autor utilizó para ser considerado como buen nivel de conocimiento fue igual o mayor a 14 puntos y regular entre 7 y 13 puntos. El indicado autor manifestó que la edad promedio de la muestra estudiada fue de 29,11 años (+5,71) y la mitad refirió tener un solo hijo. El 57% refiere educación universitaria, un 70,5% declaró estar trabajando y sólo un tercio de ellas recibió atención dental durante su embarazo. Existe un nivel de conocimientos bueno en un 35% de las puérperas y regular en un 64%, siendo los conocimientos sobre prevención en salud oral los mejores evaluados y el de crecimiento y desarrollo dentario los más deficientes. Al realizar el análisis estadístico según las categorías de la encuesta el autor no observó diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos y haber recibido atención dental durante el embarazo



( $p=0,64$ ). La relación entre el nivel de conocimientos sobre salud oral y paridad ( $p=0,37$ ), nivel educacional ( $p=0,35$ ) y ocupación ( $p=0,39$ ) no fueron estadísticamente significativas. Las madres con nivel educacional superior o técnico tiene un 4,6% más de conocimiento que las madres con nivel educacional inferior (1 punto de conocimiento; IC95%= 0,3:1,8;  $p=0.007$ ). El autor llega a la conclusión que, el nivel de conocimiento de las puérperas resultó ser similar al de otros países latinoamericanos, sin embargo, los valores encontrados distan de los observados en países desarrollados. Existe un número importante de mujeres embarazadas que no hacen uso de su garantía GES en atención dental<sup>9</sup>.

Almarales realizó un estudio en Sierra, Ciudad de La Habana en el periodo de abril – junio sobre “Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas”. Sus objetivos fueron evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal y su relación con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, así como la demanda de servicios estomatológicos por parte de las embarazadas. La autora aplicó una encuesta a 71 gestantes de los policlínicos Moncada, Plaza y Rampa que fueron captadas en el período de septiembre a diciembre del 2006. Para determinar la afectación periodontal de las mismas se aplicó el índice periodontal de Russell ®. Sus resultados mostraron un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%). La prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo estudiado fue

alta (87,3 %), no así la gravedad. La autora encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ( $p=0,01586$ ), no siendo así con la gravedad. La autora pudo concluir que la demanda de atención estomatológica por parte de las embarazadas fue baja (sólo solicitaron atención el 36,6 %) y no estuvo relacionada con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, ni con el nivel de conocimientos sobre salud bucal<sup>10</sup>.

Córdova J. en su artículo denominado "Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, realizado en el Hospital de la Mujer, Villahermosa, Tabasco." Manifiesta que su objetivo es determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes en el Hospital de la Mujer, Villahermosa. El autor realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, y aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. Sus resultados fueron que el rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ( $X= 24$  años,  $DS 5$ ), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel

medio con 59%. El autor concluye que, aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Aclara también que es necesario realizar una mayor labor educativa preventiva en pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal<sup>11</sup>.

González Et al, mencionan que realizaron un estudio denominado, Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos, en donde especifican que el objetivo es identificar los conocimientos sobre salud bucal de los adultos mayores de los círculos de abuelos del Policlínico 19 de abril, en el periodo 2008-2010. Para ello se realizó una investigación descriptiva. El universo quedó constituido por 101 personas, pertenecientes a los cinco círculos de abuelos del Policlínico 19 de abril. El universo quedó constituido por 101 personas pertenecientes a los cinco círculos de abuelos. Las variables estudiadas fueron son: edad, sexo, conocimientos sobre las funciones de los dientes, el efecto de los hábitos nocivos, higiene bucal, frecuencia de cepillado. La obtención de la información se realizó por la autora y colaboradores calibrados con anterioridad. Se aplicó una encuesta previo consentimiento informado a los ancianos. Dentro de los resultados encontramos que el predominó el sexo femenino en 71,2 %. El 78,2 % conocen que la masticación es una de las funciones de los dientes. El 84,1 % no conocen los efectos del tabaquismo y el alcoholismo sobre la

cavidad bucal; existe un desconocimiento del 76,2 % de la importancia de la higiene bucal y del cepillado correcto. Llegaron a la conclusión que predomina el sexo femenino, existe desconocimiento de las funciones de los dientes, los efectos nocivos del tabaco y el alcohol, así como de la higiene bucal adecuada.<sup>12</sup>

### 2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Carrasco realizó una investigación denominada Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental, conocimientos y prácticas en salud bucal y las características socioeconómicas de escolares de dos instituciones educativas públicas. Se realizaron encuestas y exámenes orales a 107 escolares de primaria y secundaria, previo consentimiento informado. Los datos fueron recolectados por alumnos de Odontología. Dentro de los resultados encontraron que el nivel educativo alcanzado por los padres fue secundario. La actividad económica del padre fue trabajador dependiente y de la madre, ama de casa. Las viviendas fueron de ladrillo (95,05%), piso de cemento (65,35%), techo de concreto (80,19%) y con red pública de agua dentro de la vivienda (93,00%). El 38,09% no tiene ningún tipo de seguro de salud y el 15,68% refieren nunca haber acudido al médico. La edad de los escolares fue  $10,61 \pm 3,05$  años. El índice de placa blanda en primaria,  $1,54 \pm 0,6$ ; IHO-S en secundaria  $1,92 \pm 1,02$ . La prevalencia de caries fue 86,92%; CPOD =  $2,39 \pm 2,52$ ;

ceod =  $4,48 \pm 3,42$ . El 50% desconocía las enfermedades que pueden aparecer en la boca; 54,95% tiempo de cambio del cepillo; 52,10% métodos preventivos de caries. Nunca visitaron al dentista y no lo recuerdan el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el motivo fue dolor o tratamientos recuperativos en el 70,14%. El 45,79% se cepillaba 3 veces al día; 22,42% consume diariamente azúcares. Por lo que llegaron a la conclusión, que las condiciones socioeconómicas se expresan en el estado de salud bucal. La mayoría no tiene acceso a la atención médica odontológica y presenta una alta prevalencia de caries dental, así como conocimientos y prácticas en salud bucal inadecuados<sup>13</sup>

Cupé y García realizaron una tesis denominada conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, mencionan que el objetivo fue validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012. Para ello realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. Dentro de los resultados, se menciona que la obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario

de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. Conclusión: El instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.<sup>14</sup>

Saavedra Padilla en su trabajo de investigación denominado “Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital Marino Molina Scippa, Lima 2011.” Tuvo como objetivo determinar si existe relación entre prevalencia de Caries de Infancia Temprana (C.I.T.) en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital Marino Molina Scippa. La muestra estuvo conformada por 180 niños de 0 a 36 meses de edad y a todas las madres de los niños evaluados (180) se les realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos en salud bucal. Los resultados encontrados determinaron en relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal. Se apreció una tendencia en el incremento del porcentaje de madres

con nivel de conocimiento regular según se incrementa el nivel educativo. La autora concluye que no se observa una relación estadísticamente significativa entre un nivel de conocimiento de la madre y la prevalencia de caries<sup>15</sup>.

Pisconte León, en su trabajo de investigación titulado "Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza-Trujillo. 2010". La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres. Los resultados le permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental ( $p = 0.001$ ). La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de 60.7%. Encontrándose un I-ceo promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ( $p = 0.02$ ), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. La autora no observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ( $p = 0.147$ ). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa

( $p = 0.0002$ ). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I- ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Asimismo, halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ( $p = 0.005$ )<sup>16</sup>.

Rodríguez Vargas, en su trabajo de investigación denominado "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión". El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Para determinar el nivel de conocimiento el autor confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7- 13) y bueno (14-20 puntos). Además, consignó preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. La autora encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Se logró observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente



fueron las gestantes menores de 20 años. La autora no encontró diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y visita al odontólogo. Pero si encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento<sup>17</sup>.

### 2.2.3. Antecedentes Regionales:

Valdiviezo Sandoval, realizó un trabajo de investigación denominado “Estudio Comparativo del Nivel de Conocimiento de los padres de familia sobre el uso de los productos de higiene oral y su influencia en la salud bucal de sus hijos en dos instituciones educativas iniciales del Distrito de Catacaos, durante el año 2015”. La autora tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre el uso de los productos de higiene oral y su influencia en la salud bucal de sus hijos en las I.E.I 092 y la I.E.P Mundo Creativo. La autora de la investigación utilizó el diseño estadístico no experimental. Dentro de las conclusiones que la autora obtuvo en las pruebas de correlación entre los promedios de los rangos del nivel de conocimiento estratificado de la I.E.I 092 y la I.E.P Mundo Creativo independientemente presentan un error de prueba de 0.005, es decir un nivel asintótico de 0.5%, por lo tanto, encontró que, si existe diferencia entre los puntajes de conocimientos, y que, en promedio, es mayor a favor de las instituciones privadas. El análisis de los promedios del nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre el uso de los productos de higiene oral, el índice ceod y el índice de higiene oral

de sus hijos en la I.E.I 092 y la I.E.P Mundo Creativo, estadísticamente no fueron significativas ( $NS>0.05$ ), por lo tanto, la autora concluye que el nivel de conocimiento no es un factor determinante en la aparición de la caries dental y la mala higiene oral. El análisis de correlación entre los promedios de los rangos del índice de caries dental y las instituciones educativas, la autora de la investigación evidenció que no existe un nivel de significancia ( $NS>0.05$ ) entre estas dos variables, por lo tanto, la autora concluye que la caries dental no discrimina por tipo de Institución educativa estatal o privada. El análisis de correlación entre los promedios de los rangos del índice de higiene oral y las instituciones educativas, la autora logró evidenciar que no existe un nivel de significancia ( $NS>0.05$ ) entre estas dos variables, por lo tanto la higiene oral no discrimina por tipo de institución educativa estatal o privada<sup>18</sup>.

Lacherre Alburqueque, en su trabajo de investigación denominado “Correlación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes en el Establecimiento de Salud María Goretti en el año 2015”. La autora tiene como objetivo identificar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes en el Establecimiento de Salud María Goretti en el año 2015, la autora utilizó el diseño estadístico no experimental. El nivel de conocimiento y su relación con la actitud sobre medidas preventivas en salud oral en las gestantes, estas no fueron estadísticamente significativa ( $NS>0.05$ ) y la autora concluye que el

nivel de conocimiento no depende de la actitud en las gestantes. Porque estas se distribuyen de manera independiente. Las variables de conocimientos y actitudes sobre medidas preventivas en salud oral y su relacionado en el III trimestre de gestación esta obtuvo un 47.62%, es decir un conocimiento regular, por lo tanto, la autora rechaza la hipótesis planteada. La relación entre la alimentación respecto al conocimiento de medidas preventivas la autora encontró un valor de 72%, entonces la autora acepta la hipótesis planteada de que existe relación entre el tipo de alimentación de la paciente gestante con relación al nivel de conocimiento<sup>19</sup>.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Conocimiento:**

Según Delgado Llancari, el conocimiento es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo. Se le conoce como un proceso en el que intervienen elaboraciones mentales. Posee dos 'características' o atributos que se presentan de manera simultánea: objetividad y subjetividad. La objetividad plasma la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano. Por otra parte, la subjetividad es todo aquello en lo cual entran en acción

nuestras creencias, valoraciones y opiniones, aquí intervienen los gustos, preferencias y posibles odios respecto a algunos temas<sup>20</sup>.

Clases de conocimiento:

- Conocimiento Social: Es el que se refiere al saber de la vida cotidiana<sup>5</sup>. Basado en la experiencia, en la percepción, no ofrece una verdad universal. Consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente teniendo o no un conocimiento científico.

- Conocimiento Científico: Es la suma de hechos verificables y sustentados en evidencia, recogidos por las teorías científicas, así como el estudio de la adquisición, elaboración de nuevos conocimientos mediante el método científico. Una teoría científica es un conjunto consistente y deductivamente completo de proposiciones científicas que describen hechos relativos al campo de investigación de la teoría. En ese sentido el conocimiento científico sería el contenido proposicional completo de todas las teorías científicas empíricamente adecuadas.

Uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas<sup>21</sup>.

Conocimiento en Salud

Es 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 del conocimiento. Hasta ahora gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre

las conductas saludables y las de riesgo, con la creencia que esta información provoca un cambio de actitud y a la larga disminuyen el riesgo de enfermedad y aumenta los niveles de salud. Sin embargo, está claro que los conocimientos y las prácticas de los individuos son apenas una parte de todos aquellos factores o procesos que determinan el estado de salud individual y colectivo y sólo trabajando integralmente por los políticos, sociales y culturales, se alcanzarán los niveles de salud y bienestar deseados<sup>22</sup>.

#### Conocimiento en Higiene Oral

Es el entendimiento de las medidas preventivas en higiene oral (uso del cepillo e hilo dental, etc.) que posibiliten el control de los factores que desencadenen la formación precoz de la caries dental, así como el entendimiento de la etiología de la misma y mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil<sup>23</sup>.

Un servicio de salud bucal tiene como misión disminuir el índice de caries en niños a través de la prevención y promoción de salud, para ello es necesario una integra interacción con los diferentes servicios de salud y una educación oportuna, suficiente y adecuada a sus padres. <sup>24</sup>

#### 2.2.2. Higiene Oral

Son 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<sup>25</sup>

La mala higiene oral constituye un serio problema nivel mundial, que implica el desarrollo de futuras enfermedades que causan problemas en el organismo, un claro ejemplo es a acumulación de placa microbiana en boca dando lugar a una alteración en el tejido de sostén del diente (ligamento periodontal, encía y hueso alveolar). La falta de atención oportuna e incorrectas medidas de higiene son un detonante para su progresión.<sup>26</sup>

La principal responsable de la Enfermedad Periodontal y de la aparición de Caries es la placa bacteriana. El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.<sup>27</sup>

### 2.2.3. Placa Microbiana

Mc Donald refiere que se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso<sup>28</sup>.

En 1978, Costerton introdujo el término biofilm. El biofilm, o biopelícula, es una formación de agregados bacterianos, usualmente existentes como comunidades, cercanamente asociadas, que se adhieren a una variedad de superficies naturales o artificiales, en un medio acuoso que contiene una concentración suficiente de nutrientes para sostener las necesidades metabólicas de la microbiota. Las células bacterianas de la biopelícula exhiben características biológicas que difieren marcadamente de las bacterias que están aislada, o en suspensión.<sup>29</sup>

La placa bacteriana es definida como una comunidad microbiana, con algunos leucocitos, macrófagos y células epiteliales, contenidos en una matriz de proteínas y polisacáridos, que se adhiere con gran facilidad a las superficies dentales. Está presente en la boca de individuos sanos o enfermos y es el principal factor etiológico de la caries dental y la enfermedad periodontal.<sup>30</sup>

Si la placa bacteriana persiste en la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, se puede mineralizar y formar cálculos. La superficie de los depósitos calcificados es áspera, favoreciendo la continuación de la colonización bacteriana<sup>31</sup>, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa. El hueso que sostiene a las piezas dentarias comenzará a reabsorberse. Posteriormente el paciente sentirá que los dientes presentan movilidad. Al mismo tiempo aparecerán manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries, por lo que es muy perjudicial para la salud dental.

#### 2.2.4. Índice de Higiene Oral

En 1960, Greene y Vermillon elaboraron el índice de higiene bucal y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca.

El IHO-S (Índice de Higiene Oral Simplificado) mide la superficie de la pieza dentaria cubierta por restos de placa bacteriana y cálculos.

El IHO-S consiste en dos variables; un índice de placa blanda simplificado (IPBS) y un índice de placa dura simplificado (IPDS). Cada componente se valora en una escala de 0 a 3. Se emplean agentes reveladores de placa bacteriana<sup>32</sup>.

Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S son las caras vestibulares de las piezas dentales número 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 y las caras linguales de las piezas dentales número 3.6 y 4.6. Cada superficie dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal.

Si no está presente alguno de estos dientes, se registra la pieza dental continua. Dado sea el caso del incisivo central derecho (1.1), se toma el incisivo central izquierdo (2.1). En el caso de los molares se elige el segundo molar cuando no se encuentre el primero.

La calificación del IPBS se obtiene por persona totalizando la puntuación de la placa blanda por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas<sup>33</sup>.



La valoración del IPDS se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). La puntuación IPDS se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas<sup>34</sup>.

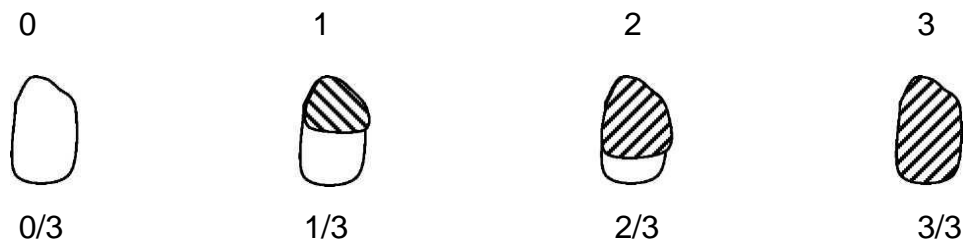
**CUADRO N° 01: Criterios a examinar del Índice de Placa Blanda Simplificado**

Índice de Placa Blanda Simplificado (IPBS)	
VALOR	CONDICION
0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren hasta las dos terceras partes de la superficie dental expuesta
3	Residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes de la superficie dental expuesta

## CUADRO N° 02: Criterios a examinar del Índice de Placa Dura Simplificado

Índice de Placa Dura Simplificado (IPDS)	
VALOR	CONDICION
0	No hay sarro presente.
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
2	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos

Fuente: Ministerio de Salud Gobierno de Perú (2008)



Cálculo del índice:

- Índice =  $\frac{\text{Suma de códigos}}{\text{N° de Dientes}}$

El resultado de la calificación del IPBS o del IPDS se clasifican en:

Buena	0.0 – 0.6
Regular	0.7 – 1.8
Mala	1.9 – 3.0

La calificación IHOS por persona es la suma de las calificaciones del IPBS y IPDS por sujeto, clasificados como sigue:

**CUADRO N° 03: Niveles De IHO-S de Greene y Vermillon**

<b>NIVELES DE IHO-S</b>	
<b>0.0 – 1.2</b>	<b>Bueno</b>
<b>1.3 – 3.0</b>	<b>Regular</b>
<b>3.1 – 6.0</b>	<b>Malo</b>

El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), es un sistema intersectorial e intergubernamental que provee información socioeconómica a las Intervenciones Públicas Focalizadas para la identificación de sus potenciales usuarios, con la finalidad de contribuir a mejorar la equidad y eficiencia en la asignación de los recursos públicos, en beneficio de aquellos grupos poblacionales priorizados. La información que proporciona el SISFOH es básica para enfocar toda política de desarrollo e inclusión social. A partir de los datos que recoge el SISFOH, mediante un conjunto de criterios, reglas o

procedimientos, las Intervenciones Públicas Focalizadas identifican a sus potenciales usuarios y se logra ser eficientes en la asignación de los recursos públicos en beneficio de quienes viven en condición de pobreza y pobreza extrema.<sup>35</sup>

La clasificación socioeconómica, se da en el Estado Peruano, de acuerdo con la información proporcionada por el hogar, la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF): Se revisa la información de bases de datos administrativas: nivel de ingresos (de corresponder). Se revisa la información de consumo de servicios públicos del hogar: Luz (de corresponder). Se aplica el Índice de Focalización de Hogares (de corresponder). La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF) determina la Clasificación Socioeconómica (CSE).<sup>36</sup>

### 2.3 Definición de términos básicos.

- Higiene Oral: Limpieza o aseo para conservar la salud oral y prevenir enfermedades de causa estomatológica.<sup>37</sup>
- Nivel de Conocimiento: “El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo”<sup>38</sup>.

- Padres de Familia: El padre o madre es, en un contexto biológico, aquel ser vivo de sexo masculino o femenino, que ha tenido descendencia directa.<sup>39</sup>
- Prevención: Preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo.
- Promoción de la Salud: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.
- Salud Bucal: ausencia de dolor orofacial, 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.
- Técnica: 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.

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas**

#### 3.1.1. Hipótesis General:

El nivel de conocimiento sobre higiene oral es deficiente en los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.

#### 3.1.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y el grado de instrucción superior universitario de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y los estratos socio-económico no pobre de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Existe relación entre un alto nivel de conocimiento sobre higiene oral y el sexo femenino de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral regular de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.

### **3.2 Variables, dimensioe se indicadores y definición conceptual y operacional.**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala
<u>Variable 1:</u> Nivel de conocimiento	Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje.	Se realizará un cuestionario para medir el nivel de conocimiento de los padres de familia mediante asignación de puntaje y calificaciones del cuestionario.	Cuantitativo	Cuestionario	Alto 14-20 Medio 07-13 Bajo 00-06
<u>Variable 2:</u> Higiene Oral	Son los cuidados, prácticas o técnicas utilizados para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades bucales.	Se realizará un examen estomatológico donde se determinara el IHOS a los padres de familia.	Cuantitativo	Ficha Clínica:  IHOS  (Indice de Higiene Oral Simplificado)	0.0 – 1.2 Bueno 1.3 – 3.0 Regular 3.1 – 6.0 Malo



Co-VARIABLES	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Grado de instrucción	Es el nivel educativo más elevado realizado por una persona	Se obtendrá de la información general brindada por los padres de familia mediante el cuestionario.	Cualitativo	Cuestionario	Ninguna Educación Primaria Educación Secundaria Educación Técnica Superior Universitaria
Estratos socio-económicos	Son los niveles que conforman la pirámide social y categoriza al hogar o a una persona en un segmento económico.	La información se obtendrá de la web del SISFOH (Sistema Focalizado de Hogares) con ayuda del número de DNI.	Cualitativo	Estrato Socio-Económico	Pobre No Pobre Pobre Extremo
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, definiéndolos en hombre y mujer.	Este dato se plasmará de la información general brindada por los padres de familia mediante el cuestionario	Cualitativo	Género específico	Femenino Masculino

## **CAPITULO IV: METODOLOGIA**

#### 4.1. Diseño metodológico

El tipo de la investigación es descriptivo correlacional porque estudia y comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de las condiciones existentes en el momento, orientado a establecer relaciones entre variables.

Nivel de la investigación es no experimental, observa hechos y fenómenos tal y como son en el mundo real para luego analizarlos, no se manipulan las variables.

El método de la investigación es de corte transversal o investigación sincrónica porque el fenómeno es estudiado en una etapa o en un sólo momento de todo su proceso y en tiempo definido.

- De acuerdo con la orientación:

Básica, porque la investigación está orientada a ampliar el conocimiento de una determinada realidad.

- De acuerdo con la técnica de contrastación:

Explicativa, porque permite realizar el análisis de la relación entre las variables de estudio.

- De acuerdo con la direccionalidad:

Prospectiva, porque el fenómeno estudiado presenta la causa en el presente y su efecto en el futuro.

- De acuerdo con el tipo de recolección de datos:

Prolectiva, porque se recogerá la información para fines específicos de la investigación.

- De acuerdo la evolución del fenómeno estudiado:  
Transversal, porque en la presente investigación sólo se midió una vez las variables y se procedió a su descripción y análisis.
- De acuerdo a la comparación de poblaciones:  
No comparativa, porque la investigación sólo cuenta con una población la cual se pretende describir en función a un grupo de variables.

#### 4.2. Diseño Muestral

Población:

La población de la investigación lo conformaron los 358 padres de familia que asisten mensualmente al E.S. I-4. Castilla, Piura.

Muestra:

Se calculó el tamaño de muestra conociendo el tamaño de la población, cuya fórmula a emplear fue la siguiente:

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

$$n = \frac{1.96^2 (358) * (0.5) (0.5)}{0.05^2 (357) + 1.96^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{343.82}{0.8925 + 0.9604}$$

$$n = 186$$

N = Tamaño de la población = 358

K = nivel de confianza = 1.96

P = probabilidad de éxito = 0.5

Q = probabilidad de fracaso = 0.5

e = error máximo = 0.05

Reducción de muestra:

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{N}{n}} = \frac{186}{1 + \frac{358}{186}}$$

$nf = 64$
-----------

#### **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

La técnica a emplear para la evaluación del índice de higiene oral será la observación clínica, la cual se realizará en cada padre de familia que asistirá al E.S I-4 Castilla, luego se plasmarán los resultados en una ficha clínica. El nivel de conocimiento se medirá a través de una entrevista directa a cada padre de familia donde se le aplicará un cuestionario de veinte (20) preguntas. Este instrumento ha sido elaborado y adaptado por la autora y validado por opinión de tres expertos. Este instrumento dentro la técnica de investigación consta de veinte preguntas esbozado en dos dimensiones, en primer lugar, ocho (08) preguntas sobre conocimientos de las principales enfermedades bucales y asimismo en otra dimensión conocimientos sobre medidas preventivas que está avalado en doce (12) preguntas, sumando un total de veinte preguntas que serán respondidas por cada padre de familia.

Una vez desarrollado el transcurso de la entrevista y la evaluación clínica del Índice de Higiene Oral (IHOS) posteriormente terminada toda la selección de la muestra se procederá a realizar el vaciado en una matriz de datos en Excel y después con ayuda del asesor estadístico se procede a hacer un llenado de una matriz en SPSS versión 22 para lo cual se realizará las tablas y gráficos respectivos para poder responder los objetivos e hipótesis planteados en un inicio de esta investigación.

#### **4.4. Técnicas de procesamiento de la información.**

##### Estrategia de Análisis

Se midió la relación entre nivel de conocimiento y grado de instrucción que se planteó como problema y objetivo de esa investigación y se utilizó un análisis no paramétrico como la prueba de Chi<sup>2</sup> en vista que el nivel de conocimiento se certificará en alto, medio y bajo y el grado de instrucción es una variable cualitativa.

Por otro lado, para el nivel de conocimiento y los estratos socio-económicos en vista de que ambas son cualitativas se utilizó la prueba no paramétrica de Chi<sup>2</sup> de Pearson

En el caso de la evaluación de la relación del nivel de conocimiento y el sexo, igualmente se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> y finalmente para determinar la relación entre el índice de higiene oral y el nivel de conocimiento se utilizó también las pruebas no paramétricas.

#### **4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.**

Se utilizaron las pruebas no paramétricas como Chi<sup>2</sup> con un nivel de significancia menor de 5% para las relaciones estadísticas.

Una vez que se recolectó la información y se evaluó por el asesor temático y estadístico, se procedió a ordenar los datos, de acuerdo a los objetivos e hipótesis. Posteriormente se describió las medidas de tendencia central, y se procedió a su análisis y discusión,

teniendo en consideración los antecedentes evaluados para el desarrollo de esta investigación.



## **CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

## 5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.

Tabla N<sup>o</sup> 1\*

### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia

		N	% del N de la tabla
Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia	Bajo	2	3,1%
	Medio	28	43,8%
	Alto	34	53,1%

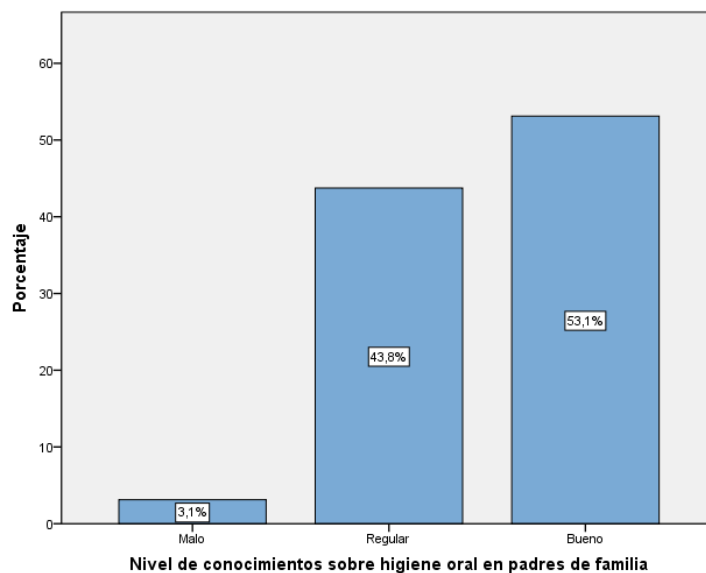
### Análisis:

En la tabla N<sup>o</sup> 01, de acuerdo a la evaluación realizada a los padres de familia del establecimiento de salud I-4 de Castilla se obtuvo como resultado que el nivel de conocimientos es bajo en 3.1%, es medio en 43.8% y en el caso del conocimiento alto se establece en 53.1%. Lo que determina que más de la mitad de la muestra evaluada posee un nivel alto en conocimientos sobre higiene oral.

---

\* Elaborado en base a instrumento de recolección de datos.

**Gráfica N<sup>a</sup> 01 Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia**



**Análisis:**

En el gráfico 01, se observa en el cuadro de barras que el nivel de conocimientos es bajo en el 3.1%, es medio en el 43.8% y en el caso del conocimiento alto se establece en el 53.1%.

**Tabla 2<sup>†</sup> Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \* Grado de Instrucción**

Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia		Instrucción					Total
		Ninguna	Primaria	Secundaria	Técnica	Superior Universitaria	
Bajo	N	0	0	0	2	0	2
	%	,0%	,0%	,0%	3,1%	,0%	3,1%
Medio	N	1	4	15	6	2	28
	%	1,6%	6,3%	23,4%	9,4%	3,1%	43,8%
Alto	N	0	2	10	16	6	34
	%	,0%	3,1%	15,6%	25,0%	9,4%	53,1%
Total	N	1	6	25	24	8	64
	%	1,6%	9,4%	39,1%	37,5%	12,5%	100,0%

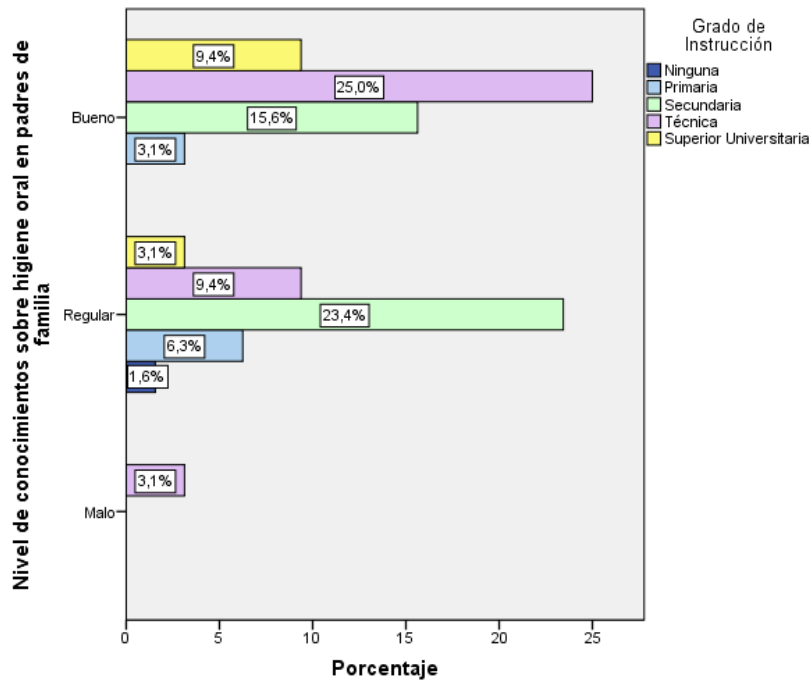
### **Análisis:**

En la tabla número 2 observamos la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento sobre higiene oral en Padres de familia estableciéndose que el nivel bajo está presente en el 3.1%, el nivel medio se encuentra en el 43.8% y el nivel alto se encuentra presente en el 53.1% de la muestra seleccionada, por otro lado el grado de instrucción que prevalece es superior universitario con 12.5%, el nivel técnico con el 37.5%, el nivel secundario con el 39.1%, el nivel primario con 9.4% y no recibió ningún tipo de estudio en el 1.6% de la muestra establecida. Asimismo, con la aplicación de la prueba de Chi cuadrada de Pearson se establece qué nivel de significancia estadística entre ambas variables es superior al 5% es decir que ambas variables son independientes de sí y no tienen relación estadísticamente comprobada.

<sup>†</sup> Elaborado en base a instrumento de recolección de datos. Prueba de Chi cuadrada de Pearson no significativa ( $p > 0.05$ )

## Gráfica 02

### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \* Grado de Instrucción



#### Análisis:

En la Gráfica número 2, se observa que la distribución de los datos con mayor densidad en el grupo del alto nivel de conocimiento establece que el grado superior técnica representa el 25% de ese grupo, por otro lado, en el caso de nivel de conocimiento sobre higiene oral en Padres de Familia del tipo regular, se establece principalmente el nivel regular de instrucción, y se presenta en el 23.4% como nivel secundario; y en el nivel malo presenta una condición técnica en el 3.1% de la muestra seleccionada.

**Tabla Nª 3<sup>‡</sup>**

**Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia  
\*Estratos Socioeconómicos**

**Tabla cruzada Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia\*Estratos Socioeconómicos**

		Estratos Socioeconómicos			Total	
		pobre extremo	pobre	No pobre		
Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia	Bajo	Recuento	1	1	0	2
		% del total	1,6%	1,6%	0,0%	3,1%
	Medio	Recuento	3	13	12	28
		% del total	4,7%	20,3%	18,8%	43,8%
	Alto	Recuento	5	10	19	34
		% del total	7,8%	15,6%	29,7%	53,1%
Total	Recuento	9	24	31	64	
	% del total	14,1%	37,5%	48,4%	100,0%	

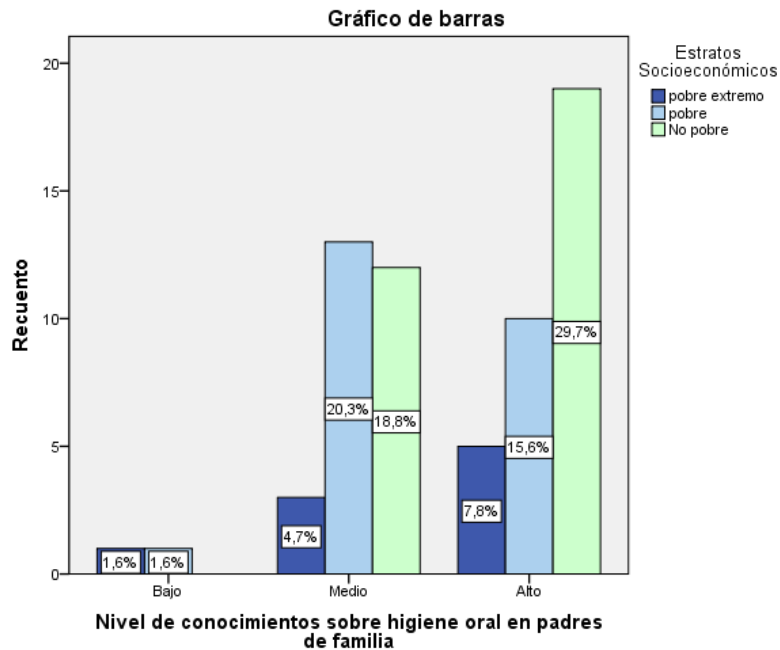
**Análisis:**

Con respecto a la tabla 3 que evalúa el nivel de conocimiento sobre la higiene oral en Padre de familia y los estratos socioeconómicos, se establece de la siguiente manera: presenta una condición de No pobre en el 48.4% de la muestra seleccionada, presenta una condición de Pobre en el 37.5% y presenta una condición de Pobreza Extrema en el 14.1% finalmente. Así mismo, vista la relación estadística entre el nivel de conocimiento y los otros estratos económicos observamos que la prueba Chi cuadrada de Pearson indica que el nivel de significancia estadística entre ambas variables es superior al 5% por tanto, no existe relación estadística entre ambas variables.

<sup>‡</sup> Elaborado en base a instrumento de recolección de datos. Prueba de Chi cuadrada de Pearson no significativa ( $p > 0.05$ ). Existe un 10.7% (N=7) que no presentaba datos de acuerdo a la ficha CSE

### Gráfica Nª 03

#### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \*Estratos Socioeconómicos



#### Análisis:

El gráfico número 3, se observa la relación entre el nivel de conocimiento general en los padres de familia y los estratos económicos, encontrando que para el nivel alto del nivel de conocimientos predomina los no pobres en el 29.7%, en el caso del nivel de conocimientos medio sobresale el nivel pobre en el 20.3% y con respecto al nivel de conocimientos bajo se encuentra presente en el 1.6% para los pobres extremos y los pobres, respectivamente.

## Tabla N<sup>a</sup> 4<sup>§</sup>

### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \* Sexo

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia * sexo					
		sexo		Total	
		Femenino	Masculino		
Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia	Bajo	N	2	0	2
		%	3,1%	,0%	3,1%
	Medio	N	27	1	28
		%	42,2%	1,6%	43,8%
	Alto	N	28	6	34
		%	43,8%	9,4%	53,1%
Total	N	57	7	64	
	%	89,1%	10,9%	100,0%	

#### Análisis:

La tabla número 4, que relaciona el sexo y el nivel de conocimiento sobre higiene oral en Padre de Familia encontramos que el sexo se distribuye en el 89.1% en femenino y 10.9% en masculino. Asimismo, con respecto a la relación estadística entre el nivel de conocimiento y el sexo en los Padres de familia se establece en la prueba de Chi cuadrada de Pearson un nivel de significancia del 5% es decir que la residencia en estadística entre el sexo y el nivel de conocimiento no está especificada por la estadística inferencial.

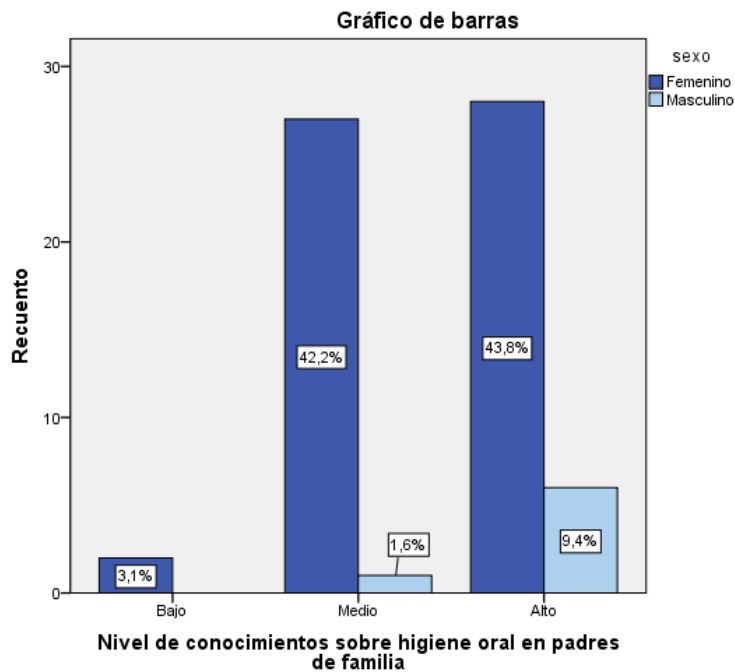
---

<sup>§</sup> Elaborado en base a instrumento de recolección de datos. Prueba de Chi cuadrada de Pearson no significativa ( $p>0.05$ )



## Gráfica Nª 04

### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \* Sexo



#### Análisis:

La gráfica el número 4, en la relación del nivel de conocimiento con el sexo de los padres se observa en la muestra que en el grupo del alto nivel de conocimientos se presenta en el 43.8% para las mujeres y 9.4% para los varones; en el grupo de nivel de conocimientos medio se presenta en el 42.2% para las mujeres y 1.6% para los varones y finalmente en el grupo de nivel bajo en conocimientos se establece en el 3.13% principalmente del sexo femenino.

**Tabla 5\*\*****Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de familia \* IHO-S**

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia * IHO-S						
		Interpretación				
			IHO interpretación			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia	Bajo	N	0	1	1	2
		%	,0%	1,6%	1,6%	3,1%
	Medio	N	2	17	9	28
		%	3,1%	26,6%	14,1%	43,8%
	Alto	N	2	23	9	34
		%	3,1%	35,9%	14,1%	53,1%
Total	N	4	41	19	64	
	%		6,3%	64,1%	29,7%	100,0%

**Análisis:**

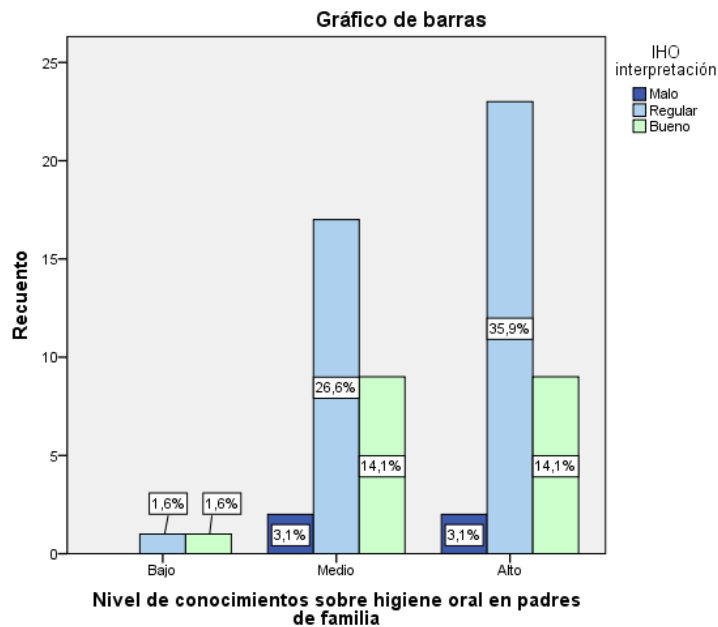
En la tabla número 5, sobre el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de familia y el índice de higiene oral, observamos que el índice de higiene se presenta en un nivel malo en el 6.3% de los casos, el índice de higiene regular, presenta un nivel porcentual de 64.1% y el nivel bueno del índice de higiene oral, se establece en el 29.7% de la muestra seleccionada. Asimismo, con respecto a las pruebas estadísticas nos indica que nivel de significancia estadística mayor al 5% por tanto la relación entre el nivel de conocimiento de los Padres de familia y el Índice de higiene oral no presenta relación estadística entre sí, por lo tanto, estas variables son independientes.

---

\*\* Elaborado en base a instrumento de recolección de datos. Prueba de Chi cuadrada de Pearson no significativa ( $p>0.05$ )

## Gráfica Nª 05

### Nivel de conocimientos sobre higiene oral en padres de familia \* IHO-S



#### Análisis:

En la Gráfica número 5, podemos observar los niveles de conocimiento con relación al índice de higiene oral. Con referente al grupo del nivel de conocimiento alto encontramos principalmente que el índice higiene oral es regular en el 35.9%, en el grupo del nivel medio de conocimiento se presenta en el 26.6% con un índice de higiene oral regular y para el grupo del nivel de conocimientos bajo está presente en el 1.6% en los casos del índice higiene regular y bueno respectivamente.

## **5.2. Análisis Inferencial, pruebas estadísticas no paramétricas.**

Para el caso del Análisis inferencial fue utilizado la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de Pearson, para la presente investigación debido a que las características los cuadros de acuerdo a los objetivos planteados presentan un análisis inferencial cualitativo con respecto a las variables de estudio.

## **5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.**

Con respecto a la comprobación de hipótesis las técnicas estadísticas empleadas están basadas en estadística descriptiva con porcentajes y valores reales de acuerdo con las variables de estudio, así mismo, para la comprobación de las hipótesis se ha utilizado la prueba no paramétrica de Chi cuadrada de Pearson, la cual fue no significativa para la relación entre las variables estudiadas.

## 5.4. Discusión

En este apartado de la investigación realizada titulada Nivel de Conocimientos sobre Higiene Oral de los padres de familia que asisten el E.S. I-4 de Castilla en el año 2017, hay que tener en cuenta lo acotado por Boch en el año 2013, que menciona en su estudio denominado, conocimiento sobre la salud bucodental y la relación del Índice de Higiene Oral antes y después en una intervención educativa en niños de 9 a 10 años establece sus resultados y el 78% contestaron sobre temas de caries y su forma de prevención, asimismo el 60% contestó que debía conocerse sobre las fechas en que deben acudir al dentista, por otro lado, en la intervención educativa, se encontró que el 80% tenía un índice de O'Leary superior al 20%, por todo ello nosotros observamos que con respecto al conocimiento encontrado, dentro de nuestros resultados se establece que de manera global, es bueno en el 53.1%, pero que sin embargo, dentro de los resultados, en los índices de higiene oral evaluados en estos pacientes, nosotros observamos que solamente es bueno en el 29.7% y de regular a malo en el 64.1% y 6.3% respectivamente. Por lo que llegaron a la conclusión que los conocimientos de los niños sobre salud buco dental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa. Eso quiere decir que en la parte teórica, en nuestra población estudiada se encuentran con los conocimientos necesarios para poder afrontar las enfermedades bucales, sin

embargo, en la realidad práctica, en la evaluación del índice higiene oral, nosotros encontramos que más de la mitad de los pacientes presentan índice de higiene oral regular y malo, por lo que debe llamar la atención, de que las prácticas de higiene oral son deficientes, pese a que nivel de conocimiento puedo hacer bueno para estas personas seleccionadas en nuestro estudio de investigación.

Murrieta en el año 2014 a nivel de México, realizó una investigación denominada prevalencia y gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal, demostrado por sus madres en donde se observó, que el índice gingival índice de higiene oral estuvieron presentes en un nivel bueno, en el 20.6% para cada uno, estableciéndose qué nivel de conocimientos presenta relación directa con el estado de salud oral, de acuerdo a la prueba de chi cuadrada de Pearson, todo lo cual es coincidente con nuestro trabajo, en donde se ha utilizado las pruebas de estadística similares y asimismo, con respecto a la relación estadística, entre el estado de salud oral y nivel de conocimiento nosotros discrepamos, en vista que de la muestra seleccionada, el nivel de significancia asintónica se presenta por encima del 5%, por tanto, de acuerdo a la muestra seleccionada, nosotros no podemos establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral pertinentemente, como lo realiza el trabajo mexicano, esto puede ser debido a la

diferencia que existe entre el nivel de conocimiento y el nivel de prácticas saludables, a nivel de la higiene oral de cada persona.

Limonta y Araujo, a nivel de un estudio cubano, establece una intervención educativa para poder mejorar los conocimientos sobre salud oral en escolares del tercer grado a nivel de Cuba, en donde se evalúa a un grupo de alumnos y se realiza unos cuestionarios en donde se establece que el 94.3% presenta un nivel inadecuado de conocimientos y teniendo en cuenta de ello, con nuestra investigación difiere, ya que la mayor parte de nuestra muestra obtiene valores buenos y regulares en el 53.1% y 43.8%, hay que destacar que nuestro trabajo, evalúa a los padres de familia con respecto al conocimiento de higiene oral, mientras que en el estudio de Cuba, se valora a los alumnos, lo cual definitivamente tiene puntajes muy por debajo de la obtenido en nuestra investigación.

Para Manrique, en un trabajo chileno, ellos evalúan las creencias y conocimientos y prácticas de salud oral en una población indígena a nivel del poblado de Chile, y refieren que el 53% fueron mujeres y el resto varones. Asimismo establece, qué nivel de conocimientos es pobre en el 62% de los casos, llegando a la conclusión de que se deben implementar estrategias para promover la salud oral en este tipo de población indígena, por otro lado en nuestra tesis, evalúa el nivel de conocimientos y el índice de higiene oral en Padre de Familia, en donde se observa que nivel de

conocimientos es muy superior, eso es debido a que el nivel de educación es totalmente diferente con respecto a la población chilena, en la cual se da este estudio, por otro lado hay que descartar, que con respecto al índice higiene oral, éste salió deficiente, debido a las prácticas poco saludables que tienen los padres de familia, sin embargo, es coincidente con las características en la higiene oral establecida por el pueblo chileno por lo que hay que hacer una reflexión, que no solamente es necesario tener conocimientos sobre ciertos indicadores de salud oral, sino también hay que ponerlos en práctica, teniendo en cuenta esto se debe programar múltiples talleres para mejorar el nivel de práctica en tanto los padres e hijos del establecimiento de salud de Castilla, que acuden al consultorio de odontología.

Para Gutiérrez, nivel del trabajo cubano, realiza una investigación denominada, estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimiento sobre promoción de salud bucal, mencionando dentro resultados que se realiza una estrategia en etapa de planificación, implementación y evaluación, encontrando dentro de sus resultados, que se obtuvieron puntajes Bajos en el 85% de la muestra y con respecto a la práctica de componentes y técnica de salud oral, estos llegaron a ser altos en el 95%, y si nosotros comparamos los resultados con nuestra investigación, encontraremos que el nivel de conocimiento es alto y regular respectivamente, con porcentajes que oscila entre el 53.1% y el



43.8% respectivamente, sin embargo, en la parte práctica, nuestra población se muestra principal deficiente, debido a que los indicadores de Índice de Higiene Oral, están demasiado elevados para poder establecer, que el nivel práctico, sobre higiene oral, se encuentra en unos indicadores aceptables, por ello, se debe hacer hincapié, en todo momento de que los talleres, sean evaluativos para los padres que acuden a los consultorios del establecimiento de salud Castilla, para mejorar los niveles prácticos y el índice higiene oral en este tipo de población.

Para el caso del trabajo de Núñez, donde se evalúa el nivel de conocimiento de salud oral y la utilización de consultorio odontológico en puérperas atendidas en la clínica Privada de Santiago de Chile, ellos establece un cuestionario con 24 Preguntas dónde se obtuvo que el 57% presente educación Universitaria en su mayor parte, sin embargo al evaluar el nivel educativo de nuestra muestra, nosotros obtenemos que si bien es cierto de acuerdo a los puntajes de conocimiento, que el nivel es bueno y además, que el principal grado de instrucción es el superior técnico en el 25% de los casos y el nivel universitario sólo se encuentra en el 9.38% de los casos, que establecen la población chilena, informando que presenta mejores indicadores en el grado de instrucción, con respecto al trabajo presentado, dentro del área de Castilla Piura, sin embargo, en el trabajo chileno, se especifica que se realizó en gestantes, las cuales debidamente tiene los controles de

planificación familiar, y es ahí donde el odontólogo, con el equipo multifactorial y multidisciplinario, pueden evaluar las diferentes patologías en las gestantes, sin embargo, en nuestro trabajo, el grupo poblacional estuvo relacionado a los padres de familia y sus menores hijos, por lo cual en ese contexto, difieren dentro de las características poblacionales y muestrales para ambos estudios.

Almarales en el año 2008, realizó un estudio cubano denominado conocimiento sobre salud bucal y demanda de los servicios estomatológicos en relación a la enfermedad periodontal en embarazadas, en donde se evidencia que el 59.1% mostraron un nivel de conocimiento insatisfactorio, a diferencia de nuestra investigación, donde el conocimiento, está entre los mejores indicadores, entre los indicadores buenos y regulares, en más del 50% de la muestra, evidenciándose que nuestro estudio, los padres de familia presenta mejores conocimientos sobre salud oral sin embargo, dentro de otro contexto la autora cubana, establece que existe mayor demanda de atención estomatológica por parte de las embarazadas y en contra parte de nuestra investigación, los grupos muestreados fueron diferentes, ya que nosotros no hemos trabajado con las gestantes y tampoco se ha medido variables que están relacionadas con la gerencia en salud ,aplicada a la estomatología y la gestantes respectivamente.

Córdoba en un trabajo mexicano, denominado nivel de conocimientos sobre la prevención de salud bucal en gestantes realizado en el hospital de la mujer de Villahermosa, Tabasco encontraron que el autor, realizó una evaluación a las gestantes y cuyo conocimiento sobre prevención bucal fue intermedio en el 49% de los casos, lo cual estaría de acuerdo a los porcentajes evaluados a nivel de nuestro estudio, en donde encontramos que el nivel de conocimientos oscila entre nivel medio y alto, pero la diferencia se establece en el grupo poblacional, en donde el trabajo realizado en México, evalúa específicamente gestantes, sin embargo en nuestro trabajo, se dedicó a evaluar a los padres de familia, que tienen el conocimiento necesario, pero que sin embargo, a nivel práctico son deficientes en su mayor parte.

González, en un trabajo cubano denominado conocimiento sobre la salud bucal en los círculos de abuelos, especifica que se evaluaron 101 personas adultos mayores, en donde se observa que el 71.2% conoce y tiene conocimientos sobre la salud oral, sin embargo, presentan características dentro de las variables de salud pública, que afectan definitivamente, la salud bucal de los adultos mayores, llegando a la conclusión específica, que los adultos mayores de sexo femenino, presenta un desconocimiento de las funciones masticatorias y de salud oral, a diferencia en nuestro trabajo el nivel de conocimiento, se encuentra dentro de los estratos regular a bueno en más del 50% de la muestra, por otro lado, hay

que tener en cuenta que ambos estudios, se realizaron en poblaciones diferentes, mientras que en el estudio Cubano, se estableció los conocimientos en personas adultas mayores, en nuestro caso se evalúa a pacientes, padre de familia, que presentan indicadores de conocimiento altos y regulares, por lo que hay que tener en cuenta, también con la capacidad de respuesta que pueda tener los pacientes adultos mayores, teniendo en cuenta las enfermedades degenerativas y diferentes demencias, que puede hacer alterar los resultados de la evaluación a nivel el trabajo cubano.

En el caso de Carrasco, en un estudio nacional, realizado en nuestra capital y denominado características socioeconómicas y de salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas, menciona que dentro de los resultados se encontraron, que los niveles socioeconómicos, se establecen en viviendas de materiales nobles en su mayor porcentaje, pero que el 38% de los casos no presenta ningún tipo de seguro, lo cual con respecto a las variables de estudio, cabe mencionar los estados socioeconómicos se presentan principalmente entre zonas de pobreza en el 37.5%, sin embargo eso no cuentan con seguro social, ni seguro integral de salud, en el 10.9%, por lo que la realidad establecida por el autor es mucho mayor en tres veces a la establecida por nuestro trabajo, de investigación, por otro lado, el índice de higiene oral, se establece un nivel entre bueno y regular, a diferencia en su trabajo, donde

generalmente el índice de higiene oral, que hemos establecido, para la investigación, nos muestra que principalmente, el índice de higiene regular en el 64.1% y buena el 29.7% , por lo cual, tenemos que tener en cuenta, que la parte práctica en la investigación es deficiente, al analizar a los padres de familia, sobre los conocimientos de higiene oral, teniendo en cuenta que las prácticas de salud oral, deben enfocarse en actividades que valoren a nivel bucal y los indicadores de higiene oral pertinentemente.

García en el 2017, a nivel de Lima, realiza una tesis denominada conocimiento de los padres sobre salud bucal de los niños preescolares y validación instrumentos, en donde, se observa que se obtuvo una validez, a través de métodos estadísticos, en 312 padres de familia, encontrando que el instrumento evaluado presenta características seguras y confiables, sin embargo, con respecto a los conocimientos , se observa que éstos fueron regulares en el 30% de los casos y malos en el 40% de los casos, lo cual es contradictorio, ya que a los resultados que nosotros planteamos se presenta conocimientos entre regulares y buenos en su mayor parte de la muestra, a nivel de la realidad Piura; siendo diferente a lo planteado por el trabajo limeño, sin embargo, este instrumento se aplicó a nivel de la provincia de Lima, teniendo en cuenta un grupo muestral bastante amplio de 312 padres y madres, por otro lado dentro de los objetivos de investigación comparativa, establecieron el nivel de validez y confiabilidad de un instrumento, para medir la

salud bucal, sin embargo en nuestro estudio, que es de tipo correlacional, no presenta estos objetivos y por el contrario busco establecer las relaciones estadísticas, entre el nivel de conocimientos y el nivel socioeconómico de los padres.

Saavedra Padilla, en Lima Perú realiza una investigación denominada prevalencia de caries en la infancia temprana en niños de 0 a 36 años y su nivel de conocimiento sobre la salud oral y madres en el hospital Marino Molina, establecen que el nivel de conocimientos fue bajo en el 49.2%, siendo esto totalmente contradictorio al valor de nuestra investigación, en donde los padres obtienen, indicadores entre regular y buenas, en la mayor parte de los porcentajes de la muestra seleccionada, la cual existe diferencia significativa con respecto a la variable conocimiento, por otro lado, con respecto a los estratos socioeconómicos, se encuentra que no ha sido valorados, en el trabajo realizado en Lima, por lo que nuestro aporte, se establece en un estudio correlacional, que valora los niveles de conocimiento y los niveles de estudio pertinente mente.

Pisconte en el año 2010, a nivel de Trujillo, presenta una investigación titulada, relación entre la prevalencia de caries en preescolares y su nivel de conocimiento y madre sobre salud dental estableciéndose, la prevalencia de caries en el 60.7% y el nivel de conocimientos fue medio en el 66.5%, para lo cual dentro de la comparación dentro de nuestra investigación, nosotros obtenemos

que el nivel de conocimientos fue regular en el 43.8% y fue bueno en el 53.1%. Por otro lado, hay que tener en cuenta que nosotros no hemos valorado el índice de caries, y por el contrario hemos evaluado en higiene oral teniendo, en cuenta que los mayores porcentajes sostienen el nivel regular en el 64.1%, lo que evidencia que el nivel práctico en el Padre de familia, se encuentra en regular nivel de higiene.

Rodríguez Vargas, a nivel de Lima, evalúa el nivel de conocimiento sobre la prevención de salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, este estudio descriptivo se realizó en 75 gestantes, en donde se evalúa el nivel de conocimientos, el cual se estuvo en un rango entre los malo a regular; estableciéndose que el conocimiento, fue regular en el 60%, lo cual no coincide con la realidad estipulada a nivel de Castilla, sin embargo, hay que destacar que la poblaciones fueron diferentes al aplicar los instrumentos, es decir, que por un lado, a nivel de Lima se evalúa una población de gestantes, mientras que a nivel de la población de Piura, se evalúa pacientes padres de familia, que si bien es cierto, la mayoría son mujeres, son las que principalmente vela sobre el cuidado de la salud oral de los pequeños niños representa.

Valdivieso Sandoval, en el año 2015 realizó un estudio comparativo a nivel de conocimiento de los padres de familia sobre

el uso de productos de higiene oral y su influencia en la salud bucal de los hijos en 12 sesiones educativas a nivel de Catacaos (Piura), en donde la autora, menciona que existe diferencia entre los puntajes de conocimiento, presentando mayor porcentaje a nivel de las instituciones educativas privadas, por lo cual, enmarca que las características y los indicadores de higiene oral, se mantienen en diferentes estratos para un colegio privado y un colegio Estatal, en ese sentido, hay que tener en cuenta, que nuestra investigación evalúa el conocimiento de los padres con respecto a sus niños y esto se encuentra un nivel regular en el 64.1%, pero también hay que hacer hincapié, que nuestro estudio no está realizado en instituciones educativas, tanto privadas como públicas, sin embargo dentro de los indicadores, que nos puede valorar el nivel socioeconómico, que presentan los padres, puede ser comparativo ya que nuestra investigación, establece que los conocimientos son regulares y principalmente se distribuye en pacientes pobres en el 20.31% lo cual estaría en relación también con el tipo institución educativa y la capacidad económica, que pueden tener los padres para con sus hijos



## CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla Piura Año 2017 es Alto en el 53.1% y así mismo el IHOS es regular en el 64.1%
2. No existe relación estadística ( $p>0.05$ ) entre el nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla Piura Año 2017.
3. No existe relación estadística ( $p>0.05$ ) entre el nivel de conocimiento y los estratos socioeconómicos de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla Piura Año 2017, siendo ambas variables independientes.
4. No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y sexo de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla Piura Año 2017.
5. No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017, siendo ambas variables independientes.

## RECOMENDACIONES

1. Se debe de concientización a los odontólogos, que laboran en el establecimiento de salud I-4 Castilla, en relación al nivel de conocimiento y los estratos socioeconómicos de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla, teniendo en cuenta las formas de aprendizajes y orientaciones en salud oral.
2. Al encargado de la jefatura del servicio de Odontología realizar talleres prácticos que optimicen el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla, teniendo en cuenta que son los responsables en el cuidado de la salud oral de sus menores hijos, asimismo, realizar seguimiento de los pacientes, que obtuvieron los peores indicadores de conocimientos, para que mejoren sus condiciones teóricas y prácticas.
3. Al encargado de la dirección del establecimiento coordinar con el odontólogo para que realice visitas domiciliarias para mejorar el nivel de conocimiento sobre higiene oral a través de actividades extramurales, que puedan intervenir en las condiciones de higiene de los pacientes.
4. A la coordinación de la escuela de Estomatología proponer a los alumnos que egresan realizar estudios que valoren la relación del nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla, teniendo en cuenta un mayor número de muestra.

5. Se recomienda al Coordinador Regional de la DIRESA Piura a implementar con materiales para las sesiones educativas y demostrar en el servicio de la odontología del establecimiento de salud I-4

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS; 24 de febrero de 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Estrategias Sanitarias Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas. Portal web. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
3. Ministerio de Salud del Perú. Estrategias Sanitarias Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas. Portal web. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
4. Bosch Robaina R., Rubio Alonso M., García Hoyos F.. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Dic 13]; 28( 1 ): 17-23. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es).
5. Bosch Robaina R., Rubio Alonso M., García Hoyos F.. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Dic 13]; 28( 1 ): 17-23. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es).
6. Limonta Vidal, , and Araújo Heredia L. "Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado." Medisan 4.3 (2008): 9-15.

7. Manríquez, José Manuel, et al. "Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población mapuche-williche de Isla Huapi, Chile." *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 25.2 (2014).
8. Gutiérrez-Santisteban E, Tamayo-Oliva Y, Benítez-Díaz M, Guach-Santisteban A, Soler-Otero V. 13-Estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimientos sobre promoción de salud bucal
9. Didactic strategy to increase the level of knowledge in regards to the bucodental health promotion.. *MULTIMED Revista Médica Granma* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Dic 13]; 19(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/380>
10. Núñez, Juan y cols. Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Puérperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *Int. J. Odontostomat.* vol.7 no.1 [revista en línea] 2013 Temuco. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000100007&script=sci_arttext)
11. Almarales, Caridad y cols. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *Revista Cubana Estomatológica* v.45 n.2 [revista en línea]
12. Ciudad de La Habana abril - junio. 2008. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072008000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200003)
13. Córdova Hernández, Juan Antonio y cols. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, realizado en el Hospital de la Mujer, Villahermosa, Tabasco. *Revista Horizonte Sanitario*, Vol. 6 [revisa en línea] (2007). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/220>
14. González Ramos Rosa María, Madrazo Ordaz Daisy Elena, Osorio Núñez Maritza. Knowledge on oral health at elderly clubs. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Dic 13]; 50(3): 284-291. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es).

15. Carrasco L. "Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas." Revista Kiru 6.2 Universidad San Martín. Lima Perú. (2015).
16. Cupé-Araujo, Ana Cecilia, and Carmen Rosa García-Rupaya. "Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento." Revista Estomatológica Herediana 25.2 (2015): 112-121 Lima Perú..
17. Saavedra Padilla, NN. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital "Marino Molina Scippa. [tesis para optar título] Lima – Perú. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. 2011.
18. Pisconte León, EG. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza-Trujillo. 2010. [tesis para optar título]. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. Trujillo – Perú. 2010.
19. Rodríguez Vargas, MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, [tesis para optar título]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 2002.
20. Valdiviezo Sandoval, R. Estudio Comparativo del Nivel de Conocimiento de los padres de familia sobre el uso de los productos de higiene oral y su influencia en la salud bucal de sus hijos en dos instituciones educativas iniciales del Distrito de Catacaos, durante el año 2015. [tesis para optar título]. Universidad Alas Peruanas. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Estomatología. Piura – Perú. 2015.
21. Lacherre Alburquerque, B. Correlación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas preventivas en salud bucal en gestantes en el Establecimiento de Salud María Goretti en el año 2015. [tesis para optar título]. Universidad Alas Peruanas. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Estomatología. Piura – Perú. 2015.

22. Delgado Llancari, R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de Huachos y Capillas, Provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. [tesis para optar título]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima – Perú. 2012.
23. Franco Angela y cols, El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontológica [revisa en línea]. 2004; Vol. 17 N° 1. 19- 29.
24. Franco Angela y cols, El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontológica [revisa en línea]. 2004; Vol. 17 N° 1. 19- 29.
25. Ministerio De Salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de Salud de las Personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996.
26. Panduro Del Castillo, MB. Nivel de conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del Programa Integral De Estimulación Temprana con base en la familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. [tesis para optar título]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Odontología. Iquitos – Perú. 2015.
27. Quintana Ramírez pea prevalencia del calculo dental supragingival y subgingival y nivel de placa en niños de 9 a 15 años de edad en escuelas y colegios públicos y privados de tucán Ecuador facultad de odontología año 2017 (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6738/1/UDLA-EC-TOD-2017-39.pdf>
28. Yncio Lozada. S. Prevalencia De Caries Dental En Relacion Al Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Higiene Oral En Primigestas Y Multigestas Que Se Atendieron En El Policlínico Francisco Pizarro Essalud Rimac De Marzo A Mayo 2008. (Tesis ) Universidad Inca Garcilaso De La Vega Facultad De Estomatología. (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SALLYISELAYNCIOLOZADA.pdf>

29. Mc Donald, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta Edición. Editorial Panamericana. Año 1995. Pág. 220.
30. Quintana Ramírez pea prevalencia del calculo dental supragingival y subgingival y nivel de placa en niños de 9 a 15 años de edad en escuelas y colegios públicos y privados de tulcán Ecuador facultad de odontología año 2017 (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6738/1/UDLA-EC-TOD-2017-39.pdf>
31. Beltrán Neira R “Relación Entre La Frecuencia De Caries Dental Y El Índice De Placa Blanda En Niños De 6 A 13 Años Del Centro Educativo Fe Y Alegría N° 2 Entre 2003 Y 2004” Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Estomatología (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ANGELAPAREDESMEDINA.pdf>
32. Rodríguez Vargas, MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, [tesis para optar título]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 2002.
33. Directiva Sanitaria para el Registro e Identificación del Riesgo Estomatológico por etapas de vida en el Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud IV Lima Este. Directiva Sanitaria N° 005 -2008-DG/DESP-DISA IV LE.
34. Directiva Sanitaria para el Registro e Identificación del Riesgo Estomatológico por etapas de vida en el Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud IV Lima Este. Directiva Sanitaria N° 005 -2008-DG/DESP-DISA IV LE.
35. Directiva Sanitaria para el Registro e Identificación del Riesgo Estomatológico por etapas de vida en el Primer Nivel de Atención de la Dirección de Salud IV Lima Este. Directiva Sanitaria N° 005 -2008-DG/DESP-DISA IV LE.
36. Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL <http://www.sisfoh.gob.pe/el-sisfoh/que-es-el-sisfoh/nuestra-institucion>



37. Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH). (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL <http://www.sisfoh.gob.pe/programas-sociales/la-clasificacion-socioeconomica-y-los-programas-sociales/que-es-la-clasificacion-socioeconomica-cse/105-programas-sociales-y-subsidios/la-clasificacion-socioeconomica-y-los-programas-sociales/185-como-obtene-la-cse>
38. Venemedia. Nivel de Conocimiento (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL <http://conceptodefinicion.de/conocimiento/>
39. Venemedia. Higiene Oral (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL [conceptodefinicion.de/higiene/](http://conceptodefinicion.de/higiene/)
40. Wikimedia. Padre de Familia. (On line) Fecha de descarga 01-01-2018. Ubicado en URL <https://es.wikipedia.org/wiki/Padre>

# **ANEXOS**

# Anexo N° 01: Carta de presentación

Piura, 31 de agosto del 2017

CARTA N° 0272017 / RCTV

Dr. Ciro García Ávila.

Jefe de Establecimiento I-4 Cesamica – Castilla

Asunto: Solicito brindar facilidades para ejercer proyecto de investigación

## Presente:

De mi mayor consideración

Aprovecho la ocasión para saludarlo cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que me encuentro desarrollando un Proyecto de Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista de la Universidad Alas Peruanas Filial Piura, titulado “**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN AL E.S. I-4. CASTILLA. PIURA. AÑO 2017**”, en ese sentido solicito su autorización para aplicar una ficha de Índice de Higiene Oral Simplificado IHO-S y un cuestionario dirigido a los padres de familia que acuden a la prestigiosa institución que usted dirige con el fin de recolectar datos necesarios para mi trabajo de investigación.

Con la seguridad de contar con vuestro apoyo reitero a usted mis mayores consideraciones.

Atentamente,



JAL ALAS PERUANAS  
FILIAL PIURA  
C.D. Ruby Marañón Barrasa  
COORDINADORA ACADÉMICA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Bach. Ruby Carolina Tirado Velásquez

DNI 72895835

## Anexo N° 02: Constancia de desarrollo de la investigación

*"Año del buen Servicio al Ciudadano"*

Piura, 30 de Mayo del 2017

C.D. Ruth Marañón Barraza  
Coordinadora de la E.A.P. Estomatología  
UAP-Filial Piura

Asunto: Informe de aprobación del Proyecto de Tesis de la Bach.  
**RUBY CAROLINA TIRADO VELASQUEZ.**

Es grato dirigirme a Usted, con el fin de saludarla y mencionarle que al haber sido designado Asesor Técnico – Metodológico de la Escuela Académico Profesional de Estomatología- UAP- Filial Piura del Plan de Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista, cuyo tema es: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN AL E.S. I-4. CASTILLA. PIURA. AÑO 2017"** de la Bachiller **RUBY CAROLINA TIRADO VELASQUEZ.** He procedido a hacer la REVISION Y APROBACION correspondiente a los Capítulos que contiene el Proyecto de Tesis.

Así mismo debo indicar que han sido subsanadas las observaciones del desarrollo del Proyecto de Tesis y en virtud a ello, envío el Informe respectivo para continuar el proceso de desarrollo de la Tesis.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente



Dr. Max Mundaca Monja  
Asesor Técnico-Methodologico

**Anexo N° 03: Consentimiento Informado**



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**Declaración de Consentimiento Informado**

Yo ..... identificado(a)  
con DNI N° ....., Doy constancia de haber sido informado(a) y de haber  
entendido en forma clara el presente trabajo de investigación titulado “NIVEL DE  
CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE  
ASISTEN AL E.S. I-4. CASTILLA. PIURA. AÑO 2017”; 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 el cuestionario y ser examinado(a) por la responsable  
del trabajo.

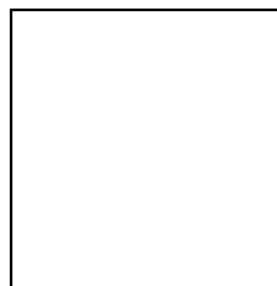
Responsable del trabajo: Ruby Carolina Tirado Velásquez

Bachiller en Estomatología

Fecha de aplicación:

\_\_\_\_\_

Firma del padre de familia



Huella dactilar

## Anexo N° 04: Instrumentos de recolección de datos

### Questionario

#### I. Instrucciones:

Lea detenidamente y responda con sinceridad. Marque la respuesta según su criterio con una (x)

#### II. Información General:

Grado de instrucción de los padres de familia:

Sexo: F M

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

#### ENFERMEDADES DENTALES

##### 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 un dolor de boca

##### 2.- ¿Qué es la caries de biberón?

- a) Es la enfermedad causada por dulces
- b) Es una enfermedad que aparecen los niños desnutridos
- c) No es una enfermedad
- d) Enfermedad que afecta a los dientes de leche y es causada por falta de aseo

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

- a) Compartir cepillos dentales, besos en la boca y soplar la comida del niño
- b) Introducir objetos en la boca
- c) Comer alimentos en la calle
- d) No lavarse las manos antes de comer

##### 4.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a) Es una mancha negra dentro 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 rojiza que solo se encuentra en los dientes de los adultos

##### 5. ¿Qué es la gingivitis?

- a) Es una enfermedad bucal donde se inflaman y sangran las encías
- b) Es la inflamación de los labios
- c) Es el dolor del diente
- d) Manchas blanquecinas en el diente

- 6.- ¿Que es la periodontitis?
- a) Es el dolor del diente
  - b) Es una enfermedad que afecta a los soportes del diente
  - c) Son las pigmentaciones en las encías
  - d) Son heridas en boca
- 7.- ¿Qué es el diente?
- a) Es un elemento de la cara
  - b) Es un órgano de la boca que cumple la función masticatoria, estética y fonética.
  - c) Sirve solamente para masticar los alimentos
  - d) Sirve para hablar
- 8.- ¿Son importantes los dientes deciduos o de leche?
- a) Sí, porque sirven para la masticación y guardan espacio a los dientes de adulto
  - b) Sí, porque nunca se caerán
  - c) No, porque no cumplen ninguna función
  - d) No, porque no son los dientes de adultos

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

- 9.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:
- a) A partir de los 6 años
  - b) Cuando aparece el primer diente de leche
  - c) Cuando tenemos dientes de adulto
  - d) Solo cuando existe dolor
- 10.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:
- a) Si, para un examen clínico de rutina
  - b) Solo si tiene dientes chuecos
  - c) No, porque no es necesario
  - d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca
- 11.- ¿Qué elementos brindan una buena higiene oral?
- a) Cepillo dental, jabón, hilo dental
  - b) Pasta dental, cepillo dental, hilo dental, enjuagatorio bucal
  - c) Cepillo dental, pasta dental, jabón
  - d) Desconozco
- 12.- ¿A qué edad debe comenzar la limpieza de la boca de una persona?
- a) Después de la primera ingesta de leche materna
  - b) Cuando aparece el primer diente del niño
  - c) Cuando el niño cumple 1 año de edad
  - d) Cuando tiene sus dientes de adulto
- 13.- ¿Cuántas veces al día una persona 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.- En cuanto al cepillado dental
- a) El cepillado dental puede ser realizado en 20 minutos
  - b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños
  - c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 8 años.
  - d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.
- 15.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
- a) Cada 3 meses
  - b) Cada 5 meses
  - c) Al año
  - d) Cada 6 meses
- 16.- ¿Conoce usted que es el flúor y qué beneficios posee?
- a) Sí, fortalece los dientes y previene la caries
  - b) Sí, es un líquido que desgasta los dientes.
  - c) Sí, el flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
  - d) Sí, fortalece al niño para que crezca sano y fuerte
- 17.- ¿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
- 18.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
- a) El flúor
  - b) Una correcta higiene bucal y evitar consumo excesivo de azúcares
  - c) No realizar un buen cepillado dental.
  - d) Desconozco
- 19.- ¿Qué significa para Usted Salud Bucal?
- a) Cuando todas las partes de la cavidad oral están sanas
  - b) Cuando los dientes tienen caries dental
  - c) Es tener sangrado de encías
  - d) Es tener dientes careados
- 20.- ¿Qué significa para Usted Higiene Oral?
- a) Es cepillarse los dientes 1 vez al día
  - b) Eliminar los restos de alimentos de la boca mediante un correcto cepillado
  - c) No cepillarse los dientes
  - d) Desconozco



## ASIGNACIÓN DE PUNTAJE Y CALIFICACIONES DE LA ENCUESTA

Alto 14 - 20  
Medio 07- 13  
Bajo 00 - 06

Conocimiento sobre Higiene Oral	Padres de Familia	
	Cantidad	Porcentaje
Alto		
Medio		
Bajo		
TOTAL		

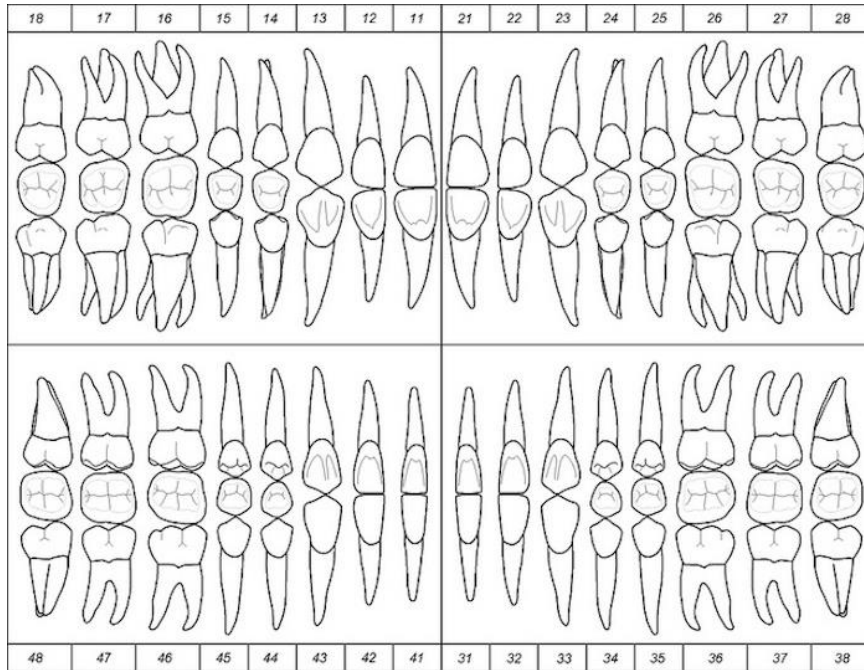
## FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

### 1. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: .....

Edad: ..... Sexo:.....Fecha de aplicación:.....

### 2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLION:



#### Índice de Placa Bacteriana

<b>Piezas</b>	<b>1.6</b>	<b>1.1</b>	<b>2.6</b>	<b>3.1</b>	<b>3.6</b>	<b>4.6</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Valor</b>							

#### Índice de Cálculo

<b>Piezas</b>	<b>1.6</b>	<b>1.1</b>	<b>2.6</b>	<b>3.1</b>	<b>3.6</b>	<b>4.6</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Valor</b>							

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

<b>Bueno</b>	<b>0.0 – 1.2</b>
<b>Regular</b>	<b>1.3 – 3.0</b>
<b>Malo</b>	<b>3.1 – 6.0</b>

## Anexo N° 05: Matriz de Consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOOGÍA		
	PRINCIPAL	GENERAL	GENERAL	DEPENDIENTE	MODELO	POBLACION	MUESTRA
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE ASISTEN AL E. S. I – 4. CASTILLA. PIURA. AÑO 2017.	¿Cuál es el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?	Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.	El nivel de conocimiento sobre Higiene Oral es deficiente en los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.	Higiene Oral	Enfoque: Cualitativo – Cuantitativo  Alcance: Descriptiva		
	¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?  ¿Existe alguna relación entre el nivel de conocimiento y los estratos socio-económico de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?  ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el sexo de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?  ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4 Castilla Piura Año 2017?	Evaluar la relación del nivel de conocimiento y grado de instrucción de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Indagar la relación del nivel de conocimiento y los estratos socioeconómicos de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Demostrar la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene oral y sexo de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.	Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral y el grado de instrucción superior universitario de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral y los estratos socio-económico no pobre de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Existe relación entre un alto nivel de conocimiento sobre higiene oral y el sexo femenino de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017.  Existe relación entre el nivel de conocimiento y un índice de higiene oral regular de los padres de familia que asisten al E.S. I – 4. Castilla. Piura. Año 2017,	INDEPENDIENTE  Nivel de Conocimiento	Diseño: Investigación no experimental, Transversal y prospectivo  Tipo de Estudio: Básica Descriptiva  Evaluaciones:  Instrumentos: - Cuestionario - Ficha Clínica  Técnica: - Observación - Entrevista  Población: Los 358 padres de familia que asisten mensualmente al E.S I-4 Castilla.  Muestra: 64		

## Anexo N° 06: Evidencias fotográficas



Antes de iniciar la aplicación de instrumentos en E.S I-4 Castilla.



Firmando el Consentimiento informado



Instrumentos e incentivos para ser entregados a los padres de familia.



Madre de familia respondiendo el cuestionario



Realizando el examen para determinar el Índice de Higiene Oral

---

---