

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE CARIES
DENTAL DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
VISTA ALEGRE. TACNA 2018”**

Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista

Presentado por:

Bach. Yenni Mirian Acero Mamani

Asesor:

C.D. Henry Nabyh Elguera Zapata

Tacna – Perú

2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Acero Mamani, Yenni Mirian identifica con DNI N° 76947526, de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA declaro bajo juramento, autorizar, en mérito a la Resolución del Consejo Directivo N° 033-2016SUNEDU/CD del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, registrar mi trabajo de investigación para optar el: Título Cirujano Dentista.

En:

a) Acceso abierto; tiene la característica de ser público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulte el repositorio.

b) Acceso restringido; solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo, ocurre cuando el autor de la información expresamente no autoriza su difusión, de acuerdo con lo declarado en el Anexo N° 2 del presente Reglamento.

En caso que el autor del trabajo de investigación elija la opción restringida, se colgará únicamente los datos del autor y el resumen del trabajo de investigación.

ACERO MAMANI, YENNI MIRIAN
AUTOR

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Acero Mamani, Yenni Mirian, identificad con DNI N°76947526, egresado (a) de la carrera de Odontología declaro bajo juramento ser autor (a) de la Tesis denominada “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD VISTA ALEGRE. TACNA 2018” Además de ser un trabajo original, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 27° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Latinoamericana CIMA.

ACERO MAMANI, YENNI MIRIAN
DNI N° 76947526

DEDICATORIA

A Dios quien me dio la vida y a mis padres, quienes me enseñaron a vivirla, ya que por ellos soy lo que soy. A mis hermanas Ana y Camila, por todos los ánimos y buenos deseos que me permitieron llegar a la meta.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, que son modelos de superación para mí y por su
paciencia durante la realización de mi trabajo.

A todos los docentes que aportaron en mi formación profesional
por su paciencia, por sus consejos y a mi asesor por su tiempo
valioso prestado a lo largo del desarrollo de este trabajo de
investigación.

ÍNDICE

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN	ii
DECLARACIÓN JURADA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Descripción del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.5. Limitaciones de la investigación.....	7
1.6. Delimitación de la investigación.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8

2.1.2. Antecedentes Nacionales	13
2.2. Bases teóricas	19
2.2.1. Definición de la variable	19
2.2.1.1. Conocimiento.....	19
2.2.1.2. Nivel de Conocimiento.....	19
2.2.2. Teoría que sustenta la variable.....	21
2.2.2.1. Características de los dientes primarios	21
2.2.3. Definición de las dimensiones e indicadores de la variable	22
2.2.3.1. Caries Dental	22
2.2.3.2. Prevención	24
2.2.3.3. Higiene bucodental	29
2.2.3.4. Dieta	33
2.2.3.5. Dientes Sanos, Vida Sana	38
2.3. Definición de términos básicos	39
CAPÍTULO III	41
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.1. Formulación de Hipótesis.....	41
3.2. Operacionalización de variables e indicadores	41
3.3. Tipo y diseño de investigación.....	42
3.3.1. Tipo de investigación	42
3.3.2. Diseño de la investigación	42
3.4. Población y muestra	42

3.4.1. Población.....	42
3.4.2. Muestra.....	43
3.4.3. Distribución muestral	43
3.5. Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
3.5.1. Descripción de instrumentos.....	43
3.5.2. Validación y fiabilidad de instrumentos	44
3.5.3. Técnicas de procesamientos y análisis de datos.....	44
CAPÍTULO IV	46
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46
4.1. Resultados	46
4.1.1. Resultados por dimensión/indicador.....	46
4.1.2. Resultado general de la variable	62
4.1.3. Resultado de relación de variable.....	66
4.2. Discusión de resultados.....	75
CAPÍTULO V	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
5.1. CONCLUSIONES	80
5.2. RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	86
ANEXO 1. Matriz de consistencia.....	87
ANEXO 2. Instrumentos de investigación	90
ANEXO 3. Validación de cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia	95
ANEXO 4. Base de datos del trabajo de campo.....	97
ANEXO 5. Testimonios fotográficos (evidencias).....	102

ANEXO 6. Solicitud a la entidad para efectuar el trabajo de campo 107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad de los niños atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre.	46
Tabla 2.	Género del padre de familia encuestado.	48
Tabla 3.	Edad del padre de familia encuestado.	50
Tabla 4.	Grado de instrucción del Padre de familia encuestado.	52
Tabla 5.	Puntaje de dimensión Caries dental.	54
Tabla 6.	Puntaje de dimensión Prevención.	56
Tabla 7.	Puntaje de dimensión Dieta.	58
Tabla 8.	Puntaje de dimensión Higiene Bucal.	60
Tabla 9.	Puntaje obtenido de los padres de familia en el cuestionario de conocimiento.	62
Tabla 10.	Nivel de conocimiento en prevención de caries dental.	64
Tabla 11.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – edad de encuestado.	66
Tabla 12.	Prueba de Chi – cuadrado	68
Tabla 13.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – genero de padre de familia encuestado.	69
Tabla 14.	Prueba de Chi – cuadrado.	71
Tabla 15.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – grado de instrucción de encuestado.	72
Tabla 16.	Prueba de Chi – cuadrado.	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Edad de los niños atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre.	47
Gráfico 2.	Género del padre de familia encuestado.	48
Gráfico 3.	Edad del padre de familia encuestado.	50
Gráfico 4.	Grado de instrucción del Padre de familia encuestado.	52
Gráfico 5.	Puntaje de dimensión Caries dental.	54
Gráfico 6.	Puntaje de dimensión Prevención.	56
Gráfico 7.	Puntaje de dimensión Dieta.	58
Gráfico 8.	Puntaje de dimensión Higiene Bucal.	60
Gráfico 9.	Puntaje obtenido de los padres de familia en el cuestionario de conocimiento.	63
Gráfico 10.	Nivel de conocimiento en prevención de caries dental.	64
Gráfico 11.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – edad de encuestado.	67
Gráfico 12.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – genero de padre de familia encuestado.	69
Gráfico 13.	Tabla cruzada de Nivel de conocimiento – grado de instrucción de encuestado.	72

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre. Tacna 2018. El diseño de investigación fue observacional, no experimental y corte transversal. La muestra fue no probabilística y por conveniencia del investigador, estuvo constituida por todos los padres de familia que aceptaron el consentimiento, de los niños menores de 5 años que fueron atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre, en los meses de Enero a Marzo 2018, siendo en total 115 padres de familia encuestados. El género de los padres de familia de los niños atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre, fue de género femenino con un 86,1 % y en menor porcentaje masculino un 13,9 %. La edad en un 33,9 % con mayor porcentaje fue entre 20 – 25 años, seguido de 20,9 % entre 36 – 40 años, 20 % entre 26 – 30 años, un 16,5 % entre 31 – 35 años y finalmente un 8,7 % entre 41 – 47 años. El grado de instrucción en un 53 % con mayor porcentaje educación secundaria, seguido de 27,8 % educación primaria y finalmente un 19,1 % educación superior. Se determinó el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Tacna 2018; presentando un 50,4 % conocimiento medio, seguido de 40,9 % conocimiento bajo y finalmente un 8,7 % conocimiento alto.

Palabras clave: caries dental, prevención, conocimiento, higiene dental, dieta.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the level of knowledge in prevention of dental caries of parents of children under 5 years of age served in the Vista Alegre Health Post. Tacna 2018. The research design was observational, not experimental and cross-sectional. The sample was not probabilistic and for the convenience of the researcher, it was constituted by all the parents who accepted the consent, of the children under 5 years who were attended in the dentistry office of Vista Alegre Health Post, in the months of January to March 2018, with a total of 115 parents surveyed. The gender of the parents of the children seen in the dentistry office of the Vista Alegre Health Post was 86.1% female and 13.9% lower male. Age in 33.9% with a higher percentage between 20 - 25 years, followed by 20.9% between 36 to 40 years, 20% between 26 - 30 years, 16.5% between 31 - 35 years and finally a 8.7% between 41 - 47 years. The degree of instruction was 53% with a higher percentage of secondary education, followed by 27.8% primary education and finally 19.1% higher education. The level of knowledge in prevention of dental caries of parents of children under 5 years of age served in the Vista Alegre Health Post, Tacna 2018; they presenting 50.4% average knowledge, followed by 40.9% low knowledge and finally 8.7% high knowledge.

Key words: dental caries, prevention, knowledge, dental hygiene, diet.

INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal incluye la boca, la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian a determinados factores de riesgo, relacionados a inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene que ocasionan sarro, la placa dental, la gingivitis, la periodontitis, lesiones de caries y halitosis.¹

La salud bucal es muy importante en la salud general, siendo esencial el bienestar integral del individuo y es fundamental para una adecuada calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.

La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Sin embargo, existe evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición.¹

El presente trabajo fue dividido en capítulos; en el Capítulo I se desarrollaron los conocimientos previos del tema, como el planteamiento del problema, justificación, objetivos; en el Capítulo II se desarrolló el marco teórico en el cual se desarrollan los antecedentes, el marco teórico propiamente y definiciones; en el Capítulo III se presentan los materiales y métodos utilizados para la investigación; en el Capítulo IV se muestran los resultados obtenidos y la discusión de los resultados. Finalmente, las conclusiones como respuesta a los objetivos planteados y las recomendaciones del caso.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de La Salud (OMS), es un problema de salud pública debido a que del 60% al 90% de los niños en edad escolar y casi el 100% de los adultos presentan caries dental. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.¹

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 %.²

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. La población pobre al igual que la no pobre, presenta

necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.²

La inadecuada higiene bucal y el uso de pasta dental con la insuficiente composición de flúor condicionan la presencia de caries dental en el 85 % de niños y niñas menores de 11 años, informaron especialistas de la dirección de Salud Bucal del Ministerio de Salud (Minsa). Indicaron que, para reducir la prevalencia de caries dental en los niños, se debe utilizar pasta dental fluorada entre 1000 a 1500 ppm (partes por millón) de flúor en su composición y que las podemos encontrar en las tiendas comerciales previa verificación en el rotulado del envase.³

La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud bucal.⁴

Los padres de familia son los pilares en la Educación para la Salud Bucal en los hijos, muchas veces no todos están preparados ni tienen conocimientos para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados. Los conocimientos de salud bucal de padres a hijos son importantes para la adopción de estrategias de promoción de salud, y de prevención de riesgos y enfermedades bucales. La Salud Bucal es esencial para una óptima calidad de vida.

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes.⁵ El odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud.⁶

Es por ello, importante conocer nuestra realidad problemática planteada “Nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el puesto de Salud Vista Alegre, Tacna 2018”, para que a partir de este estudio se considere la prevención de la caries dental.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Tacna 2018?

1.2.2. Problemas específicos

A. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según edad?

- B. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según género?
- C. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según grado de instrucción?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre. Tacna 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- A. Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según edad.
- B. Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según género.
- C. Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según grado de instrucción.

1.4. Justificación de la investigación

Según la Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, con R. M. – N° 990 - 2010/MINSA, documento en el

que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva. El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.⁷ Es por ello, que se considera a los niños menores de cinco años en nuestro estudio.

Relevancia Científica, porque se determinará el nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental, siendo importante para determinar si las medidas de prevención bucal que son aplicadas en los niños menores de 5 años con la supervisión de sus padres para prevenir las enfermedades bucodentales son adecuadas.

Factibilidad, porque hay interés y el deseo de los padres de familia en tener más conocimiento sobre el tema; el equipo de gestión del puesto de salud Vista Alegre está dispuestos a ayudar. El acceso a la toma de datos es favorable.

Relevancia Social, con los resultados que se obtengan permitirá analizarlos y brindar alternativas de solución a la problemática de la caries dental, con la finalidad de ayudar a la población de la Jurisdicción del Puesto de Salud Vista Alegre niños y sobre todo a los padres de familia.

Relevancia Académica, porque la investigación cumple con las normas vigentes de la Universidad Latinoamericana CIMA de Tacna asimismo como de la Facultad de Odontología, y ayudar a fortalecer a crear antecedentes de investigación para las siguientes promociones.

Interés personal, que habiendo realizado el internado en este establecimiento de salud observe que la mayoría de padres de familia eran jóvenes con estudios secundarios que acudían con sus hijos para el tratamiento de caries dental; razón que me motivo a

investigar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental para con sus hijos menores de 5 años.

1.5. Limitaciones de la investigación

Dentro de las limitaciones que puede presentar la realización del proyecto de tesis son:

- Los padres de familia que tengan una mala actitud al resolver su cuestionario.
- Padres de familia que no deseen participar en la investigación.

1.6. Delimitación de la investigación

El presente trabajo se desarrollará en el Puesto de Salud de Vista Alegre, ubicada en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, provincia y departamento de Tacna, Perú. Se tomarán los resultados en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos con asistencia regular en el Puesto de Salud Vista Alegre durante el periodo de enero – marzo del 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Moreira Cano, Fabián Neptalí en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015”. Estudio descriptivo de corte transversal. Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral se aplicó una encuesta a los padres/tutores que contenía 9 preguntas la valoración de cada pregunta fue de 1 punto, para un total de 9 puntos. La población estará constituida por 110 niños y sus respectivos padres de familia de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la ciudad Bellavista del Portoviejo. Llegando a las conclusiones que el nivel de conocimiento padres/tutores sobre salud oral, según los resultados de la encuesta el 62,7 % de los padres poseen un buen nivel de conocimiento sobre salud oral, el 26,4 % de los padres un nivel de conocimiento regular y el 10,9 % tienen un nivel de conocimiento malo. Además del índice de higiene oral simplificada (IHOS) revelando que el mayor porcentaje de la población goza de una higiene oral buena. Las medidas de prevención oral que aplican los padres son el cepillado dental, una buena dieta, pero son pocos los que realizan la visita al odontólogo. Los hábitos higiénicos en los escolares de acuerdo a los resultados de la encuesta

dirigida a los padres indican que es regular puesto que los escolares no aplican las medidas de higiene oral adecuada. Mientras que los hábitos alimenticios son muy buenos ya que la encuesta reveló, que los padres consideran que las legumbres, vegetales y frutas son los alimentos más saludables para su consumo.

9

Cruz Poblete, Marcela en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento en prevención de caries de las educadoras de párvulos de preescolares en la comuna de Maipú en el año 2014”. Fue un estudio comparativo realizado por medio de la aplicación y análisis de una encuesta sobre los conocimientos básicos en salud bucal a educadoras de párvulos de jardines infantiles que participan del “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de preescolares” e intervenidos por la universidad Andrés Bello y aquellos no intervenidos por la universidad en Junio - Julio del año 2014, con el propósito de medir el nivel de conocimientos en salud bucal. La población objetivo fueron las educadoras de párvulos de jardines infantiles pertenecientes a Fundación JUNJI de la comuna de Maipú que forman parte del “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de preescolares” y a su vez intervenidos por la universidad Andrés Bello y aquellos no intervenidos por la universidad. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta de conocimientos básicos en salud bucal y su cuidado que consta con 15 preguntas. Se evaluaron como aprobadas o reprobadas en una escala del 60%; Se aceptó como aprobado con 9 o más preguntas correctas y reprobadas con 8 o menos respuestas correctas. Se concluyó que los jardines intervenidos por el “Programa Promoción y Prevención en Salud Bucal para preescolares” y la Universidad Andrés Bello; versus los jardines no intervenidos de esta misma comuna que

solo participan en el “Programa Promoción y Prevención en Salud Bucal para preescolares” y no son intervenidos por la Universidad Andrés Bello, no presentan diferencias significativas estadísticamente entre ellos. Sin embargo, hay un contraste en la cantidad de encuestas aprobadas y reprobadas por los dos grupos de jardines que le da una respuesta positiva a las charlas realizadas por las Universidad Andrés Bellos en la mejora de los niveles de conocimiento de Salud Bucal.¹⁰

Flores Chapa, Adriana en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos”. Fue un estudio descriptivo, transversal y analítico. Se analizó el nivel de conocimiento que los padres tienen acerca de los productos de higiene oral que se comercializan para el cuidado de la salud oral de sus hijos. Utilizando para su clasificación una escala de Likert en donde las respuestas de los padres se tabularon en base al número de productos utilizados para la higiene oral, siendo un producto conocimiento nulo, dos productos conocimiento regular, tres productos conocimiento bueno cuatro productos excelente nivel de conocimiento. Se realizaron encuestas en forma personal con los padres de familia del Jardín de niños Colegio Anglo Español, ubicado en el municipio de Monterrey N.L., que tengan hijos inscritos en los años de primero, segundo y tercer año del período escolar de agosto 2010 a junio 2011. Llegando a la conclusión que no existe relación entre el conocimiento de los padres y la salud bucal del hijo, es decir, que no tiene relevancia significativa si los padres de familia tienen educación odontológica o no. No existe relación entre el conocimiento de los padres y la mejoría de la salud bucal de su hijo, esto es, que no importa que tanto

conocimiento posean los padres de familia, eso no mejorará la salud bucal del hijo o de cierta manera no hace que mejore. Existe relación entre el conocimiento de los padres y el número visitas del hijo al dentista en el último año, en pocas palabras, quiere decir que en la medida en que los padres adquieren conocimientos sobre salud oral, será la medida en que lleven a sus hijos al odontólogo. Existe correlación directa baja entre la edad del padre y la salud bucal del hijo, esto se refiere a que entre más edad tengan los padres, más veces acudirán con su odontólogo y a la inversa, esto se debe probablemente a que con el incremento de la edad el sentido de la responsabilidad aumenta. Existe correlación inversa baja entre la escolaridad del padre y la salud bucal del hijo, es decir, si los padres tienen más educación odontológica, los problemas de salud bucal de sus hijos disminuyen, al menos en teoría.¹¹

Teixeira González, Pablo y otros investigadores en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010”. Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. Se obtuvo los resultados que la mayoría de las madres encuestadas (87-85 %) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1 %) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. Llegando a la conclusión que el conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que

se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud.¹²

Vásquez Roza, Pamela Patricia en su trabajo de investigación “Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, de la provincia de Santiago” (2007) La investigación fue un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La población fueron los Educadores de Párvulos que se desempeñan en los 136 jardines infantiles con Programa Clásico de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de 28 comunas de la Provincia de Santiago. Los educadores encuestados respondieron un cuestionario auto-administrado, el que fue previamente validado, obteniendo una confiabilidad de 0.78, medida con alpha de Cronbach. El nivel de conocimientos fue catalogado como bueno (0.69, Intervalo de Confianza de 0.67-0.70) según la escala elaborada para este fin. En cuanto a las prácticas cotidianas de promoción y prevención, en el 98% de los establecimientos se realiza cepillado dental diario como parte de las actividades cotidianas de los preescolares, en una frecuencia de 2 veces al día en el 63% de los casos; en relación al tipo de alimentos otorgados, priman las frutas y leche, con un 52.3% y un 58.3% respectivamente, no entregándoseles colaciones fuera del horario habitual de las comidas. En cuanto a las prácticas habituales de prevención de caries y gingivitis realizadas por el personal docente de los jardines infantiles con los menores, se obtuvo que, en 93 relación al control de la dieta, por normativa institucional, no se permite a los párvulos traer golosinas ni colaciones desde sus hogares, limitándose a las comidas regulares que se ofrecen en el establecimiento, lo que favorece el control de la frecuencia de

ingesta de alimentos cariogénicos, siendo una práctica consistente con las recomendaciones internacionales de prevención de caries.¹³

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Zalón Villacrés, Ana Claudia en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares” 2017. Fue un tipo de investigación Transversal, prospectivo, observacional. La muestra estuvo conformada por 86 padres de familia de los niños de 05 años de la Institución Educativa Inicial 005 en el año 2017. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares es Regular, donde la madre tiene mayor predominio con un número de 31, con un porcentaje de 36 % y con menor predominio el padre con un número de 9, con un porcentaje de 10.5 %. Se concluye que el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares es Regular. Con respecto al determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre la caries dental se concluye que es Regular. Con referencia a determinar el nivel de conocimiento de los padres en la prevención bucal en sus niños preescolares, se concluye que el nivel de conocimiento de los padres es Deficiente. En relación a determinar el nivel de conocimiento de los padres en la dieta, en sus niños preescolares se concluye que es Muy bueno. La identificación del nivel de conocimiento de los padres en la higiene bucal en sus niños preescolares, se concluye que es Regular. Con respecto al determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres según la edad, se concluye que es Regular, teniendo más predominio en el grupo etario de 20 años. Con referencia a determinar el

nivel de conocimiento de salud bucal de los padres según el grado de instrucción, se concluye que es Regular y mayor predominio es en la educación secundaria.¹⁴

Rojas España, Elder Smith en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de Odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber”, Lima Perú 2017”. La muestra estuvo conformada por 200 padres de familia que llevaban a sus hijos al servicio de odontopediatría del Hospital Militar Central, a quienes se les realizó un cuestionario de nivel de conocimiento sobre salud bucal. Siendo las conclusiones que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” es bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” es regular, mientras que las madres es bueno ($p < 0,05$). El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” de 20 a 30 años es regular, mientras que los padres de 31 a 45 años de edad es bueno ($p < 0,05$). El nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” de 20 a 30 años es regular, mientras que los padres de 31 a 45 años de edad es bueno ($p < 0,05$). El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” y tienen un grado

de instrucción primaria es deficiente, mientras que los padres con una instrucción secundaria es regular al igual que los que poseen instrucción técnica o superior ($p < 0,05$). El nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de niños escolares que asisten al departamento de odontopediatría del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” y tienen un grado de instrucción primaria y secundaria es regular, mientras que las madres con instrucción técnica o superior es buena ($p < 0,05$).¹⁵

Vásquez Martínez, Kathya Alessandrha en su trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, 2016”. Fue un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal. La muestra constó de 252 padres de familia a quienes se les aplicó una encuesta constituida por 20 preguntas. Las conclusiones fueron que el nivel de 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 es REGULAR con un 64,28%, según respuestas correctas de los integrantes de la muestra de estudio. De acuerdo al género, se demuestra que no posee significancia entre el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz y el género, siendo el nivel de conocimiento REGULAR el predominante, con un porcentaje mayor en el género femenino equivalente al 49.27% y 15.08% en género masculino. El nivel de conocimiento en salud bucal, es REGULAR según edad, confirmando que no existe significancia alguna entre variable y covariable predominando en tal nivel de

conocimiento de los padres de familia el grupo etáreo de 32 a 38 años de edad equivalente al 44.05%. De acuerdo al grado de instrucción, el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia de la Institución Educativa N°11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, es REGULAR con 64.28%, acreditado por los que tienen instrucción de educación Secundaria con porcentaje de 34.13%, demostrando además no poseer significancia relevante. ¹⁶

Pérez Sánchez, Rosa Milagros en su trabajo de investigación “Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo. 2015”. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, la muestra estuvo conformada por 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años y que estudie en alguna de las instituciones educativas especiales del distrito de Trujillo. 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 % ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33,78% para los de nivel primaria, 47,89% para los de secundaria, y 38,30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$). Concluyendo que el nivel de

conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.¹⁷

Holguin Chumacero, Leslye Estefany y Oyola Burgos, Mariajose Stephanie

en su trabajo titulado “Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014”. El estudio fue de corte transversal, descriptivo y de tipo no experimental, que incluyó un total de 70 padres de familia y cuidadores. Se utilizó un cuestionario, de 12 preguntas sobre elementos, hábitos de higiene, patologías bucales y técnicas de higiene. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores. Se concluyó que, al determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad, se observó un mayor porcentaje en padres de familia, con un nivel de conocimiento regular. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral en padres de familia y cuidadores, según edad, que el mayor porcentaje corresponde al nivel de conocimientos regular para el grupo etario menor de 40 años. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral de padres de familia y cuidadores, según sexo, que el sexo femenino alcanzó el mayor porcentaje y corresponde al nivel de conocimiento regular. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral de padres de familia y cuidadores, según tipo de discapacidad del niño, que la parálisis

cerebral alcanzo el mayor porcentaje y corresponde al nivel de conocimiento regular.¹⁸

Cupé Araujo, Ana Cecilia y García Rupaya, Carmen Rosa en su trabajo titulado “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento” 2012. El estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. Se obtuvieron resultados de 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. 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. Concluyendo que 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. Hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de las madres y padres. Mostrando que a medida que la madre o el padre presentaba un nivel de educación mayor, presentaba un mejor nivel de conocimiento sobre salud bucal.⁴

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición de la variable

2.2.1.1. Conocimiento

El conocimiento es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO – OBJETO.¹⁹

Según Wiig, el conocimiento consta de verdades y creencias, perspectivas y conceptos, juicios y expectativas, metodologías y saber cómo, y lo poseen los seres humanos, agentes y otras entidades activas y se usa para recibir información (datos, noticias y conocimientos), reconocerla, identificarla, analizarla, interpretarla y evaluarla; sintetizarla y decidir; planificar, implementar, monitorizar y adaptar; es decir, actuar más o menos inteligentemente. En otros términos, el conocimiento se usa para determinar que significa una situación específica y cómo manejarla.²⁰

Según Bourdieu puede decirse que es el tipo de conocimiento no científico llamado vulgar, ordinario o de sentido común. Es la base del sentido inmediato entre los individuos de una misma cultura, y opera como una especie de entendimiento práctico que compone un sistema de esquemas incorporados que, constituidos en el curso de la historia colectiva, son adquiridos en el curso de la historia individual y funcionan “en la práctica y para la práctica”.²¹

2.2.1.2. Nivel de Conocimiento

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y

representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente. También tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática. Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación superior.²²

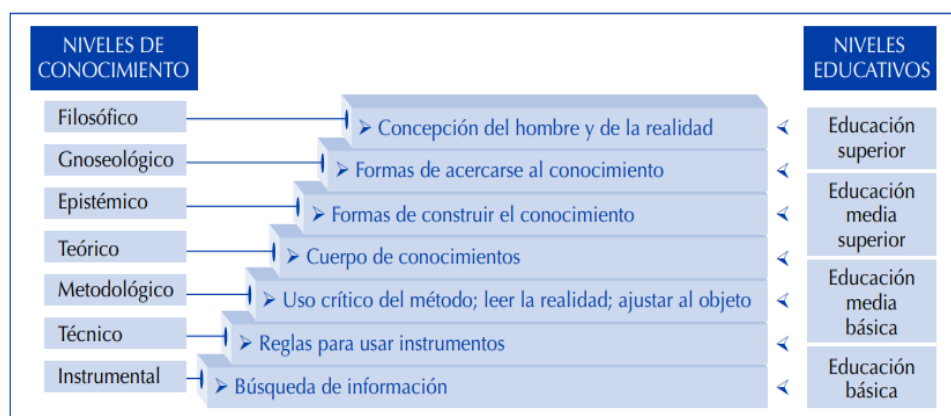


Figura 1. Niveles de conocimiento y su relación con los niveles educativos²²

Nivel de conocimiento: Son parámetros y estándares que miden la capacidad humana de un individuo del saber empírico y subjetivo.²³

Existen niveles para la medición de conocimiento y ellos se dividen en:²⁴

- Conocimiento Alto: existe una adecuada función cognoscitiva las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son

coherentes, la expresión es fundamentada y acertada, además. Identifica, estructura y utiliza la información para obtener un resultado.

- Conocimiento Medio: llamado también regular, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos, Identifica, estructura y utiliza la información en forma no tan efectiva.
- Conocimiento Bajo: hay una idea desorganizada, deficiente e inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, no identifica, no estructura, ni utiliza la información.

2.2.2. Teoría que sustenta la variable

2.2.2.1. Características de los dientes primarios

a) Características anatómicas

En los dientes primarios la cavidad pulpar que aloja la pulpa tiene características comunes con la de los dientes permanentes y características especiales. Los dientes anteriores no tienen separación neta entre cámara y conductos; en los molares, en cambio, la diferencia es neta y en el piso de la cámara se encuentra la entrada de los conductos radiculares. La forma y el tamaño se hallan sujetos a modificaciones continuas (edad, estímulos). En líneas generales, la cavidad reproduce la forma externa del diente tanto en los anteriores como en los posteriores. En los molares, el patrón morfológico es un conducto por raíz y es, como ella, acintado, aplanado y curvo. Cuando comienza la reabsorción radicular fisiológica ese patrón básico se modifica complejizándose la morfología por el depósito de dentina intracanalicular. Este hecho tiene repercusión clínica porque un grado avanzado de reabsorción radicular contraindica la ejecución de terapias totales.²⁵

b) Características histológicas

La pulpa dental es un tejido conjuntivo formado por células, fibras, sustancia fundamental, vasos y nervios. Estos elementos se encuentran organizados en zonas identificables. De afuera hacia adentro esas capas son (Ten Cate, 1985):²⁵

Zona odontoblástica: está formada por el cuerpo de los odontoblastos alineados a lo largo de la dentina, dentro de la cual tienen su prolongación protoplasmática que, según algunos estudios, se extiende solo hasta alrededor de 0,7 mm de la pulpa, y, según otros, hasta el límite amelodentinario.

Zona escasa en células o acelular: se trata de una zona con escaso contenido celular cuyo ancho depende de la actividad celular de las capas mesenquimáticas subyacentes.

Zona rica en células: está formada por células conjuntivas indiferenciadas o no, que abastecen la población odontoblástica por diferenciación.

Zona central: está formada por células conjuntivas, fibras, vasos, nervios, colágeno y sustancia fundamental.

2.2.3. Definición de las dimensiones e indicadores de la variable

2.2.3.1. Caries Dental

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial, que se puede considerar como el desequilibrio entre factores que provocan la descomposición del diente y los que favorecen la resistencia a la enfermedad.²⁶

La caries dental es una enfermedad dieto-bacteriana. Numerosos mecanismos se han sugerido para que ocurra la caries dental. De acuerdo al concepto más ampliamente aceptado, los microbios específicos presentes en la placa bacteriana fermentan los carbohidratos dietarios y producen ácidos orgánicos,

los cuales desmineralizan al diente causando la caries del esmalte. Esta misma placa bacteriana también utiliza carbohidratos para producir el gel viscoso que forma parte del material de la placa.²⁷

De acuerdo con este concepto, los carbohidratos dietarios contribuyen al proceso cariogénico de dos formas: ²⁷

- a) Sirviendo de base para la producción de ácido orgánico, el cual desmineraliza al diente; y
- b) Sirviendo como una fuente para el desarrollo de la matriz de placa.

Dentro del proceso evolutivo de la formación de la caries podemos encontrar las siguientes fases: ²⁷

- Formación de placa; como resultado de restos de alimentos y microorganismos sobre la superficie dental.
- Producción de ácido; debido a la fermentación de los hidratos de carbono en el interior de la placa bacteriana.
- Desmineralización del esmalte; el ácido formado ataca al esmalte produciendo una desmineralización y creando una cavidad.
- Destrucción del diente; provocada por la invasión microbiana y a la acción de los ácidos y enzimas.

Formación de la placa dental

La boca es el ambiente ideal para las bacterias; temperatura, humedad y aporte de nutrientes constante así como ambiente con oxígeno (organismos aerobios) y sin oxígeno (organismos anaerobios). Se han podido diferenciar más 300 especies diferentes, lo que indica su complejidad y diversidad. La placa dental se compone de un 60-70 % de microorganismos, es una acumulación local de

consistencia blanda con una adherencia firme y estructurada. En la placa dental se produce la precipitación y cristalización de sales de calcio y fosfatos, formando el cálculo dentario.²⁷

Fases de colonización de la placa:

Formación de una película que recubre la superficie, a partir de proteínas salivales como la mucina. Las bacterias se adhieren a la película adquirida mediante los glicocalices, a partir de las compuestas por cocos y bacilos Gram + (60%) y Gram - (30%) 24 horas se forman colonias Al tercer día se forma una matriz extracelular compuesta por polisacáridos, fundamentalmente glucosaminoglucanos que posibilitan la adhesión de una segunda capa bacteriana más nociva compuesta por bacilos fusiformes y filamentos. A partir del 4º día de maduración de la placa aparecen Espirilos y Espiroquetas, con predominio de formas anaerobias. Cuando la placa dental envejece, se depositan sobre ella cristales de fosfato y calcio contenidos en la saliva, formando el sarro.²⁷

2.2.3.2. Prevención

Prevención y tratamiento

La carga de enfermedades bucodentales y otras afecciones crónicas puede reducirse de forma simultánea, atajando los factores de riesgo comunes, como se indica a continuación¹:

- La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada para prevenir la caries dental y la pérdida prematura de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.

- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuyen el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.
- El uso de equipos eficaces de protección en la práctica de deportes y el uso de vehículos automóviles reduce las lesiones faciales.
- Entornos físicos seguros.

Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales. La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos.¹

La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren una atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que sus tasas de utilización sean especialmente bajas entre las personas mayores, los habitantes de zonas rurales y las personas con bajos niveles de ingresos y de estudios. La cobertura de la atención bucodental es reducida en los países de ingresos bajos y medianos. La atención odontológica tradicional con fines curativos representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde entre un 5% y un 10% del gasto sanitario guarda relación con la salud bucodental. En los países de ingresos bajos y medianos, escasean los programas públicos de salud bucodental. El elevado costo de los tratamientos odontológicos puede evitarse aplicando medidas eficaces de prevención y promoción de la salud.¹

Según Herazo, la salud es el mantenimiento del equilibrio social, económico y político del ser humano para que produzca bienestar psíquico o somático; es

evitar cualquier manifestación negativa del cuerpo o de un órgano; en sentido figurado, es evitar que un órgano hable o se haga sentir, lo cual se puede sintetizar en que es el silencio orgánico; es la manifestación psíquica o somática de las condiciones de vida positivas, biológicas, sociales, económicas y políticas, en una persona o en la población. ²⁶

Prevención de la caries

Los niveles de prevención de una enfermedad según Leavel y Clark son: ²⁷

1) Prevención primaria Es la que se realiza antes de la aparición de la enfermedad:

- En un primer nivel de asistencia, como promoción de la salud, produciendo una mejora global de la salud del individuo, mejorando la dieta.
- En un segundo nivel de asistencia; Como protección específica frente a la caries dental, control de la placa dental, higiene oral, aumento de la resistencia del huésped (fluoraciones), disminución de la dieta cariogénica.

2) Prevención secundaria Se realiza cuando hay una lesión incipiente de caries dental.

- Corresponde a un tercer nivel de asistencia, serían las medidas empleadas para el diagnóstico y tratamiento precoz, radiografías, detectores de caries, restauraciones preventivas de resina.

3) Prevención terciaria Consiste en la reparación de las secuelas.

- Es el cuarto nivel de actuación; y está orientado a limitar el daño, tratamiento dental, restauraciones, obturaciones, endodoncias, exodoncias...

- El quinto nivel de actuación es la rehabilitación de la lesión, coronas, puentes, prótesis.

Flúor

Sigue siendo en la actualidad, el agente más eficaz, inocuo y de fácil manejo para la prevención de la caries dental en edades tempranas de la vida del niño en las que su incidencia y prevalencia son elevadas. Su mecanismo de acción se fundamenta en la transformación de la hidroxiapatita dental en fluorapatita, aumentando la resistencia del esmalte dental del ataque de los ácidos que sobre la superficie del diente producen los enzimas bacterianos.²⁷

Pilares de la prevención

La caries dental es una enfermedad prevenible. Los cuatro “pilares de la prevención” son:²⁸

- ✓ Control de la placa
- ✓ Alimentación
- ✓ Fluoruro
- ✓ Selladores de fisuras

Cada uno de estos pilares debe incorporarse en cada plan de tratamiento preventivo con el fin de prevenir gingivitis, enfermedad periodontal, caries dental y erosión dental. Los efectos de cada uno de estos pilares son aditivos, y cuando se planeé el tratamiento deben tomarse en cuenta edad, cooperación, riesgo de caries y necesidades de exposición a fluoruro.²⁸

La prevención debe comenzar en una fase temprana, y debe alentarse a los padres a llevar a sus niños al dentista hacia la edad de seis meses, para que reciban orientación adecuada sobre cuidados bucales antes de que surjan

problemas. La prevención es la base de todos los planes de tratamiento, y debe individualizarse para cada paciente. Todos los planes de tratamiento deben comenzar con la prevención en la primera visita, y continuar y ser reforzados a medida que el tratamiento avanza. Aplicar medidas preventivas al inicio de un tratamiento también es apropiado en las estrategias de atención para niños. Asimismo, la cooperación y motivación futuras del niño y sus padres pueden mejorar si la prevención se hace divertida. Riesgo de caries Puede clasificarse de varias maneras. Un método popular consiste en clasificar a los individuos como de riesgo de caries bajo ($dcfo^* = 0$ o 1), moderado ($dcfo = 2$ a 4) o alto ($dcfo \geq 5$). Un método más simple es designar libre de caries a aquellos que no la padecen, y propenso a éstas a todo el que sí la padezca. La declinación de la enfermedad es bimodal, y en el caso de los niños pequeños 75 a 80% de la caries ocurre en apenas 20 a 25% de la población.²⁸

Responsabilidad de los padres

A pesar de los episodios repetidos de orientación preventiva por el equipo dental a niños y padres, parece ser que el mensaje preventivo no es captado por algunos grupos o tal captación es complicada por factores relacionados como:²⁸

- ✓ Bienestar social
- ✓ Problemas médicos
- ✓ Discapacidad física
- ✓ Deterioro psicológico
- ✓ Retraso del desarrollo
- ✓ Nivel socioeconómico bajo
- ✓ Grupo étnico

Esto se debe a apego deficiente del paciente o los padres a la orientación y las

instrucciones. Al final del día los progenitores deben asumir la responsabilidad de supervisar los cuidados bucales del niño sobre una base diaria.

2.2.3.3. Higiene bucodental

Higiene bucodental es la ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos para retirar los residuos alimenticios de las superficies de los dientes. Higiene bucodental también es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y enfermedad periodontal.²⁶

Formas utilizadas para la higiene bucodental

La higiene bucodental puede lograrse por métodos naturales, ecológicos, físicos o mecánicos, químicos, y biológicos.²⁶

- **Los naturales** pueden realizarse utilizando enjuagues con la saliva del paciente que además es remineralizante y enjuagues con agua. Asimismo, se pueden frotar los dientes con los dedos y con las uñas, o con una tela, gasa o toalla, con lo cual se puede retirar la placa bacteriana dental o residuos de alimentos adheridos a los dientes. Como sustancias abrasivas se pueden utilizar sal, arena, carbón molido u hojas de árboles y, si se tienen conocimientos específicos de plantas naturales, se puede acudir a frotarse con hojas de limón, mango o cualquier planta que tenga hojas con cierto grado de abrasividad.
- **Los ecológicos** consisten en evitar la presencia de caries dental ingiriendo

alimentos naturales sin adicionarle azúcares industriales como la sacarosa. Las frutas, verduras, legumbres, carnes y huevos, por lo general, no dejan residuos adheridos al diente y no sirven de sustrato para formar placa bacteriana. La consistencia de algunos alimentos y sus fibras permiten eliminar residuos alimenticios.

- **Los físicos o mecánicos** se realizan con la utilización de elementos como el cepillo dental, dentífricos o cremas dentales, hilo o seda dental, palillos, cepillos interdentes, enhebradores, irrigadores, copas de caucho, cepillos pastas y sustancias líquidas para profilaxis dental.
- **Químicos o fármacos** como son los dentífricos o cremas que son cremas dentales o dentífricos pueden ser suspensiones o geles estables que se aplican sobre el cepillo dental con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales y generar un aliento fresco. Pueden ser cosméticas, preventivas y terapéuticas. Son cosméticas cuando ejercen una labor de solo limpieza, de higiene o desmanchadoras, como las cremas dentales para fumadores. Son preventivas cuando llevan sustancias que evitan la formación de placa bacteriana dental y previenen patologías bucodentales como, por ejemplo, caries dental y periodontopatías. Terapéuticas cuando contienen sustancias que ejercen una acción curativa sobre uno o varios tejidos de la boca. Funcionan como una sustancia que ayuda a desprender los residuos alimenticios o placa bacteriana adherida al diente, lo cual permite que ésta sea eliminada con más facilidad.
- **Los biológicos** son bacterias consumidoras de residuos alimenticios que no produzcan ácidos o problemas en los dientes o bacterias que fagociten o controlen a las bacterias que degradan los alimentos y los convierten en

ácidos que desmineralizan el esmalte dental y producen caries dental.

Técnicas de cepillado

El principal pilar de sostén sobre el que se basa la Higiene dental es sin duda alguna el cepillado dental, que es la forma de remover la placa dental, desorganizando a los microorganismos e impidiendo su proliferación. Se han descrito multitud de formas y estilos diferentes de remover la placa bacteriana, manifestado su eficacia a lo largo de los años. Tenemos los siguientes: ²⁷

➤ **Técnica de Bass**

Se debe colocar el cabezal del cepillo de dientes en posición perpendicular y con una angulación de 45° en sentido gingival, con una leve pero eficaz presión se introducen las puntas de los filamentos más exteriores en la zona del surco dento-gingival o encía libre (1´5 mm). En esa posición se realiza un ligero micro movimiento sin desplazar el cabezal, se consigue así un efecto de capilaridad. Es una técnica que requiere una instrucción previa, especialmente indicada para pacientes periodontales con bolsas superiores a 3 mm. Esta técnica mal realizada puede originar lesiones en el epitelio interno del surco.

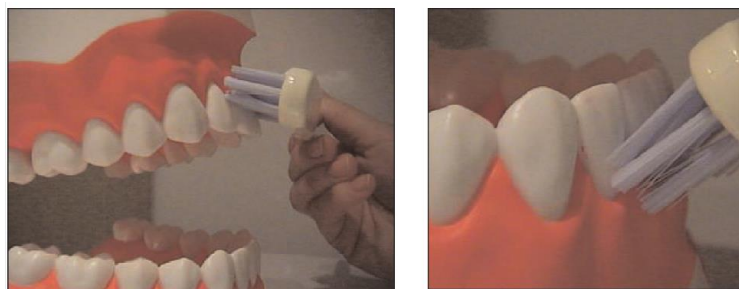


Figura 2. Técnica de Bass ²⁷

➤ **Técnica de Stillman**

Se parte de la misma posición que en la técnica de Bass, pero se realiza un movimiento vertical desde la encía hasta el bode incisivo/oclusal de la pieza

dental, a modo de barrido. Esta técnica se recomienda en pacientes de mantenimiento periodontal.



Figura 3. Técnica de Stilman ²⁷

➤ **Técnica de Charter**

El cabezal del cepillo se orienta en 45° pero en dirección del propio diente, preservándose por completo el suco gingival y haciendo especial hincapié en los espacios interproximales. Para conseguir una correcta y completa higiene dental sería interesante combinar estas tres técnicas para mantener el control de la placa bacteriana en todas las áreas.

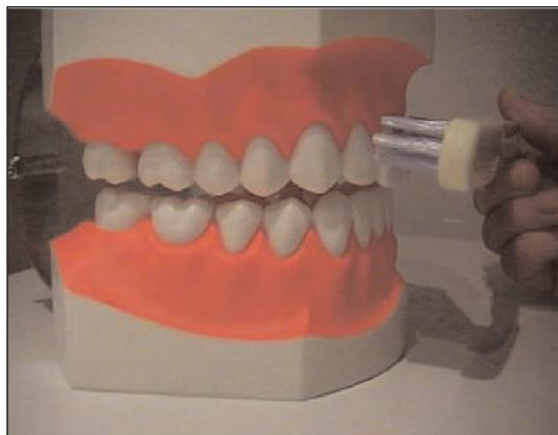


Figura 4. Técnica de Charter ²⁷

Métodos complementarios de higiene

Tenemos los siguientes: ²⁷

- **Seda dental** Especialmente indicada para la higiene de los espacios interproximales, se dispone de hilo y seda (más superficie de contacto con el diente) con o sin cera (la presencia de la misma aumenta las posibilidades de deslizamiento interdentario), complementan al cepillado dental puesto que llegan a zonas de difícil o escaso acceso con el cepillo. Modo de empleo: Se corta alrededor de 45 cm. de hilo dental, se enrollan los extremos alrededor del dedo medio de cada mano, de forma que se pueda tensar sin soltarse un extremo, con el dedo índice de cada mano ayudaremos a posicionar correctamente el hilo y lo introduciremos entre los dientes, venciendo el punto de contacto, siempre en perpendicular al espacio interdental. Deslizaremos libre. el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente pudiéndose introducir hasta de la encía.
- **Superfloss** Es una modificación de la seda dental; tiene un extremo rígido que permite su introducción a través de espacios interdentarios o por debajo de prótesis fijas, y un segmento esponjoso que realiza una higiene más amplia.
- **Cepillos interdenciales** Pueden ser de forma cónica o cilíndrica, especialmente diseñados para zonas interdentarias, pacientes periodontales y en la actualidad para la higiene en pacientes portadores de prótesis implanto soportadas (el alma o alambre trenzado interior debe estar protegido con teflón para no rayar a los implantes).
- **Estimuladores gingivales** Especialmente indicados para estimular la vascularización y favorecer la epitelización y queratinización de la encía.

2.2.3.4. Dieta

Una alimentación con una fuente adecuada de proteínas, vitaminas, minerales y

calorías permite el crecimiento normal y la conservación de todo ser vivo, ya que éstas son los constituyentes principales de los tejidos activos del organismo. Una concentración óptima de calcio y fósforo en la nutrición ayuda al desarrollo normal de las estructuras calcificadas tanto óseas como dentarias. ²⁶

Orientación alimentaria para la prevención de caries y erosión dentales.

Prevención de caries dental ²⁸

- ✓ No dar bebidas endulzadas en biberón o taza entrenadora
- ✓ Desalentar la alimentación al seno materno prolongada o a demanda (la leche materna es rica en lactosa)
- ✓ Recomendar bebidas sanas (agua, leche sola, té) sin añadir azúcar
- ✓ Recomendar bocadillos sanos (fruta, queso, cereal tostado simple, pan)
- ✓ Sólo dar bocadillos azucarados a la hora de las comidas o una vez a la semana
- ✓ Evitar golosinas que se mastican durante periodos largos, pegajosas y hervidas
- ✓ Estar alerta a azúcares ocultos (frutas secas como pasas, yogur, cereales tostados con sabor, cátsup)

Prevención de la erosión dental ²⁸

- ✓ Evitar alimentos ácidos (frutas cítricas, yogur, alimentos encurtidos)
- ✓ Evitar bebidas carbonatadas y confortantes de frutas a una al día, y de preferencia con las comidas
- ✓ Usar una pajilla siempre que sea posible
- ✓ No retener ni agitar en la boca bebidas erosivas
- ✓ Después del contacto con un agente erosivo usar un enjuague antierosivo o agua

- ✓ Comer queso puede elevar el pH bucal y limitar el ataque erosivo
- ✓ Las gomas de mascar sin azúcar pueden ayudar a estimular el flujo salival y amortiguar la acidez bucal
- ✓ Esperar un mínimo de 30 min después del contacto con un agente erosivo para cepillarse los dientes autorización un es delito.

La dieta y las caries

Es cierto que la naturaleza de la dieta juega un papel en la modificación de la cantidad de microorganismos de la placa y de su actividad metabólica, lo cual significa que la dieta puede alterar el potencial patogénico de la placa. Por ejemplo, la fermentación de los carbohidratos dietarios en la placa bacteriana resulta en la producción de un ácido orgánico, el cual se adhiere al diente el tiempo suficiente para causar su desmineralización. Como la formación de ácido puede ocurrir cada vez que se consuman carbohidratos, la frecuencia de su ingestión es componente importante en el desarrollo de la caries dental. La naturaleza del alimento que transporta carbohidratos en la boca tiene también gran influencia en la cantidad de ácido que desarrolla. Esto es, del carbohidrato la forma (pegajosa o viscosa, como los caramelos, o solubles como las bebidas suaves) determinará la longitud de tiempo que el carbohidrato permanecerá en contacto con la placa bacteriana y de aquí su potencial ácido patogénico. El tipo de carbohidrato es también importante. La demostración de que la ingestión de sacarosa puede llevar a un aumento en la producción y a un aumento en la virulencia de la placa es una razón para que la sacarosa se indique frecuentemente como perjudicial. Una vez que la sacarosa es tomada en la boca, las bacterias utilizan algo de azúcar para producir la matriz extracelular y el almacenamiento de los carbohidratos. Entonces, cuando la sacarosa está siendo

consumida, las bacterias metabolizan los carbohidratos almacenados y producen más ácidos orgánicos. La matriz de la placa aumenta su potencial patogénico. Como la dieta puede influir en la implantación, crecimiento y colonización del microbio en la superficie del esmalte y como la causa primaria etiológica parece ser la sacarosa dietaria, se han intensificado los estudios dirigidos hacia el desarrollo de los edulcorantes nutritivos tales como xilitol, sorbitol y manitol. Al parecer las bacterias son incapaces de fermentar estos azúcares y de este modo cesaría el proceso cariogénico. Los edulcorantes, sorbitol y xilitol son derivados alcohólicos de la glucosa: evitan que las bacterias cariogénicas metabolicen los sustratos que acidifican la placa y afectan los tejidos del diente. Están indicados para evitar que bacterias cariogénicas formen ácidos que descalcifiquen el esmalte dental. El xilitol se agrega a diversidad de alimentos en lugar de la sacarosa. El sorbitol se emplea como agente enducolorante en alimentos dietéticos y para diabéticos.²⁷

Algunas consideraciones de actualidad

De todos los alimentos los carbohidratos son los agentes que más tienen que ver con la etiología de la caries, aunque no son los únicos. Sin embargo, esto no quiere decir que todos los hidratos de carbono tengan el mismo potencial cariogénico. Se ha demostrado que de todos los carbohidratos el más peligroso es el azúcar común o sacarosa. Los monosacáridos glucosa y fructuosa y el disacárido lactosa son menos cariogénicos pero a su vez lo son más que los almidones. Hay que tener en cuenta ciertos factores relacionados con el consumo de azúcares: a partir de estudios realizados se llegó a la conclusión de que la cantidad de azúcar ingerida no es el mayor determinante de la actividad cariogénica sino que tiene mayor importancia la frecuencia del consumo de

dicha azúcar. Otro factor importante es la forma física del alimento que contiene azúcar: los alimentos líquidos que son removidos rápidamente de boca son relativamente inocuos mientras que los alimentos sólidos y retentivos son más cariogénicos.²⁶

Los alimentos muy concentrados y pegajosos como caramelos, pastillas de chocolates, similares y todas aquellas golosinas que permanecen cierto tiempo en contacto directo con los dientes son la causa principal de incremento de la caries. El período más crítico para consumir azúcares es entre comidas o antes de acostarse, debido a que la secreción salivar es menor durante este período y las superficies dentales estarán menos protegidas por la menor cantidad de saliva. Teniendo en cuenta el alto consumo de azúcares de todas las formas en la sociedad y conociendo lo difícil que es promover un control adecuado de ellos en la dieta, especialmente en los niños, es importante realizar con énfasis ciertas recomendaciones a las personas para así disminuir el potencial cariogénico de estos alimentos:²⁶

- Disminuir la ingestión de alimentos que contengan sacarosa.
- Preferir alimentos menos retentivos como los líquidos.
- Ingerir alimentos con azúcares exclusivamente durante las comidas y, si no lo hace, entonces debe cepillarse los dientes después de comerlos.
- Reducir y si es posible eliminar la ingesta de alimentos azucarados entre las comidas principales.
- También se podría recomendar el uso de edulcorantes tales como el xilitol, que presenta las siguientes características: es tan dulce como la sacarosa, sabor agradable, es un componente natural presente en frutas y verduras, es apropiado para la elaboración de golosinas, no contribuye a la formación de

placa bacteriana porque es el único azúcar que no puede ser metabolizado por las bacterias para la producción de energía y ácidos, y por lo tanto no es un elemento cariogénico.

Es importante anotar que dentro de los constituyentes de una dieta adecuada deben estar presentes los cuatro grupos básicos de alimentación y cualquier odontólogo debe tener conocimientos sólidos en nutrición para indicar hábitos dietéticos apropiados a sus pacientes, con un especial énfasis en la nutrición que necesita una madre en el embarazo. Con una nutrición y hábitos dietéticos apropiados y con las recomendaciones anteriormente dadas se logrará una buena resistencia del huésped a la caries y enfermedad periodontal y se reducirá en un alto porcentaje la enfermedad.²⁶

2.2.3.5. Dientes Sanos, Vida Sana

Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, la sonrisa, la socialización o el comer. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual. La dentición normal incluye 20 dientes primarios los cuales serán reemplazados por 32 dientes permanentes. La erupción dentaria empieza cuando el bebe tiene entre 6-10 meses de vida y suele iniciarse por los incisivos inferiores. A la edad de 2 años y medio toda la dentición primaria se ha completado. Los dientes primarios sanos permiten mantener el espacio para sus sucesores permanentes que se están desarrollando en el hueso subyacente. La pérdida prematura de los dientes primarios, por caries o traumatismo, muchas veces origina una pérdida de espacio para los sucesores y puede llevar a multitud de problemas en la dentición permanente. En torno a los 6 años de edad, erupcionan los incisivos

permanentes inferiores y los primeros molares permanentes. El periodo de transición de la dentición primaria a la permanente se desarrolla normalmente entre los 6 y 12 años de edad. Idealmente, a los 21 años de edad los 32 dientes permanentes han erupcionado. La caries y las enfermedades periodontales son las patologías bucodentales más comunes a pesar de ser ampliamente prevenibles. Unos autocuidados apropiados, así como los cuidados profesionales, combinado con un estilo de vida saludable evitando riesgos tales como un consumo excesivo de azúcares o el tabaco, permiten mantener una dentición funcional a lo largo de la vida.²⁹

2.3. Definición de términos básicos

- **Nivel de conocimiento:** Son parámetros y estándares que miden la capacidad humana de un individuo del saber empírico y subjetivo.²⁴
- **Salud bucodental:** la ausencia de dolor orofacial, infecciones y enfermedades periodontales (de las encías), caries, y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar.¹
- **Dientes primarios:** también son conocidos como los dientes del bebé, dientes de leche o la dentición temporal.³⁰
- **Caries dental:** puede definirse como una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de las sustancias orgánicas del diente, provocando cavitación.³⁰
- **Pérdida de dientes:** La caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de dientes.¹
- **Prevención:** Preventivo es un procedimiento realizado para ayudar a prevenir la caries y / o enfermedad de las encías.³⁰

- **Flúor:** es un elemento esencial; alrededor del 95% de fluoruro en el cuerpo se encuentra en los huesos y los dientes. Es esencial para la formación del esmalte dental. La deficiencia de ella conduce a la caries dental.³⁰

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de Hipótesis

Por ser un trabajo de investigación descriptiva no lleva hipótesis.

3.2. Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORIA	ESCALA
Variable de interés: Conocimiento en prevención de caries dental	Son parámetros y estándares que miden la capacidad del ser humano sobre la prevención de la caries dental.	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dental • Prevención • Dieta • Higiene bucal 	Bueno 16-20 puntos Regular 11-15 puntos Malo 0-10 puntos	Ordinal
Características sociodemográficas				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad	20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-47 años	Numérica Continua
Género	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que	Género	Femenino Masculino	Nominal Discontinua

	cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.			
Grado de instrucción	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ordinal

Fuente: Elaboración Propia

3.3. Tipo y diseño de investigación

3.3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue descriptivo y retrospectivo.

3.3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación fue observacional, no experimental y corte transversal.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo constituida por todos los padres de familia de los niños menores de 5 años que sean atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre, los meses de enero a marzo 2018. Según el PSL – 2017 del puesto Salud Vista Alegre, se observa las atenciones en el consultorio dental en un periodo de tres meses, los cuales son 315 niños programados menores de 5 años, lo que será considerado como nuestra población.

Criterios de inclusión

- Solo participan los padres de familia de niños menores de 5 años.
- Solo participara un padre de familia por niño (mamá o papá).
- Solo participan los padres de familias que sean de la jurisdicción del Puesto de Salud.

Criterios de exclusión

- Padres que no deseen realizar la encuesta y firmen el consentimiento.

3.4.2. Muestra

Unidad de estudio: padres de familia de niños menores de 5 años.

La muestra fue no probabilística y por conveniencia del investigador, estuvo constituida por todos los padres de familia que aceptaron el consentimiento, de los niños menores de 5 años que fueron atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre, los meses de enero a marzo 2018, siendo en total 115 padres de familia encuestados.

3.4.3. Distribución muestral**Muestreo Estratificado Aleatorio**

Consiste en considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica (se puede estratificar, por ejemplo, según la profesión, el municipio de residencia, el sexo, el estado civil, etc.). Lo que se pretende con este tipo de muestreo es asegurarse de que todos los estratos de interés estarán representados adecuadamente en la muestra.

3.5. Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos**3.5.1. Descripción de instrumentos**

El instrumento que utilizamos fue un cuestionario que fue elaborado y adaptado

por Ana Cecilia Cupé -Araujo, Carmen Rosa García-Rupaya en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento” con el objetivo de validar un instrumento por expertos para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012.

El cuestionario consta de 20 preguntas cerradas estructuradas (dicotómica) sobre conocimientos de prevención de caries dental (anexo 2), donde se consideró:

- Caries dental (5 preguntas)
- Prevención (5 preguntas)
- Dieta (5 preguntas)
- Higiene bucal (5 preguntas)

Las puntuaciones para la evaluación del cuestionario serán según respuesta correcta se le asignara 1 punto y respuesta incorrecta 0 puntos.

Conocimiento alto	16-20 puntos
Conocimiento medio	11-15 puntos
Conocimiento bajo	0-10 puntos

3.5.2. Validación y fiabilidad de instrumentos

La validación del instrumento fue realizado por Ana Cecilia Cupé -Araujo, Carmen Rosa García-Rupaya en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento” (Ver anexo 3)

3.5.3. Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Para el procedimiento de la recolección de datos, primero se solicitará la

autorización al gerente del Puesto de Salud Vista Alegre mediante una entrevista y una solicitud respectiva para que nos autorice el ingreso al Puesto de Salud y aplicar el cuestionario a los padres de familia de los niños menores de 5 años que son atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre.

Antes de aplicar el cuestionario a los padres de familia se les informará el propósito de la investigación y se hará firmar el consentimiento informado.

Luego se aplicará la técnica de encuesta para la recolección de datos, mediante un cuestionario, para la evaluación del conocimiento de la salud bucal de los padres de familia de los niños menores de 5 años que sean atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre, del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, los meses de enero a abril 2018.

Para el procesamiento de datos se realizará mediante la consistenciación, clasificación de la información y tabulación de datos.

Para el análisis de datos, se hará uso de la estadística descriptiva están las tablas y figuras estadísticas, más las medidas de posición central y de dispersión, utilizando el Software informático de Excell y el Software estadístico SPSS versión 22 en español. Se realizó la prueba estadística Chi – Cuadrado.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Resultados por dimensión/indicador

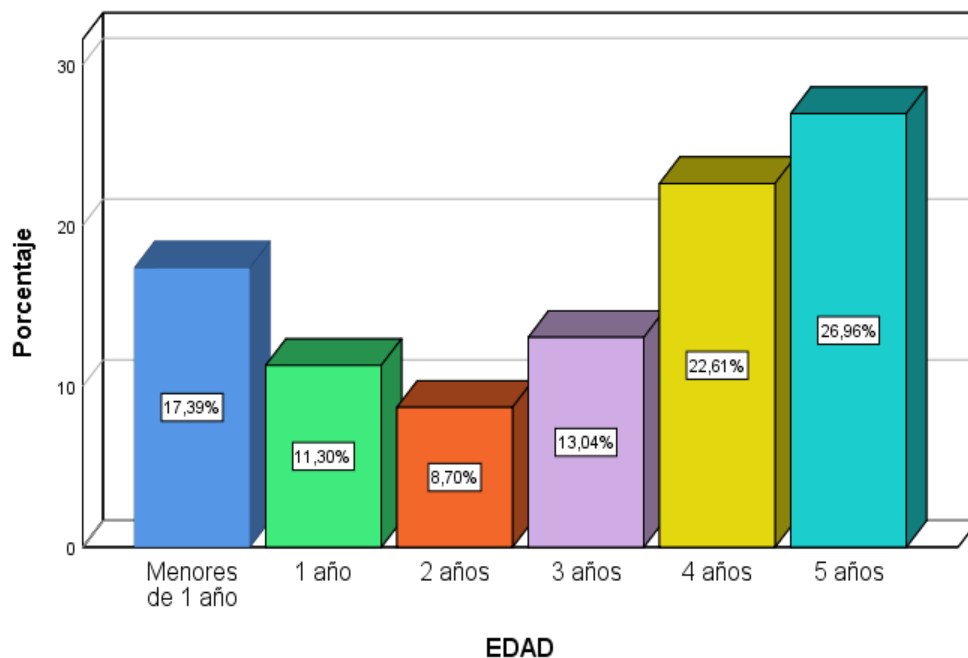
TABLA 1
**EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
 VISTA ALEGRE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 meses	7	6,1	93,0
7 meses	1	,9	93,9
8 meses	5	4,3	98,3
9 meses	2	1,7	100,0
10 meses	3	2,6	13,9
11 meses	2	1,7	15,7
1 año	13	11,3	11,3
2 años	10	8,7	24,3
3 años	15	13,0	37,4
4 años	26	22,6	60,0
5 años	31	27,0	87,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 1.

**EDAD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
VISTA ALEGRE**



Fuente: Tabla 1

Interpretación

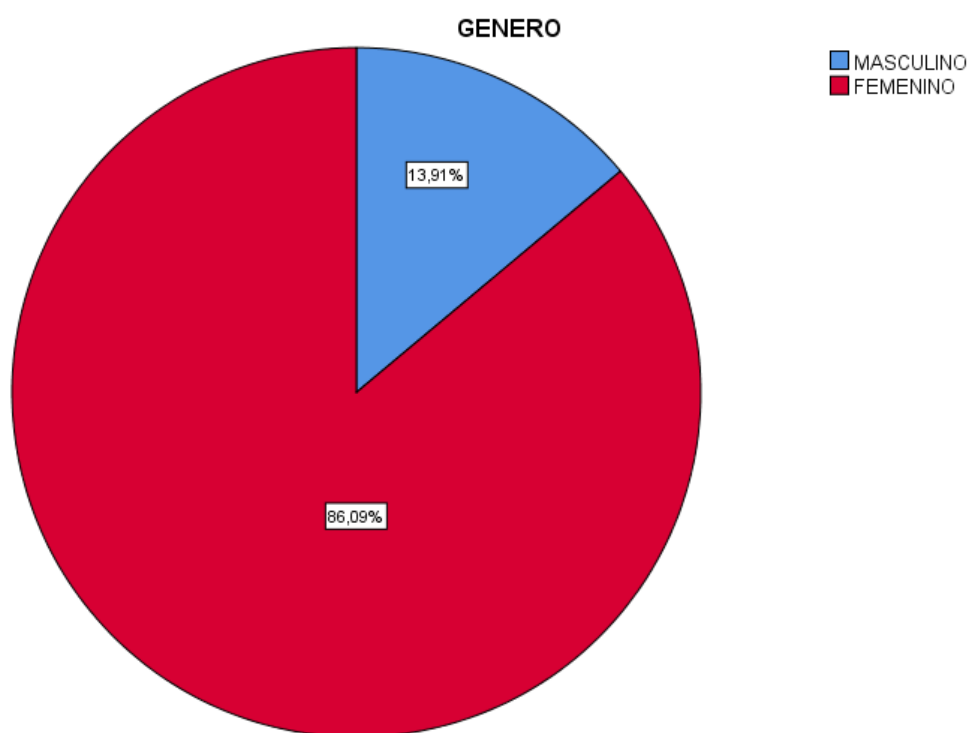
En la tabla 1 y gráfico 1, se presenta la edad de los niños atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que los padres de familia llevan a sus hijos al consultorio odontológico en edad de 5 años un 27 % siendo el mayor porcentaje, seguido de 22,6 % niños de 4 años, 17,3 % niños menores de un año, un 13 % niños de 3 años, un 11,3 % niños de un año y finalmente un 8,7 % niños de dos años.

TABLA 2
GÉNERO DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MASCULINO	16	13,9	13,9
FEMENINO	99	86,1	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 2
GÉNERO DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO



Fuente: Tabla 2

Interpretación

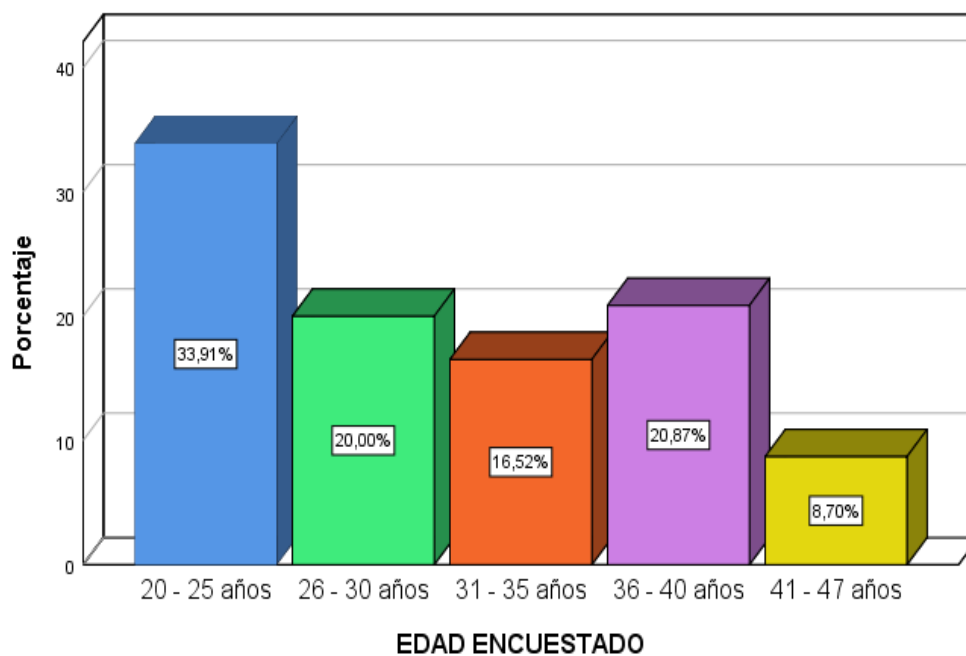
En la tabla 2 y gráfico 2, se presenta el género del padre de familia de los niños atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que los padres de familia encuestados en su mayoría son de género femenino con un 86,1 % y en menor porcentaje masculino un 13,9 %.

TABLA 3
EDAD DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20 - 25 años	39	33,9	33,9
26 - 30 años	23	20,0	53,9
31 - 35 años	19	16,5	70,4
36 - 40 años	24	20,9	91,3
41 - 47 años	10	8,7	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 3
EDAD DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO



Fuente: Tabla 3

Interpretación

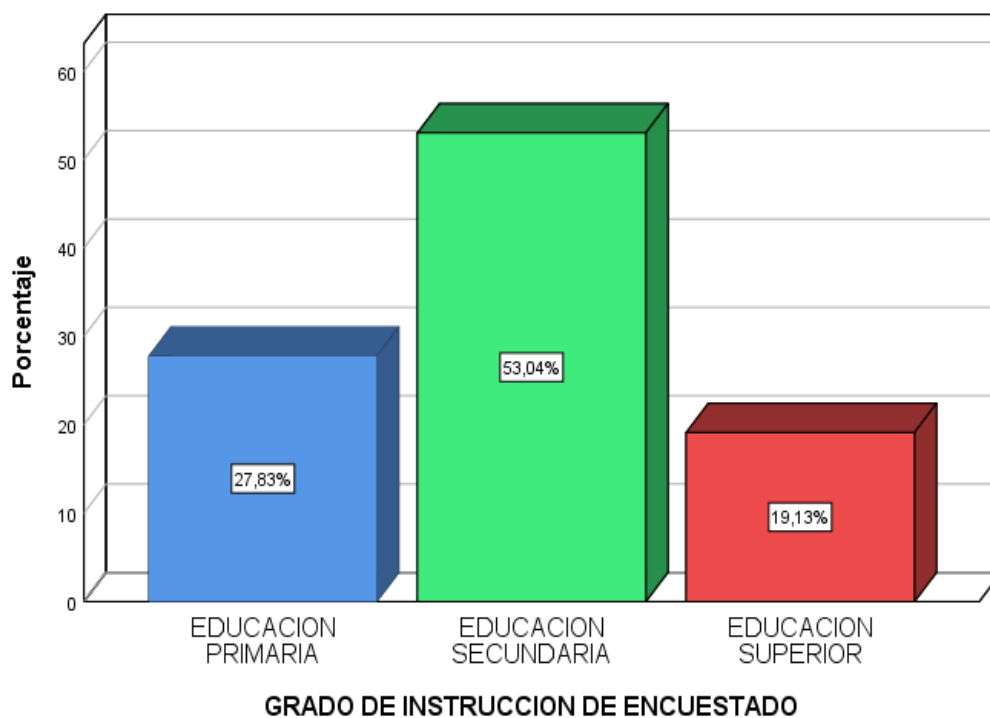
En la tabla 3 y gráfico 3, se presenta la edad de los padres de familia de los niños atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que la edad de los padres de familia en un 33,9 % con mayor porcentaje entre 20 – 25 años, seguido de 20,9 % entre 36 a 40 años, 20 % entre 26 – 30 años, un 16,5 % entre 31 – 35 años y finalmente un 8,7 % entre 41 – 47 años.

TABLA 4
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE DE FAMILIA
 ENCUESTADO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Educación primaria	32	27,8	27,8
Educación secundaria	61	53,0	80,9
Educación superior	22	19,1	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 4
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE DE FAMILIA
 ENCUESTADO**



Fuente: Tabla 4

Interpretación

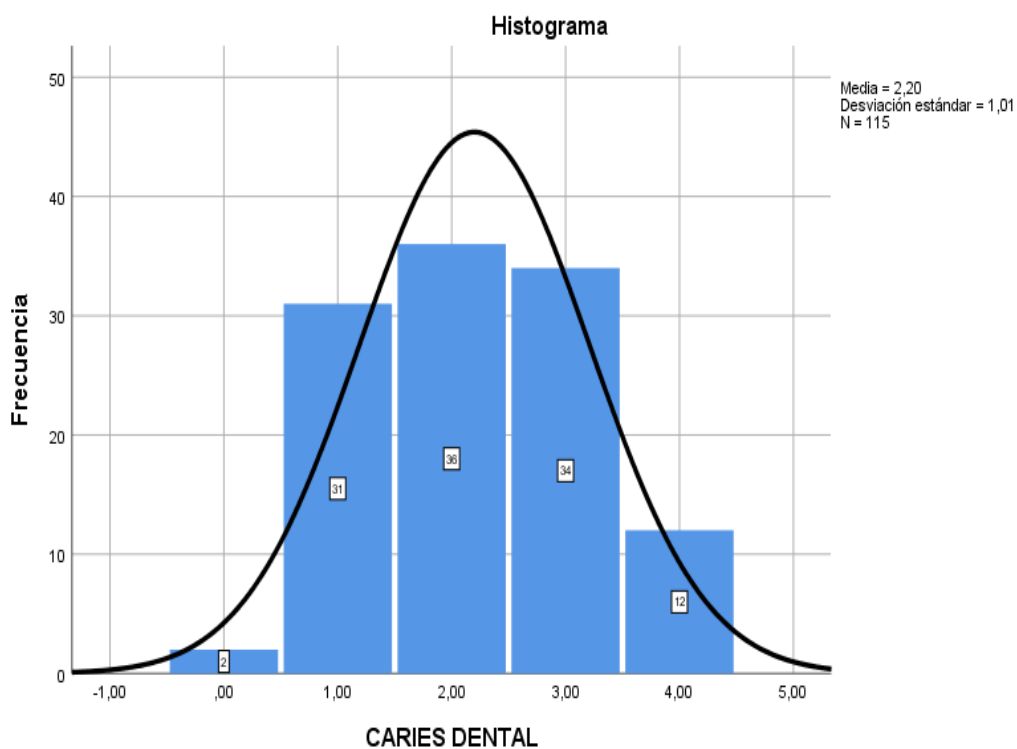
En la tabla 4 y gráfico 4, se presenta el grado de instrucción de los padres de familia de los niños atendidos en el consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que el grado de instrucción en un 53 % con mayor porcentaje educación secundaria, seguido de 27,8 % educación primaria y finalmente un 19,1 % educación superior.

TABLA 5
PUNTAJE DE DIMENSIÓN CARIES DENTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0,00	2	1,7	1,7
1,00	31	27,0	28,7
2,00	36	31,3	60,0
3,00	34	29,6	89,6
4,00	12	10,4	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 5
PUNTAJE DE DIMENSIÓN CARIES DENTAL



Fuente: Tabla 5

Interpretación

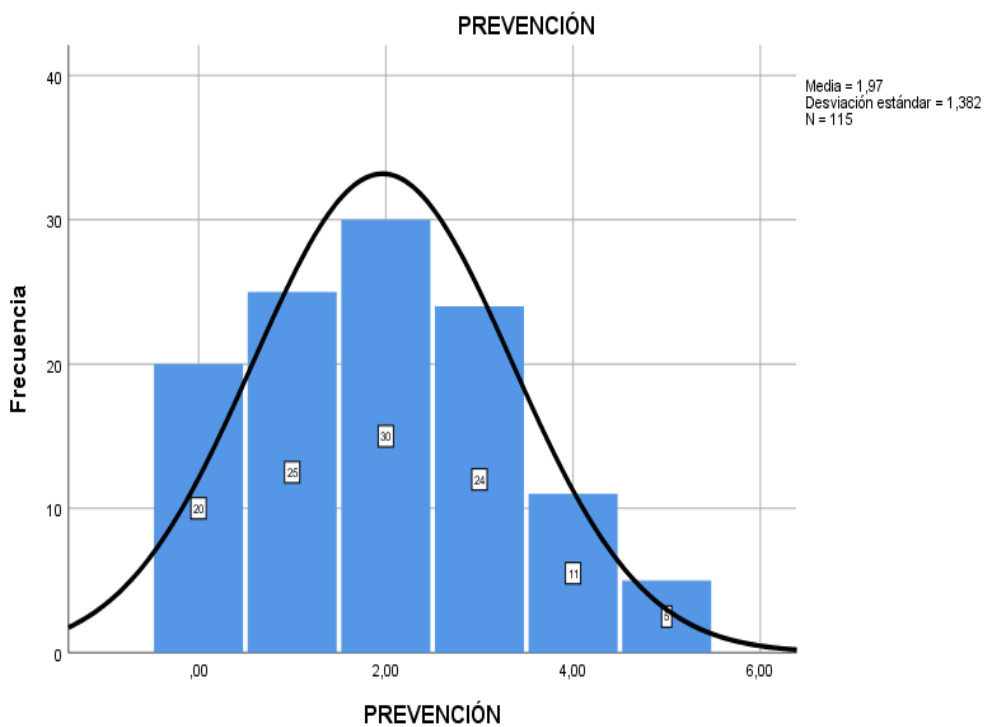
En la tabla 5 y gráfico 5, se presenta el puntaje obtenido de dimensión caries dental. Se observa que el mayor puntaje obtenido fue de 4 puntos obtenido por 12 padres de familia y el menor puntaje obtenido fue de 0 puntos obtenido por 2 padres de familia; el mayor porcentaje obtenido fue de 31,3 % con un puntaje de 2, seguido de 29,6 % con un puntaje de 3, un 27 % con un puntaje de 1, un 10,4 % con un puntaje de 4 y finalmente un 1,7 % con un puntaje 0.

TABLA 6
PUNTAJE DE DIMENSIÓN PREVENCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0,00	20	17,4	17,4
1,00	25	21,7	39,1
2,00	30	26,1	65,2
3,00	24	20,9	86,1
4,00	11	9,6	95,7
5,00	5	4,3	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 6
PUNTAJE DE DIMENSIÓN PREVENCIÓN



Fuente: Tabla 6

Interpretación

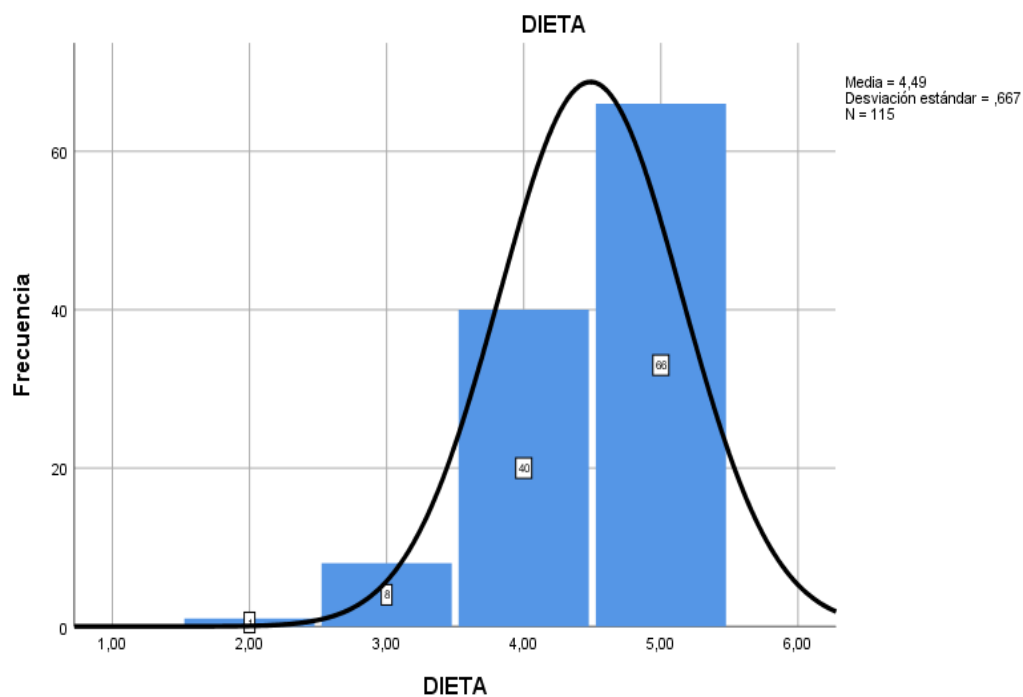
En la tabla 6 y gráfico 6, se presenta el puntaje obtenido de dimensión prevención. Se observa que el mayor puntaje obtenido fue de 5 puntos obtenido por 5 padres de familia y el menor puntaje obtenido fue de 0 puntos obtenido por 20 padres de familia; el mayor porcentaje obtenido fue de 26,1 % con un puntaje de 2, seguido de 21,7 % con un puntaje de 1, un 20,9 % con un puntaje de 3, un 17,4 % con un puntaje de 0, un 9,6 % con un puntaje de 4 y finalmente un 4,3 % con un puntaje 5.

TABLA 7
PUNTAJE DE DIMENSIÓN DIETA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2,00	1	0,9	0,9
3,00	8	7,0	7,8
4,00	40	34,8	42,6
5,00	66	57,4	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 7
PUNTAJE DE DIMENSIÓN DIETA



Fuente: Tabla 7

Interpretación

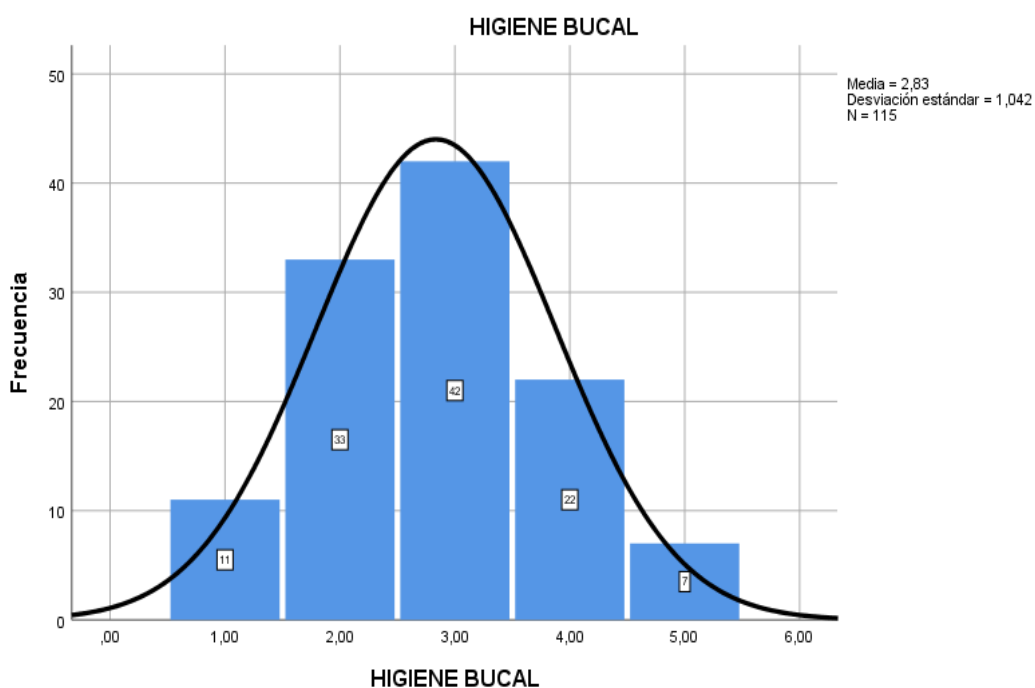
En la tabla 7 gráfico 7, se presenta el puntaje obtenido de dimensión dieta. Se observa que el mayor puntaje obtenido fue de 5 puntos obtenido por 66 padres de familia y el menor puntaje obtenido fue de 2 puntos obtenido por 1 padre de familia; el mayor porcentaje obtenido fue de 57,4 % con un puntaje de 5, seguido de 34,8 % con un puntaje de 4, un 7 % con un puntaje de 3 y finalmente un 0,9 % con un puntaje 2.

TABLA 8
PUNTAJE DE DIMENSIÓN HIGIENE BUCAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1,00	11	9,6	9,6
2,00	33	28,7	38,3
3,00	42	36,5	74,8
4,00	22	19,1	93,9
5,00	7	6,1	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 8
PUNTAJE DE DIMENSIÓN HIGIENE BUCAL



Fuente: Tabla 8

Interpretación

En la tabla 8 y gráfico 8, se presenta el puntaje obtenido de dimensión higiene bucal. Se observa que el mayor puntaje obtenido fue de 5 puntos obtenido por 7 padres de familia y el menor puntaje obtenido fue de 1 punto obtenido por 11 padres de familia; el mayor porcentaje obtenido fue de 36,5 % con un puntaje de 3, seguido de 28,7 % con un puntaje de 2, un 19,1 % con un puntaje de 4, un 9,6 % con un puntaje de 1 y finalmente un 6,1 % con un puntaje 5.

4.1.2. Resultado general de la variable

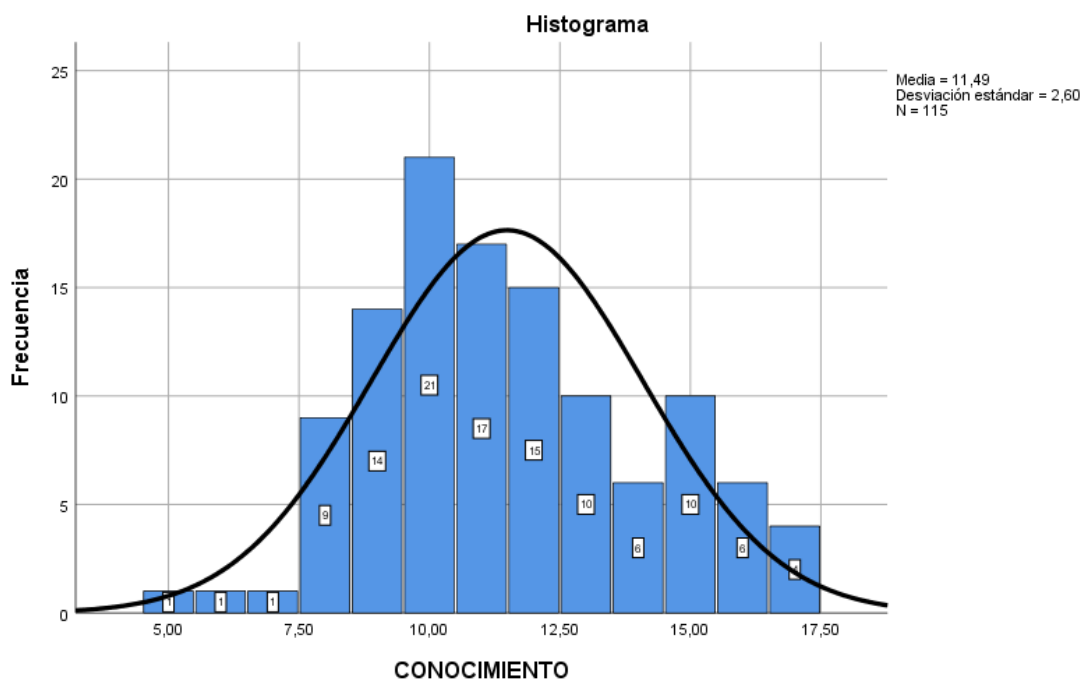
TABLA 9
PUNTAJE OBTENIDO DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5,00	1	0,9	0,9
6,00	1	0,9	1,7
7,00	1	0,9	2,6
8,00	9	7,8	10,4
9,00	14	12,2	22,6
10,00	21	18,3	40,9
11,00	17	14,8	55,7
12,00	15	13,0	68,7
13,00	10	8,7	77,4
14,00	6	5,2	82,6
15,00	10	8,7	91,3
16,00	6	5,2	96,5
17,00	4	3,5	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 9

**PUNTAJE OBTENIDO DE LOS PADRES DE FAMILIA EN EL
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO**



Fuente: Tabla 9

Interpretación

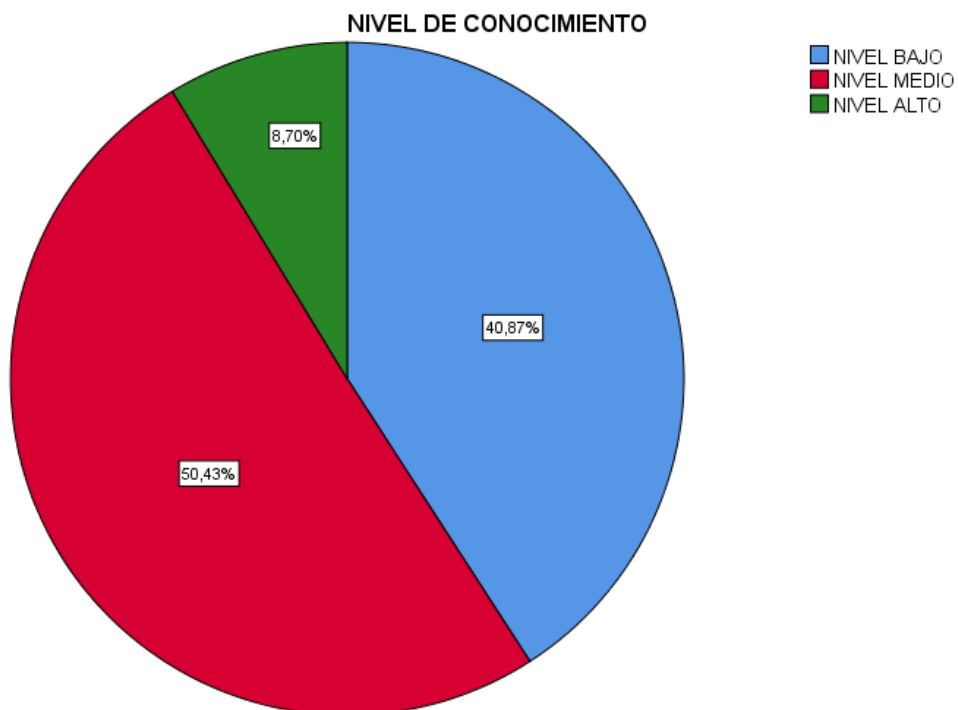
En la tabla 9 y gráfico 9, se presenta el puntaje obtenido de los padres de familia en el cuestionario de conocimiento sobre la prevención de caries dental. Se observa que el mayor puntaje obtenido fue de 17 puntos obtenido por 4 padres de familia y el menor puntaje obtenido fue de 5 puntos obtenido por un padre de familia; el mayor porcentaje obtenido fue de 18,3 % con un puntaje de 10, seguido de 13 % con un puntaje de 11, un 13 % con un puntaje de 12 y finalmente un 12,2 % con un puntaje 9.

TABLA 10
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel bajo	47	40,9	40,9
Nivel medio	58	50,4	91,3
Nivel alto	10	8,7	100,0
Total	115	100,0	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 10
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL



Fuente: Tabla 10

Interpretación

En la tabla 10 y gráfico 10, se presenta el nivel de conocimiento en prevención de caries de los padres de familia en los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que el 50,4 % presentaron un conocimiento medio, seguido de 40,9 % presentaron conocimiento bajo y finalmente un 8,7 % presentaron conocimiento alto.

4.1.3. Resultado de relación de variable

TABLA 11

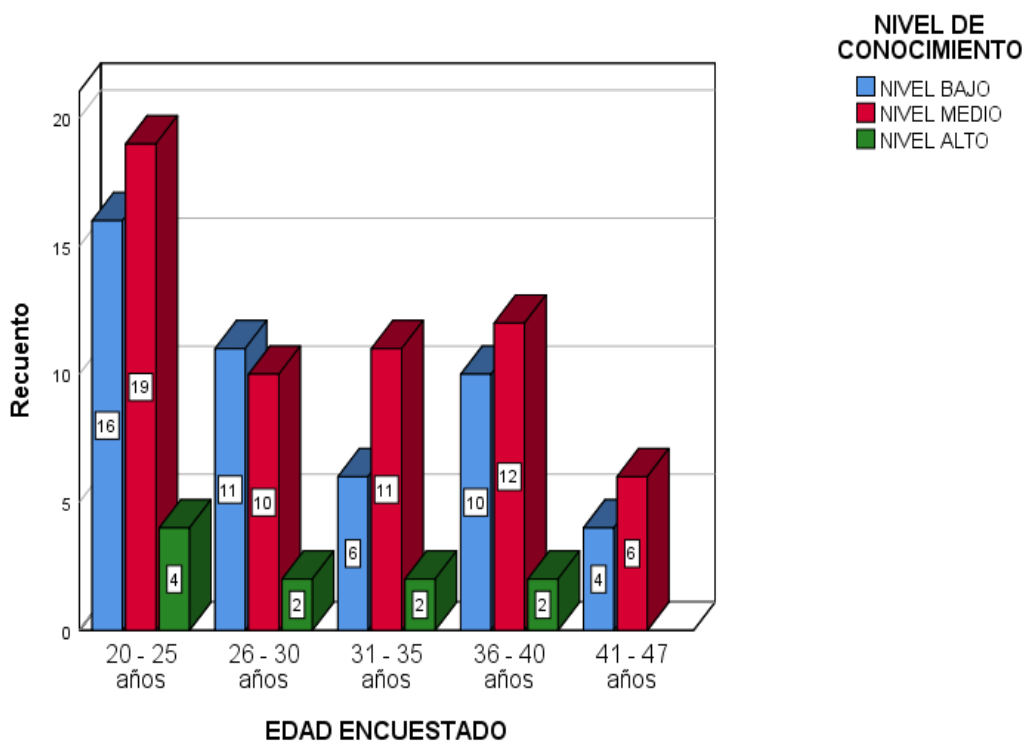
TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – EDAD DE ENCUESTADO

		Nivel de Conocimiento			Total	
		Nivel bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Edad	20 - 25 años	F	16	19	4	39
		%	13,9%	16,5%	3,5%	33,9%
	26 - 30 años	F	11	10	2	23
		%	9,6%	8,7%	1,7%	20,0%
	31 - 35 años	F	6	11	2	19
		%	5,2%	9,6%	1,7%	16,5%
	36 - 40 años	F	10	12	2	24
		%	8,7%	10,4%	1,7%	20,9%
	41 - 47 años	F	4	6	0	10
		%	3,5%	5,2%	0,0%	8,7%
	Total	F	47	58	10	115
		%	40,9%	50,4%	8,7%	100,0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 11

TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – EDAD DE ENCUESTADO



Fuente: Tabla 11

Interpretación

En la tabla 11 y gráfico 11, se presenta el nivel de conocimiento en prevención de caries de y edad de los padres de familia de los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que el 13,9 % presentaron un conocimiento bajo y edad entre 20 -25 años, seguido de 16,5 % presentaron conocimiento medio y edad entre 20 -25 años; finalmente un 3,5 % presentaron conocimiento alto y edad entre 20 -25 años.

TABLA 12

**PRUEBA DE CHI – CUADRADO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
EN PREVENCIÓN DE CARIES Y EDAD.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,371	8	0,967
Razón de verosimilitud	3,241	8	0,918
Asociación lineal por lineal	0,021	1	0,884
N de casos válidos	115		

Interpretación

En la tabla 12, se presenta la prueba estadística Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y edad. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y con un $p= 0967$, se concluye que no existe una relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries y edad en los padres de familia de los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre.

TABLA 13

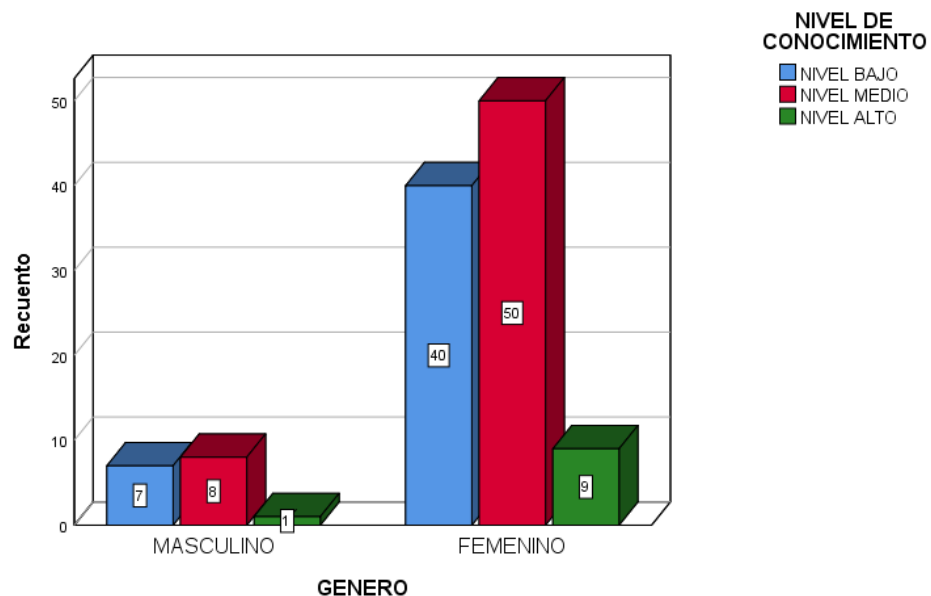
TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – GENERO DE PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO

		Nivel de Conocimiento			Total	
		Nivel bajo	Nivel Medio	Nivel Alto		
Genero	Masculino	F	7	8	1	16
		%	6,1%	7,0%	0,9%	13,9%
	Femenino	F	40	50	9	99
		%	34,8%	43,5%	7,8%	86,1%
Total		F	47	58	10	115
		%	40,9%	50,4%	8,7%	100,0%

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 12

TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – GENERO DE PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO



Fuente: Tabla 13

Interpretación

En la tabla 13 y gráfico 12, se presenta el nivel de conocimiento en prevención de caries de y género los padres de familia en los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que el 34,8 % presentaron un conocimiento bajo y género femenino, seguido de 43,5 % presentaron conocimiento medio y género femenino y finalmente un 7,8 % presentaron conocimiento alto y género femenino. Como ya mostró la mayoría de padres encuestados fueron de género femenino.

TABLA 14

**PRUEBA DE CHI – CUADRADO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
EN PREVENCIÓN DE CARIES Y GÉNERO**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,166	2	0,920
Razón de verosimilitud	0,177	2	0,915
Asociación lineal por lineal	0,133	1	0,715
N de casos válidos	115		

Interpretación

En la tabla 14, se presenta la prueba estadística Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y género. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y con un $p= 0,920$, se concluye que no existe una relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries y género en los padres de familia de los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre.

TABLA 15

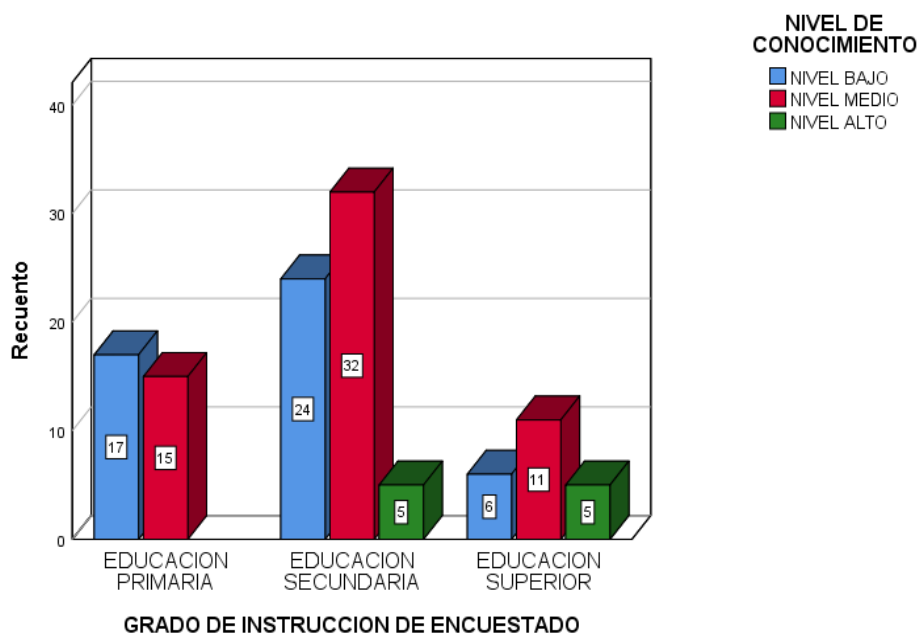
TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – GRADO DE INSTRUCCIÓN DE ENCUESTADO

		Nivel de Conocimiento				
		Nivel bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	Total	
Grado de instrucción	Primaria	F	17	15	0	32
		%	14,8%	13,0%	0,0%	27,8%
	Secundaria	F	24	32	5	61
		%	20,9%	27,8%	4,3%	53,0%
	Superior	F	6	11	5	22
		%	5,2%	9,6%	4,3%	19,1%
Total	F	47	58	10	115	
	%	40,9%	50,4%	8,7%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de conocimiento en prevención de caries dental.

GRÁFICO 13

TABLA CRUZADA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO – GRADO DE INSTRUCCIÓN DE ENCUESTADO



Fuente: Tabla 15

Interpretación

En la tabla 15 y gráfico 13, se presenta el nivel de conocimiento en prevención de caries de y grado de instrucción de los padres de familia en los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre. Se observa que el 20,9 % presentaron un conocimiento bajo y grado de instrucción secundaria, seguido de 27,8 % presentaron conocimiento medio y grado de instrucción secundaria; finalmente un 4,3 % presentaron conocimiento alto y grado de instrucción secundaria y superior.

TABLA 16

**PRUEBA DE CHI – CUADRADO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO
EN PREVENCIÓN DE CARIES Y GRADO DE INSTRUCCIÓN**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,118	4	0,038
Razón de verosimilitud	11,386	4	0,023
Asociación lineal por lineal	7,774	1	0,005
N de casos válidos	115		

Interpretación

En la tabla 16, se presenta la prueba estadística Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y grado de instrucción. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y con un $p= 0,038$, se concluye que existe una relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries y grado de instrucción en los padres de familia de los niños atendidos del consultorio de odontología del Puesto de Salud Vista Alegre.

4.2. Discusión de resultados

- ❖ En el presente trabajo se observa que el 50,4 % presentaron un conocimiento medio, seguido de 40,9 % presentaron conocimiento bajo y finalmente un 8,7 % presentaron conocimiento alto.

Holguin y Oyola (2016), obtuvieron resultados similares donde el 68,6% de padres de familia y el 2,9% de los cuidadores obtuvieron un regular nivel de conocimiento, siendo este el mayor resultado en ambas categorías. Pérez (2015), se asemejan sus resultados siendo el nivel de conocimiento sobre Higiene Bucal en padres de niños con habilidades especiales es regular, en un 40.10%; bueno un 33,85 % y malo un 26,05 %.

Rojas (2017) en su estudio difieren sus resultados donde el 39% de los padres tienen un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal, 37% un nivel de conocimiento regular, 19% un nivel de conocimiento deficiente y solo un 5% un nivel de conocimiento muy bueno. Moreira (2015) difieren sus resultados donde el 62,7% de los padres poseen un buen nivel de conocimiento sobre salud oral, el 26,4% de los padres un nivel de conocimiento regular y el 10,9% tienen un nivel de conocimiento malo. Teixeira y otros (2010) difieren en sus resultados donde la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo.

- ❖ También se observa en el trabajo que el 13,9 % presentaron un conocimiento bajo entre las edades 20 -25 años, seguido de 16,5 % presentaron conocimiento medio entre las edades 20 -25 años; finalmente un 3,5 % presentaron conocimiento alto entre las edades 20 -25 años. Se presenta la prueba estadística

Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y edad. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y $p= 0,967$, no existe relación.

Vásquez (2017), sus resultados se asemejan los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, nivel REGULAR el 64.28% en grupos etarios cuya edad promedio son de 35 a 49 años, nivel BUENO el 35.33% cuya edad promedio es de 35 a 56 años de edad y nivel MALO un escaso 0.39% donde su edad promedio es de 28 años. De conformidad con el valor de la chi cuadrado ($X^2 = 2,370$) y el grado de significancia (Sig = 0,328) demuestra que no es significativo quedando probado que el nivel de conocimiento en salud oral es independiente de la edad de los padres de familia. Rojas (2017) se asemejan sus resultados donde el 50% de los padres entre 20 a 30 años de edad tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, mientras, que el 46,2% de los padres de 31 a 45 años un nivel de conocimiento bueno. Se asemejan el Chi-cuadrado de Pearson: $p=0,085 > 0,05$ por lo tanto no existe diferencias estadísticamente significativa.

Pérez (2015), difieren en sus resultados donde el 39,68 % presentan conocimiento bueno y edad entre 30 – 45 años, un 41,46 % presentan conocimiento regular y edad entre 20 – 30 años y un 42,55 % presentan conocimiento malo y edad entre 45 a más años. La prueba chi cuadrado difiere siendo $\chi^2 = 9.8802$ $p = 0.0425$. Teixeria y otros (2010) difieren en sus resultados donde las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento.

- ❖ En cuanto al género, se observa que los padres de familia encuestados en su mayoría son de género femenino con un 86,1 % y en menor porcentaje

masculino un 13,9 %. Flores (2011) se asemejan sus resultados donde el número de encuestados por género, siendo del 72.5% mujeres y 27.5% hombres.

Entonces en lo que se refiere al nivel de conocimiento con el género femenino, el 34,8% presentan un conocimiento bajo, seguido de 43,5 % presentaron conocimiento medio y finalmente un 7,8 % presentaron conocimiento alto. Se presenta la prueba estadística Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y género. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y con un $p= 0,920$, no existe relación.

En el estudio realizado por Holguin y Oyola (2016), obtuvieron los resultados similares donde el mayor porcentaje fue 61,4% en el sexo femenino con un regular nivel de conocimiento, el 20% en el sexo femenino con un nivel de conocimiento malo. Vásquez (2017), obtuvo resultados similares donde el 64.28% de padres de familia de la Institución Educativa tienen un nivel de conocimiento regular en salud bucal; 35.33% tienen un nivel de conocimiento bueno; y solamente un escaso 0.39% un conocimiento de nivel malo. Las madres de familia, equivalente al 49.27% de la población estudiada, con regular conocimiento sobre salud bucal, prevalecen sobre el 15.08% que representan los padres, con similar nivel de conocimiento. El valor del Chi cuadrado calculada ($\chi^2 = 2.6569$) y la significancia (Sig = 0.278) se confirma que la Covariable no es significativa.

Rojas (2017) difieren sus resultados donde el 42,5% de los padres tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, mientras, que el 45,7% de las madres muestran un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal. Asimismo, se aprecia que el 26% de los padres y 15% de las madres tienen un nivel de

conocimiento deficiente sobre salud bucal. Difiere en el Chi-cuadrado de Pearson: $p=0,045 < 0,05$ por lo tanto existe diferencias estadísticamente significativa. Pérez (2015), difieren en sus resultados donde el 38,16 % presentan conocimiento bueno y sexo masculino, un 46,55 % presentan conocimiento regular y sexo femenino y un 31,58 % presentan conocimiento malo y sexo masculino. La prueba chi cuadrado difiere siendo $p = 0.0740$ $\chi^2 = 5.2070$.

- ❖ Por otro lado se observa que el 20,9 % presentaron un conocimiento bajo en el grado de instrucción secundaria, seguido de 27,8 % presentaron conocimiento medio en el grado de instrucción secundaria; finalmente un 4,3 % presentaron conocimiento alto en el grado de instrucción secundaria y superior. Se presenta la prueba estadística Chi – cuadrado del nivel de conocimiento en prevención de caries y grado de instrucción. Se observa que a un nivel del 5 % de significancia y con un $p = 0,038$, existe una relación.

Vásquez (2017), obtuvo resultados similares de padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, se confirma que el 64.28% de padres de familia tienen un conocimiento regular en salud bucal, de los cuales el 34.13% poseen grado de instrucción de Educación Secundaria, el 19.44% nivel de Educación Primaria y 10.72% nivel de Educación Superior o Técnica. En el caso del 35.33% de padres de familia tienen conocimiento bueno en salud bucal, de los cuales 15.87% acredita nivel de Educación Secundaria, 12.70% nivel de Educación Primaria y 6.75% nivel de Educación Superior o Técnica. Escasamente solo el 0.39% de padres de familia tiene conocimientos de nivel malo en salud bucal, acreditando grado de instrucción de Educación Primaria. Asimismo, difiere en cuanto a la

prueba chi cuadrado donde $X^2 = 2.030$. Sig = 0.206 donde el nivel de conocimiento en salud bucal en padres de familia es independiente del nivel de instrucción educativa.

Rojas (2017) se difieren donde el 20,5% de los padres tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular y pertenecen al grado de instrucción secundaria, mientras que el 17,8% también presentan un nivel regular pero con un grado de instrucción técnica o superior. Por otro lado, se observa que el 0,8% de las madres con grado de instrucción primaria, 8,7% de las madres con grado de instrucción secundaria y 5,5% de las madres con grado de instrucción técnica o superior presentan un nivel de conocimiento sobre salud bucal deficiente. Se asemeja el Chi-cuadrado de Pearson: $p=0,028 < 0,05$ por lo tanto existe diferencias estadísticamente significativa. Pérez (2015), difieren en sus resultados donde el 38,03 % presentan conocimiento bueno y grado de instrucción secundario, un 38,30 % presentan conocimiento regular y grado de instrucción superior y un 37,84 % presentan conocimiento malo y grado de instrucción primaria. La prueba chi cuadrado se asemejan siendo $\chi^2 = 10.8000$ $p = 0.0289$.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❖ Se determinó el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Tacna 2018; presentaron un 50,4 % conocimiento medio, seguido de 40,9 % conocimiento bajo y finalmente un 8,7 % conocimiento alto.
- ❖ Se logró determinar que no existe relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries dental y edad de los padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, realizado mediante la prueba estadística Chi-cuadrado con un $p=0,967$.
- ❖ Se determinó que no existe relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries dental y genero de los padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, realizado mediante la prueba estadística Chi-cuadrado con un $p=0,920$.
- ❖ Se logró determinar que existe relación entre el nivel de conocimiento en prevención de caries dental y el grado de instrucción de los padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, realizado mediante la prueba estadística Chi-cuadrado con un $p=0,038$.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ La presente investigación nos ha permitido conocer el nivel de conocimiento que tienen los padres de familia sobre prevención de caries dental asimismo se identificó las madres de familia son las que asumen mayor compromiso de apoyo a la educación de sus hijos, en tanto que la participación de padre varón es menor; realidad que compromete programar, implementar y ejecutar programas de apoyo para educar e informar a los padres de familia en temas relacionados con medidas preventivas de caries dental, generalizando acciones para el Puesto de Salud Vista Alegre del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- ❖ Se recomienda realizar investigaciones donde podrían tomar en cuenta otras variables tales como nivel socioeconómico para poder observar la influencia que esta tiene sobre el nivel de conocimiento en prevención de caries dental.
- ❖ Se recomienda entregar material educativo sobre cuidados preventivos de la salud bucal a todos los usuarios de los servicios de odontología de los puestos y centros de salud del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, para que puedan informarse sobre los métodos preventivos existentes para mantener una buena salud bucal.
- ❖ Se recomienda realizar estudios sobre nivel de conocimiento de prevención de caries antes y después de sesiones educativas, para evidenciar los efectos que pueden tener la sesión educativa sobre prevención de caries de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud bucodental. Desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. Tomado el 10/01/18.
2. MINSA. Salud bucal Desde: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13. Tomado el 10/01/18.
3. MINSA. Minsa: 85% de niños menores de 11 años tiene caries dental por inadecuada higiene bucal. Desde: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25670>. Tomado el 10/01/18.
4. Cupé Araujo, Ana Cecilia y García Rupaya, Carmen Rosa. Conocimiento de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un Instrumento. *Rev Estomatol Herediana*. 2015 Abr- Jun; 25 (2):112-121. 2015.
5. Pineda I, Mulet D, García D, Rosales JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. *Bol Estomatol Acción*. 1999; 1(1).
6. Díaz del Mazo L, Ferrer Gonzáles S, García Díaz RC, Duarte Escalante A. Modificaciones de conocimiento y actitudes hacia la salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño. *MEDISAN*; 2001,5 (2).
7. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.
8. Pineda Sinchi, D. A. y Rodríguez Auquilla, L. M. Relación entre frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. [Tesis pregrado]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Odontología; 2015.

9. Moreira Cano, F. N. Nivel de conocimiento de los padres y salud bucal en niños y niñas de la Escuela de Educación Básica Fiscal Unidad Bolivariana de la Ciudadela Bellavista del cantón Portoviejo, durante el período marzo – julio 2015. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2015.
10. Cruz Poblete, Marcela Nivel de conocimiento en prevención de caries de las educadoras de párvulos de preescolares en la comuna de Maipú en el año 2014. [Tesis pregrado]. Santiago, Chile: Universidad Andrés Bello. Facultad de odontología; 2014.
11. Flores Chapa, A. Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. [Tesis magister]. Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Odontología; 2011.
12. Teixeira González, P. y otros. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 3-12. <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/10/21>
13. Vásquez Roza, P. “Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, de la provincia de Santiago” [Tesis magister]. Chile: Universidad de Chile; 2007.
14. Zalón Villacrés, Ana Claudia “Nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en los niños preescolares” [Tesis pregrado]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega Facultad de Estomatología; 2018
15. Rojas España, E. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños escolares que asisten al departamento de Odontopediatria del Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” Lima, Perú 2017 [Tesis pregrado]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

16. Vásquez Martínez, K. “Nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, 2016” [Tesis pregrado]. Pimentel, Chiclayo: Universidad Señor de Sipán Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Estomatología; 2017.
17. Pérez Sánchez, R. M. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo. 2015” [Tesis pregrado]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Escuela Profesional de Estomatología; 2015.
18. Holguin Chumacero, L. y Oyola Burgos, M. “Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014” [Tesis pregrado]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Facultad de Medicina Escuela de Odontología; 2016.
19. Cheesman de Rueda, Sindy Conceptos básicos en investigación Desde: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>. Tomado el 10/01/18.
20. Martínez Rey, María Aurora El conocimiento: su naturaleza y principales herramientas para su gestión. Desde: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%BA36/MARIA%20AURORA%20MARTINEZ%20REY.pdf>. Tomado el 10/01/18.
21. Cerón Martínez, Armando Ulises Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. Desde: <file:///C:/Users/win7/Downloads/Dialnet-CuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna-5888348.pdf>. Tomado el 10/01/18.
22. González Sánchez, J. Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular Instituto Politécnico Nacional. Innovación Educativa, ISSN: 1665-2673 vol. 14, número 65. mayo-agosto, 2014.

23. Díaz Delgado, E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014. [Tesis pregrado]. Lima, Perú: Facultad de Medicina Humana; 2015.
24. Pareja Vidal, E. y Sánchez Alvarado, A. “Nivel de Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 19 de abril de Chupaca. Período 2016” [Tesis pregrado] Huancayo, Perú: Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt” Facultad de ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS) PRECONC Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional. Curso 2 Odontología integral para niños. Módulo 2 Tratamientos pulpares. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992
26. Herazo, Acuña, Benjamín. Clínica del sano en odontología (4a. ed.), Ecoe Ediciones, 2012.
27. Manual actualización de higienista dental: formación para el empleo, edited by CEP Editorial, Editorial CEP, S.L., 2010.
28. Duggal, Monty, et al. Odontología pediátrica, Editorial El Manual Moderno, 2014.
29. Federación Dental Internacional (FDI) El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global Atlas de Salud Bucodental. Segunda Edición Publicado. Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI); 2015.
30. Diccionario dental de Jaypee, edited by Priya Verma Gupta, and Sujata Sarabahi, Jaypee - Highlights Medical Publishers, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD VISTA ALEGRE. TACNA 2018”

RESPONSABLE: BACHILLER: YENNI MIRIAN ACERO MAMANI

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD/CATEGORIA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Enero – Marzo. Tacna 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Enero – Marzo. Tacna 2018.</p>	<p>Conocimiento sobre salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caries dental ➤ Prevención ➤ Dieta ➤ Higiene bucal 	<p>Bueno 16-20 puntos. Regular 11-15 puntos. Malo 0-10 puntos.</p>

<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según edad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según sexo?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según grado de instrucción?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según edad.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según sexo.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre según grado de instrucción.</p>			
---	---	--	--	--

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Tipo de investigación: El tipo de investigación que presenta el proyecto es investigación descriptiva.</p> <p>Nivel de investigación: El nivel de investigación es observacional, retrospectivo y corte transversal.</p> <p>Diseño de investigación: El diseño de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.</p>	<p>Población: Conformada por 117 padres de niños menores de 5 años atendidos en el consultorio odontológico del P.S. Vista Alegre.</p> <p>Muestra: La muestra será no probabilística, estuvo constituida por 115 padres de familia de niños menores de 5 años que acepten el consentimiento.</p>	<p>Técnica: Recolección de Datos</p> <p>Instrumentos: encuesta cuestionario</p> <p>Tratamiento estadístico: Se usó de la estadística descriptiva están las tablas y figuras estadísticas, más las medidas de posición central y de dispersión.</p>

ANEXO 2. Instrumentos de investigación

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PADRES DE FAMILIA O TUTORES

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento en prevención de caries dental, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. Datos generales:

Fecha: _____

Edad de su niño (a): _____

¿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 Superior

II. Instrucciones:

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
 - e) 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.

ANEXO 3. Validación de cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia

Juicio de expertos

INSTRUMENTO FUE ELABORADO POR ANA CECILIA CUPÉ- ARAUJO, CARMEN ROSA GARCÍA-RUPAYA EN SU TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO “CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE LA SALUD BUCAL DE NIÑOS PREESCOLARES: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO”⁴

Validación de Contenido:

La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado elaborado por el investigador, éste contenía 20 preguntas sobre: prevención, caries dental, dieta e higiene; con cuatro alternativas de respuesta, el puntaje fue de 0 a 20 según el Ministerio de Educación del Perú; a su vez fue revisado por 4 odontólogos especialistas en odontopediatría, y 3 odontólogos especialistas en metodología de la investigación, todos con más de 10 años de experiencia en el dichas áreas y validación. La prueba que se utilizó fue el Coeficiente de Validez (V de Aiken).

Reproducibilidad:

Seleccionada para el constructo. El tamaño para la reproducibilidad tomo en cuenta lo estimado por Arribas. Luego de aplicada la primera encuesta (n=20 preguntas), se volvió a aplicar la misma a los padres de familia a los 15 días, pero cambiando el orden de las preguntas para evitar el sesgo de memoria (fiabilidad test-retest). La fiabilidad, fue calculada con el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI).

Validez de constructo:

Se evaluaron los conocimientos sobre salud bucal a 312 madres y/o padres de familia de los I. E. I. Micaela Bastidas, Nuestra Señora de Monserrat, Universo, Santa Rosa de Lima y Niño Jesús con el cuestionario elaborado y corregido por el juicio de expertos.

Finalmente, se analizaron las respuestas y se aplicó la prueba de análisis factorial.

Confiabilidad:

Los resultados obtenidos de la muestra sirvieron para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach la evaluación de la confiabilidad, se aplicó la prueba estadística del Alfa de Cronbach con un resultado que va de regular a bueno de 0.645.

En conclusión, se comprobó que el instrumento probado es válido y confiable, que hubo asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y grado de instrucción de las madres y padres. Mostrando que a medida que la madre o el padre presentaba un nivel de educación mayor, presentaba un mejor nivel de conocimiento sobre salud bucal.

ANEXO 4. Base de datos del trabajo de campo

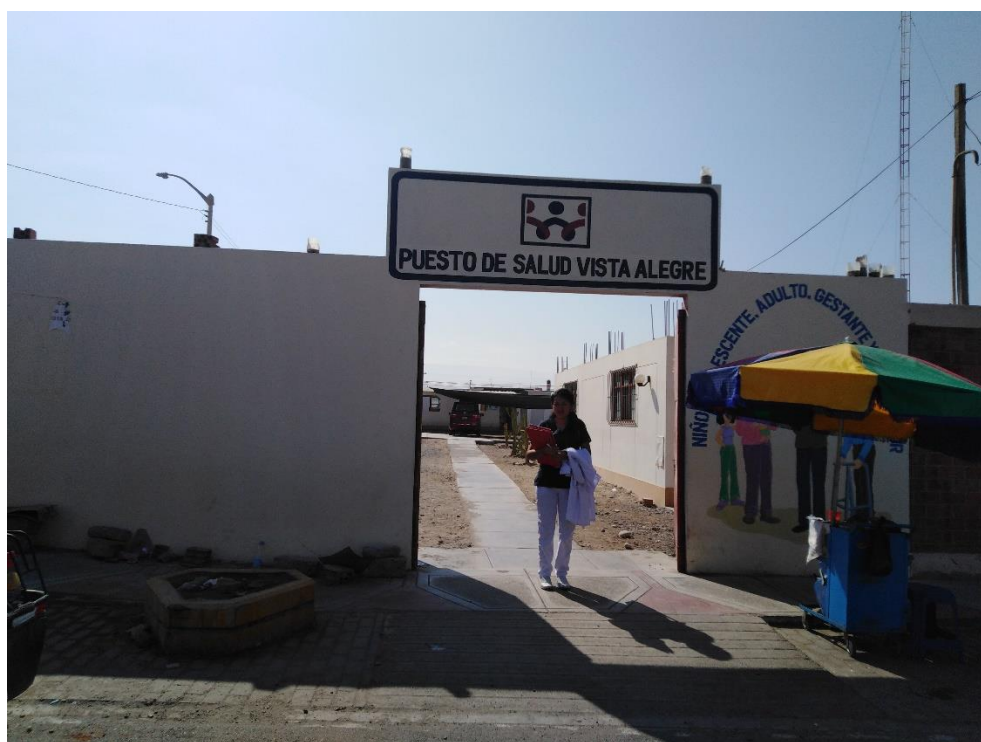
N°	EDAD	M=2	EDAD P.F.	G.I.	CARIES DENTAL					PREVENCION					DIETA					HIGIENE BUCAL										
		P=1			P.F.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
1	6 M	1	24	3	0	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	1	0	1	1	4	10	1	
2	5	1	46	2	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	11	2	
3	4	2	30	3	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	0	4	16	3
4	5	2	24	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	0	1	0	3	1	0	1	1	1	4	14	2
5	4	2	35	3	1	0	1	0	1	3	0	1	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	14	2
6	6 M	2	24	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	1	0	1	0	0	2	5	1
7	10 M	2	27	3	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	0	2	8	1
8	2	2	38	3	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	1	0	1	1	4	14	2
9	3	2	40	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	9	1
10	9 M	2	21	3	1	1	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	0	0	1	0	1	2	10	1
11	4	2	39	2	0	0	0	1	1	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	1	0	0	0	2	11	2
12	5	2	42	2	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	1	4	1	1	0	1	1	4	1	0	1	1	0	3	14	2
13	5	2	28	3	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	4	1	1	1	0	0	3	11	2
14	4	2	43	2	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	13	2
15	1	2	21	3	1	0	1	0	1	3	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	1	2	12	2
16	3	2	36	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4	13	2
17	6 M	1	27	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	1	3	8	1
18	3	2	30	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	10	1
19	1	2	31	3	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	15	2
20	4	2	40	2	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	10	1
21	5	2	35	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	10	1
22	1	2	25	4	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	12	2

23	3	2	23	4	1	1	0	1	0	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	17	3
24	3	2	25	3	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	3	10	1	
25	2	2	30	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	9	1	
26	10 M	2	25	3	1	0	0	1	1	3	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	15	2
27	3	2	30	3	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	0	1	10	1
28	4	2	36	4	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	13	2
29	8 M	2	31	3	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	17	3
30	4	2	25	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	0	1	6	1
31	5	1	39	3	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	12	2
32	5	2	32	3	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	10	1
33	4	1	23	3	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	9	1
34	5	2	33	2	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	0	0	0	1	8	1
35	1	2	20	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	10	1
36	5	2	39	3	1	0	0	1	1	3	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	15	2
37	10 M	2	24	4	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	0	3	1	0	1	0	1	3	10	1
38	4	2	36	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	0	2	10	1
39	8 M	2	26	3	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	2	10	1
40	1	2	25	4	1	0	1	0	1	3	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	1	1	11	2
41	9 M	1	42	3	1	0	0	1	1	3	0	1	1	1	0	3	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	15	2
42	2	1	25	4	1	1	0	1	1	4	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	16	3
43	4	2	33	3	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	2	12	2
44	3	2	42	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	8	1
45	2	2	31	2	1	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	3	11	2
46	5	2	38	2	1	1	0	0	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	0	1	11	2
47	5	2	37	2	1	0	0	1	1	3	0	1	1	0	1	3	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	0	2	12	2
48	5	2	42	2	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	3	0	0	1	1	0	2	8	1
49	8 M	2	22	3	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4	1	1	0	1	1	4	0	0	1	0	0	1	12	2

50	4	2	39	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	4	0	0	1	1	1	3	10	1
51	1	2	23	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	10	1
52	5	2	40	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	1	0	3	8	1
53	2	2	26	4	1	1	0	1	1	4	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	3	15	2
54	3	2	20	3	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	0	2	9	1
55	4	2	25	3	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	3	1	1	0	1	1	4	0	0	1	1	0	2	11	2
56	4	2	46	2	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	0	0	1	0	1	2	9	1
57	3	2	33	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	11	2
58	1	2	20	4	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	3	15	2
59	2	1	35	2	1	1	1	0	1	4	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0	2	10	1
60	6 M	2	28	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	3	9	1
61	3	1	26	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	1	3	8	1
62	11 M	2	26	4	1	0	1	0	0	2	0	1	1	0	1	3	1	1	0	1	1	4	1	0	0	0	0	1	10	1
63	4	2	32	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	3	15	2
64	5	2	25	3	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	4	0	0	1	1	1	3	13	2
65	6 M	2	27	3	0	1	0	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	2	14	2
66	2	2	23	4	1	0	1	0	1	3	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	13	2
67	4	2	26	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	12	2
68	6 M	2	32	3	1	0	1	0	0	2	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	15	2
69	5	1	30	3	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	12	2
70	3	1	27	4	1	1	0	1	0	3	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	1	4	1	1	1	0	0	3	12	2
71	1	2	27	3	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4	13	2
72	4	2	26	3	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	11	2
73	5	2	34	4	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	0	2	9	1
74	8 M	2	23	3	1	1	1	0	1	4	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	4	1	0	1	1	0	3	13	2
75	5	2	28	3	0	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	12	2
76	5	2	24	3	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	3	15	2

77	4	2	33	3	0	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	3	1	1	0	1	1	4	0	0	1	1	0	2	11	2
78	4	2	31	3	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	14	2
79	5	2	25	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	0	2	9	1
80	6 M	2	30	4	1	1	1	0	1	4	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	17	3
81	2	2	22	3	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	3	1	0	1	1	1	4	9	1
82	5	2	36	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	12	2
83	3	2	24	3	1	0	1	0	1	3	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	0	2	11	2
84	1	2	23	4	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	12	2
85	3	2	35	3	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	3	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	13	2
86	1	2	22	3	1	0	0	1	1	3	0	1	1	1	0	3	1	1	0	1	1	4	1	1	0	0	0	2	12	2
87	5	1	26	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	0	0	0	1	0	1	15	2
88	5	2	36	3	1	0	0	1	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	0	0	1	1	1	3	16	3
89	5	1	44	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	12	2
90	1	2	28	3	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	4	1	0	1	0	0	2	8	1
91	4	2	32	3	1	1	0	1	1	4	0	0	1	1	1	3	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	16	3
92	4	1	40	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	0	3	7	1
93	3	1	42	2	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	11	2
94	1	1	47	2	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	10	1
95	5	2	40	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	1	2	9	1
96	4	2	39	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	0	4	13	2
97	4	2	39	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	4	1	1	1	0	1	4	10	1
98	5	2	37	2	1	1	0	0	1	3	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	13	2
99	11 M	2	24	4	1	0	1	1	1	4	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	5	0	1	1	1	1	4	16	3
100	4	2	23	4	1	1	0	1	1	4	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	17	3
101	5	2	36	3	1	0	0	1	1	3	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	1	4	16	3
102	5	2	38	2	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	4	0	0	1	0	1	2	10	1
103	5	2	37	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	1	0	1	1	0	3	9	1

104	4	2	35	2	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	11	2
105	3	2	24	3	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1	5	1	0	0	0	0	1	9	1
106	5	2	26	3	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	1	2	9	1	
107	2	2	30	4	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	4	0	1	1	0	1	3	9	1
108	8 M	2	20	3	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	0	1	8	1	
109	1	2	22	4	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	1	0	3	11	2
110	4	2	30	4	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	0	3	10	1
111	5	2	32	3	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	1	3	10	1
112	7 M	2	23	4	1	0	0	1	1	3	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	5	0	0	1	0	1	2	12	2
113	2	2	22	3	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	0	2	11	2
114	4	2	23	3	1	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	5	0	1	0	0	0	1	11	2
115	5	2	40	2	0	0	1	1	1	3	1	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	1	2	11	2

ANEXO 5. Testimonios fotográficos (evidencias)



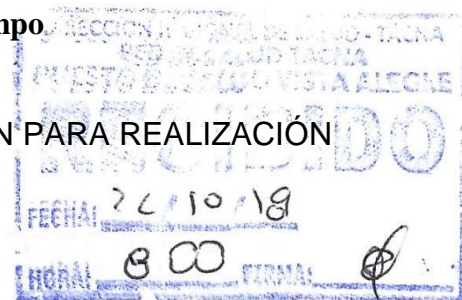






ANEXO 6. Solicitud a la entidad para efectuar el trabajo de campo

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN
DE TESIS.



**SEÑOR
GERENTE DEL PUESTO DE SALUD VISTA ALEGRE -TACNA**

Yo, YENNI MIRIAN ACERO MAMANI, identificada con DNI N°76947526, domiciliada en la Urbanización Monte Verde B-9, tesista egresada de la Universidad Privada CIMA; ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado con el desarrollo de mi proyecto de tesis titulada “Nivel de conocimiento en prevención de caries dental de padres de familia de niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Vista Alegre, Enero – Marzo. Tacna 2018”; es que recurro a su despacho a fin de solicitarle tenga a bien me otorgue la autorización para la recolección de datos a efectos de culminar con el trabajo de investigación en mención.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. Señor Gerente, pido acceder a petición, agradeciendo de antemano la atención que le brinde a la presente.

Tacna, 22 de Octubre del 2018

Bach. YENNI MIRIAN ACERO MAMANI
DNI N°76947526