



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

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE
FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO –
CAJAMARCA, 2018.**

PARA OPTAR EL GRADO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

Bachiller: Rafael Reyes Santos.

ASESOR

Mg. C.D. Katherin Melissa Becerra Jiménez

Cajamarca – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por concederme la vida y la salud, iluminar mi destino y por darme la oportunidad para alcanzar mí objetivo siempre anhelado.

A mi padre, pues es él quien me ha dado todo su orientación y una formación recta.

“Santos”

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy gracias a Dios por iluminar mi destino y darme la oportunidad de lograr mis metas y hacer realidad mis objetivos.

Mis más sinceros agradecimientos al Centro de Salud Magna Vallejo y a la doctora Sandra Jefe de Servicio del Área de Odontología por brindarme su confianza y el valioso apoyo para realizar la investigación en este Centro de Salud.

Agradecer a la Universidad Alas Peruanas Alma Mater, quien me brindó sus conocimientos a través de sus docentes durante el proceso de mi formación académica.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre salud oral de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca en el año 2018. El estudio es descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 134 padres de familia. La evaluación del conocimiento sobre salud oral de los padres se realizó mediante un cuestionario, clasificándolos en 4 grupos de nivel de conocimiento sobre salud oral muy buen, bueno, regular y deficiente. Los resultados han evidenciado un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral en un 37,3%. Diferenciándolos según grado de instrucción, obteniendo valores, que indican que, a mayor educación de los padres de familia mejor es el conocimiento sobre salud oral.

En cuanto al conocimiento según género nos indica que los papás tienen un conocimiento regular en un 42.9%, a diferencia de las madres que presentan un conocimiento deficiente en un 40.6%. Sin embargo, esto no es determinante, ya que los varones encuestados en total fueron 28, mientras que las mujeres fueron 106.

Por otro lado, el conocimiento según edades en el grupo de 18 a 29 y de 60 a más tienen conocimiento regular en un 37.1% sobre salud bucal, seguido del de 30 a 59, que tienen un conocimiento deficiente con un 44.8%. Y finalmente, la relación de las edades con el grado de instrucción de los padres de familia se observa que los grupos de, 18 a 29 y de 60 a más de edad, 57 encuestados presentan grado de instrucción superior, los cuales representan el 42.5% de nuestra población.

Los hallazgos de la presente investigación nos permiten determinar que siendo los padres de familia los responsables de la salud bucal de sus hijos, las charlas bucales tienen que ser enfocadas a todos los padres de familia, sin condicionar el género, la edad o el grado de instrucción, ya que hemos podido observar que en todas estas variables observamos deficiencias. Y estas son las que nos llevan a tener altos índices de enfermedades bucodentales.

Palabras clave: conocimiento de padres de niños, experiencia en salud oral.

ABSTRAC

The objective of this study was to assess the level of knowledge of parents about the oral health of children who come to the Dentistry Service of the Magna Vallejo Health Center of Cajamarca in 2018. The study is descriptive, observational and cross-sectional. The sample consisted of 134 parents. The evaluation of knowledge about oral health of the parents was carried out by means of a questionnaire, classifying them into 4 groups of knowledge level about oral health very good, good, regular and deficient. The results have shown a poor knowledge of parents about oral health in 37.3%. Differentiating them according to the degree of instruction, obtaining values, which indicates that the greater the education of the parents, the better the oral health knowledge.

In terms of knowledge according to gender, it indicates that potatoes have a regular knowledge of 42.9%, unlike mothers who have deficient knowledge at 40.6%. However, this is not decisive, since the men surveyed in total were only 28, while the women were 106.

On the other hand, knowledge according to ages in the group of 18 to 29 and 60 to more have regular knowledge in 37.1%, followed by 30 to 59, who have poor knowledge with 44.8%. And finally, the relationship of the ages with the degree of instruction of the parents is observed that the groups of 18, 29 and 60 and over, 57 respondents have a higher education degree, which represents 42.5% of our population.

The findings of the present investigation allow us to determine that being the parents responsible for the oral health of their children, the oral talks have to be focused on all parents, without conditioning the gender, age or degree of instruction, since we have been able to observe that in all these variables we observe deficiencies. And these are the ones that lead us to have high rates of oral diseases.

Keyword: knowledge of parents of children experience in oral health

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	5
ÍNDICE.....	7
INDICE DE TABLAS.....	11
INDICE DE GRAFICOS.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3 Objetivos de la investigación.....	17
1.4 Justificación, importancia y viabilidad de la investigación.....	18
1.5 Limitación del estudio.....	19
CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	20

2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
2.2. Bases Teóricas.....	24
2.2.1. Caries Dental.....	24
a. Concepto.....	24
b. Etiología de la caries dental.....	25
c. elementos participantes en el proceso carioso.....	26
d. Factores de riesgo.....	28
2.2.2. Prevención.....	29
a. Flúor.....	31
b. uso de fluoruros en la infancia.....	31
c. fluorización sistémica en el peru.....	32
2.2.3. Dieta.....	33
a. Dieta en el Infante.....	33
2.2.4. Higiene Oral.....	34
a. Placa Bacteriana.....	34
b. control de placa.....	35
c. cepillo dental.....	35

2.2.5. Nivel de conocimiento.....	36
a. tipos de conocimiento.....	37
b. medición del conocimiento.....	37
2.3 Definición de términos Básicos.....	38

CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de Hipótesis Principal.....	40
3.2. Variables; definición conceptual y operacional.....	41

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño Metodológico.....	42
4.2. Diseño muestral.....	42
4.2.1. Población.....	42
4.2.2. Muestra.....	43
4.2.3. Criterios de inclusión.....	44
4.2.4. Criterios de exclusión.....	44
4.3. Técnicas de recolección de datos.....	44
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	45
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	45
4.6 Aspectos éticos.....	45

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo tablas.....	46
5.2. Análisis inferencial.....	54
5.3. Comprobación de hipótesis.....	54
5.4. Discusión y conclusiones.....	54
5.4.1 discusión.....	54
5.4.2 conclusión.....	57
5.4.3 recomendaciones.....	58
Fuentes de información.....	59
Anexos.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud.....	46
Tabla 02. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según el grado de instrucción.	48
Tabla 03. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según género.....	49
Tabla 04. Determinar el Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según edad.	51
Tabla 05. Relación entre la edad y el grado de instrucción sobre el Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01. Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de Familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018	47
Gráfico 02. Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según el grado de instrucción.	48
Gráfico 03. Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según género.	50
Gráfico 04. Determinar el Nivel de conocimiento sobre Salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según edad.....	51
Gráfico 05. Relación entre la edad y el grado de instrucción sobre el Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018.....	53

INTRODUCCIÓN

En el distrito de Cajamarca y pueblos aledaños, los padres cumplen un rol fundamental en el comportamiento frente a enfermedades y tratamientos de sus hijos, además de solventar los costos de estos. Es por ello, que para una buena salud bucal los padres deben recibir una educación y ser concientizados acerca de la importancia de cultivar el hábito en higiene oral en sus hijos, consiguiendo así una buena salud bucal.

Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres en la atención o realización de maniobras preventivas en salud oral, ya que la actitud de los tutores muchas veces dificulta esta importante labor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria. Para la OMS, la caries dental es el tercer desastre sanitario, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.¹

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, afectando a más del 90% de la población. Se clasifica como una enfermedad trasmisible e irreversible. Su comportamiento presenta variaciones entre países, influyendo factores tales como el sistema de salud existente, cultura, hábitos de alimentación, economía y medio ambiente.¹

Se realizan acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades con el objetivo de disminuir su incidencia, entre las que se destacan las dirigidas a la educación de la población para mejorar sus hábitos higiénicos y nutricionales, y

aquellas encaminadas a incrementar la resistencia del diente con la utilización de fluoruros, ya sea por vía tópica o sistémica.¹

En nuestro país, la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia, lo que conlleva a que los índices aumenten de acuerdo con la edad, ocasionando que la población de mayor edad sufra la necesidad de tratamiento con un alto costo, esto a causa del deficiente estado de salud oral en los primeros años de vida, la poca accesibilidad a los servicios de salud del estado y el poco conocimiento sobre prevención de enfermedades bucodentales.²

Cuando la detección de lesiones de manchas blancas, así como la identificación temprana de las lesiones no cavitadas están incluidos en el proceso de diagnóstico clínico, la prevención primaria de la caries dental y un tratamiento oportuno pueden ser posibles, se puede evitar la progresión lesiones cavitadas y así permitir un control a corto plazo de la enfermedad.²

Es por ello que se debe tener el mayor cuidado con la salud bucal de los niños en edades tempranas, ya que por aspectos multifactoriales están más propensas a adquirir enfermedades en la cavidad oral (caries, gingivitis, etc.). La intención de este trabajo es que sirva como base para futuros estudios, así como también para la planificación y ejecución de programas preventivos en toda la jurisdicción que pertenecen a este centro de salud principalmente en los pueblos más alejados de la ciudad, con el fin de reducir la prevalencia de la caries dental en niños de temprana edad que acuden al Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Los niños al inicio de la vida requieren de un cuidado minucioso de la boca con higiene y conocimientos realizados por los padres de familia dentro de su propio hogar desde el momento que reciben sus alimentos por primera vez. Los niños en edad inicial deberían tener una relación muy adjunta con sus padres debido a la falta de funciones que presenta para poder hacer su higiene bucal personal, sin embargo los padres de familia no toman en cuenta esto siendo los más afectados los niños.

La mayor complicación de la caries dental se presenta a través de su etiología multifactorial, la cual dificulta la prevención y el control de dicha enfermedad. La identificación temprana de lesiones no cavitadas es un punto clave en el proceso de diagnóstico clínico de la caries dental con la cual se podrá realizar un tratamiento no quirúrgico oportuno y de esta manera evitar la progresión hacia lesiones cavitarias permitiendo un control a corto plazo de la enfermedad, con efectos preventivos a largo plazo³.

Hace años se sabe que una sola medida de prevención no es suficiente para controlar la caries dental por lo que sería mejor una combinación de tratamientos y acciones preventivas⁴. Para lograr esto, un programa de salud dental debe incluir la educación en salud oral relacionada con otras actividades como la prevención, restauración y atención de emergencia.

En el Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca en el Servicio de Odontología mediante los exámenes odontológicos aplicados a los pacientes que acuden al servicio, se observó una alta prevalencia de caries dental en niños de temprana edad, los cuales no son llevados para la realización de tratamientos preventivos, sino cuando la caries ha ocasionado algún síntoma, esto se debe al desconocimiento sobre salud oral o a que pertenecen a pueblos alejados de la ciudad y en mucho de los casos la falta de economía les es difícil el acceso al servicio odontológico en las zonas donde viven.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según el grado de instrucción.
- Determinar el Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según género.
- Determinar el Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según edad.

- Relacionar la edad y el grado de instrucción de los padres de familia que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La prevención es una parte integral e inseparable de la práctica odontológica diaria⁵. Los planes preventivos deben estar dirigidos a los padres de familia, quienes son los que están en contacto constante con los niños, con información importante a fin de retroalimentar los buenos hábitos sobre higiene oral, la correcta alimentación y la importancia de la salud bucal como parte integral del niño.

Evaluar el estado de salud oral de niños entre 4 y 5 años de edad y relacionarlo con el nivel de conocimientos materno , se fundamenta en la necesidad de realizar un diagnóstico del estado de salud oral en niños de temprana edad, debido que durante los 4-5 años, aún se mantiene la dentición temporal, lo que cualquier medida preventiva durante este periodo, será más efectiva para la posterior prevención sobre enfermedades bucodentales en la dentición permanente, contar con evidencias fundamentadas sobre posibles asociaciones entre el estado de salud oral y el nivel de conocimientos favoreciendo la conducta preventiva educativa de los profesionales de la salud oral. Realizar un aporte en salud pública, donde se recalce la responsabilidad social, construcción del desarrollo, incentivando actitudes positivas y conciencia crítica.⁶

Teniendo en cuenta la prevalencia de caries dental que existe en la gran mayoría de los niños, nos incentiva a investigar sobre el nivel de conocimiento de sus progenitores en cuanto a la salud oral y posteriormente poder realizar programas educativos de prevención en salud oral en toda la jurisdicción a la que pertenece este Centro de Salud.

1.3.5. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de la presente investigación cuenta con medios financieros para realizar esta investigación y está en total disposición. Se contó con los permisos necesarios para la realización de la investigación y finalmente se obtuvo la autorización de la investigación por parte de la Universidad Alas Peruanas - filial Cajamarca y el Centro de Salud Magna Vallejo.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se presentó en algunos padres de familia la incomodidad y rechazo para el llenado de las encuestas y por otra parte no se contó con un espacio libre para realizar las encuestas, debido que se encontraron otros investigadores en el mismo servicio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Farías. J. 2015. Chile, realizó un estudio titulado: Estado de salud oral de niños de 4-5 años y Nivel de conocimientos materno, en salud bucodental en el colegio Camilo Henríquez, Concepción. Según los resultados el Nivel de conocimiento de las madres se concentró en el nivel regular con 73%.⁶

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Chileno. M. 2016. Realizó un estudio en Lima, titulado: Relación entre el Nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad del CEBE N° 15 en Huaycán. Los resultados han evidenciado un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral (47,6%) y una higiene oral mala en los escolares (45,2%).⁷

Avalos. J y col. 2015. Realizaron un estudio en Lima, titulado: Nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 "Pedro A. Labarthe", La mayor parte de la muestra presento un "regular" conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por "bueno" (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó una calificación "mala" (59,2%), seguido por "regular" (38,2%).⁸

Silva. R. 2015. Realizó un estudio en Chimbote, titulado: Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos de primer año de secundaria de la I.E. N°66 "Cesar Vallejo Mendoza". En general sobre conocimiento en salud bucal se obtuvo un 86% en un nivel alto, y según sexo en un nivel alto, con 83% (masculino) y con 89% (femenino).⁹

Cupé. A y García. C. 2015. Realizaron un estudio en Lima, titulado: Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: Desarrollo y validación de un instrumento. 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 0.64.¹⁰

Pérez. R. 2015. Estudio realizado en Trujillo, titulado: Nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales. Se encontró que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40.10%). El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46.55%) según el género y no existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 – 30 y 30 – 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36.17%. Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33.78% para los de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, 38.30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$).¹¹

Marchena. Z. 2015. Realizó estudio en Pimentel. Tuvo como objetivo determinar si existe Relación entre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del Centro de Educación Básica Especial. Se encontró un nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%); el índice de higiene oral en los niños fue malo, con un 79.4%.¹²

Vásquez. K. 2016. Se realizó el estudio en Pimentel y tuvo como objetivo determinar el Nivel de conocimiento en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz Los resultados obtenidos demuestra que la mayor frecuencia de conocimientos es de nivel regular demostrado por 162 padres de familia (64.29%) de la muestra de estudio, de los cuales el 49.21 % corresponde al género femenino y el 15.08% restante corresponde al género masculino.¹³

Paricoto. R. 2015. El estudio se realizó en Juliaca, con el objeto de determinar el grado de relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y la prevalencia de caries de los niños y niñas de 6 a 11 años, los resultados: que las mujeres de 24 a 30 años presentan en un mayor porcentaje de 44,44% un buen nivel de conocimiento sobre salud bucal a diferencia de las madres más jóvenes de 17 a 23 años que presentaron nivel de conocimiento deficiente, las mujeres que tienen solo grado de instrucción primaria tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre salud bucal a diferencia de las que tienen instrucción superior que su nivel de conocimiento es bueno.¹⁴

Santibáñez. M. 2018. Realizó un estudio en Puno titulado Nivel de conocimiento de la madre gestante sobre cuidado bucodental del infante, Hospital Manuel Núñez Butrón. Los resultados del conocimiento de la gestante respecto a medidas preventivas fue de 37% regular, respecto a enfermedades bucodentales, el 44.78% deficiente y acerca de desarrollo dental 80.60%. Asimismo se obtuvo que en los tres grupos etarios el nivel de conocimiento fue: De 15 a 23 años 53.57%, de 23 a 32 años 66.67% y

de 32 a 40 años 54% deficiente respecto a cuidado bucodental del infante. Según la procedencia: en el ámbito rural el nivel de conocimiento de la gestante fue deficiente en 66.67% y en el ámbito urbano en 37.5% regular y deficiente en las gestantes sobre cuidado de salud bucodental del infante. De acuerdo al grado de instrucción: las gestantes con secundaria presentan 72% de conocimiento regular sobre cuidado bucodental del infante, asimismo las gestantes con grado superior el 50% presenta un conocimiento deficiente.²⁵

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CARIES DENTAL.

a. Concepto.

Es una enfermedad de origen multifactorial, dinámica y de progresión lenta. Los síntomas relacionados a ella incluyen la pérdida gradual de minerales, que van desde una disolución ultra estructural y microscópica, hasta la destrucción total de sus tejidos dentarios. Por extensión, hasta el siglo XX se denominaba caries a las lesiones que producen el deterioro de las estructuras dentarias, lo cual en el siglo XXI representa un anacronismo que se presta a confundir la enfermedad caries con sus secuelas, las lesiones cariosas.^{15, 16}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se

atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.⁷

b. Etiología de la caries dental.

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie dentaria, que esté en la boca y presente en su superficie la placa bacteriana. Si bien es cierto que la caries dental es una enfermedad multifactorial, esta se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores básicos, etiológicos, primarios o principales: dieta, huésped y microorganismos.¹⁶

Posteriormente algunos autores, señalan que existen factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y la evolución de las lesiones cariosas, entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Los microorganismos, los carbohidratos fermentables y las alteraciones estructurales de los dientes, sumado a una susceptibilidad marcada del huésped son actores que interactúan en la aparición de lesiones cariosas.¹⁶

Para este estudio es importante definir la caries temprana de la infancia como la presencia de caries en uno o más dientes perdidos u obturados en menores de 71 meses. Su factor etiológico principal es la presencia de *estreptococos mutans* ya que los niños adquieren las bacterias por transmisión de la madre de manera vertical, aunque no es la única responsable. Los factores de riesgo son: número de bacterias, calidad

de la saliva, dieta, mala higiene bucal característica del esmalte y situación socioeconómica.¹¹

c. Elementos participantes en el proceso carioso.

- **Sustrato.**¹⁵ La sacarosa es el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental.

Cuando el PH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el PH neutro de 7.

Por lo tanto decimos que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de PH bajos en el medio bucal.

Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental.

- **Tiempo de ingestión.** Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante la comida, la saliva y los propios mecanismos de auto limpieza (el flujo salival, los movimientos de la lengua y carrillo y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca, asimismo el sistema tampón de la saliva tienden a neutralizar los ácidos que se forman. En consecuencia, el consumo de alimentos

cario génicos durante las comidas es menos peligroso que si los mismos se ingieren entre comidas. Probablemente el peor momento, para ingerir alimentos cariogénicos sea antes de ir a dormir, ya que durante el sueño los mecanismos de auto limpieza están disminuidos.¹⁷

- **Frecuencia de ingestión:** El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico. Esto es debido a que la bajada de PH ocurre un mayor número de veces.¹⁷
- **Composición de los alimentos¹⁷:** No todos los hidratos de carbono tienen el mismo poder de cariogenicidad. De ellos, la sacarosa (disacárido formado por glucosa y fructuosa) presente en algunas frutas y en todos los dulces, caramelos, golosinas y similares es el más cariogénico. Recordemos que el azúcar común es sacarosa pura.

Con menos, pero apreciable potencial cariogénico, viene el grupo de los monosacáridos (glucosa, fructuosa) presentes en algunas frutas y miel. También en este grupo se incluye a la lactosa (disacárido) presente en la leche.

Finalmente, con capacidad cariogénica relativamente baja están los grandes polisacáridos tipo almidón. El almidón cocido es más cariogénico que el almidón crudo.

d. Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo para la aparición de caries son: El alto grado de infección por *Streptococcus Mutans*: Es el microorganismo más relacionado con el inicio de la actividad de caries. También el alto grado de infección por *Lactobacilos*, relacionados con la progresión de la lesión cariosa y con la elevada ingestión de carbohidratos. La experiencia anterior de caries, la deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido, la deficiente capacidad de mineralización, una dieta cariogénica, la mala higiene bucal, la baja capacidad buffer salival, el flujo salival escaso, la viscosidad salival, el apiñamiento dentario moderado y severo, las anomalías u opacidades del esmalte, la recesión Gingival. El bajo peso al nacer, las enfermedades sistémicas, las personas sometidas a radioterapia y la medicación son también factores de riesgo para la aparición de caries dental.⁷

e. Factores biosociales.⁷

Edad: las edades en que se produce el brote dentario son de mayor riesgo a caries de la corona; las edades adultas en personas con secuelas de enfermedad periodontal son de riesgo a caries radicular.

Sexo: Algunos estudios reflejan que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, mostrando mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad de dientes perdidos en relación al sexo masculino. Se dice que en el sexo femenino la secreción salival es menor y además está más sometido a variaciones hormonales.

Factores tales como el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de educación para la salud, políticas inadecuadas de los servicios de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias disfuncionales y numerosas más la presencia de varios niños convivientes se asocian a mayor probabilidad de caries.

2.2.2. PREVENCIÓN

Caplan, en 1980, clasifica los niveles de acción preventiva en: prevención primaria (evita la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento o curación) y prevención terciaria (rehabilitación). Asimismo, Gordon en 1987, contempla otros tipos de prevención: prevención universal (dirigida a la población), selectiva (dirigida a un segmento concreto de la población) e indicada (dirigida a personas que padecen los problemas objeto de la prevención). También, existen otros tipos de prevención en función del ámbito de intervención: la escuela, la familia, la comunidad y el trabajo.¹⁸

Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno-infantil y al trabajo de pediatría de una manera general. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico.¹⁰

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Actualmente la

literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud. Desde el inicio del siglo, algunos profesionales del área odontológica han demostrado preocupación en desmitificar la creencia popular.¹⁰

La presencia de estreptococos y lactobacilos en la cavidad oral de niños muy pequeños ha sido demostrada en diferentes estudios microbiológicos reportados en la literatura, siendo generalmente transmitidos de la madre a su niño mediante la saliva materna, a través de besos, de utensilios o por los dedos del infante que van de la boca de la madre a la suya, considerando la saliva como el principal vehículo de transmisibilidad. La colonización primaria de estreptococos mutans llamada también primo infección o ventana de infectividad se produce cuando la flora bucal materna se transfiere al hijo. Li – Y encontró que el genotipo de los Estreptococos mutans de los infantes son idénticos a los de su madre. De hecho, ningún padre inoculara adrede su flora bucal al hijo, lo hace simplemente por desconocimiento. La falta de conocimiento es un factor de riesgo que se debe tratar de subsanar.¹⁹

a. Flúor.

El flúor fue descubierto por Marggraf Scheele (1771) en forma de ácido hidrofluorhídrico pero debido a la gran afinidad de este elemento de combinarse con otros, no fue aislado hasta 1886 por Moisen; la presencia del flúor en materiales biológicos fue observada por primera vez en 1803 por 26 Morichini en los dientes de elefantes fósiles. Berzelius en 1823 detecto los niveles del fluoruro en el agua.²⁰

Este anión es importante para el desarrollo de los dientes y su dosis terapéutica es de 0.05 mg/kg de peso corporal. Desde 1940 se ha venido utilizando el flúor como una medida de prevención en salud oral y se ha visto el beneficio que ha producido en muchas personas⁷.

El efecto del flúor en la disminución de la caries, luego de erupcionados los dientes, se debe a la aplicación en formas tópicas de flúor, como son los geles, cremas dentales, enjuagues, barnices, etc., sumado a la presencia de flúor en agua o alimentos (sal).⁷

El mecanismo cariostático del flúor se ha atribuido a varios mecanismos⁷:

- Sobre las bacterias de la placa bacteriana.
- Directamente sobre el diente: disminuyendo la solubilidad del esmalte, inhibiendo la disolución mineral del esmalte y favoreciendo la remineralización.

b. uso de fluoruros en la infancia.¹⁵

Se debe identificar las fuentes de fluoruro sistémico a que esté expuesto el infante mediante una anamnesis detallada.

Es necesario realizar estudios previos sobre la ingestión, metabolismo y excreción de fluoruros en niños con el objetivo de determinar la exposición a métodos sistémicos y tópicos de la población infantil, para de esta manera identificar si los niños están expuestos a dosis adecuadas y no existe riesgo de fluorosis ($>0.07 \text{ mgF} \times \text{Kg/ día}$).

Fluoruro tópico: uso domiciliario (dentífricos)

- Basados en las recomendaciones Internacionales de la Asociación Dental Americana(ADA), Asociación Americana de Odontopediatría(AAP), el Centro del Control de Enfermedades(CDC), Administración de Alimentos y Medicamentos(FDA), así como el Fórum Mundial de Fluoruros(2003), se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2 -3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podría recomendarlo antes, teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria.

c. Fluorización sistémica en el Perú ¹⁵:

El MINSA, 1996; puso en marcha la fluorización de la sal de consumo humano, conteniendo alrededor de 200ppm. De flúor, que llega al 75% de la población.

Walter et. al (1997) indican que en presencia de dientes debe iniciarse la fluoterapia casera diaria con fluoruro de sodio a 0.02% además de la aplicación de barniz con flúor por el profesional.

2.2.3. DIETA

La dieta es importante en la prevención de enfermedades. La nutrición influye en el desarrollo cráneo facial y de la mucosa oral, así mismo contribuye a la aparición de enfermedades dentales, progresión y finalmente la pérdida dental. Es por esto que se debe llevar una dieta balanceada y baja en azúcares, especialmente en los 2 primeros años de vida. Se debe evitar: azúcares de consistencia pegajosa, consumo de azúcares refinados entre comidas y azúcares ocultos como galletas, jugos industriales y gaseosas.²¹

La recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua; tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, la frecuencia y la forma en que están preparados, lo que condiciona el tiempo de su presencia en la boca; provocar hábitos alimentarios sanos para la formación de los dientes; disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.^{7, 22}

a. DIETA EN EL INFANTE.¹⁵

Es importante promover una alimentación saludable en el infante, teniendo en cuenta la edad del niño para considerar el tipo de cuidados en su alimentación:

- Después de la salida del primer diente (luego de 6 meses) no se continuará con una alimentación totalmente líquida, se introducirá una

alimentación pastosa que permita al niño ejercitar la masticación y con ello el desarrollo maxilofacial.

- Se aumentará gradualmente la consistencia del alimento hasta llegar al año donde deberá recibir la alimentación familiar.
- No se recomienda el uso de azúcares antes del primer año de vida.

Preconizar el uso de vasos desde temprana edad, si se usa biberón sólo será para el uso de la leche.

2.2.4. HIGIENE ORAL¹⁷

La higiene oral es necesaria para todas las personas con el fin de mantener dientes y boca saludables. Los dientes saludables tienen menos caries y mantener los dientes limpios hace que los depósitos de sarro desaparezcan o se minimicen. Las encías sanas se presentan rosadas y firmes.

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 cario génico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.

a. Placa Bacteriana

La placa bacteriana es una comunidad microbiana que se desarrolla sobre la superficie del diente y mucosa, embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y saliva. Se alimenta de carbohidratos de la dieta y la acción ácida del metabolismo de las bacterias inicia un

proceso de desintegración progresiva de tejidos calcificados de la biopelícula dental que cubre el área afectada.^{9, 6} El resultado es la lesión cariosa. Ataca principalmente los defectos de la estructura del esmalte, penetrando rápidamente la unión amelodentinaria; produciendo la disolución del mineral. Se acumula en las fisuras, puntos de contacto y surco gingival, por mal cepillado y presencia de microorganismos.^{7, 21}

b. Control de placa.

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes. La eliminación de la placa microbiana lleva a la resolución de la inflamación gingival durante sus etapas iniciales y la suspensión de las medidas de control de placa lleva a su recurrencia.^{16, 17}

El control de placa es una de las claves de la práctica de la odontología; sin este nunca se lograría, ni conservaría la salud bucal. Cada paciente en cada consultorio dental debe participar en un programa de control de placa.¹⁶

c. Cepillo dental

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII, son instrumentos que, por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias.^{17, 22}

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos²²

- **Frecuencia de cepillado y duración del cepillado.**²²

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo.

Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. El cepillado por lo general debe durar 3 minutos para un mejor aseo.

2.2.5. NIVEL CONOCIMIENTO.⁷

El conocimiento se puede obtener de distintas formas. Se considera que el ser humano percibe un objeto en tres niveles diferenciados: el sensible, el conceptual y el holístico.

El conocimiento *sensible* consiste en captar el objeto mediante los sentidos.

El segundo nivel, el conceptual, es algo más complejo, ya que se trata de una representación inmaterial, aunque no por ello menos esencial. Uno puede tener el conocimiento sensible de su propia madre, que es singular, pero al mismo tiempo también poseer el conocimiento conceptual de madre aplicado a todas las madres, por lo que se trata de un concepto universal.

El conocimiento holístico, que podría equipararse a la intuición, carece de formas, dimensiones o estructuras que son característicos de los otros dos niveles. Por lo tanto la complejidad ya es inherente hasta en su propia definición. Podría decirse que se percibe como un elemento de la totalidad, una vivencia que se capta pero que difícilmente va a poder comunicarse a los demás.

a. TIPOS DE CONOCIMIENTO

Se pueden distinguir cuatro tipos de conocimiento; cotidiano, técnico, empírico y científico.

El conocimiento cotidiano es el que se encuadra dentro de los quehaceres que el ser humano lleva a cabo en su día a día. Esta actividad ha servido para acumular múltiples y valiosas experiencias que se han transmitido de generación en generación. Son respuestas a necesidades vitales que ofrecen resultados útiles y prácticos.

El conocimiento técnico es fruto de la experiencia. Su origen está en la experimentación que termina dando una respuesta universal que se aplica y circunscribe a otros objetivos similares.

El conocimiento empírico está basado en el saber popular. Se obtiene por azar mediante múltiples y variadas tentativas. Carece de métodos o técnicas, adquiere forma a partir de lo aparente, es sensitivo y escasamente preciso.

El conocimiento científico, a través del procedimiento empírico, trasciende el fenómeno para conocer las causas y leyes que lo rigen. Se adscribe a la certeza por cuando explica sus motivos. Es metódico y sistemático, ya que el objetivo se alcanza mediante el conocimiento de las leyes y principios que lo rigen.

b. MEDICION DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa o cuantitativa.

Escala de Estaninos

La escala de Estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media de 5 y una desviación estándar de 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Nivel de conocimiento. Es la cuantificación del conocimiento por medio de una escala de los conceptos aprendidos.¹ Aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo.⁶

Índice de higiene oral. Son técnicas que nos permiten cuantificar el grado de placa bacteriana en la cavidad oral.⁷

Prevención en Salud Bucal. Es anticiparse a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales.¹²

Conocimiento. El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener una nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad, tanto de su entorno como de sus propias experiencias.¹³

Higiene Bucal. Técnicas o medidas preventivas que se utilizan para eludir alguna enfermedad del sistema estomatognático, tomando en cuenta el grado de limpieza y conservación de los dientes.¹⁴

Flora bucal cariogénica (microorganismos – *Streptococo mutans*). Los primeros microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente estreptococos y lactobacilos, que producen ácido láctico difícil de neutralizar.¹⁵

Caries Dental. Es una enfermedad crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos que debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, trae como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental.¹⁶

Prevalencia. Es el número de casos dividido por el número total de sujetos examinados, es, por tanto, una proporción y también la medida de una probabilidad.¹⁷

Dieta: La dieta se refiere a la cantidad acostumbrada de comidas y líquidos ingeridos diariamente por una persona.¹⁷

Placa bacteriana: película transparente e incolora clínicamente invisible, adherente a la superficie del diente.¹⁷

Salud bucodental: Ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.²²

Periodontitis. Es el tipo de enfermedad periodontal más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte.²³

Modelo de conocimiento. Establece que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta.²⁴

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1. FORMULACION DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

3.1.1 HIPOTESIS PRINCIPAL

El Nivel de conocimiento sobre salud oral es deficiente en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca- 2018.

3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Variable	Definición	Dimensiones	Categoría	Tipo de variable	Técnica	Instrumento	Indicador	Escala	
Nivel de conocimiento	El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. ²³	Caries dental Prevención Dieta Higiene bucal	Se determinó dentro de categorías: Muy bueno (18-20) Bueno (15 -17) Regular (11-14) Deficiente (0-10)	Cualitativa	Encuesta	Cuestionario	Caries dental Prevención Dieta Higiene Bucal	Nominal	
Covariables									
Edad	Tiempo de vida de la persona ²⁴	18 - 29 30 – 59 60 - a más		Cuantitativo			Joven Adulto Adulto Mayor	De razón	
Grado de instrucción	Es las enseñanzas media y superior, título que se alcanza al superar niveles de estudios ¹¹ .	Ninguno Primaria Secundaria Superior		Cualitativo			Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico ²⁴ .	Masculino Femenino		Cualitativo			Masculino Femenino	Nominal	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico del presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 POBLACIÓN

La población está constituida por 3894 padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca.

4.2.2 MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

N = 3894 (Totalidad de investigados)

Z = 1,96 (nivel de confianza del 95%)

p = 0,10 (Proporción estimado del conocimiento de salud oral)

q = 0,90 (Proporción complementaria)

e = 0,05 (5 % de error muestral)

n = 134 (muestra)

$$n = \frac{(1.96)^2(0.10)(0.90)(3894)}{(1.96)^2(0.10)(0.90) + (0.05)^2(3894-1)}$$

$$n = \frac{1346.327136}{0.345744 + 9.7325}$$

n = 134

La muestra fue conformada por 134 padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca,

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Padres de familia que firmaron el consentimiento informado.
- Encuestas que no quedaron inconclusas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padres de familia que no tuvieron 18 años.
- Fue excluido los padres que no tuvieron conocimiento de lectura y escritura y no aceptaron el llenado de las encuestas.

4.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada para este trabajo de investigación fue un cuestionario, el cual tenía 20 preguntas; 05 preguntas relacionadas con caries dental, 05 preguntas sobre prevención, 05 preguntas sobre dieta y 05 preguntas sobre higiene oral; las cuales tenía una respuesta correcta dentro de varias alternativas.

El cuestionario fue cerrado, y los padres marcaron la alternativa que creyeron correcta y así pudimos cumplir con los fines planteados en los objetivos del presente estudio; por lo que se consideró un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado.

Por lo tanto de manera global se agruparon los resultados en los siguientes intervalos: Muy bueno con puntaje de 18 a 20, Bueno con puntaje de 15 a 17, Regular con puntaje de 11 a 14 y Deficiente con puntaje de 0 a 10. Los puntajes dados por pregunta se consideraron del cuestionario validado en Lima en el año 2015 por Ana Cupé y Carmen García.¹⁰

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos en el cuestionario ingresaron a la base de datos SPSS versión 24 para su procesamiento. Se hizo uso de la estadística descriptiva, a través de la presentación e interpretación de tablas estadísticas.

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se ha utilizado la distribución de frecuencias absolutas, relativas porcentuales y frecuencias conjuntas en base a la muestra en estudio para cumplir con los objetivos de la investigación.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo del presente estudio se tomó en cuenta los principios éticos de La Declaración de Helsinki de la AMM 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en una investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes de la investigación aunque hayan otorgado su consentimiento.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

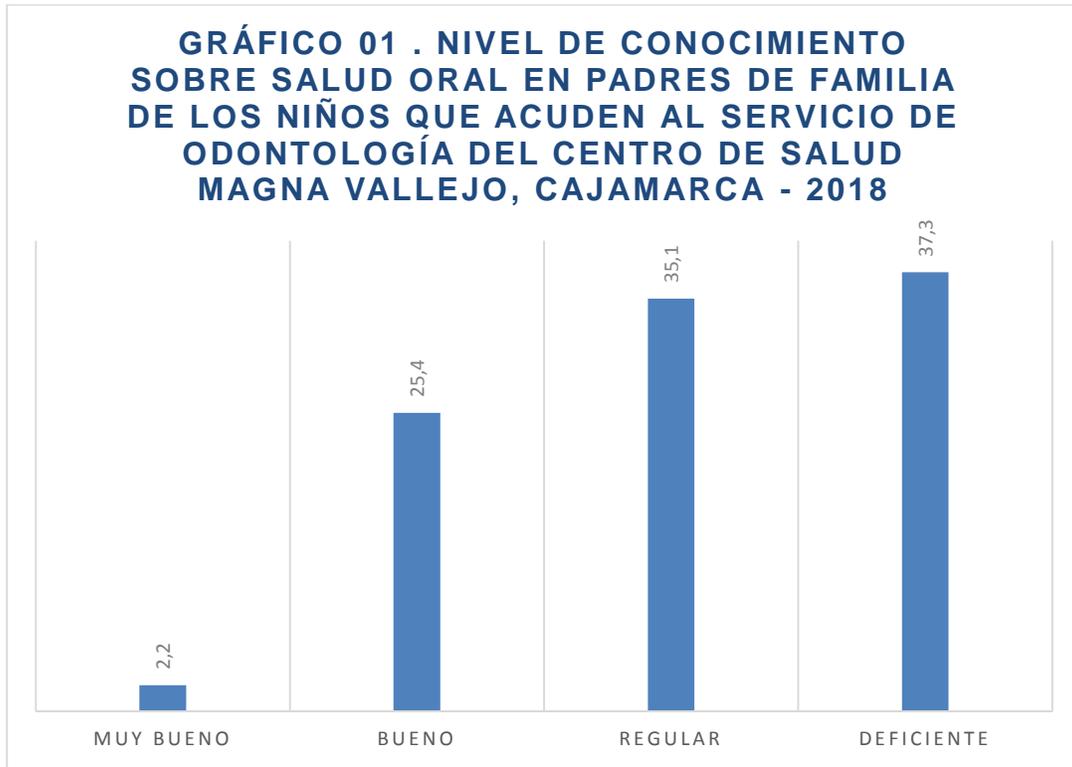
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. ANALISIS DESCRIPTIVO TABLAS

Tabla 01. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018

Conocimiento sobre Salud Oral	Nº	%
Muy Bueno	3	2.2
Bueno	34	25.4
Regular	47	35.1
Deficiente	50	37.3
Total	134	100.0

Fuente: Encuesta



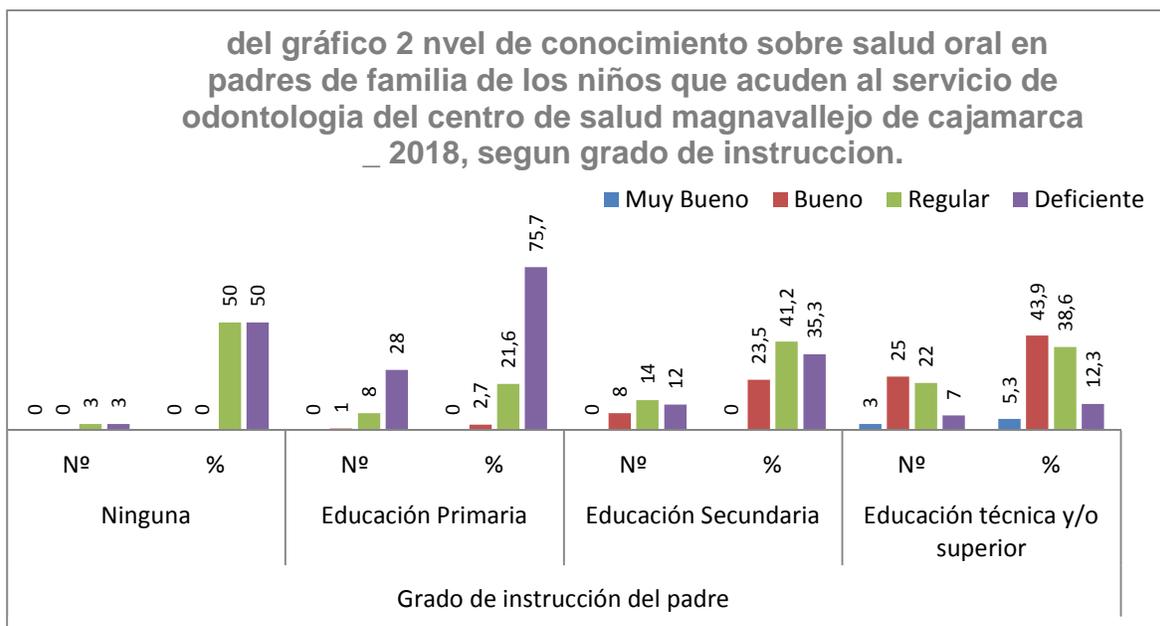
Fuente: Encuesta

En la Tabla 01 y el Gráfico 01. Se observa que el 37.3% de los padres de familia tienen un conocimiento de salud oral deficiente, seguido del 35.1% que presentan un conocimiento regular, un 25.4% conocimiento bueno y finalmente en menor porcentaje tienen conocimiento muy bueno con 2.2%.

Tabla 02. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según el grado de instrucción.

Conocimiento Salud Oral	Grado de instrucción del padre								Total	
	Ninguna		Educación Primaria		Educación Secundaria		Educación técnica y/o superior			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy Bueno	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.3	3	2.2
Bueno	0	0.0	1	2.7	8	23.5	25	43.9	34	25.4
Regular	3	50.0	8	21.6	14	41.2	22	38.6	47	35.1
Deficiente	3	50.0	28	75.7	12	35.3	7	12.3	50	37.3
Total	6	100.0	37	100.0	34	100.0	57	100.0	134	100.0

Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

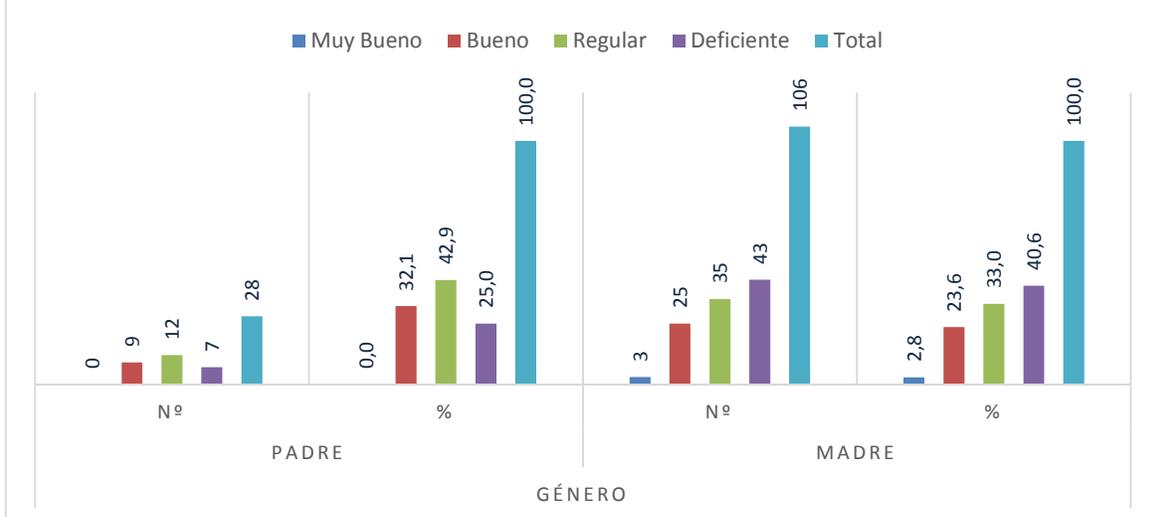
En la Tabla 02 y el Gráfico 02. Se observa que, los padres de familia que carecen de instrucción tienen conocimiento regular y deficiente con un 50% para ambos grupos, los que tienen educación primaria la mayoría tienen conocimiento deficiente en un 75.7%, los que tienen educación secundaria en un 41.2% tienen conocimiento regular, y los que presentan educación superior en un 43.9% tienen conocimiento bueno, lo que constituye la mayoría. Lo que indica que a mayor educación de los padres de familia mejor es el conocimiento sobre salud oral.

Tabla 03. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según género.

Conocimiento Salud Oral	Género				Total	
	Padre		Madre		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Muy Bueno	0	0.0	3	2.8	3	2.2
Bueno	9	32.1	25	23.6	34	25.4
Regular	12	42.9	35	33.0	47	35.1
Deficiente	7	25.0	43	40.6	50	37.3
Total	28	100.0	106	100.0	134	100.0

Fuente: Encuesta

GRÁFICO 03. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO, CAJAMARCA - 2018, SEGÚN GÉNERO.



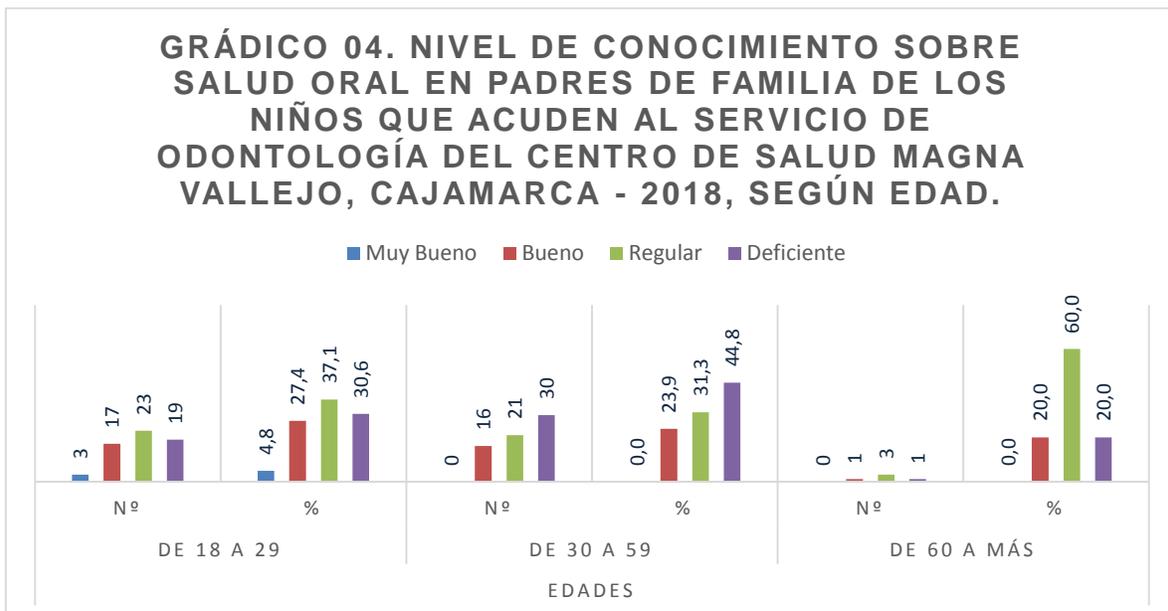
Fuente: Encuesta

En la Tabla 03 y el Gráfico 03. Se observa el nivel de conocimiento sobre salud oral según género podemos observar que el 42.9 % de los padres tienen nivel regular y las madres presentan 40.6% de conocimiento deficiente.

Tabla 04. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca - 2018, según edad.

Conocimiento Salud Oral	Edades						Total	
	De 18 a 29		De 30 a 59		De 60 a más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy Bueno	3	4.8	0	0.0	0	0.0	3	2.2
Bueno	17	27.4	16	23.9	1	20.0	34	25.4
Regular	23	37.1	21	31.3	3	60.0	47	35.1
Deficiente	19	30.6	30	44.8	1	20.0	50	37.3
Total	62	100.0	67	100.0	5	100.0	134	100.0

Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

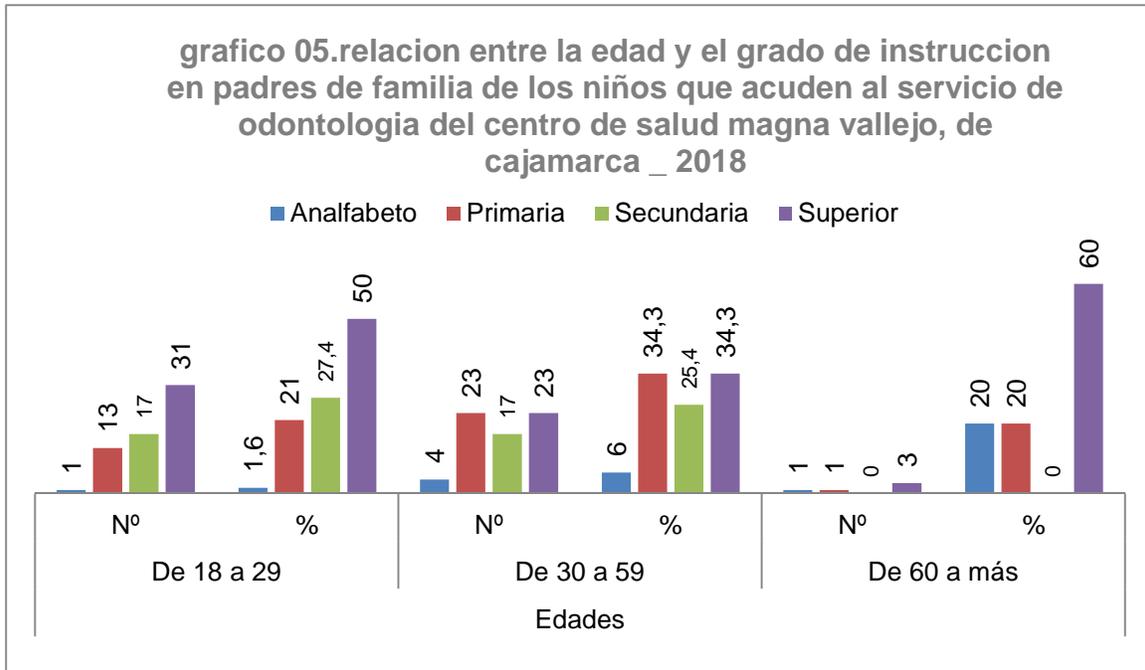
En la Tabla 04 y el Gráfico 04. Observamos que el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, tiene conocimiento regular, en los grupos poblacionales de 18 a 29 con el 37.1% (23 padres de familia) y de 60 años a más con el 60%(3 padres de familia). En cuanto al grupo de 30 a 59 años de edad tienen un nivel de conocimiento deficiente con un 44.8% (30 padres de familia).

Podemos describir en este cuadro que tres padres de familia en el grupo poblacional de 18 a 29 años de edad tienen un nivel de conocimiento sobre salud oral muy bueno, lo que coincide con los únicos del total de la población. Además, del total de encuestas que fueron 134, 50 fueron deficientes que corresponde al 37.3% del total de la población. 47 fueron regular con un 35.1 % y 34 tuvieron un nivel de conocimiento bueno con un 25.1%.

Tabla 05. Relación entre la edad y el grado de instrucción en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018.

Grado de instrucción	Edades						Total	
	De 18 a 29		De 30 a 59		De 60 a más		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Analfabeto	1	1.6	4	6.0	1	20.0	6	4.5
Primaria	13	21.0	23	34.3	1	20.0	37	27.6
Secundaria	17	27.4	17	25.4	0	0.0	34	25.4
Superior	31	50.0	23	34.3	3	60.0	57	42.5
Total	62	100.0	67	100.0	5	100.0	134	100.0

Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

En la Tabla 05 y Gráfico 05. Relación entre la edad y el grado de instrucción sobre el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018 observamos que de los padres de 18 a 29 años de edad y los de 30 a 59 años de edad, el 50% y 34.3% tienen un nivel de Instrucción superior. Tenemos que tener en cuenta que también el 34.3% (23 padres de familia) tienen el grado de instrucción primaria.

Por otro lado, los padres de 60 años de edad a más (4 padres de familia), el 60% (3 padres de familia) tienen grado de instrucción superior.

5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.

Pará el análisis inferencial se ha utilizado los intervalos de confianza con un 95% de confiabilidad.

5.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

Por ser una investigación descriptiva la comprobación de la hipótesis de la investigación se ha realizado mediante la distribución de frecuencias con los siguientes resultados:

Tabla de distribución de frecuencias

Nivel de conocimiento	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa porcentual
Muy Bueno	$F_1=03$	$f_1/n*100= 2,2$
Bueno	$f_2=34$	$f_2/n*100= 25,4$
Regular	$f_3=47$	$f_3/n*100= 35,1$
Deficiente	$f_4=50$	$f_4/n*100= 37,3$
Total	$n=134$	100,0

5.4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.4.1. DISCUSIÓN

Según los resultados de la presente investigación, podemos afirmar que el nivel de conocimiento en salud oral por parte de los padres de familia de los niños que acuden al Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca es de Nivel deficiente en un 37.3%, con una aproximación similar reportado por **Chileno. M. (2016)**⁷ Quien

realizo estudios en el CEBE N° 15 en Huaycán en escolares discapacitados donde el conocimiento de los padres de familia en salud oral fue deficiente con un 47.6%; Sin embargo, el presente estudio difiere de los resultados del estudio de **Farías. J. (2015)**⁶ realizó una investigación donde encontró que el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral y el estado bucodental de sus hijos era de un nivel regular con 73%. Difiere también del resultado en el estudio realizado por Pérez. R. (2015)¹¹ quién encontró que el nivel de conocimiento sobre Higiene Bucal en padres de niños con habilidades especiales es regular, en un 40.10%; además, del resultado de **Marchena. Z. (2015)**¹² determinó que el nivel de conocimiento sobre Higiene Bucal en padres de niños con habilidades especiales del centro de educación básica especial la Victoria es regular con un 52,9%. Encontramos diferencia en el resultado de **Vázquez. K. (2017)**¹³ afirma que el conocimiento en salud bucal por parte de los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz tiene un nivel regular en un 64.28%.

Dentro de los resultados obtenidos en el presente estudio encontramos que, en la población estudiada, los padres que tienen educación primaria presentan un 75.7% de conocimiento deficiente, versus un 43.9% de padres de familia que tienen un grado de instrucción superior y su nivel de conocimiento es bueno. Al igual que **Cupé. A. y García. C. (2015)**¹⁰, quienes obtuvieron resultados similares donde ambos padres con educación superior tuvieron un nivel de conocimiento sobre salud bucal bueno; las madres con un 34,2% y los padres con un 40,4%.

En cuanto al conocimiento sobre salud oral en padres de familia, diferenciándolos por género, encontramos que ya que, en nuestra población, las madres son las

responsables del cuidado de los niños, nuestra muestra de padres que acudieron, fueron 28, mientras que 106 fueron madres; de esta muestra encontramos que de los padres encuestados 12 padres de familia (42.9%) tuvieron nivel de conocimiento regular, mientras que 43 (40.6%) de estas madres tuvieron nivel de conocimiento deficiente. A diferencia de **Vázquez. K. (2017)**¹³, quien encontró que el conocimiento en salud bucal por parte de los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz tiene un nivel regular en un 64.29% con predominio de las madres (49.27%), respecto a los padres (15.08%). Diferenciándose también de **Cupé y García**¹⁰ quienes encontraron el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y padres de familia fueron bueno.

Con respecto al nivel de conocimiento de salud bucal en padres de familia, según edades, el presente estudio arroja resultados en los que los padres de familia con edades de 18 a 29 años y 60 años a más presentan un nivel de conocimiento regular, con un 37.1% y 60%, respectivamente, mientras que los padres de 30 a 59 años a más, presentan un nivel de conocimiento deficiente con un 44.8%. Sin embargo, **Paricoto. R. (2015)**.¹⁴ en su estudio sobre influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las instituciones de educación primaria del distrito de Caminaca, encontró que las mujeres de 24 a 30 años presentan en un 44,44% un nivel bueno en cuanto a conocimiento sobre salud bucal.

Santibáñez. M. (2018).²⁵ Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del niño, regular con el 37.31%. Según edad de 15 – 23, 23 – 32 fue 53.57%, 66.67% y 54%, el porcentaje superó el 50% de gestantes con nivel malo

sobre el cuidado bucodental del niño. Según grado de instrucción, el nivel de conocimiento es malo en primaria y superior con más del 50% de gestantes, las gestantes con secundaria presentan el nivel regular con un 72%.

Nuestro último objetivo tuvo el fin de determinar la relación de edad y grado de instrucción, para saber si los resultados que arroja el presente estudio con respecto al nivel de conocimiento en los padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca – 2018; se relacionan íntimamente con el grado de instrucción. Lo que encontramos es que en todas las edades estudiadas los porcentajes en cuanto al nivel de educación, es mayor en nivel superior con un 42.5% del total de padres de familia. Esto no siendo una causa, ya que el 37.3% presentan un nivel de conocimiento deficiente del total de la población estudiada.

Por lo antes presentado, es necesario que se empleen planes de prevención en salud bucal, no sólo en los niños, sino también a los padres que como ya es sustentado son los que son los responsables en los primeros años de vida de la salud bucal de sus hijos.

5.4.2. CONCLUSIÓN

- El nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral es deficiente.
- El grado de instrucción predominante, se tiene que los padres con educación primaria donde el nivel de conocimiento deficiente, en un 75.7%.
- El nivel de conocimiento según género, los padres tienen el nivel de conocimiento regular con un 42.9% y las madres, un conocimiento deficiente con un 40.6%.

- El nivel de conocimiento según edades en el grupo de 18 a 29 y de 60 a más tienen un conocimiento regular, pero en el grupo de 30 a 59 tienen un conocimiento deficiente.
- En la relación de edades y grado de instrucción se observa que en todas las edades estudiadas, el mayor porcentaje es en el grado de instrucción superior.

5.4.3 RECOMENDACIONES

- Realizar programas educativos a padres y/o madres de familia, sin excluir la edad o el grado de instrucción; para ser instruidos sobre prevención e higiene oral así como las diferentes enfermedades orales que les pueden afectar.
- Incentivar a los Centros de Salud a través de los Odontólogos a realizar campañas de educación sobre salud oral y prevención.
- Realizar estudios sobre problemas de salud bucal y patologías asociadas a personas con menor grado de instrucción de los pueblos más alejados.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. Hormigot. L, Reyes. D, Gonzáles. A, Meriño. Y. Estudio descriptivo transversal sobre promoción de salud bucal y nivel de conocimientos de caries dental en niños de 11-12 años. Medwave. 2013; 13(5).
2. Alegría. A. Prevalencia de Caries Dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Pediátrica de la Universidad Alas Peruanas utilizando los criterios de ICDAS II. [Tesis Para Cirujano Dentista]. Lima Perú: Universidad Alas Peruanas. Escuela profesional de Estomatología; 2010.
3. Falquéz. G. Prevalencia de caries en niños de 6 a 9 años de la Unidad Educativa N° 240 Dra. María Luisa Mariscal de Guevara- Enero 2015. [Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Odontólogo]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2015.
4. Fluoride Recommendations Work Group. Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(1):59 – 66.
5. Carrillo. D, Romero. Y. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en el Municipio Libertador del Estado Mérida. Act. Odont. Ven. 2007; 45(2): 1-9.

6. Farías. J. estado de salud oral de niños de 4 – 5 años y nivel de conocimientos materno. [tesis para magister]. Concepción Chile: universidad Andrés Bello. Facultad de odontología dirección de investigación y Post Grado; 2015.
7. Chileno. M. Relación Entre El Nivel De Conocimiento de los Padres sobre Salud Oral y Presencia de Caries e Higiene Oral en Escolares con Discapacidad. [Tesis Para Cirujano Dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Odontología; 2016.
8. Avalos. J, Huilca. N, Picasso. M, Omori. E, Gallardo. A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Kiru. 2015;12(1):61-65.
9. Silva. R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E N° 66 CESAR Vallejo Mendoza de la Provincia de Chepen, Región La Libertad. [tesis para optar título de cirujano dentista]. Trujillo Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Escuela Profesional de Estomatología; 2016.
10. Cupé. A, García. C. Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. Lima.2015 Abr-Jun; 25(2): 112-121.
11. Pérez. R. Nivel de conocimiento Sobre Salud Oral en Padres De Niños Con Habilidades Especiales. [Tesis Para Optar Título De Cirujano Dentista]. Trujillo Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Escuela Profesional De Estomatología; 2015.

12. Marchena. Z. relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria. [tesis para optar título para cirujano dentista]. Pimentel Perú: Universidad Señor De Sipan. Escuela profesional de estomatología; 2015.
13. Vásquez. K. nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia de la institución educativa 11011 “señor de los milagros” del distrito José Leonardo Ortiz. [Tesis Para Optar Título De Cirujano Dentista]. Pimentel Perú: universidad señor de Sipan. Escuela Académico Profesional De Estomatología; 2017.
14. Paricoto. R. Influencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las Instituciones de Educación Primaria del Distrito de Caminaca. [Tesis para Magister]. Juliaca Perú: Universidad Andina. Escuela de Post Grado; 2015.
15. Saavedra. N. 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 Mario Molina Scipa. [Tesis Para Optar Título De Cirujano Dentista]. Lima Perú: universidad Norbert Wiener. Escuela Profesional De Odontología; 2011.
16. Carranza. A. Relación Entre Conocimientos y Actitudes De Los Padres Sobre La Caries Dental Y Sus Factores De Riesgo Con La Historia De Caries Dental De Sus Hijos De 6 A 12 Años. [Tesis Para Optar Título De Cirujano Dentista]. Lima Perú: Universidad Alas Peruanas. Escuela Académico Profesional De Estomatología; 2011.

17. Yncio. S. Prevalencia De Caries Dental en relación al Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Higiene Oral en Primigesta Y Multigestas que se Atendieron en el Policlínico Francisco Pizarro es Salud Rímac. [Tesis Para Título De Cirujano Dentista]. Lima Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega. Facultad De Estomatología; 2009.
18. Criollo. B. practicas preventivas en salud bucal en gestantes adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari. [tesis para optar titulo de cirujano dentista]. Huánuco Perú: universidad de Huánuco. Escuela académico profesional de odontología; 2016.
19. Vásquez. M. Conocimiento De Higiene Bucal De Padres Relacionado Con La Higiene Bucal De Niños Con Habilidades Diferentes. [Tesis Para Título De Cirujano Dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Federico Villareal. Facultad de odontología; 2009.
20. Barrios. D. Nivel de conocimiento sobre salud oral en gestantes del honadomani San Bartolomé MINSA. [tesis para optar título de cirujano dentista]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de odontología; 2012.
21. Reyes. D. Eficacia de una Intervención Educativa Sobre El Nivel De Conocimiento En Salud Bucal Para Infantes En Gestantes Del Centro Materno Infantil “El Bosque”. [tesis para título de cirujano dentista]. Trujillo Peru: Universidad Privada Antenor Orrego. Escuela Profesional De Estomatología; 2014.

22. Delgado. R. nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos de huachos y capillas, provincia de castrovirreyna. [tesis para obtener título de cirujano dentista]. Huancavelica Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de odontología; 2012.
23. Mego. I. Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la institución educativa N° 10022 Miguel Muro zapata. [tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chiclayo Perú: Universidad Señor De Sipán. Escuela Académico Profesional De Estomatología; 2015.
24. Asociación de Academias de la Lengua Española [internet]. 23 edición. 2017. Citada el 26 de abril del año 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi>.
25. Santibáñez. M. Nivel de conocimiento de la gestante sobre cuidado bucodental del infante, hospital Manuel Núñez Butrón. [tesis para optar el título de cirujano dentista]. Puno Perú: Universidad Nacional del Altiplano. Escuela profesional de odontología; 2018.

ANEXOS

ANEXO N°. 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADOR ES	TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS - determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca -2018, según su grado de instrucción. - determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca-2018, según su género. - determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca-2018, según el nivel de edad. - relación entre la edad y el grado de instrucción en padres de familia de los niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca _ 2018.</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL El Nivel de conocimiento sobre salud oral es deficiente en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Magna Vallejo de Cajamarca- 2018.</p>	<p>VARIABLE Nivel de conocimiento</p>	<p>El diseño metodológico del presente estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal.</p>	<p>POBLACIÓN: La población está constituida por 3894 padres de familia de los Niños que acuden al servicio de odontología del centro de salud magna vallejo de Cajamarca. MUESTRA: Para obtener la muestra de padres, se aplicará el muestreo probabilístico para conformar la muestra que será de 134 padres de familia.</p>	<p>TÉCNICAS: Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS: Cuestionario dirigido a los padres de familia sobre conocimiento en salud oral.</p>

ANEXO N°. 02



CARTA DE PRESENTACIÓN

SRA:

Q.F. KARINA VARGAS ROJAS

JEFE DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO

PRESENTE.-

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez comunicarle que el Sr. **SANTOS RAFAEL REYES**, identificado con D.N.I. N°. 26684797, bachiller de esta casa de estudios de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología; desea aplicar encuestas para su plan de tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO – CAJAMARCA, 2018." a fin de obtener su Título Profesional como Cirujano Dentista.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente.


Q.F. Luz M. Rosales Alvarin
Coordinador de la FMHyCS


Recibido
18-06-18
10:43 a.
Karina E. Vargas Rojas
QUÍMICO FARMACÉUTICO
COFP 13332

Anexo 03

Autorización del centro de salud para realizar encuestas



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD II CAJAMARCA
MICRO RED MAGNA VALLEJO



"AÑO DEL DIALOGO A LA RECONCILIACION NACIONAL"

OFICIO N° 039 -2018-GR.CAJ/DRS/G.RED.II.CAJ/CSMV

Cajamarca, 19 de junio del 2018

Sr. QF: Luis BASAURI MARTOS

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR ENCUESTAS.

PRESENTE.-

Por medio del presente tengo a bien dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo, manifestar que la Jefatura del Centro de Salud Magna Vallejo AUTORIZA al Señor SANTOS RAFAEL REYES, aplicar encuestas a los pacientes que acuden al servicio de Odontología.

Es propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVICIOS DE SALUD II CAJAMARCA
[Signature]
D.F. Karina Vargas Rojas
JEFE C.S. MAGNA VALLEJO

ANEXO 04



CONCENTIMIENTO INFORMADO

La escuela académico profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas Filial Cajamarca a aprobado el proyecto de investigación titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO – CAJAMARCA, 2018.”** siendo el autor el bachiller. **SANTOS RAFAEL REYES.**

Esta investigación se realizará con el fin de obtener el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de los niños que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud de Magna Vallejo, el cual constará de 20 preguntas cerradas. Los datos serán confidenciales por lo que no se identificara la encuesta con el nombre del padre de familia.

Por este medio, yo _____ con número de DNI: _____. Estoy enterado del procedimiento y acepto participar de forma voluntaria, habiendo sido informado previamente de los objetivos, beneficios/riesgos de la investigación. Al igual se me ha informado que puedo abandonar la investigación en cualquier momento. Es por lo que con mi firma, nombre y N° DNI autorizo al autor de la investigación que se me realice la encuesta que contempla el estudio.

FIRMA



Huella Digital

ANEXO N°. 05

CUESTIONARIO

- Fecha: _____
- ¿Qué edad tiene su niño? _____
- ¿Quién responde al cuestionario?
 - a) Padre
 - b) Madre
- Edad del informante: _____
- Grado de instrucción del padre:
 - a) Ninguna
 - b) Educación Primaria
 - c) Educación Secundaria
 - d) Educación Técnica y/o Superior

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

CARIES DENTAL

1. ¿Qué es la caries dental?
 - a) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
 - b) No es una enfermedad
 - c) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.
 - d) Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.
2. Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por:
 - a) Compartir utensilios
 - b) Compartir cepillos dentales
 - c) Besos en la boca
 - d) Todas las anteriores
3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?
 - a) Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes.
 - b) Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
 - c) Es el sarro que se forma en los dientes
 - d) Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos
4. ¿Son importantes los dientes de leche?
 - a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes
 - b) No, porque no cumplen ninguna función
 - c) No, porque al final se van a caer
 - d) No, porque no son los dientes permanentes

5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?
- a) 2 años
 - b) 4 años
 - c) 6 años
 - d) 8 años

PREVENCIÓN

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

DIETA

11. ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?
- a) Frutas y vegetales
 - b) Gaseosas y frutas
 - c) Frugos y galletas
 - d) Todas las anteriores

12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?
- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
 - b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
 - c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
 - d) Todas las anteriores
13. Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto
- a) El niño nunca debe consumir azúcar
 - b) El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
 - c) El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
 - d) Todas las anteriores
14. ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?
- a) Hasta los 15 días de nacido
 - b) Hasta los 3 meses de edad
 - c) Hasta los 6 meses de edad
 - d) Hasta el primer mes de nacido
15. Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?
- a) Va a estar más fuerte al despertar
 - b) Estará más fuerte y sano
 - c) Estará más expuesto a tener caries
 - d) No pasa nada

HIGIENE BUCAL

16. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?
- a) 1 vez
 - b) De 2 a 3 veces
 - c) De 5 a más veces
 - d) Los niños no deben cepillarse los dientes
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. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?
- a) No
 - b) Solo antes de dormir
 - c) Solo con usar un enjuagatorio basta
 - d) Si

19. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
- a) Cada 3 meses
 - b) Cada 8 meses
 - c) Al año
 - d) Nunca
20. En cuanto al cepillado dental
- a) El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
 - b) Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
 - c) El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
 - d) En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

FUENTE: 10. Cupé. A, García. C. Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. Lima.2015 Abr-Jun; 25(2): 112-121

ANEXO N° 06
FOTOS



