



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGÍA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**“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”.**

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

**AUTORA:**

**Vásquez Martínez Kathya Alessandrha**

**Pimentel, Julio del 2017**

## **PRESENTACIÓN DE LA APROBACIÓN**

**“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”.**

---

CD. Paola Beatriz La Serna Solari

**Asesor Metodólogo**

---

CD. Tania Belú Castillo Cornock

**Presidente del jurado de tesis**

---

CD. Milagros Lavado La Torre

**Secretario del jurado de tesis**

---

CD. Cintya Liset Flores Armas

**Vocal del jurado de tesis**

## DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada en primer lugar a mi familia,  
Mi padre José Moisés Vásquez Samamé que con mucho sacrificio y amor me ha  
venido apoyando desde siempre para poder llegar a ser una profesional.

A mi madre, Katty Martínez Peña por estar presente.  
Mis hermanos María Elena y José Manuel Vásquez Martínez por orientarme y  
protegerme en mi etapa universitaria y a todos ellos por solventarme  
económicamente y llegar a terminar esta carrera.

Y sin olvidarme de mí, por esas lágrimas y esfuerzo durante la mi vida  
universitaria, que al final de este trayecto puedo darme cuenta que valió la  
pena.

Y porque no a mis compañeras y amigas, con las cuales pasamos por mucho y  
siempre recibí el apoyo y cariño de ellas.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi casa de estudios Universidad Señor de Sipán, que me alojó por 5 años en sus aulas, a mi maravillosa Escuela Profesional de Estomatología. A todos mis docentes que en el trayecto me brindaron su apoyo incondicional y supieron guiarme y enseñarme. A los docentes que me asesoraron en este humilde trabajo, Dra. Erika Enoki Miñano, Dra. Sandra Vanessa Rojas Padilla y a la Dra. Paola La Serna Solari, gracias por toda la paciencia y conocimientos que me brindaron.

A mis padres, José Vásquez Samamé, Katty Martínez Peña, mis pequeños y queridos hermanos María Elena y José Manuel Vásquez Martínez quienes han sido mi apoyo en todas las etapas de mi vida, gracias por los regaños, por los abrazos, por el tiempo que me brindaron cada momento con ustedes en mi vida es valioso y atesorado, aprecio el sacrificio que han hecho por darme un futuro.

Al colegio “Señor de los Milagros” por abrirme sus puertas y poder realizar con éxito mi trabajo de investigación.

Y para finalizar, a mis queridas amigas con las cuales compartí día a día momentos inolvidables, por esa amistad de la cual tengo grandes expectativas a largo plazo, por ese apoyo moral y por brindarme esas ganas de seguir estudiando y terminar nuestra carrera.

# INDICE

## Contenido

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	viii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.1. Realidad problemática .....	10
1.2. Formulación del problema .....	12
1.3. Justificación e importancia.....	12
1.4. Delimitación de la investigación:.....	12
1.5. Limitación de la investigación: .....	13
1.6. Objetivos .....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de estudio: .....	14
2.2. Sistema Teóricos Conceptuales.....	17
2.2.1. Conocimiento: .....	17
2.2.1.2 Conocimientos de la fisiología dentaria .....	17
2.2.1.3 Enfermedades bucales prevalentes .....	19
2.2.1.4. Biofilm: .....	24
2.2.1.5 Dieta .....	25
2.2.1.6 Medidas preventivas .....	25
2.2.1.7 Visita al odontólogo.....	30
2.3. Definición de la terminología: .....	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO. ....	33
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	33
3.2. Población y muestra .....	33
3.3. Variables.....	36
3.4. Operacionalización .....	37
3.5. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	38

3.5.1. Abordaje metodológico:.....	38
3.5.2. Técnicas de recolección de datos: Encuesta .....	38
3.6. Instrumento de recolección de datos: .....	38
3.7. Procedimiento para la recolección de datos:.....	39
3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos .....	41
3.9. Criterios éticos.....	41
3.10. Criterios de rigor científico.....	42
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	43
4.1. Resultados en tablas y gráficos .....	43
4.2. Discusión de los resultados. ....	47
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	49
5.1. Conclusiones.....	49
5.2. Recomendaciones. ....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
ANEXOS .....	55

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz en el año 2016, siendo este mismo un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra constó de 252 padres de familia a quienes se les aplicó una encuesta constituida por 20 preguntas para ayudar a la recolección de datos. La encuesta presentó 3 dimensiones los cuales fueron: nivel cognitivo, dieta e higiene bucal. Los resultados obtenidos demuestra que la mayor frecuencia de conocimientos es de nivel regular demostrado por 162 padres de familia (64.29%) de la muestra de estudio, de los cuales el 49.21 % corresponde al género femenino y el 15.08% restante corresponde al género masculino. Habiendo relación entre la edad y el nivel de conocimientos, siendo este a mayor edad mejor conocimiento, no siendo relevante el nivel de instrucción entre padres y madres. La investigación fue de predominio femenino demostrando el mayor interés en las madres de familia por la salud de sus hijos.

**PALABRAS CLAVES:** salud bucal, odontología preventiva.

## **ABSTRACT**

This investigation had as objective to determine the level of knowledge in oral health in parents' Educational Institutions of primary level to Jose Leonardo Ortiz District in the year 2016, being this same a quantitative study, non-experimental, descriptive type and cross-sectional study. The sample consisted in 252 parents to whom applied a survey consisting in 20 questions to help the data's collection. The survey presented three dimensions: cognitive level, diet and oral hygiene. The results obtained show that the highest frequency of knowledge is of a regular level demonstrated by 162 parents (64.29%) of the study sample, which 49.21% corresponds to the female gender and the remaining 15.08% corresponds to the male gender. There is a relation between age and level of knowledge, being this at an older age better knowledge, not being relevant the level of education between parents. The research was predominantly female demonstrating the greatest interest in mothers for the health of their children.

**KEY WORD:** Oral health, Preventive Dentistry



## INTRODUCCIÓN

Pocas personas toman en cuenta la importancia de la salud oral, sin darse cuenta cuanto afecta a su salud general. Gracias a la globalización y al desarrollo del país se van tomando medidas con este dilema de salud pública que perjudica a grandes y pequeños.

La función de todo profesional de la estomatología no es solo dar tratamiento o solución a la enfermedad ya presente, sino, es educar al paciente para prevenir posteriores enfermedades que implicaría más adelante a procedimientos más invasivos. Además quienes tienen parte de la responsabilidad para combatir este problema no es más que de los padres de familia que conviven más tiempo con sus hijos y ya sabe discernir entre los buenos y malos hábitos de higiene oral, pudiendo guiar u orientar a los más pequeños.

Observando la problemática, este trabajo de investigación tendría como objetivo determinar el nivel de conocimiento en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz. Debido a que es imposible para una sola persona abarcar tanta población como lo sería Chiclayo, el recolectar datos de cierto sector nos daría un índice para poder así tomar medidas de solución poder y realizar el cambio.

En el capítulo uno del estudio se plantea el problema de la investigación, una justificación para dicho trabajo, describiendo las limitaciones y definiendo objetivos para el desarrollo del mismo.

En el segundo capítulo se procede a redactar antecedentes de investigaciones para poder dar base a este trabajo y así poder comparar resultados, además de dar una pequeña descripción de teorías fundamentales para poder entender dicha investigación.

En el tercer capítulo da paso a la descripción estructural de la investigación tomando en cuenta el tipo y diseño de la investigación, del mismo modo plantea la población y muestra en la cual se aplicará la investigación junto con el instrumento empleado para la misma. Se dará también el procedimiento de recolección de datos ayudado de variables y haciendo un análisis estadístico.

En el cuarto capítulo se expondrán los resultados seguidos de su análisis e interpretación que darán paso al quinto capítulo en el cual se redacta la discusión comparando resultados con otros autores, dando además conclusiones y recomendaciones que podrían ser de utilidad en futuras investigaciones.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

Enfermedades orales, como lo son la caries dental, las enfermedades a la gingiva y los diferentes tipos de cánceres de la boca son una preocupación de salud de alcance mundial que aflige a países industrializados y, aumentando la frecuencia, a países en desarrollo, particularmente a comunidades más pobres, según afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al declarar los resultados del informe mundial sobre salud bucodental, la OMS ha revelado que se considera que cinco mil millones de personas en el planeta padecieron de caries dental.<sup>1</sup>

El mantenimiento de la salud bucal es el principal cometido de la profesión odontológica. Para ello dispone de medios efectivos, como son el examen bucal temprano y periódico, las medidas educativas para la instalación del hábito de la higiene bucal, la remoción de la placa microbiana, la utilización del flúor en sus diversas formas, la aplicación de sellantes y la operatoria dental oportuna. Parte de este panorama es la defectuosa educación del futuro odontólogo que no resalta lo importante de fomentar la salud y la prevención de la enfermedad.<sup>2</sup>

Actualmente, con la ayuda tecnológica y los avances científicos, se tiene al alcance información en todo ámbito, no siendo ajeno a esto los temas de Salud Oral, que frecuentemente se encuentran asociados a caries dental y enfermedad periodontal. En la mayor parte del mundo la profesión estomatológica impulsa una teoría de prevención, que va más allá de las alteraciones estomatológicas, en la cual el profesional debe informar y educar al paciente sobre las medidas preventivas en salud bucal.<sup>3</sup> Siendo esto un dilema de salud pública, la guía y cuidados de parte de los padres sobre medidas preventivas son un factor importante.

La visita al odontólogo, muchas veces, acontecen demasiado tarde en los menores de edad, siendo efectuadas sólo cuando se ha creado un problema dentario, habitualmente cuando el paciente muestra dolor o diferentes lesiones cariosas, lo cual conllevaría a procedimientos complejos a edades tempranas.<sup>4</sup>

Lamentablemente muchas personas ponen en primer plano enfermedades sistémicas dejando en un segundo plano la Salud Oral sin darse cuenta que esto repercute en todos los sistemas. Sabiendo que las enfermedades son determinadas por nuestras conductas y hábitos es allí donde debemos enfocarnos.

Holguín et al<sup>5</sup> en Lima identificaron un nivel regular sobre conocimiento en salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores. Concluyendo la existencia de un nivel de conocimiento regular sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.

Estudios hechos por Pineda et al<sup>6</sup> en Ecuador, demuestran que el nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres encuestadas arrojaron un gran porcentaje en el nivel medio, influyendo en los resultados de frecuencia de caries dental afirmando que el nivel de conocimientos sobre prevención en salud oral es la base para evitar las enfermedades. A nivel regional Holguín et al<sup>4</sup> identificaron resultados similares en una población con discapacidad.

Gonzales et al<sup>7</sup> en Colombia encuestaron a padres y cuidadores teniendo buenos resultados sobre conocimientos en salud oral y su relación con la práctica de los buenos hábitos en sus hijos considerando que los padres de familia son los protagonistas en la implementación de hábitos orales saludables.

Así pues, hay la confirmación que el nivel de conocimientos en salud oral en padres de familia, es importante, ya que ellos son el ejemplo y los principales promotores para generar buenos hábitos en los menores, evitando posteriores enfermedades bucales.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel conocimiento en salud bucal de Padres de Familia de la Institución Educativa N°11011 “Señor de los Milagros” de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz?

## **1.3. Justificación e importancia**

La Educación en Salud Bucal es una de las bases que garantizan la conservación de la salud global del menor, garantizando una mejor condición de vida para las personas.

El determinar estadísticamente el nivel de conocimientos en la salud oral en los padres de familia nos ayudará a darnos cuenta de la eficacia o deficiencia en los padres para proteger de futuras enfermedades no solo a sus niños si no a ellos mismo.

Cuando una persona se convierte en padre se vuelve más receptivo a todo tipo de información que involucre a su hijo, las medidas preventivas son de un alto interés no solo para él sino también para su familia, aprovechando esta ventaja el profesional de la Salud puede incentivar con mayor facilidad las estrategias educativas y preventivas la Salud Oral.

Sensibilizando sobre las medidas preventivas se minimiza el peligro de conseguir a temprana edad enfermedades bucales que lograrían evitarse con los conocimientos adecuados, protegiendo así la cavidad oral. Siendo la edad temprana una etapa influyente para adquirir hábitos saludables es importante que los padres estén en la capacidad de educar a sus pequeños en relación a los buenos hábitos en salud oral.

## **1.4. Delimitación de la investigación:**

La presente investigación fue conformada por los padres de familia del nivel primario de la institución educativa 11011 “Señor de los Milagros”, del Distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo.

## **1.5. Limitación de la investigación:**

Esta investigación presentó obstáculos tales como el desinterés por algunos padres de familia sobre el tema de salud bucal en sus hijos, además del miedo a ser evaluados.

## **1.6. Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar el 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”.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar el nivel de conocimiento en la salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa 11011 “Señor de los Milagros” del Distrito de José Leonardo Ortiz, según género.
2. Determinar el nivel de conocimiento en la salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa 11011 “Señor de los Milagros” del Distrito de José Leonardo Ortiz, según edad.
3. Determinar el nivel de conocimiento en la salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa 11011 “Señor de los Milagros” del Distrito de José Leonardo Ortiz, según nivel de instrucción.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Antecedentes de estudio:**

Holguín et al<sup>5</sup> (2016) Perú, tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad de la Clínica San Juan de Dios del distrito de Pimentel en el período 2014, que incluyó un total de 70 padres de familia y cuidadores. Los resultados 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 existe un nivel de conocimiento regular sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.

Paz<sup>8</sup> (2015) Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses que asistieron a los servicios de odontoestomatología de la mujer y odontopediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima en el año 2014. La muestra constó de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular (56.9%), seguido del nivel malo (31.7%) y del nivel bueno (11.4%); hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos.

García<sup>9</sup> (2015) Perú, tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de los niños del nivel inicial de la Institución Educativa Particular Mi Mundo Feliz, distrito de Trujillo, Región La Libertad. La población fue de 100 padres de familia del nivel inicial, a quienes se aplicó un cuestionario de 15 preguntas. El conocimiento en Salud Bucal fue 56% un nivel regular, el 31% bueno y el 13% malo, sobre medidas de prevención en salud bucal se obtuvo un nivel regular con 49%, 28% un nivel bueno y 23% un

nivel malo, sobre enfermedades bucales se obtuvo un nivel regular con 52%; el 27% bueno y el 21% malo. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia fue de nivel regular.

Cupé<sup>10</sup> (2015) Perú, tuvo como objetivo validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima, el estudio se realizó en 312 padres de familia: 260 del sexo femenino y 52 del sexo masculino. Para el recojo de la información utilizaron un cuestionario de 15 preguntas. Se observó que 133 (42,6%) madres de familia obtuvieron una calificación “buena” (15 a 17) y 14 (4,5%) madres obtuvieron una calificación “deficiente” (0 a 10) en el cuestionario. En el caso de los padres, 24 (7,7%) obtuvieron una calificación “buena” (15 a 17) y 3 (1%) obtuvieron una calificación “deficiente” (0 a 10) en el cuestionario sobre salud bucal.

Yong<sup>11</sup> (2015) Perú, relacionó el nivel de conocimiento en prevención en salud oral de los padres de familia con los índices de caries dental y enfermedad periodontal de los escolares de 8 a 9 años de edad del Colegio Neptalí Valderrama Ampuero de Arequipa. Con una población de 100 padres de familia en donde el 24.6% de niños presentó CPO muy alto y sus padres presentaron conocimientos regulares; el 17.5% de niños con CPO alto y sus padres presentaron conocimiento regular. Así mismo, el 14.0% de niños con CPO moderado, los padres presentaron conocimientos regulares. La relación del índice CPOD de los niños y el nivel de conocimientos de los padres sobre prevención en salud oral, es de 30.1%, es decir, una relación moderada.

Suyo et al<sup>12</sup> (2013) Perú, determinaron el efecto que tiene la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de tres años en el Centro de Salud de Mala, Lima. El estudio en 58 padres fue sobre higiene bucal y la influencia que ejerce la aplicación de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de niños menores de tres años, antes y después de realizar un taller educativo donde la mayor cantidad de padres antes del taller tuvo un nivel bajo (65,5%) y medio (20,6%) de conocimiento sobre bucal y se observó un incremento muy significativo en el conocimiento después del taller educativo en



Técnicas de higiene bucal (86%) y se concluye que el taller educativo permite que los participantes tengan mayor un nivel de comprensión sobre salud bucal (89,7%).

Sense et al<sup>13</sup> (2013) Perú, tuvieron como objetivo validar un cuestionario para padres sobre prácticas que influyen en la salud bucal e integral de sus hijo del distrito de San Juan de Lurigancho y El Agustino en Lima , donde se aplicó un cuestionario a 395 padres y madres seleccionados aleatoriamente. El cuestionario final constó de 13 preguntas; se encontró 58,5%, 26,3% y 15,2% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud bucal, y 35,9%, 32,2% y 31,9% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud integral donde concluyeron que hubo correlación positiva entre el nivel de instrucción de los padres y las prácticas para salud bucal e integral.

Benavente et al<sup>14</sup> (2012) Perú, determinaron el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD) en Lima, donde la muestra estuvo constituida por 143 madres con sus hijos menores de cinco años de edad Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente concluyendo que no se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ( $p > 0,16$ ).

Gonzales et al<sup>7</sup> (2011) Colombia, describen el conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores en un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles del Insituto Colombiano de Bienestar Familiarde Cartagena Colombia, durante 2010. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%) concluyendo que los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.

## **2.2. Sistema Teóricos Conceptuales**

### **2.2.1. Conocimiento:**

Es producto de la fase de conocer. El hombre como un ente ecuánime hace propia la realidad apoderándose intelectualmente de sus componentes; los comprende y se encuentra en la capacidad de transferir estos saberes a través del lenguaje a sus semejantes de generación en generación<sup>15</sup>. El conocimiento conlleva, según muchos autores, todo un procesamiento mental de producción en base a una fuente de información pudiendo ser un libro, la televisión, en la escuela o en la universidad, etc.<sup>16</sup> Por otro lado, la información constituye solamente el nivel de comprensión de datos mostrados al individuo, sin ninguna opinión respecto a este, lo cual evidencia ya un nivel superior mental, siendo este el conocimiento. La información de eventos específicos consta en recordar unidades de información determinada e impermeable. Este elemento, que proporciona un nivel de abstracción mucho menor podría percibirse como los elementos, construyendo formas más complicadas y abstractas de conocimientos<sup>17</sup>. Concluyendo que el vocablo conocimiento hace referencia a un proceso mental mucho más confeccionado y, por ende, es donde se encuentra la dificultad de evaluarla correctamente<sup>18</sup>.

#### **2.2.1.2 Conocimientos de la fisiología dentaria**

##### **A. Proceso dentario**

El desarrollo de la pieza dental empieza a partir de la lámina dentaria, densificación del epitelio que se presenta en las zonas de los futuros arcos dentarios. En la 6° y 8° semana embrional se determina la posición de los dientes temporales, a medida que la lámina dental aumenta en las zonas específicas y emergen los gérmenes dentarios hacia los tejidos mesenquimáticos más profundos.

Durante el desarrollo de la persona, las etapas entre las 20° semanas prenatales y los 10 meses postnatales los dientes permanentes comienzan a formarse; originándose en la lámina dental desde la cara lingual del germen del diente temporario. El desarrollo maxilar posibilita que la lámina dental se expanda

por detrás de los molares temporales para luego formar los primeros, segundos y terceros molares permanentes<sup>19</sup>.

Para la formación de cada pieza dental, éstas pasan por tres etapas en el proceso dentario; iniciación, morfogénesis e histogénesis con la ubicación de las piezas, estableciendo su forma y diferenciándose a nivel celular en tejidos duros (esmalte, dentina, cemento) y blandos (pulpa y tejido periodontal). Evolucionando en los procesos de yema, botón y campana<sup>20</sup>.

## **B. Tipos de dentición**

**Dentición decidua:** Es dentición inicial, llamada temporal, decidua o de leche, comprendido en 20 dientes que se desarrollan en la cavidad bucal durante los 6 meses y los 2 años y medio. La dentición temporal está constituida por: 4 incisivos, 2 caninos y 4 molares en cada maxilar. Adicionalmente de funciones como masticación, estética y fonación. Esta dentición ayuda a la conservación del espacio y como guía en la adecuada expulsión de los dientes permanentes <sup>21</sup>. En presencia de ésta se desarrolla la maduración neuromotora respecto a la función masticatoria, instaurándose las relaciones primarias de las unidades óseas del tercio medio e inferior de la cara.<sup>22</sup>

**Dentición permanente:** Usualmente constituida por 32 dientes que son: 6 molares, 4 premolares, 4 incisivos y 2 caninos por maxilar. Habiendo erupcionado la segunda molar permanente (alrededor de los 12 años de edad) se finaliza la dentición permanente. No obstante, algunos pacientes terminan de completar la dentición permanente entre los 18 y 25 años con la erupción de la tercera molar.<sup>23</sup> Finalmente, en el desarrollo dental, es más importante las etapas de los acontecimientos que la fecha referente de erupción.<sup>24</sup>

### **2.2.1.3 Enfermedades bucales prevalentes**

#### **A. Caries**

La caries es una enfermedad producida por muchos factores, caracterizándose por la destrucción de los tejidos duros del diente en consecuencia de una desmineralización inducido por los diferentes ácidos generados de la placa bacteriana. Las bacterias segregan ácidos a partir de restos alimenticios que quedan expuestos en la dieta. El destrozamiento químico dental está asociado al consumo de ácidos y azúcares encontrados en alimentos y bebidas. La caries dental es asociada además a errores de técnicas de higiene, la falta de cepillado, o desconocer los correctos movimientos en el lavado bucal, el desuso de hilo dental, así como también, en escasa posibilidad por etiología genética. Se ha confirmado la influencia del pH salival en relación a la caries dental. Tras la eliminación del esmalte destroza la dentina dejando expuesta la pulpa dentaria ocasionando inflamación, seguido de una pulpitis y posterior necrosis (destrucción pulpar). Si la pieza afectada no es atendida puede conllevar a una inflamación de la zona que rodea al ápice (parte inferior de la raíz) ocasionándose una periodontitis apical, con la posibilidad de provocar un absceso dental, una celulitis o una angina de Ludwig<sup>25</sup>.

#### **Etiología**

La caries dental es una enfermedad multifactorial, significando que deben ocurrir diversos factores para que ésta se desarrolle. Por el momento, investigaciones hechas han podido determinar cuatro factores principales:

- Anatomía dental: los dientes más o menos cantidad de placa dependiendo la constitución de la superficie y su ubicación. Por ejemplo, las piezas posteriores (molares y premolares), tienen más disposición a la caries ya que su forma es más abrupto además de presentar una cara oclusal constituida por surcos, fosas, puntos y fisuras, y no hay fácil acceso para que la lengua limpie fácilmente la superficie; los sectores que se pueden limpiar por la lengua y las mucosas es denominado zona de autoclisis. Es necesario nombrar la función del hospedero

en cuanto a una mayor o menor incidencia, influenciados por problemas socioeconómicos, por su estilo de vida (hábitos alimenticios e higiene bucal), cultura o ya sea genéticamente. Las dientes con deficiencia de mineralización son muy propensos a poseer caries.<sup>26</sup> Causas principales en la carencia de mineralización es que se da altas dosis de dioxinas o PCB ( bifenilos policlorados) en la leche materna,<sup>27</sup> la ingesta prolongada de ciertos antibióticos, enfermedades infecciosas en menores (el sarampión, la escarlatina, la difteria las paperas)<sup>25</sup>, enfermedades digestivas no diagnosticada o detectada tardíamente, carencia de vitamina D, desnutrición, hipoparatiroidismo,<sup>27</sup> bajo peso al nacer ,nacimiento prematuro, privación de oxígeno durante el parto y problemas respiratorios crónicos.<sup>27 28</sup>

- **Tiempo:** gracias a la capacidad acidogénica y acidúrica que los microorganismos poseen la placa dental es capaz de generar caries, no siendo suficientes la exposición a carbohidratos fermentables de la dieta, sino que deben mantener un pH ácido constante actuando un tiempo prolongado en la interfase placa-esmalte. De esta manera el factor tiempo toma un papel primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental está en la capacidad de tolerar 2 horas por día de desmineralización sin que el esmalte sufra lesión alguna, debido al componente buffer o efecto amortiguador que posee la saliva sin embargo el cepillado dental otorga esa protección, es decir, 20 minutos después de ingerir alimentos el órgano dental posee aún desmineralización (curva de Stephan), la exposición del azúcar en la dieta genera 18 horas de desmineralización post cepillado dental asociándolo como una destrucción química dental independientemente de la presencia del adecuado cepillado del paciente.
- **Dieta:** mientras que los carbohidratos fermentables son un factor condicionante en la aparición de caries, los almidones no la producen. Aclarando que debido a la enzima alfa amilasa salival es que se logra metabolizar los hidratos de carbono, siendo capaz de degradar el almidón hasta maltosa y dependiendo al tiempo de exposición con el bolo en boca se podría dividir hasta glucosa produciendo una disminución del pH salival la cual favorecería la desmineralización del esmalte. A nivel de la placa dental existe un proceso parecido en donde los microorganismos colonizadores empiezan a consumir estos carbohidratos resultando en la

producción de ácidos que disminuyen el pH en la interfase placa-esmalte. La constancia de un pH menor a 7 consecuentemente desmineraliza el esmalte. Cuando la persona se limita a consumir 4 momentos de azúcar como máximo no es tan importante la presencia de hidratos de carbono. Así mismo la disminución brusca de pH se puede restablecer por acción de los componentes buffer que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.

- Bacterias: aquellas con capacidad de adhesión a una película adquirida y agruparse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) evadiendo de así todos los sistemas de defensa del huésped, las cuales se encargan de remover las bacterias saprófitas o patógenas que no están adheridas por la saliva siendo deglutidas posteriormente. Básicamente el biofilm posee una gran cantidad de gram positivas que tienen baja capacidad en la formación de ácidos orgánicos y polisacáridos, pero debido a condiciones de anaerobiosis las capas más profundas son superadas por bacterias gram negativas y ese momento se describe como placa "cariogénica" siendo capaz de producir caries. Si bien es cierto que las bacterias pueden adherirse por si solas necesitan una colonización primaria de *Streptococcus sanguis*, familia de los mutans además se hallan *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces*, etc.

La ausencia de uno algunos de los factores descritos limitaría la presencia y progreso de caries.<sup>28</sup>

## **B.Enfermedad periodontal:**

### **Gingivitis:**

La gingivitis es una etapa en la enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal ocurre debido a una inflamación e infección destruyendo tejidos de soporte dental, tales como ligamentos periodontales, encía y los alveolos dentales.

La gingivitis se produce por la acumulación prolongada de depósitos de placa dental. Esta placa es de una consistencia densa conformado por mucosa, bacterias y residuos alimenticios que se acumulan en zonas dentales expuestas. Siendo también una causa importante para la aparición de caries dental.

Si la placa no se elimina, se transforma en un depósito duro calificado como sarro (o cálculo) que se adhiere en la base del diente. Tanto la placa como el sarro causan irritación e inflamación a las encías. Las toxinas y bacterias producidas por éstas ocasionan que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles.<sup>29</sup>

Factores que aumentan el riesgo de gingivitis:

- Enfermedades Sistémicas.
- Inadecuada higiene dental
- El embarazo debido a los cambios hormonales aumentando la sensibilidad de las encías.
- Diabetes no controlada.
- Apiñamiento dental, obturaciones no pulidas y la aparatología oral mal colocada o contaminada
- El consumo de algunos medicamentos como pastillas anticonceptivas, fenitoína, bismuto.

Muchas personas poseen cierta cantidad de gingivitis, éstas pueden aparecer con mayor frecuencia en la pubertad o el comienzo de la edad adulta debido a los cambios hormonales generados. Puede generar recidiva con frecuencia, dependiendo de la salud de sus dientes y encías.<sup>30</sup>

## **Síntomas:**

- Sangrado durante el cepillado.
- Enrojecimiento de encías.
- Sensibilidad al tacto en las encías.
- Úlceras orales
- Inflamación de las encías
- Brillo de las encías.

## **Periodontitis:**

Es cuando los ligamentos y huesos de soporte dental se encuentran inflamados e infectados. La periodontitis ocurre debido a una gingivitis no controlada. Esta inflamación e infección se dispersa desde las encías hacia los ligamentos y huesos de soporte. La pérdida de este soporte puede provocar el movimiento dental y posterior caída de los dientes en los adultos. No es un trastorno común en menores, pero puede incrementarse la adolescencia.<sup>29</sup>

La acumulación de placa y sarro en las superficies dentales produce inflamación, a raíz de ésta en las piezas se forman “bolsas periodontales” o espacios las cuales se llenan de placa y sarro.<sup>31</sup> En consecuencia de la inflamación de los tejidos la placa queda atrapada en las bolsas. Una inflamación sin tratamiento conlleva a daños en los tejidos y huesos alrededor de los dientes. Ya que el contenido de la placa son bacterias, producen infección y posterior presentar un absceso dental, aumentando la tasa de destrucción ósea.<sup>32</sup>



## **Cálculo dental:**

El cálculo dental, también conocido como sarro o tártaro dental, es el acúmulo sobre las caras dentales de sales de calcio y fósforo debido a la mineralización de la placa dental siendo esto la combinación entre saliva, microorganismos, y restos alimenticios que se van colocando sobre las piezas dentales. La presencia de la misma no existe relación directa con la enfermedad periodontal, sin embargo su presencia empeora la enfermedad. Un efecto del cálculo es la retención de más placa, por ende mientras más cantidades de cálculo se formen pueden obstaculizar la efectividad de la higiene bucal diaria y así apresurar la formación de más placa. La calcificación de estos depósitos pueden contener sustancias tóxicas para los tejidos blandos.<sup>33</sup>

### **2.2.1.4. Biofilm:**

Es una reunión de una flora microbiana diversa, aerobia y anaerobia, revestida por una matriz intercelular de polímeros. Estos microorganismos son capaces de unirse sobre las paredes de las piezas dentarias. La Salud se puede asociar a la presencia de ésta, si un microorganismo adquiere los sustratos que necesita para sobrevivir y permanece mucho tiempo sobre una superficie dental, puede lograr una organización y generar caries u alguna enfermedad periodontal<sup>34</sup>.

Se forman en las superficies dentales, en encía y en restauraciones, muy difícil de diferenciarse, a menos que esté teñida. De consistencia blanda, mate, y de color blanco-amarillo. Su formación es rápida y no puede ser eliminada con agua a presión. Varían dependiendo del individuo y de su localización anatómica. Si la placa se calcifica, puede dar paso a la formación de cálculos o sarro.<sup>34</sup>

### **2.2.1.5 Dieta**

La alimentación balanceada se conforma de los siguientes nutrientes<sup>35</sup>

- Fibra: para la digestión y absorción de los nutrientes.
- Fitoquímicos: anti-cancerígenos naturales.
- Antioxidantes: ayudan a la regeneración celular.
- Vitaminas: en frutas y verduras.
- Minerales: tales como el calcio, hierro, magnesio.
- Ácidos grasos: con mayor abundancia del Omega 3, 6 y 9.
- Carbohidratos: ayuda a formar tejidos y es fuente de energía.
- Proteínas: ayuda a formar estructuras.
- Grasas o lípidos: aporta en la formación celular, regular y formar reservas de energía.

Con frecuencia la población ingiere alimentos no balanceados, procesados químicamente, las cuales te proporcionan más calorías, siendo escaso el contenido de los 6 primeros nutrientes de la anterior lista.

El cuerpo está adaptado de acuerdo a una buena alimentación basándose principalmente en verduras que contienen todos los componentes de la lista y además en una adecuada cantidad requerida en nuestra dieta diaria. Contrario a este tenemos al azúcar, un producto procesado que solo posee carbohidratos simples y solo aporta calorías, pero ninguna nutrición.

### **2.2.1.6 Medidas preventivas**

La odontología moderna está orientada a prevenir y en su mayoría los actuales odontólogos entienden la obligación de prevenir el mal, además se encuentra en la búsqueda de estrategias preventivas para poder garantizar la buena salud bucal de sus pacientes.<sup>36</sup>

Una buena educación da como resultado una mejor prevención. Teniendo como principal objetivo los padres, que durante el proceso de aprendizaje deberán ser concientizados acerca de la salud bucal de sus hijos, además de aprender de ello y saber cómo aplicar medidas preventivas las cuales necesariamente tienen que utilizar en sus casas con la finalidad de eludir la enfermedad. Es más eficaz la educación y prevención que aplicar de manera invasiva algún tratamiento. Así mismo autores recomiendan que la educación debe dirigirse a las madres gestantes. La madre por ser quien tiene mayor contacto con el niño, es la adecuada para transmitir la educación y buenos hábitos.<sup>37</sup>

Es lógico en el primer año de vida del niño sea un paciente muy codiciable a nivel preventivo, ya que cualquier acción preventiva que aplique tendrá un efecto preventivo perdurable para toda la vida.<sup>36</sup>

## **A. Fluoruros**

### **1. Generalidades**

Este es el elemento químico más electronegativo en la tabla periódica, encontrándose en la naturaleza en mayor frecuencia en forma iónica con el nombre de fluoruro, tales como la criolita y la apatita.<sup>34</sup>

El entendimiento de sus propiedades cariostáticas fue a raíz de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), sin embargo no fue hasta 1972 que la OMS lo declara como único agente eficaz en prevenir la caries dental. Teniendo poderes antisépticos y actúan a nivel del metabolismo microbiano como un depresor enzimático.<sup>38</sup>

## 2. Mecanismo de acción

Su mecanismo de acción nos es del todo exacto; en consecuencia se han desarrollado variadas hipótesis en investigaciones que sustentan su actividad preventiva frente a la caries.<sup>39</sup>

Se podrían disponer cuatro grandes grupos<sup>40</sup>:

Acción en la hidroxiapatita:

1. Disminuyendo su solubilidad
2. Aumentando su cristalinidad.
3. Promoviendo su remineralización con la formación de cristales de fluorapatita.

Acción en las bacterias de la placa bacteriana:

1. Inhibe las enzimas interviniendo en el metabolismo microbiano
2. Reduciendo la flora cariogénica.

Acción en la superficie del esmalte:

1. Impide la mezcla de proteínas y bacterias.
2. Reduce la fuerza superficial libre.

Acción en el tamaño y estructura del diente:

1. Morfología de la corona.
2. Aplazamiento de la erupción.

Pinkham establece que a pesar de desconocer el mecanismo, la propiedad preventiva del flúor se podría deber a que en la estructura dental aumenta la resistencia a la disolución de ácidos, logrando la remineralización y disminuyendo el potencial cariogénico de la placa<sup>40</sup>.

### **3. Vías de administración del flúor**

El flúor puede administrarse mediante dos vías:

#### **Vía sistémica:**

En donde los fluoruros pueden ser ingeridos y son transportados por el torrente circulatorio, en donde el mayor almacén de depósito sería a nivel óseo y en menor cantidad en los dientes la que los fluoruros son ingeridos y transportados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes. El mayor beneficio de aplicarlo de esta manera es que se consigue durante el periodo pre eruptivo en la fase de mineralización y postmineralización. La administración por ésta vía se produce por la aplicación de dosis continuadas y bajas del mismo, por consiguiente los riesgos de toxicidad son casi inexistentes.

#### **Vía tópica:**

Es una aplicación directa sobre la superficie dentaria, por ende su uso es cuando los dientes han erupcionado, con una iniciación a los 6 meses de edad hasta lo largo de su vida. En las etapas de mayor utilidad máxima sería en la infancia y adolescencia o en adultos con una alta frecuencia de actividad cariogénica<sup>40</sup>.

La solución neutra de fluoruro de sodio al 2% fue la primera técnica que demostró eficacia.<sup>41</sup>

#### **Vía sistémica:**

1.-Fluorización de aguas: Ésta sigue siendo unas de las bases en los programas preventivos respecto a salud pública bucal. La fluorización del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Siendo aún el método con mayor efectividad y bajo en costo. Sin embargo, el consumo repetitivo durante todo el día se agregaría a su efecto sistémico. La concentración óptima en aguas de abastecimientos públicos aprobada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única barrera para su uso es estar proporcionado con una red de abastecimiento especializada. Por el

momento no se ha podido instaurar ningún vínculo entre condiciones médicas adversas y la dosis de flúor recomendado.<sup>41</sup>

Villena<sup>42</sup> (1988) ejecutó una investigación con el fin de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo de Lima metropolitana y Callao, revelando que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándose ésta un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental.

Otros aportes de flúor sistémico: Países y comunidades, donde por diferentes razones, la fluorización de las aguas comunitarias no puede ser llevada a cabo correctamente o tal vez no pueden ser controladas existirían otras maneras de suplementar con flúor sistémico tales como fluorizar las aguas de colegios, sal o leche fluorados y también suplementos con flúor oral<sup>43</sup>. Debido a que las tres primeras presentan dificultades técnicas que están fuera de nuestro control, la única opción sería aportando flúor sistémico mediante preparaciones farmacéuticas que contengan flúor: como lo son comprimidos o gotas de fluoruro sódico. En ambos casos previo a la ingesta deben ser masticados para que puedan recorrer las superficies dentales accionando un efecto preventivo local y al ser ingerido, uno sistémico. Para su administración debemos tener en cuenta algunos factores:

- Edad del menor.
- El consumo por otras fuentes de flúor.
- La continuidad administrativa de flúor.
- Factores de riesgo cariogénico:<sup>39</sup>.

**Indicaciones:** Sin olvidar la acción preventiva del flúor, se presentan circunstancias y poblaciones en donde los colutorios fluorados están altamente recomendados. Todos ellos son de riesgo de caries:

1. Personas con xerostomía.
2. Pacientes que son portadores de aparatología ortodóncica fija.
3. Pacientes con incapacidades para realizar una buena higiene oral.
4. Pacientes con gran afección gingival y alto riesgo de caries de cemento.
5. Pacientes con gran susceptibilidad a la caries.

- Fluorización de las aguas del consumo público: Con el propósito de reducir la caries se agregan elementos naturales como el flúor, al agua de consumo con la finalidad de disminuir el riesgo de caries. Los compuestos utilizados son el fluoruro sódico, fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. La dosis correcta se encuentra entre 0,1-0,2 partes por millón, variando en función a las condiciones climáticas.

- Fluorización de aguas en instituciones: Debido al poco tiempo de exposición de los escolares con esta agua durante el día lo recomendable sería que las concentraciones de flúor en el agua debe estar a un nivel varias veces superior al que sería recomendable para esa área. Sin embargo si el plantel acoge a mejores de 6 años deben asegurarse de que los pequeños no reciban flúor por ninguna vía alterna, por el riesgo de aportar una dosis excesiva.

2.- Suplementos alimenticios con flúor: El añadir flúor a alimentos de consumo diario como la leche, sal, harinas, cereales, etc., son otra alternativa. Su dosis recomendada se encuentra entre los 200-250 mg. En los 70's, no encontraban pruebas suficientes que midiera la cantidad exacta de flúor que debe integrarse en la leche, sal y pan<sup>34</sup>.

### **2.2.1.7 Visita al odontólogo**

La mayoría de los padres se preguntan, ¿Cuál es la edad en que se debe llevar al niño al Odontólogo?, lo ideal es que el niño acuda a consulta odontológica aun siendo menor de los 3 años de edad, es decir, la nueva filosofía propugna la atención odontológica a niños antes de cumplir el primer año de vida (pudiendo empezar con la gestante) centrado principalmente en la educación de la médula familiar (hermanos, abuelos, padres , empleada, etc.) para realizar, tácticas preventivas en el entorno doméstico como es la limpieza bucal, control del amamantamiento por las noches después de los 6 meses, el consumo (inteligente) de azúcares, orientación nutricional y aplicación tópica de flúor<sup>42</sup>.

Esta visita más que todo, es para realizar labores preventivas e ir instruyendo a los padres en cuanto al tipo de higiene bucal que deben comenzar a tener los niños, información sobre el tipo de cepillo dental, hilo dental y dentífrico que este debe usar y todas aquellas cosas que debe realizar para lograr su higiene bucal.

Cuando el paciente pediátrico acude por primera vez a una consulta odontológica, se debe tener en cuenta que el niño va a interactuar con personas extrañas y ajenas a su medio habitual, como lo son el odontólogo, el auxiliar dental entre otros, así como también con una serie de maquinaria e instrumental que pueden causar cierto temor en él. La primera visita es un proceso de adaptación a lo nuevo que está experimentando el niño; es una visita donde al niño se le muestra el sillón y todos los juguetes (herramientas) que tiene el dentista, se le cuentan los dientes y se revisa si existe animalitos (Caries) viviendo es sus dientes y se revisa si el niño se está realizando una buena higiene bucal<sup>43</sup>.



### **2.3. Definición de la terminología:**

**Nivel de conocimiento:** Es la medición del conocimiento almacenado mediante la práctica o la educación, o a través de la observación donde el aprendizaje es adquirido.<sup>44</sup>

**Salud bucal:** es la presencia de salud sin dolor, infecciones y lesiones bucales, la persona se encuentra en sus capacidades funcionales de morder, masticar, sonreír y hablar, repercutiendo en su bienestar psicosocial.<sup>45</sup>

**Prevención en salud bucal:** utilización de tácticas y componentes para impedir el inicio de una enfermedad, deteniendo o impidiendo el progreso de la enfermedad para evitar requerir tratamiento.<sup>46</sup>

**Higiene bucal:** Técnicas o medidas preventivas que se utilizan para eludir alguna enfermedad del sistema estomatognático, tomando en cuenta el grado de limpieza y conservación de los dientes.<sup>47</sup>

## CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.

### 3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación: De acuerdo al enfoque de la investigación es Cuantitativo.

3.1.2. Diseño de la investigación: no experimental, de tipo descriptivo, de corte transversal.

### 3.2. Población y muestra

**POBLACIÓN DE ESTUDIO:** Institución educativa 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz abarca 720 padres de familia.

**MUESTRA PILOTO:** A 20 padres de familia de la Institución Educativa N°10924 que cumplen con los criterios de inclusión propuestos.

**MUESTRA DE ESTUDIO:** n = 252 padres de familia

La muestra de estudio elegida equivale al veinte por ciento (20%) de la población accesible, válida en mérito a recomendaciones de estadísticos que recomiendan que la muestra de estudio tenga una amplitud comprendida entre el 5 al 20% de la población. Muestra que será determinada probabilísticamente por muestreo aleatorio estratificado según grado escolar (1°al 6° grado y secciones), mediante uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(X-u)^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Z= 1.96

p=q= 0.5

N= 720

(X-u) = 0.05

**Por tanto:** n = 252

La muestra total estuvo conformada por 252 padre de familia, equivalente al 35% de la población de estudio.

**Tabla N° 01**

*Padres de Familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, según Grado, Turno y Sección.*

Grado	Turno	Sección	P o b l a c i ó n			M u e s t r a	
			N° Padres	Por Turno	Por Grado	Secc.	Grado
1ro.	Mañana	“A”	30	60	120	10	42
		“B”	30			11	
	Tarde	“C”	30	60	16.66%	10	
		“D”	30			11	
2do.	Mañana	“A”	30	60	120	11	42
		“B”	30			10	
	Tarde	“C”	30	60	16.66%	11	5.80%
		“D”	30			10	
3ro.	Mañana	“A”	30	60	120	10	42
		“B”	30			11	
	Tarde	“C”	30		16.66%	10	5.80%
		“D”	30	60		11	
4to.	Mañana	“A”	30		120	11	42
		“B”	30	60		10	
	Tarde	“C”	30		16.66%	11	5.80%
		“D”	30	60		10	
5to.	Mañana	“A”	30		120	10	42
		“B”	30	60		11	
	Tarde	“C”	30		16.66%	10	5.80%
		“D”	30	60		11	
6to.	Mañana	“A”	30		120	11	42
		“B”	30	60		10	
	Tarde	“C”	30		16.66%	11	5.80%
		“D”	30	60		10	
<b>TOTAL</b>		<b>24</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>720</b>	<b>252</b>	<b>252</b>

Fuente: Padrón Padres de Familia año 2016.

La muestra fue tomada en forma aleatoria en proporción similar por cada estrato (sección) esto es 10 ó 11 elementos; cuya amplitud puede también determinarse con la fórmula:

$$n_i = N_i / N \cdot (n)$$

**Por tanto:**  $n_i=10.5$

siendo:  $n_i$  = muestra por estrato  
 $n$  = Muestra total, para el caso  $n=252$   
 $N_i$  = Población por estrato,  $N_i = 30$   
 $N$  = Población total,  $N = 720$

Debe elegirse en forma aleatoria 10 ó 11 miembros (padres de familia) de cada estrato, como se puede observar en la tabla N° 01. Lo cual equivale a 1.38% ó a 1.53% de la población de estudio.

### **Criterios de inclusión**

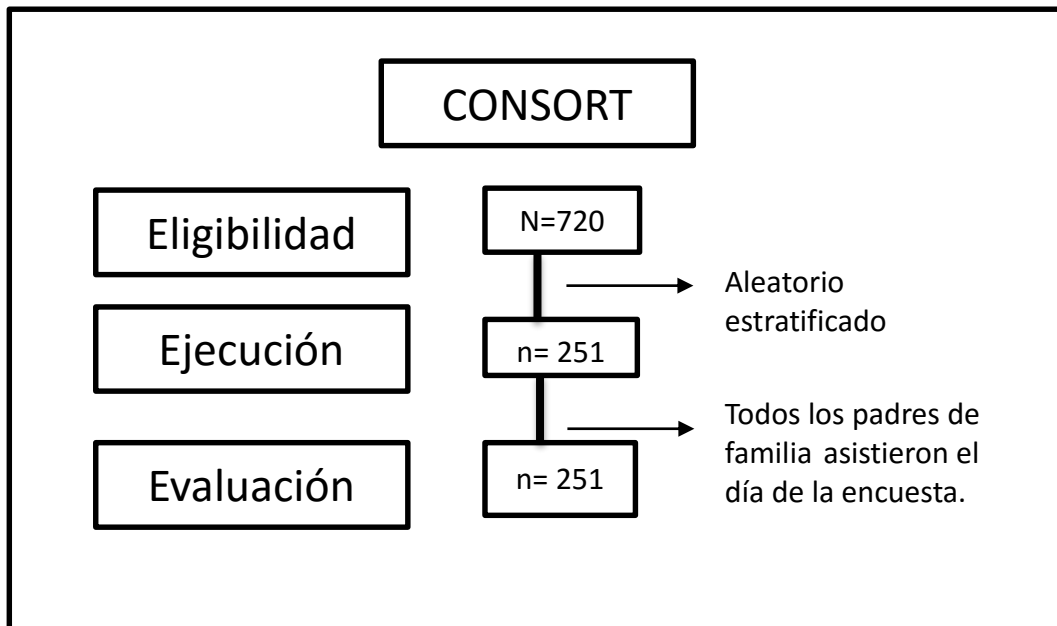
- Padre de familia que tengan hijos matriculados en colegios de nivel primario estatales del distrito de José Leonardo Ortiz en el año 2016.
- Padre de familia que accedan a colaborar en el estudio y firmen el consentimiento informado (anexo 01).

### **Criterios de exclusión**

- Padre de familia que sea analfabeto.
- Padre de familia que sea no vidente.

### **Criterios de eliminación**

- Padre de familia que no llegue a completar la encuesta.
- Padre de familia que no asista el día de la encuesta.



### 3.3. Variables

Nivel de conocimiento en salud bucal

**Covariables:**

1. Edad de los padres de familia.
2. Sexo de los padres de familia.
3. Nivel de instrucción.

### 3.4. Operacionalización

VARIABLE	ESCALA	TÉCNICA	ÍNDICE	TIPO
<b>Nivel de conocimiento en salud bucal</b>	ORDINAL	ENCUESTA	BUENO (12-20)  REGULAR (06-11)  MALO (0-05)	CUALITATIVO
<b>COVARIABLES</b>				
<b>Edad</b>	NOMINAL		25-31 32-38 39-45 46-52 53-59	CUALITATIVO
<b>Sexo</b>	NOMINAL		Femenino Masculino	CUALITATIVO
<b>Grado de Instrucción</b>	ORDINAL		Primaria Secundaria Superior	CUALITATIVO

### **3.5. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.5.1. Abordaje metodológico:**

El estudio se basa en el enfoque cuantitativo y método deductivo.

#### **3.5.2. Técnicas de recolección de datos: Encuesta**

El sistema que se utilizó fue la encuesta para que los encuestados tengan noción de lo que este análisis quiere evaluar, posee instrucciones fáciles de comprender y seguir además de unas pequeñas preguntas que ayudaron a recopilar datos útiles para la investigación.

Esta encuesta constó de 20 preguntas dividida en 3 dimensiones las cuales son enfermedades bucales con 7 preguntas, dieta con 3 preguntas y prevención con 10 preguntas.

### **3.6. Instrumento de recolección de datos:**

El desarrollo de recolección de datos se realizó mediante el uso de un cuestionario (Anexo N° 02), que nos permitió recoger información general de los miembros de la muestra, tales como: edad, sexo, grado de instrucción; y específicamente sobre el nivel de conocimiento de los padres de familia, sobre salud bucal.

El cuestionario, estructurado por veinte ítems, fue sometido a juicio de cinco expertos (Anexo N° 03), los que opinaron en favor de la estructura y formulación de los ítems, observándose un solo ítem, que fuera corregida. Luego se administró dicho instrumento a una muestra piloto de veinte padres de familia, elegidos al azar y conformada por individuos de la población de estudio (Anexo N° 04), de los cuales el 40% fueron varones y el 60% restante, mujeres.

Así mismo, luego de ser administrado la encuesta a la muestra piloto, sus resultados fueron sometidos a la Prueba Alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad, así como de la escala de calificación, que procesados con auxilio del programa computarizado SPSS 20 se concretaron los siguientes resultados:

#### Estadísticos de Confiabilidad de la Encuesta y Escala de Calificación

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach en elementos tipificados	Media	Varianza	Desv. Típica	N° de elementos
0.814	0.833	11.56	2.43	1.94	20

Alfa de Cronbach = 0.814, valor que confirma que los ítems de la encuesta están adecuadamente correlacionados, asegurándose la confiabilidad de los instrumentos (encuesta y escala de valoración).

Media = 11.56, demuestra que los padres de la muestra piloto poseen un regular nivel de conocimiento en salud bucal; esperándose de este modo que tal conocimiento se confirme al aplicar el instrumento a la muestra de estudio.

Varianza = 2.43 y Desviación Típica = 1.94, demuestran que los padres de familia integrantes de la muestra piloto tienen un homogéneo conocimiento de nivel regular sobre medidas preventivas de salud bucal.

### 3.7. Procedimiento para la recolección de datos:

El cuestionario, como instrumento para la recolección de datos se realizó en tres etapas:

Primera Etapa:

- Formulado y aprobado el Proyecto de Investigación, se gestionó a la Dirección de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, se emita una carta de presentación ante la Dirección de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, con la finalidad de ejecutar la investigación (Anexo N° 05).



- Entregada la carta de presentación, se procedió a coordinar con el Director y Docentes del Centro Educativo para ejecutar la presente investigación.

- En coordinación con la Dirección institucional y la Junta Directiva de la Asociación de Padres de Familia, se realizaron reuniones informativas a los padres de familia, detallando su participación en la aplicación de la encuesta prevista como instrumento de investigación.

- A cada padre de familia asistente a la Asamblea informativa, se le extendió un documento de consentimiento y participación voluntaria en la investigación sobre Nivel de Conocimiento en Salud Bucal.

Segunda Etapa:

- El diseño del instrumento de investigación consistente en un cuestionario de veinte preguntas de respuesta múltiple, sobre enfermedades bucales, dieta y prevención, fue sometido a juicio de expertos, validado con la prueba V de Aiken, corrigiéndose solamente una pregunta.

Tercera Etapa:

- Reformulado el cuestionario en un solo ítem, fue administrado a una muestra piloto de veinte padres de familia.

- Reunida la muestra piloto en un salón de la Institución Educativa N° 11011, motivo de investigación, bajo criterios de inclusión y exclusión, se les orientó para que plasmaran adecuadamente sus respuestas.

- Se estableció un tiempo de treinta minutos para contestar la encuesta.

- No se presentaron inconvenientes de ninguna clase en la administración de la encuesta.

- Recopiladas las veinte encuestas, se procedió a su calificación, valorando con puntaje de uno (1) para cada respuesta correcta y cero (0) para cada respuesta incorrecta.

- Con las encuestas debidamente calificadas, se procedió a elaborar una base de datos, para su tratamiento con el uso de una computadora, utilizando el paquete estadístico SPSS 20, aplicándose la Prueba Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad, tanto de la encuesta, así como de la escala de calificación.

- El producto de la evaluación de las encuestas, los niveles de información fueron agrupados mediante la siguiente escala de valoración:

<b>RANGO</b>	<b>RESPUESTAS CORRECTAS</b>
<b>Bueno (B)</b>	<b>12 - 20</b>
<b>Regular (R)</b>	<b>06 - 11</b>
<b>Malo (M)</b>	<b>00 - 05</b>

- El 18 de diciembre 2016 se procedió a administrar la encuesta (anexo n° 06) a los 252 padres de familia integrantes de la muestra de estudio; siguiendo los mismos pasos descritos para la muestra piloto y con apoyo de docentes de la Institución Educativa, debidamente informados.

### **3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos**

La etapa de recolección de datos se efectuó a través de la aplicación de un cuestionario en donde los datos fueron procesados utilizando el software SPSS 2.0 Español (Programa estadístico) con el objetivo de plasmar los resultados en tablas respondiendo a los objetivos ya manifestados. Investigación se analizó mediante una estadística descriptiva la cual se organizó en tablas distribución de frecuencia absoluta y relativa, además del valor de tendencia central y de distorsión para determinar el conocimiento de la población de estudios sobre salud bucal. La variable y co-variables se compararon empleándose la prueba de Chi cuadrado para demostrar dependencia o no de ellas, considerándose un nivel de significancia del 5%.

### **3.9. Criterios éticos**

La presente investigación se realizó respetando los principios jurídicos y éticos, como lo son el derecho de autor y la confidencialidad de la información.

Los padres que participaron en la investigación firmaron el consentimiento informado. Para ejecutar la investigación, se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Actualización Fortaleza-Brasil, 2013).

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Debe ser voluntaria la participación de las personas y estar en la capacidad de dar su consentimiento informado. Aunque se encuentra adecuado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su

consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (Declaración de Helsinki de la AMM).

### **3.10. Criterios de rigor científico**

Se presentaron los datos protegidos, fiables y codificados. Habiendo credibilidad y estabilidad de estos al utilizar instrumentos confiables. Los resultados expuestos podrán ser utilizados en otros estudios cumpliéndose así los criterios de transferibilidad.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados en tablas y gráficos

**Tabla N° 02**

*Padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, según nivel de conocimiento en salud bucal*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	TOTAL	
	f <sub>i</sub>	%
BUENO (B)	89	35.33
REGULAR (R)	162	64.28
MALO (M)	01	0.39
TOTAL	252	100.00

Fuente: Encuesta administrada el 18/12/2016

Según la tabla N°02, los resultados de la investigación demuestran, significativamente que el 64.28% de padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, tiene un nivel de conocimiento REGULAR sobre salud bucal, seguido de un 35.33% con conocimiento de nivel BUENO; e insignificante 0.39% con nivel de conocimiento MALO.

**Tabla N° 03**

*Padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, según género.*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	G E N E R O				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%	f <sub>i</sub>	%
BUENO (B)	15	5.96	74	29.36	89	35.33
REGULAR (R)	38	15.08	124	49.27	162	64.28
MALO (M)	00	00	01	0.39	01	0.39
TOTAL	53	21.04	199	78.96	252	100.00

Fuente: Encuesta administrada el 18/12/2016

$$X^2 = 2.6569 \text{ (valor calculado); Sig} = 0.278; \alpha = 0.05$$

De conformidad con el valor de la Chi cuadrado calculada ( $x^2 = 2.6569$ ) y la significancia (Sig = 0.278) se confirma que la Covariable no es significativa, queda probado que el nivel de conocimiento en salud oral es independiente del género. Según la tabla N°03, 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. Por tanto, los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, tiene un nivel REGULAR de conocimiento en salud bucal, con predominio de las madres de familia respecto a los padres varones.

**Tabla N° 04**

*Padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, según edad.*

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		fi	%
	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
25-31	13	5.16	13	5.16	01	0.39	27	10.71
32-38	54	21.43	111	44.05	00	00	165	65.48
39-45	15	5.95	32	12.70	00	00	47	18.66
46-52	06	2.38	02	0.79	00	00	08	3.17
53-59	01	0.40	04	1.59	00	00	05	1.98
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>35.33</b>	<b>162</b>	<b>64.28</b>	<b>01</b>	<b>0.39</b>	<b>252</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta administrada el 18/12/2016

$$X^2 = 2.370 \quad \text{Sig} = 0.328 \quad \alpha = 0.05$$

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. Y según la tabla N° 04, los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, cuyas edades fluctúan de 25 a 59 años, poseen un heterogéneo nivel de conocimiento en salud bucal, que varían de nivel REGULAR el 64.28% en grupos etareos 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. Estando demostrado que en la institución educativa el 44.05% de padres de familia, cuyas edades fluctúan entre 32 a 38 años, tienen un conocimiento de nivel REGULAR en salud bucal; similarmente el 21.43% de padres de familia del mismo grupo etario, tienen un conocimiento de nivel BUENO.

**Tabla N° 05**

*Padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” de José Leonardo Ortiz, según nivel de instrucción.*

GRADO INSTRUCC.	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		MALO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
PRIMARIA	32	12.70	49	19.44	01	0.39	82	32.54
SECUNDARIA	40	15.87	86	34.13	00	00	126	50.00
TEC/SUP	17	6.75	27	10.72	00	00	44	17.46
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>35.33</b>	<b>162</b>	<b>64.28</b>	<b>01</b>	<b>0.39</b>	<b>252</b>	<b>100.00</b>

**Fuente: Encuesta administrada el 18/12/2016**

$$X^2 = 2.030.$$

$$\text{Sig} = 0.206 \quad \alpha = 0.05$$

La tabla N° 05, nos permiten afirmar que el nivel de conocimiento en salud bucal en padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, es independiente del nivel de instrucción educativa que poseen ya que de acuerdo a la formula no demuestra significancia. Y según esta, el 50% de padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, acredita un grado de instrucción de Educación Secundaria; en tanto que el 32.54% acredita Educación Primaria; y el 17.46% restante un nivel de Educación Superior o Técnica. 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. Por tanto, el nivel de conocimiento predominante de los padres de familia, es de nivel REGULAR, acreditando tener una nivel instrucción de Educación Secundaria

## 4.2. Discusión de los resultados.

De conformidad con los resultados de la presente investigación, podemos afirmar 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 de nivel REGULAR en un 64.28%, con predominio de las madres respecto a los padres con 49.27%, cuyas edades oscilan de 25 a 59 años, predominando el grupo etario de 32 a 38 años de edad con un porcentaje de 44.05%; y cuyo grado de instrucción mayoritario es Educación Secundaria en un 50% . Resultados que de algún modo concuerdan con investigaciones de Holguín et al<sup>5</sup>, Paz<sup>8</sup>, García<sup>9</sup>, Benavente et al<sup>14</sup> y Gonzales et al<sup>7</sup> que en sus investigaciones obtuvieron un nivel REGULAR. Sin embargo nos diferenciamos de los resultados con las investigaciones de Suyo et al<sup>12</sup>, Sense et al<sup>13</sup>, cuyo predominio fue el nivel de conocimiento MALO en un 65.5% y un 58.5% respectivamente. En la investigación de Suyo et al<sup>12</sup>, el investigador precisa que antes de ejecutar un taller educativo, sus resultados fueron de nivel MALO, mientras que después ejecutarse el taller, obtuvo un nivel de conocimiento BUENO, concluyendo que un taller educativo permite un mejor nivel de comprensión sobre salud bucal en los participantes; cuya información, creemos permitió actualizar o alcanzar el conocimiento necesario a los participantes del taller.

Además de obtenerse en la presente investigación la frecuencia de mayor significancia en un 64.29% el nivel REGULAR de conocimiento en salud bucal, seguido de un nivel BUENO con 35.32%, tanto de padres como de madres de familia cuyas edades fluctuaban entre 32 y 38 años de edad con un promedio de 44.5%; dando como resultado que a mayor edad, se produce un mejor nivel de conocimiento; concordando en este punto de análisis con los resultados de Paz<sup>8</sup>.

De acuerdo al nivel de instrucción, el 34.13% de los padres con Educación Secundaria, poseen un REGULAR conocimiento en salud bucal, seguido de quienes poseen Educación Primaria con 19.44%, y finalmente de los que poseen Educación Superior o Técnica con 10.72%(Tabla N° 05); con lo cual podemos afirmar que la diferencia de nivel de instrucción de los padres de familia, no tiene



mayor incidencia en el nivel de conocimiento; con lo cual nos diferenciamos de las investigaciones de Sense et al<sup>13</sup> y Paz<sup>8</sup> que concluyeron que existe una correlación significativa respecto al grado de instrucción, pese a no haber tratado estadísticamente sus datos recopilados.

En cuanto a los resultados del nivel de conocimiento en salud bucal, según género (Tabla N° 03), los padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, el 64.28% tiene un nivel REGULAR de conocimiento en salud bucal, con predominio de 49.27% las madres de familia respecto a los padres varones de 15.08%; en segundo lugar, un pequeño grupo de la muestra de estudio arrojó resultados de nivel BUENO en 35.33%, con predominio de las mamás en relación a los papás. Resultado similar con el trabajo de Cupé<sup>10</sup>, pudiendo concluir que la preocupación e interés para conocer medidas preventivas sobre salud bucal, se pone de manifiesto en las madres de familia.

Yong<sup>11</sup>, incluye en sus resultados la relación entre el índice de cpod y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre prevención de salud oral, en forma moderada pese a su importancia en la vida diaria de las personas; variable que en la presente investigación no ha sido considerada, por su naturaleza y carácter descriptivo; en tanto que Suyo et al<sup>12</sup> realizó trabajo con el desarrollo de talleres educativos.

Por tanto, los resultados de la presente investigación cuya finalidad fue determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia de la Institución Educativa N° 11011 “Señor de los Milagros” del distrito de José Leonardo Ortiz, demuestran que a pesar de estar ubicado en una zona de familias de bajos recursos económicos, con padre de familia con grado de instrucción de Educación Secundaria en alto porcentaje; con preeminencia de madres que padres, determinan factores necesarios para que con los resultados de esta investigación, se provean el desarrollo de proyectos, talleres u otras investigaciones que procuren mejorar el nivel de conocimiento y práctica de medidas preventivas y de mejoramiento de la salud bucal de hijos y familiares.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

- 1.- 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.
- 2.- 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.
- 3.- 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%.
4. 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.

## **5.2. Recomendaciones.**

- 1.- La presente investigación nos ha permitido identificar que 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 salud bucal, generalizando acciones para el universo de padres de familia de la Institución Educativa investigada; y por universalización a padres de familia de otras instituciones educativas del distrito de José Leonardo Ortiz.
  
- 2.- Las acciones de información sobre salud bucal, deben ser extensivas a los alumnos desde el Nivel de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, para lo cual se debe comprometer a los docentes, previa coordinación con la Unidad de Gestión Educativa Local de Chiclayo (UGEL-Chiclayo).
  
- 3.- Las siguientes investigaciones podrían tomar en cuenta otras variables tales como nivel socioeconómico para poder observar la influencia que esta tiene sobre el nivel de conocimiento en salud bucal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2004) La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Nota de prensa-Ginebra. Consultado el 23 de Junio del 2017.  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
2. Beltrán R. Educación odontológica no controlará salud bucal. Lima. Actual Odontol Salud 12 (1) 2015. Consultado el 23 de Junio del 2017.  
[http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/egresados/pdf/ACTUALIDAD\\_ODONTOLOGICA\\_31-FINAL.pdf](http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/egresados/pdf/ACTUALIDAD_ODONTOLOGICA_31-FINAL.pdf).
3. Toledo B. Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima en junio del año 2013. [Tesis]. 2013.
4. Contreras N., Vargas M., Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. estomatol herediana. 2008; 18(1): p. 29-34 . [Tesis ]
5. Holguín I. , Oyola M. Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clinica de lambayeque, 2014. . [Tesis]
6. Pineda D. , Rodriguez I. 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.[Tesis]. Cuenca 2014-2015
7. Gonzalez F., Sierra C., Morales I., Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia . [Tesis]
8. Paz M., Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani "San bartolomé" MINSA 2014., . [tesis] Lima-Perú.
9. García K., Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de los niños del nivel inicial de institución educativa particular Mi mundo feliz, distrito de Trujillo, región La Libertad, año 2015, . [Tesis]Perú-Trujillo 2015.
10. Cupé A., García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento, . [Tesis] Lima-Perú 2012.
11. Yong C., Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral de los padres de familia con los índices de caries dental y enfermedad periodontal, de los escolares de 8-9 años de edad del colegio Neptalí Valderrama Ampuero, . [Tesis] Arequipa 2015.

12. Suyo T., Iannacone J. Influencia de la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal padres de niños menores de tres años en el centro de salud de Mala. [Tesis], Lima UNMSM, 2013.
13. Sence R, Sanchez Y. Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. . [Tesis] Lima-Perú 2012.
14. Benavente I., Chein S., Campodónico C., Palacios E., Ventocilla M., Castro A., Huapaya O., Álvarez M., Paulino W., Espetia A. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. [Tesis] Lima, 2012.
15. Castro A. Metodología de la investigación en odontología para profesionales en salud. editorial Lima: ars dent; 2003.
16. Anglas C. Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de salud bucal en la población de Lima metropolitana y Callao. [Tesis] UNMSM. 2000.
17. Rodríguez M. Investigación científica en salud bucal. Buenos Aires: carhel; 1994.
18. Koch G, Modeer T. Odontopediatría: enfoque clínico. Buenos Aires. médica panamericana. 1994
19. Escobar M. Odontología Pediátrica. Caracas: Actualidades médico odontológicas latinoamérica; 2004.
20. Pericinoto C, cunha rf. Odontología para bebés: Nociones para la práctica clínica. en: da silva lb, editores. Tratado de odontopediatría. Sao Paulo: Amolca; 2008, pp. 787-810
21. Escobar M. Ortodoncia preventiva e interceptiva en odontología pediátrica. en: Escobar mf, editor. Odontología Pediátrica. 2da ed. Caracas: Amolca; 2004, p. 479.
22. Gorrixtó G, Abarrategui L. Consideraciones morfológicas de la dentición temporal. en: boj jr, Catalá M, García C, Mendoza A, editores. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2004
23. Escobar M. El desarrollo de la dentición. en: Escobar mf, editores. Odontología Pediátrica. 2da ed. Caracas: Amolca; 2004, pp. 369-408
24. Real Academia Española (2014). "caries". *diccionario de la lengua española* (23ª edición). Madrid: España. consultado el 4 de mayo de 2015.
25. William V, Messer I, Burrow M (mayo-junio de 2006). «molar incisor hypomineralization: review and recommendations for clinical management». *pediatr dent* (revisión) 28 (3): 224-32

26. Mast P, Rodriguez M, Daeniker I, Krejci I (septiembre de 2013). «understanding mih: definition, epidemiology, differential diagnosis and new treatment guidelines». *eur j paediatr dent* (revisión) 14 (3): 204-8.
27. Crombie F, Manton D, Kilpatrick N (marzo de 2009). «aetiology of molar-incisor hypomineralization: a critical review». *int j paediatr dent* (revisión) 19 (2): 73-83.
28. Kawar N, Gajendrareddy P, Hart T, Nouneh R, Maniar N, Alrayyes S. periodontal disease for the primary care physician. *dis mon.* 2011; 57(4):174-183.
29. Amsterdam jt. Oral medicine. in: marx ja, hockberger rs, walls rm, et al, eds. *rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice.* 8th ed. philadelphia, pa: elsevier saunders; 2014: chap 70.
30. Kofoid C, Hinshaw H, Johnstone H. Animal parasites of the mouth and their relation to dental disease. *Journal of the american dental association* 1929 aug; 1436-1455.
31. Chow A. Infections of the oral cavity, neck, and head. in: bennett je, dolin r, blaser mj, eds. *mandell, douglas and bennett's principles and practice of infectious diseases.* 8th ed. philadelphia, pa: elsevier saunders; 2015:chap 65
32. Díaz A, Fonseca M, Parra C. Cálculo dental una revisión de literatura y presentación de una condición inusual; 2010
33. Barrios D. Nivel de conocimientos sobre prevención en salud oral en gestantes del Honadomani "San Bartolomé"- MINSA, en el año 2012. [Tesis]. UNMSM. 2012.
34. Furhman J. (2003) *eat to live*, little brown & co., New York
35. Podadera Z, Flores H. Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dentomaxilofaciales, 2003. *rev cubana estomatol.* 2004; 41(1).
36. Reynaldo W. Ferelle A, Myaki I. *Odontología para el bebé; Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años.* Sao Paulo; Amolda; 2000.

37. Magnusson B. Odontología Preventiva. savat editores. reimpresión.1987.
38. Escobar F. Odontología Pediátrica. Caracas: Actualidades médico odontológicas latinoamérica; 2004.
39. Pinkham J. Odontología Pediátrica. editorial interamericana. (1994).
40. Villena R. Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. [tesis – bachiller]. UPCH. 1988.
41. Bratthall D, Hänsel G. Avaliação do risco de cárie - uma abordagem atual. in: promoção de saúde bucal na clamping;nica odontológica. eap press, 149-168. ed:y de paiva buischi.2000
42. Canto E. Odontologia para Bebes: Estrategia y prevención. En E. B. Canto, Odontología para Bebes: Estrategia y prevención (pág. 116). Mexico / Guadalajara : Trillas
43. Edwar T. Dental attitudes of primigravid woman. journal periodontal research.1969; 4:325-28
44. Real Academia Española (2014). “conocimiento”. diccionario de la lengua española (23ª edición). Madrid: España. consultado el 20 de octubre del 2015.
45. Organización Mundial de la Salud (2012) “Salud Bucal”. Nota informativa n° 318 (2012). Consultado el 20 de octubre del 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
46. Harris N., García F. Odontología Preventiva Primaria. 6° edición .editorial El manual moderno.Texas.2005
47. Cuenca E., Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. 3° edición. Editorial Masson. 2005

## ANEXOS

### ANEXO N°01 CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTUDIO



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título: “Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz**

Investigador(es):

Facultad de Ciencias de la Salud - USS

Teléfono:

Señorita Kathy Alessandra Vásquez Martínez la invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz.

#### **Beneficios:**

Su participación nos ayudará a determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz

#### **Costos e incentivos**

Esta investigación no tiene ningún costo.

#### **Riesgos e incomodidades**

Este proyecto no tiene riesgos ni incomodidades.



## **Procedimientos**

Para el desarrollo del proyecto se realizará la entrega de los cuestionarios a los padres de familia de las instituciones educativas antes mencionadas que firmarán su consentimiento informado previamente. Se dispondrá de un tiempo determinado (20 minutos) para su resolución marcando una sola respuesta por cada premisa y se contará constante del examinador. Todo se desarrollará en el plantel de cada institución educativa donde estudian sus menores hijos.

## **Confidencialidad**

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora Kathya Alessandrha Vásquez Martínez, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, nosotros las responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a al que usted está acostumbrado/a

## **Contacto**

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora Kathya Alessandrha Vásquez Martínez. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203

Cordialmente,

---

**DNI 72917095**

**Investigador(es)**

## ANEXO N°02 Instrumento de Recolección de datos

### CUESTIONARIO

#### **“Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud Oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz.-2016”**

##### Instrucciones

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este, serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud Oral de Padres de Familia de Instituciones Educativas de nivel primario del Distrito de José Leonardo Ortiz, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

El cuestionario será anónimo y está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique la respuesta correcta mediante un aspa(x).

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 Técnica o Superior

### **I. COGNITIVO**

#### **1. ¿Qué es la caries?**

- 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. ¿Qué es la gingivitis?**

- a. El dolor de diente
- b. La enfermedad de encías**
- c. La inflamación del labio
- d. Manchas oscuras en los dientes

#### **3. ¿Qué es la enfermedad Periodontal?**

- a. Heridas en la boca
- b. La enfermedad que afecta el soporte del diente.**
- c. La pigmentación de los dientes
- d. La pérdida de un diente

**4. ¿Por qué considera que a una persona le sangran las encías?**

- a. Porque consume muchos carbohidratos
- b. Porque tiene caries
- c. Porque no visita al dentista
- d. Porque tiene la encía inflamada**

**5. El cálculo dental también se denomina:**

- a. Sarro o tártaro dental**
- b. Los dientes rotos.
- c. Manchas amarillas.
- d. Piedras pequeñas.

**6. La placa bacteriana (sarro) es:**

- a. Restos de dulce y comida endurecidos.
- b. Manchas blancas blandas.
- c. Restos de comida y microorganismos endurecidos.**
- d. Manchas oscuras blandas.

**7. ¿Por qué cree usted que la caries es una enfermedad contagiosa?**

- a. Porque la caries produce bacterias.**
- b. No es contagiosa ya que la caries sólo se produce por no cepillarse.
- c. Porque la caries es hereditaria.
- d. Porque la caries es producida por parásitos.

## **II. Dieta**

**8. Los alimentos en la lonchera deben contener:**

- a. Un cereal, una fruta y jugo natural**
- b. Una golosina, una fruta y jugo natural en refresco
- c. Una fruta, un chocolate y agua
- d. Un cereal, una golosina y agua.

**9. Los alimentos que ayudan en el crecimiento de los niños son:**

- a. Leche, huevo, queso.**
- b. Gaseosa, golosinas, pan.
- c. Jugo envasado, galletas, chocolate.
- e. Pollo, golosinas y gaseosas.

**10. ¿Qué alimentos se deben evitar colocar en la lonchera?**

- a. Pan con pollo
- b. Manzana y plátano.
- c. Golosinas y chocolates**
- d. Papa, camote.

### III. PREVENCIÓN

**11. La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:**

- a. Desde que nacen.**
- b. Cuando aparece el primer diente de leche
- c. Cuando tenemos dientes de adulto
- d. Solo cuando existe dolor

**12. ¿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

**13. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos?**

- a. Sí, 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

**14. ¿Cuáles considera Ud. son los elementos preventivos de la higiene bucal?**

- a. Dulces, cepillo dental, pasta dental, leche, hilo dental.
- b. Flúor, pasta dental, leche, enjuague bucal, verduras.
- c. Cepillo, hilo dental, pastas dentales, enjuague bucal.**
- d. Cepillo, pasta dental, manzana, flúor, menestras.

**15. ¿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

**16. ¿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) A partir de 1 año.**

**17. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?**

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

**18. El tiempo sugerido para llevar a su niño al dentista es:**

- a. Por lo menos 2 veces al año.**
- b. Cada seis meses
- c. Por emergencias
- d. Después de un año

**19. ¿Cuál es el cepillado más importante sugerido por el dentista?**

- a. Antes del desayuno
- b. En las madrugadas
- c. Antes de acostarme**
- d. Antes de las comidas

**20. ¿Cuántos tipos de dentición tiene un niño?**

- a. 1
- b. 2**
- c. 3
- d. 4


**Anexo N° 03 Juicio de expertos.**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:  
Calderón Torres Roxana Patricia

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:  
CD. M.G. ESP

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	<input checked="" type="checkbox"/> Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--	-------	------	----------

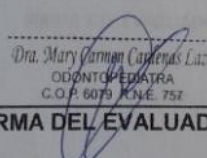
  
FIRMA DEL EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:  
Caicedo Lugo Mary Carmen

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:  
CD Esp.

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	<input checked="" type="checkbox"/> Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--	-------	------	----------

  
FIRMA DEL EVALUADOR

Dra. Mary Carmen Caicedo Lugo,  
ODONTO PEDIATRA  
C.O.P. 6079 C.N.E. 757

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

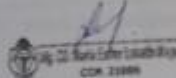
LOBATON NEGRO MARIA ESTHER

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAESTRA EN CIENCIAS.

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponde)

Muy Alto	<input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	-------------------------------------	-------	------	----------



Logo of the institution: **Escuela Superior de Tecnología**  
C.O.P. 21999

FIRMA DEL EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Dilza Luzmila Olito Abando

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

C.D. M.G.

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponde)

Muy Alto	<input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	-------------------------------------	-------	------	----------



Logo of the institution: **Luzmila Olita**  
INGENIERO DENTISTA  
E.O.P. 19872

FIRMA DEL EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Valenzuela Rivas Hansel

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Doctor

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	<input checked="" type="checkbox"/> Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	---	------	----------

Hansa

FIRMA DEL EVALUADOR

## MÉTODO CUALITATIVO DELPHY PARA EVALUAR CRITERIO DE EXPERTOS EN INVESTIGACIÓN

Para resolver este problema podemos utilizar el Criterio de Expertos. Este método nos permite consultar un conjunto de expertos para validar nuestra propuesta sustentada en sus conocimientos, investigaciones, experiencia, estudios bibliográficos, etc. Da la posibilidad a los expertos de analizar el tema con tiempo sobre todo si no hay posibilidades de que lo hagan de manera conjunta. Casi siempre sus ocupaciones lo impiden por los niveles de responsabilidad de cada uno y la dispersión de los lugares de ubicación de los mismos. Esta vía se caracteriza por permitir el análisis de un problema complejo dando independencia y tranquilidad a los participantes, es decir, a los expertos. Siempre se comenzaría este proceso enviando un modelo a los posibles expertos con una explicación breve sobre los objetivos del trabajo y los resultados que se desean obtener.

Se calcula fácilmente el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula:



$$Kc = n (0,1)$$

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información

n: Rango seleccionado por el experto

### NIVEL DE EXPERIENCIA DE EXPERTOS

Expertos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	Kc
1. Calderón Torres									x		0.9
2. Cárdenas Lazo								x			0.8
3. Lobatón Mego									x		0.9
4. Oblitas Alvarado							x				0.7
5. Valenzuela Ramos									x		0.9

Fuente: Ficha de valoración de instrumento

### VALORACIÓN POR CONTRASTACIÓN DE ASPECTOS QUE INFLUYEN SOBRE EL NIVEL DE ARGUMENTACIÓN O FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR

Fuentes de Argumentación o Fundamentación	Alto	Medio	Bajo
1.- Análisis teóricos realizados por Usted	<b>0.3</b>	<b>0.2</b>	<b>0.1</b>
2.- Su experiencia obtenida	<b>0.5</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2</b>
3.-Trabajos de autores nacionales	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>
4.- Trabajos de autores extranjeros	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>
5.- Conocimiento del estado del problema en extranjero	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>
6.- Su intuición	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>	<b>0.05</b>

### NIVEL DE ARGUMENTACIÓN O FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR Y CALCULO DEL COEFICIENTE DE ARGUMENTACIÓN (Ka)

$$K_a = \sum_{i=1}^5 n_i = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5)$$

**Donde:**

**K<sub>a</sub>:** Coeficiente de Argumentación

**n<sub>i</sub> :** Valor correspondiente a la fuente de argumentación *i* (1 hasta 6)

### **VALOR DEL COEFICIENTE DE COMPETENCIA (K)**

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

**Donde:**

**K:** Coeficiente de Competencia

**K<sub>c</sub>:** Coeficiente de Conocimiento

**K<sub>a</sub>:** Coeficiente de Argumentación

### **ESCALA DE VALORIZACIÓN DEL COEFICIENTE DE COMPETENCIA (K)**

0,8 < K < 1,0 Coeficiente de Competencia Alto

0,5 < K < 0,8 Coeficiente de Competencia Medio

K < 0,5 Coeficiente de Competencia Bajo

Por tanto:

### **NIVEL DE COEFICIENTE DE COMPETENCIA DE EXPERTOS**

Expertos	Kc	Ka	K	Coefficiente de Competencia
1.- Calderón Torres	0.90	.95	0.93	Alto
2.- Cárdenas Lazo	0.80	0.90	0.85	Alto
3.- Lobatón Mago	0.90	0.90	1.70	Alto
4.- Oblitas Alvarado	0.70	0.90	0.80	Alto
5.- Valenzuela Ramos	0.90	0.95	0.93	Alto

Por tanto, los cinco expertos demuestran un coeficiente de competencia alto, lo cual garantiza sus opiniones respecto al instrumento de recopilación de datos.

### **ANEXO N°04 PRUEBA PILOTO**

#### **COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA PILOTO:**

Padres: 08

Madres: 12

La muestra piloto estaba conformada por 20 padres de familia, de los cuales ocho (40%) eran varones y 12 (60%) mujeres.

#### **EDAD DE LOS INFORMANTES:**

<b>Grupo Hetáreo</b>	<b>25 - 30 años</b>	<b>31 - 36 años</b>	<b>37 - 42 años</b>	<b>43 - 48 años</b>	<b>49 - 54 años</b>	<b>55 - 60 años</b>
<b>Fi</b>	02	06	09	00	02	01
<b>%</b>	10	30	45	00	10	05

Las edades de los integrantes de la muestra piloto oscila entre los 25 y 60 años de edad, correspondiendo el grupo más significativo, en el 45% al grupo heteráneo de 37 a 42 años de edad; y 30% al grupo de 31 a 36 años.

#### EDAD DEL NIÑO QUE SE INFORMA:

<b>Edad</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>No precisa</b>
<b>Fi</b>	03	05	04	03	02	02
<b>%</b>	15	25	20	15	10	10

La información proporcionada por la muestra piloto correspondió a niños cuyas edades fluctuaron entre 10 y 14 años, de los cuales el 60% tenían de 10 a 12 años y el 25% restante de 13 y 14 años; 10% de padres informantes no precisaron la edad de sus niños.

#### GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL INFORMANTE:

<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>Analfabeto</b>	<b>Primaria</b>	<b>Secundaria</b>	<b>Técnica/Superior</b>
<b>Fi</b>	06	08	05	01
<b>%</b>	30	40	25	05

#### DESCRIPCIÓN:

1.- La muestra piloto estuvo compuesta por ocho padres (40%) y doce madres de familia (60%).

2.- Las edades de los padres informantes oscila entre 25 y 60 años de edad, siendo significativo el grupo de nueve padres de familia (45%) cuyas edades son de 37 a 42 años de edad

3.- Por el grado de instrucción, predominan padres con Educación Primaria (40%) y analfabetos (30%), con educación secundaria (25%).

4.- Las edades de los alumnos cuyos padres son informantes según muestra piloto, oscila entre los 10 y 14 años, destacando el 25% de 11 años , 20% de 12 años y 15% con edades de 10 y 13 años de edad.

#### TABULACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LA MUESTRA PILOTO

<b>N° Ítem respuestas</b>	<b>/</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>d</b>
<b>01</b>		7	4	7	2
<b>02</b>		9	7	1	3
<b>03</b>		11	4	4	1
<b>04</b>		0	8	4	8
<b>05</b>		10	5	3	2
<b>06</b>		9	7	2	2
<b>07</b>		9	5	3	3
<b>08</b>		17	1	2	0
<b>09</b>		15	3	2	0
<b>10</b>		10	4	5	1
<b>11</b>		2	14	1	3
<b>12</b>		5	9	5	1
<b>13</b>		6	3	6	5
<b>14</b>		2	7	10	1
<b>15</b>		4	6	10	0
<b>16</b>		4	13	2	1
<b>17</b>		5	8	7	0
<b>18</b>		8	7	3	2
<b>19</b>		4	0	9	7
<b>20</b>		4	0	9	7

<b>TOTAL PROMEDIO</b>	7	6	5	2
-----------------------	---	---	---	---

Fuente Cuestionario administrado a muestra piloto de fecha 05/10/2016

#### DESCRIPCIÓN:

1.- EN EL ASPECTO DE ENFERMEDADES BUCALES, las respuestas nos permiten afirmar:

- \* Siete padres de familia (35%) afirman que la caries es una enfermedad que aparece en niños desnutridos; similar número opina que es causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares; cuatro (20%) padres opinan que no es una enfermedad y solamente dos opinan que es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.
- \* En cuanto a la gingivitis, nueve padres (45%) afirman que es dolor de diente; y siete que es una enfermedad de encías.
- \* Respecto a la enfermedad periodontal, once padres de familia (55%) afirman que se trata de heridas en la boca.
- \* En cuanto al sangrado de encías, ocho padres de familia (40%) opinan que se debe a la existencia de caries; y similar número de padres opinan que se debe a las encías inflamadas.
- \* Respecto a los cálculos en los dientes, diez padres de familia (50%) afirman que se le denomina sarro o tártaro dental.
- \* En cuanto a la placa bacteriana (sarro), nueve padres (45%) opinan que es restos de dulce y comida endurecidos; siete (35%) son manchas blancas blandas.
- \* En cuanto a la importancia de los dientes, nueve padres (45%), opinan que su importancia se debe a que guardan espacio para los dientes permanentes; cinco (25%) no le asignan ninguna importancia porque no cumplen ninguna función.

2.- RESPECTO A LA DIETA ALIMENTICIA PARA TENER DIENTES SANOS:

- \* Diecisiete padres de familia (85%) dan importancia a las frutas y vegetales.

- \* Quince padres (75%) creen conveniente que sus hijos escolares lleven en la lonchera queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- \* Sobre el consumo de azúcares, el 50% de los padres encuestados afirman que el niño nunca debe consumir azúcar; y cinco padres (25%) manifiestan que el niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes.

### 3.- EN CUANTO A ACTITUDES DE PREVENCIÓN BUCAL SE EXPRESAN:

- \* Catorce padres de familia (70%) opina que la primera visita al odontólogo debe ser al aparecer el primer diente de leche.
- \* Nueve padres (45%) creen que el flúor cura los dientes para prevenir las extracciones; cinco Padres (25%) afirman que el flúor fortalece los dientes y previene la caries; similar grupo, manifiestan que el flúor tiene una acción blanqueadora de los dientes.
- \* Seis padres de familia (30%) afirman que se debe visitar al dentista aún cuando se tengan los dientes sanos, para un examen clínico de rutina; similar porcentaje opinan que no es necesario concurrir porque por no ser necesario.
- \* En cuanto a elementos preventivos de la higiene bucal, diez padres de familia (50%) consideran al cepillo, hilo dental, pastas dentales, enjuague bucal.
- \* En cuanto a la frecuencia de cepillado diario de los dientes, diez padres de familia (50%), opina que debe ser de cinco a más veces.
- \* Respecto al uso de pasta dental con flúor, trece padres de familia (65%) opinan que debe usarse a partir de los 05 años.
- \* Ocho padres de familia (40%) opinan que debe cambiarse de cepillo dental cada 08 meses.
- \* Ocho padres de familia (40%) opinan que el niño debe ser llevado al dentista por lo menos dos veces al año (cada seis meses).

\* nueve padres de familia (45%), manifiestan que el dentista sugiere que el cepillado debe efectuarse antes de acostarse y siete (35%), antes de las comidas.

\* En relación a los tipos de dentición del niño, el 45% de la muestra piloto opina erróneamente que es de tres tipos y 35% de cuatro tipos.

### APLICACIÓN DEL KR-20 DE KUDER-RICHARDSON

$$KR-20 = (n/n-1) D2 - \text{Sumatoria } p_i q_i / D2$$

**Donde:**

**D:** Desviación estándar de la variable en estudio, derivados de los antecedentes del estudio.

**p<sub>i</sub>:** Proporción de respuestas correctas al ítem

**q<sub>i</sub>:** Proporción de respuestas incorrecta al ítem.

### CONSISTENCIA INTERNA DEL CUESTIONARIO

Para determinar la consistencia interna del cuestionario se utiliza el indicador de fidelidad o Confiabilidad de Kuder-Richardson (KR-20):

$$KR20 = (n/n-1) d2 - p_i q_i/d2$$

**Donde:**

**O<sub>2</sub>** = Variación de las cuentas de la prueba o desviación estándar en cuentas de prueba

**n** = Número total de ítems en la prueba (n =20)

**P<sub>i</sub>** = Proporción de respuestas correctas al ítem

**q<sub>i</sub>** = Proporción de respuestas incorrectas al ítem

### APLICACIÓN DEL KR-20 DE KUDER-RICHARDSON

Nombres	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	X	X
---------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---



																					2			
	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	36
	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	8	64
	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	12
	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	25
	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	16
	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	16
RC	0	0	05	03	04	04	03	0	02	01	02	01	01	01	0	0	0	0	02	01				
RINC	1	1	15	17	16	16	17	1	18	19	18	19	19	19	2	2	2	18	19					
P	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.
Q	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	1.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	1.	1.	1.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.
piqi	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.	0.
	2	2	25	21	24	24	09	0	09	09	16	09	09	09	0	0	0	0	16	09				

$$KR20 = 0.67$$

**POR TANTO:** existe una consistencia interna confiable del cuestionario aplicado a la muestra piloto.

## Anexo N° 05 CARTA DE PRESENTACIÓN

**CARGO**

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA  
"AVANCE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE SIPÁN"

Puntuel 29 de Noviembre del 2016

CARTA N° 001.2016-00-355

SR. JOSÉ ALBERTO CIENTURIGOS ANDAVIZA  
DIRECTOR DEL COLEGIO I.E. N° 11011 "SEÑOR DE LOS MILAGROS"

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo presentarle a la alumna Srta. Vásquez Martínez Karhya Alejandra, alumna del IX ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán quien entrará a la institución que usted dirige con la finalidad de llevar a cabo el desarrollo de su proyecto de investigación "Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal de padres de familia de la institución educativa 11011 "Señor de los Milagros" del distrito de José Leonardo Ortiz", en el horario a coordinar con su persona para la no interferencia con sus actividades académicas programadas y por un periodo de un mes, para realizar como parte de su proyecto: encuestas a los padres de familia.

Agradecida por la atención y segura de contar con su apoyo.

Atentamente

  
02/11/16





Mg. CD. Oskar Prada Vidarte  
Director EAP Estomatología

**Anexo N° 06 Fotos encuesta de muestra.**

