



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

RELACIÓN ENTRE CARIES DENTAL E HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS FRENTE AL CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL Y ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LA I.E.P. JOSÉ OLAYA BALANDRA DEL DISTRITO DE MALA, CAÑETE – 2017.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

**AUTOR:** ZEVALLOS MARQUEZ, JIM EDINSON

**ASESORA:** Mg.CD. RICSE CHAUPIS, ESTELA

**LIMA – PERÚ**

**2017**



## DEDICATORIA

La siguiente tesis se la dedico a mi padre Fortunato que se encuentra en el cielo y a mi madre por haberme apoyado en todo aspecto a lo largo de toda mi carrera. Sin el ejemplo y motivación de ustedes no hubiera sido posible realizarme como profesional

## AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme culminar mi carrera, a toda mi familia.

A mi asesora Mg. CD. Ricse Chaupis, Estela por el apoyo y asesoramiento.

A todos los docentes de la UNIVERSIDAD NORBERT WIENER que gracias a sus conocimientos durante todo el tiempo de la carrera universitaria hoy en día estoy logrando cumplir mi sueño.

ASESORA: Mg.CD. RICSE CHAUPIS, ESTELA

- 1. Dra. CD. Esp. Jacqueline Céspedes Porras (Presidenta)**
- 2. Mg. CD. Carlos Michell Gálvez Ramírez (Secretario)**
- 3. Mg. CD. Rosa Isabel Mezarina García (Vocal)**

## ÍNDICE

<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
1.1 Planteamiento de la realidad problemática .....	13
1.2 Formulación del problema.....	14
1.3 Justificación.....	14
1.4 Objetivos .....	15
1.4.1 Objetivos generales .....	15
1.4.2 Específicos.....	15
<b>CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Antecedentes .....	16
2.2 Base teórica .....	25
2.3 Variables .....	34
<b>CAPITULO 3: DISEÑO Y MÉTODO .....</b>	<b>36</b>
3.1 Tipo y nivel de Investigación .....	36
3.2 Ámbito de Investigación .....	36
3.3 Población y Muestra.....	37
3.3.1 Población .....	37
3.3.2 Criterios de selección .....	37
3.3.3 Técnica muestreo.....	38
3.3.4 Muestra .....	38
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos .....	39
3.5 Plan de Procedimiento y Análisis de Datos.....	41
3.6 Aspectos éticos .....	41

<b>CAPITULO 4: RESULTADO Y DISCUSIÓN.....</b>	
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discusión.....	56
<b>CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
5.1 Conclusiones.....	60
5.2 Recomendaciones.....	61
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS: .....</b>	<b>67</b>
• Instrumentos	
• Otros	



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Número de dientes cariados, perdidos y obturados de los niños de 6 a 12 años de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.46
Tabla N° 2: Higiene oral determinado a través del IHOS de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.47
Tabla N° 3: Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.48
Tabla N° 4: Factores Sociodemográficos según sexo de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra.	
Tabla N° 5: Factores Sociodemográficos según grado de instrucción de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.49
Tabla N° 6: Factores Sociodemográficos según el número de hijos de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.50
Tabla N° 7: Relación entre caries dental de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.51
Tabla N° 8: Relación entre higiene oral de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.52
Tabla N° 9: Relación entre caries dental y los factores sociodemográficos según sexo de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.53
Tabla N°10: Relación entre caries dental y los factores sociodemográficos según grado de instrucción de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.54
Tabla N°11: Relación entre caries dental y los factores sociodemográficos según el número de hijos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.55
Tabla N°12: Relación entre higiene de los niños y los factores sociodemográficos de los padres según grado de Instrucción de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.56
Tabla N°13: Relación entre higiene de los niños y los factores sociodemográficos de los padres según género de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.57
Tabla N°14: Relación entre higiene de los niños y los factores sociodemográficos de los padres según el número de hijos de la I.E.P. José Olaya Balandra.	Pág.58

## LISTA DE TÉRMINOS

**CPOD:** Índice utilizado para medir el grado de caries, piezas perdidas y obturadas en dientes permanentes.

**Ceod:** Evaluación de caries, extracciones indicadas, y obturaciones en dientes deciduos.

**IHOS:** Índice de higiene oral simplificado

**ICDAS:** Sistema internacional de detección y valoración de caries.

**OMS:** Organización mundial de la salud

**APGAR:** Apariencia, pulso, gesticulación, actividad y respiración.

**COCI:** Clínica odontológica Cartagena de Indias.

**JUNAEB:** Junta nacional de auxilio y becas

**MINSA:** Ministerio de salud

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de una I.E.P. del distrito de Mala Cañete 2016. Se evaluaron aleatoriamente 217 niños de ambos sexos entre 6 a 12 años y sus padres, se llenaron odontogramas para determinar los niveles de CPOD/ceod caries dental, IHOS para los niños y un cuestionario de conocimiento de higiene bucal a los padres. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v23 para el análisis estadístico descriptivo, para la asociación de las variables se utilizó el método estadístico de Chi cuadrado. Resultados: Se encontró que hay un alto índice de caries dental en un 54%, el índice de higiene oral general es malo en un 91%. El conocimiento de los padres sobre salud bucal es malo en un 51%. Hubo asociación entre la caries dental, higiene oral y el nivel de conocimiento de los padres  $p=0.000$ . Se presentó asociación entre la caries dental y el género del padre  $p=0.000$ . No se encontró asociación entre la caries dental y el grado de instrucción del padre 0.885. Hubo asociación entre la caries dental y el número de hijos de los padres  $p= 0.000$ . Hubo asociación entre el IHOS y el grado de instrucción de los padres  $p=0.000$ . No hubo asociación entre el IHOS y el género del padre  $p=0.885$ . No hubo asociación entre el IHOS y el número de hijos  $p= 0.998$ . Se concluye que hay asociación entre la caries dental y el IHOS frente a los aspectos sociodemográficos de los padres de los niños evaluados.

**Palabras claves:** Caries dental, Higiene bucal, Placa bacteriana.

## SUMMARY

The objective of this study was to determine the relationship between dental caries and oral hygiene in children aged 6 to 12 years against the knowledge of oral hygiene and sociodemographic aspects of the parents of an I.E.P. Of the district of Mala Cañete 2016. Twenty-seven children of both sexes between 6 and 12 years old and their parents were evaluated randomly, odontograms were filled to determine the levels of COPD / ceod dental caries, IHOS for children and a questionnaire of knowledge of oral hygiene to the parents. We used the statistical package SPSS v23 for the descriptive statistical analysis, for the association of the variables we used the Chi square statistical method. Results: It was found that there is a high index of dental caries in 54%, the general oral hygiene index is bad in 91%. Parents' knowledge about oral health is 51% bad. There was an association between dental caries, oral hygiene and the level of parental knowledge  $p = 0.000$ . There was an association between dental caries and the father's sex  $p = 0.000$ . There was no association between dental caries and the degree of instruction of the father 0.885. There was an association between dental caries and the number of children of the parents  $p = 0.000$ . There was an association between the IHOS and the parental education level  $p = 0.000$ . There was no association between the IHOS and the father's gender  $p = 0.885$ . There was no association between the IHOS and the number of children  $p = 0.998$ . It is concluded that there is an association between dental caries and IHOS in relation to the sociodemographic aspects of the parents of the children evaluated.

**Key words:** Dental caries, Oral hygiene, Bacterial plaque.

## **CAPITULO 1: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Se ha establecido que la caries dental es un proceso infeccioso de origen multifactorial que puede iniciar con la erupción dentaria. Además, no solo afecta la salud bucal, sino que también puede repercutir en la salud general y en consecuencia en la calidad de vida de una persona (2,9).

La Organización Mundial de la Salud OMS, en el 2013, define la salud bucal como "un estado libre de dolor crónico bucal y facial, cáncer oral y cáncer de garganta, llagas bucales, defectos congénitos como el labio leporino y el paladar hendido, la enfermedad periodontal de las encías, caries dental, la pérdida de dientes, además de otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad oral" (13).

La OMS en el 2012 informa que en todo el mundo el 60-90% de los escolares tienen caries dental y que esta enfermedad bucodental es mayor en las zonas de privación y pobreza (13).

En el Perú, la experiencia de caries del niño CPOD – ceod es elevada en la población y esto se ha visto asociado a los altos niveles de pobreza en el país (14, 15, 16). Así también se encuentra relacionado al nivel educativo y socioeconómico de los padres.

## **1.2 Formulación del problema**

Basado en las investigaciones previas se planteó la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre caries dental y la higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de una I.E.P. del distrito de Mala - Cañete en el año 2016?

## **1.3 Justificación de la investigación.**

El presente estudio es de importancia social porque se hizo la evaluación, diagnóstico y asociación que existe entre caries dental e higiene oral en niños frente al conocimiento que tienen sus padres sobre higiene oral de una institución educativa ubicada al sur de Lima.

Estos resultados podrán ser comparados con estudios similares tanto a nivel nacional como internacional. Al determinar el diagnóstico de la salud bucal que se realizó a los niños entre 6 a 12 años de edad como también la evaluación realizada a los padres para que ellos puedan mejorar sus hábitos de higiene bucal.

Así se llevó a cabo el presente estudio el cual fue determinar la relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de la I.E.P. del distrito de Mala - Cañete en el año 2016.

## **1.4 Objetivos de la Investigación.**

### **1.4.1 General.**

Determinar la relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de una I.E.P. del distrito de Mala - Cañete en el año 2016.

### **1.4.2 Específicos.**

- Determinar el número de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente y decidua CPOD/ceod de los niños de 6 a 12 años de la I.E.P “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- Determinar el índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillón de los niños de 6 a 12 años de la I.E.P “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- Determinar el conocimiento de higiene oral de los padres de los niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- Determinar los factores sociodemográficos de los padres de los niños de la I.E.P. “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016

## CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes.

**Caballero y cols, 2010.** Realizaron un estudio de tipo transversal en el que se planteó determinar la relación entre la experiencia de caries dental e higiene oral en escolares de la provincia de Sechura en el departamento de Piura – Perú. La muestra estuvo constituida por 438 niños entre las edades de 6 a 14 años. Utilizaron el índice de CPOD y ceod para el diagnóstico de caries, y para el diagnóstico de higiene bucal se utilizó el Índice de Higiene Oral de Silness y Loe. Utilizaron la prueba de Chi -Cuadrado y Odds Ratio para el análisis estadístico de los datos. Tuvieron como resultado que los escolares con mayor edad tienen 3 veces más posibilidades de desarrollar caries dental  $OR=3,253$ . También se determinó que existe relación entre la presencia de caries dental y el género de los niños  $P=0,028$  y también se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de caries dental y la higiene bucal  $P<0,001$ . (15)

**Mendes y cols, 2010.** El objetivo de su estudio transversal en niños de edad preescolar fue evaluar la capacidad del Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries ICDAS para discriminar los factores socioeconómicos asociados con la presencia de lesiones de caries en ambos umbrales piezas no cavitadas y cavitadas, y comparar con la norma de la Organización Mundial de la Salud OMS. El estudio se llevó a cabo en Amparo, Brasil, durante el Día Nacional de Vacunación para niños, incluyendo 252 niños de 3 a 6 años - 59 meses. El mismo niño fue examinado de forma independiente por dos examinadores calibrados, uno usando el ICDAS y el otro con criterios de la OMS. La información socioeconómica se registró también asociaciones entre los factores socioeconómicos y la presencia



de caries evaluando como binario la prevalencia de caries y el resultado cuenta valores reales ceod por criterios de la OMS y por ICDAS en los umbrales de piezas no cavitadas y cavitadas. Se evaluaron también mediante análisis de regresión de Poisson. Obtuvieron como resultado que las covariables se asociaron significativamente con la presencia de caries evaluadas por los criterios de la OMS y por ICDAS con puntuación de 3 como punto de corte. Cuando las puntuaciones de piezas no cavitadas de ICDAS se utilizaron para calcular la presencia de caries, la disminución del poder resulto menor. Cuando los valores de ceod fueron utilizados como resultados no hubo diferencias en las asociaciones que se observaron entre los dos sistemas o el uso de lesiones de caries de piezas no cavitadas los resultados de cavitación de ICDAS presentaron una validez menor en comparación con los criterios de la OMS cuando la presencia de caries se utiliza como resultado, sin embargo, cuando los valores reales ceod se utilizan, no se observan diferencias en el uso de piezas no cavitadas o lesiones de caries cavitadas. (18)

**Díaz S, & González F, 2010.** Evaluaron la prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de Indias y su relación con factores familiares realizaron un estudio descriptivo transversal, en 243 estudiantes. Se evaluó la prevalencia de caries dental mediante el índice CPOD y ceod, la severidad mediante los criterios ICDAS II 2005 y para las variables familiares se realizó un cuestionario que incluía el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Realizaron el análisis mediante estadísticas descriptivas y la significancia de las relaciones entre variables se evaluaron mediante la prueba Chi- cuadrado. La prevalencia de caries fue de 51 % (IC 95 %; 45-59), el 38 % (IC 95 %; 31- 44) de los padres habían accedido a la secundaria incompleta, el 44 % (IC 95 %; 39- 17- 54) vivían en unión libre, 47 % (IC 95 %; 40-53) en estrato socioeconómico bajo, el 53 %

(IC 95 %; 47-57) en familias nucleares, 47 % (IC 95 %;41-53) reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66 % (IC 95 %; 58-70) afiliadas al sistema de salud y el 59 % (IC 95 %: 52-66) viven en familias disfuncionales. A través del análisis bivariado solo encontraron significancia estadística al relacionar el nivel de escolaridad de secundaria incompleta del padre con la presencia de caries dental  $p=0,04$ . La mayoría de las variables si bien no mostraron significancia estadística para explicar la presencia de la caries dental, aportan indicadores de importancia epidemiológica, lo cual permitiría tomar decisiones desde la salud pública. (19)

**Castillo D, & García M, 2011.** Afirmaron que caries dental en los seres humanos es una enfermedad crónica, compleja, dinámica, infecciosa y de origen multifactorial. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caries dental con relación al sexo y la edad en un grupo de niños y niñas atendidos en el Ambulatorio "La Haciendita", en el Municipio Mariara, Edo. Carabobo. El tipo de investigación fue cuantitativa de diseño descriptiva no experimental, transversal. La población y muestra estuvo conformada por 30 niños 100% entre 6 a 12 años que asistieron a la consulta odontológica del ambulatorio, en un lapso de 3 meses. El instrumento fue una historia clínica elaborada en base a las dimensiones de las variables del estudio, validada por juicio de expertos. Los resultados según sexo y edad fueron 63,66% niñas y 36,66% niños. El 76,6% tenían edades comprendidas entre 6 a 10 años y sólo el 23,3% tenían edades entre 11 a 12 años. La prevalencia de caries en dentición permanente de todos los niños fue 13,22% y en dentición temporal fue de 20,94%. Se obtuvo un índice del promedio de dientes cariados, perdidos, obturados CPOD de 2,46 y un promedio de dientes temporarios cariados, con extracción indicada y obturados en una población ceod de 1,96. De igual manera se identificó el componente cariado como el más elevado en ambas denticiones. Se concluye que

la alta incidencia de caries dental puede reducirse si modificamos o intervenimos a través de su prevención desde la concepción del niño. (20)

**Díaz y cols, 2011.** Evaluaron la prevalencia y severidad de caries en niños atendidos en la Clínica Odontológica Cartagena de Indias COCI y su asociación con riesgo y funcionalidad familiar. El estudio que realizaron fue de corte transversal de 102 pacientes pediátricos de la COCI. Evaluaron prevalencia de caries dental índice CPOD y ceod y por medio de un cuestionario los factores familiares, el riesgo familiar RF y funcionalidad familiar Apgar Familiar. Los datos fueron analizados a partir de proporciones y razones de disparidad utilizando el programa Stata 10.0®. La prevalencia de caries dental en dentición temporal fue del 89% (IC 95%; 80 – 93) y en 19 dentición permanente 83% (IC 95%; 73 – 89) y el 45 % (IC 95%; 35 – 55) de las familias presentaban riesgo familiar alto RF 5-33. Existe asociación entre el horario laboral de la madre de más de 8 horas  $p=0,04$  y la caries dental y entre riesgo familiar alto y padres separados OR: 0,25; (IC 95 % 0,81-0,81);  $p=0,02$ , baja escolaridad del padre OR:5,76; (IC 95 % 12,58-26,4);  $p= 0,02$ , madres que no ejerce ningún rol OR :0,75; (IC 95 % 11,6-80,8);  $p=0,02$  y familias con antecedentes sistémicos OR:1,10; (IC 95 % 25,8-47,5);  $p=0,00$ . La familia representa un elemento fundamental para la promoción y prevención de caries dental al estudiar los riesgos asociados con su aparición que permitan decisiones costo efectivas en salud pública para su intervención. (21)

**Ceron y cols, 2011.** Afirieron que, en Chile, la prevalencia de historia dental en niños de 6 y 12 años es de 70,3% y 62,5%, respectivamente. Por ello, el Programa de Salud Bucal de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB desarrolla promoción, prevención y tratamiento dental con el fin de disminuir esta tasa en poblaciones más vulnerables, como en la ciudad de Frutillar. El objetivo de esta

investigación fue determinar la prevalencia de caries por medio de los índices CPOD/ceod en niños de 10 años atendidos en el Módulo Dental JUNAEB de la ciudad de Frutillar entre el año 2007 a 2010. En este estudio descriptivo se recolectaron los formularios de pacientes de 10 años atendidos en el Módulo dental JUNAEB entre el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2010. Por cada año, registraron el número de pacientes, el género y los índices CPOD y ceod. Evaluaron la asociación de los datos demográficos con la historia dental usando la prueba Chi-cuadrado, t de student y ANOVA  $p < 0.05$ . Registraron 389 pacientes. El 83,03% presentó historia de caries. El índice promedio CPOD y ceod fue de 1,56 D.E.  $\pm$  1,8 y 1,65 D.E.  $\pm$  1,94 respectivamente. Observaron una reducción significativa en la historia de caries  $p = 0,04$  y en el índice CPOD  $p = 0,001$  en el último año. No se observó una asociación de historia caries con el género ni en el número de pacientes  $p = 0,57$ . La prevalencia de historia caries en niños de 10 años disminuyó significativamente entre el año 2007 al 2010. Se promueve realizar estudios de cohorte con el fin de evaluar el efecto real del programa en niños de entre 6 a 12 años de edad. (22)

**Villena y cols, 2011.** Realizaron un estudio titulado “Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte”, observaron que la prevalencia de caries de infancia temprana es un problema de salud pública prevenible y que afecta a un gran número de niños de 6-7 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluaron a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS, con equipo no invasivo, bajo luz natural, y con técnica de rodilla-rodilla para los más pequeños. Fueron calibrados 3 odontólogos en el diagnóstico de caries dental (kappa interexaminador 0,79-0,92 y kappa intraexaminador 0,81-0,93. La

prevalencia de caries dental fue de 62,3% IC 57,09- 67,51, y se incrementó con la edad 10,5% 0-11 meses, 27,3 % 12-23 meses, 60,0% 24-35 meses, 65,5% 36-47 meses, 73,4% 48-59 meses y 86,9% 60-71 meses. El índice ceod promedio fue 2,97 DS 3,48, el componente cariado representó el 99,9% del índice. Las piezas más afectadas en el maxilar superior fueron los incisivos centrales y primeras molares, mientras en el maxilar inferior fue la primera y segunda molar. Las manchas blancas activas tuvieron mayor presencia entre los primeros años de vida. Se concluye que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área. (23)

**Benavente L, 2012.** En Lima presento un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud MINSA y Seguro Social ESSALUD, teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por 143 madres con sus hijos menores de cinco años de edad. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental ceod, Placa bacteriana Greene y Vermillon IHOS. No halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad  $p > 0,16$ . Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son

aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional. (24)

**Musac W, 2010.** En Loreto, presentó su tesis titulada Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.I. "Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén", la muestra fue de 180 madres, se construyó 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y Actitudes en medidas preventivas en las madres con una confiabilidad de 0.78, y 0.71, respectivamente evaluada con un coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos fueron 71.1%, 128 de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89.4%, 161 de las madres presentaron actitud favorable y el 67.2%, 121 de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables. Concluyó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las medidas preventivas en salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de edad de I.E.I. Cuna Jardín Corazón de Jesús. Por lo tanto, se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes. (25)

**Fernández y cols, 2012.** Evaluaron la eficacia de un programa de higiene oral preventiva en un grupo de niños de 7 a 11 años de edad que viven en un orfanato de en Brasil. Observaron que el total de 80 niños fueron examinados y 42 que tenían todos los primeros molares fueron seleccionados para el estudio y la evaluación de la eficacia del programa se basó en la placa y la gingivitis. Al inicio del estudio ambos grupos tuvieron mala higiene bucal en la exploración. El porcentaje medio de las superficies sin placa visible era 2,3 +/- 8,0 en el grupo experimental N=25 y 10,8 +/- 13,5 en el grupo control y en el examen final el porcentaje medio de las superficies sin placa era 36.2% en el grupo experimental y 15.1% en el grupo control

estos valores también se reflejan en una mejora de la salud gingival. El grupo de prueba presento sangrado al sondaje de menos del 20% de sus áreas interproximales, en comparación con el 50% en el grupo control  $P < 0.01$ . Los resultados de su estudio indicaron mejoras en la salud oral a través de la implementación de programas de prevención en niños que nunca han sido expuestos a tratamientos dentales preventivos. (26).

**Rumaire R, & Pena M, 2010.** Tuvieron como objetivo diseñar estrategias para motivar los hábitos de higiene bucal en los niños y niñas del Preescolar Gran Mariscal de Ayacucho. Utilizaron la observación como método para su encuesta, conformada por 10 preguntas en la escala de Likert con las opciones siempre, casi siempre, a veces, nunca. La población para este estudio estuvo conformada por 02 docentes, 25 niños, 23 niñas y 02 padres representantes de niños y niñas del mismo salón de la sección "B" del preescolar Gran Mariscal de Ayacucho. Tuvieron como resultados que son importantes motivar e incentivar a los niños y niñas para lograr que cambien su conducta en un 2% de frecuencia. Cada pregunta formulada con relación a la higiene bucal y lleve a cabo los procedimientos necesarios de frecuencia para mantener un ambiente bucal libre y saludable así mismo, a los padres y representantes orientarlos en la importancia de prevención de la higiene bucal. (27)

**Belloso y cols, 2010.** Realizaron un ensayo experimental para comprobar la efectividad de un programa de educación de salud oral aplicado por el ministerio de sanidad y asistencia social de Venezuela, en niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años, de dos unidades escolares, una pública y una privada, en Maracaibo Venezuela. Se utilizaron dos métodos: instrucción – supervisión e instrucción –

supervisión – reforzamiento – estimulación. En el Colegio Privado, observaron un predominio de "clase media", 70.23%, de los cuales el 80.7% reciben ingresos mensuales por grupo familiar mayores de 188.000.00 Bs 400\$, lo cual, según los estimados del Banco Central y el Ministerio de Hacienda, poseen un poder adquisitivo en relación a la Cesta Básica tipificado como "mediano". El 90.2% de los núcleos responsables de clase, ha alcanzado el nivel de educación técnica; el 74.9% de los niños y su grupo familiar utilizan los servicios de la consulta privada para atender sus problemas de salud odontológica, recibiendo el 58.3% tratamiento de tipo preventivo. En relación al Colegio Público, el 52.4% representan la categoría "Subempleados", es decir, personas dedicadas a la economía informal, de los cuales, el 87.6% percibe ingresos promedios que oscilan entre 32.900.00 y 47.000.00 Bs mensuales 70 y 100\$ respectivamente, es decir "bajo" poder adquisitivo. Sólo el 34.7% ha alcanzado el nivel técnico. A diferencia del colegio privado, más del 54.8% de los niños y su grupo familiar acuden a los servicios públicos para recibir tratamiento odontológico, fundamentalmente de tipo curativo-mutilador. Concluyeron que el reforzamiento y la motivación son componentes claves en la efectividad de los programas educativo – preventivos, pero son influenciados por las características psicosociales. (28)

**Noborikawa y cols, 2012.** Evaluaron la influencia del Programa Educativo de Salud Oral Sonrisas PESOS en la higiene oral y en los conocimientos de salud oral de los adolescentes del primer y segundo año de un centro educativo de Perú. Evaluaron 132 estudiantes sobre su higiene oral y sus conocimientos de higiene oral antes y después del programa. El PESOS consistió en cuatro sesiones en las que se impartieron charlas sobre las estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales más frecuentes y prevención en salud oral. Con el objetivo de proporcionar



información permanente y rápido acceso sobre los temas impartidos durante las charlas, entregaron un CD-ROM multimedia con toda la información pertinente, lo cual permitió a los estudiantes una comunicación activa entre ellos y la información contenida en el CD-ROM, a través de la computadora feed back con una duración de 6 semanas. Emplearon el índice simplificado de higiene oral de Greene Vermillion y para medir los conocimientos adquiridos de los estudiantes fue aplicado un cuestionario validado por un grupo de especialistas en el área. El porcentaje promedio de las respuestas contestadas correctamente por los adolescentes varones antes del PESOS fue de 56%, y después del PESOS fue de 70%,  $p=0,001$  y el de los adolescentes de sexo femenino antes del PESOS fue de 67%, y después del PESOS fue de 79%,  $p=0,001$  ambas comparaciones se analizaron mediante la prueba de Rangos asignados de Wilcoxon, demostrándose diferencias estadísticamente significativas. Los resultados obtenidos permitieron a los autores concluir que tanto la higiene oral, como los conocimientos básicos sobre salud oral fueron mejorados después del PESOS  $p=0,01$ , demostrando la importancia del uso de métodos creativos e innovadores en programas educativos de salud oral en adolescentes. (29).

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Caries Dental**

La caries dental es una de las enfermedades que se ha estudiado ampliamente, con el fin de reducir su prevalencia en las diferentes localidades. Diversos autores han indicado que es un problema de salud pública debido a su alta incidencia; además se caracteriza por encontrarse concentrada en poblaciones con desventajas sociales (29, 31, 32).

Inicialmente el concepto infeccioso y transmisible fue postulado por Keyes en 1960 y modificado por Newbrun en 1978, adicionándole el factor tiempo. En 1965 Krasse notó en los hámsteres con una alimentación rica en sacarosa ciertos Streptococcus que colonizaban rápidamente las superficies dentarias e iniciaban extensas cavidades en los dientes. Estos autores asociaron la formación de caries a la de placa dental, pues en esta se encuentra cierto microorganismo que, en presencia de un sustrato ideal, produce componentes que desmineralizan la superficie dental e inicia la formación de caries (7).

### **Definición.**

Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes. Es de origen multifactorial, donde interactúan: la dieta, la microflora, Streptococcus Mutans y Lactobacillus y el huésped (diente y la saliva). Su principal característica es la desintegración de los tejidos calcificados del diente. Para lograr esta desintegración, los microorganismos deben metabolizar los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ingerida y como resultado de esta metabolización se obtendrán ácidos que actuarán sobre la superficie dental generando la mencionada desintegración de tejidos de hidroxiapatita (19).

El desarrollo y manifestación de la caries es la resultante de la adhesión de bacterias a la superficie del diente siendo la principal los Streptococcus Mutans, los cuales metabolizan azúcares para producir ácidos que, con el tiempo, desmineralizan la estructura del diente. Estudios recientes (2, 5, 20 ,21) han evidenciado que la primera aparición del Streptococcus Mutans si se produce después de la erupción dental, sin embargo, esto no significa que otras superficies no puedan albergar estas bacterias, como, por ejemplo, los surcos de la lengua, los cuales se consideran un

importante nicho ecológico en los bebés que aún no presentan dientes. Estos estudios también documentan que, al momento del nacimiento, el niño está en constante contacto con la madre y debido a esto la transmisión vertical de bacterias de la madre al hijo es un hecho (2).

La caries dental no solo es un problema de consulta privada en odontología, sino que es un importante problema de salud pública y es la enfermedad bucodental más frecuente en los niños a nivel mundial (2, 5, 20 ,21). Durante mucho tiempo la caries ha sido considerada una enfermedad de impacto epidemiológico, esto con el objetivo de establecer y determinar la magnitud de la enfermedad, identificar los factores asociados, etc., y de esta forma poder implementar mecanismos y procedimientos que tienden a promover y mejorar la salud (19, 22, 23).

El conocimiento de la salud bucal de la población constituye una tarea fundamental para los odontólogos desde la perspectiva de la salud pública, ya que las enfermedades bucales, tales como la caries y los problemas periodontales, son los padecimientos con mayor incidencia y prevalencia (15).

Para realizar estudios a nivel poblacional, la Organización Mundial de la Salud, definió el índice CPOD Klein y Palmer como el indicador de salud bucal de una población, mediante la identificación de dientes cariados, perdidos y obturados de acuerdo con el promedio obtenido, se establece una escala de severidad de la afección con cinco niveles en el CPOD/ceod poblacional:

Muy bajo	0.0 – 1.1
Bajo	1.2 – 2.6
Moderado	2.7 – 4.4
Alto	4.5 – 6.5
Muy alto	+6.6

El nivel de CPOD/ceod poblacional se determina mediante la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados de cada individuo dividido entre la cantidad total de individuos evaluados (8, 19, 24).

Esta metodología señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues considera los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Además, se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales (19, 22, 24).

## **Higiene Oral**

La higiene oral es un hábito aprendido desde la infancia y transmitida por los padres por primera vez, en especial la madre, quien es el primer modelo de comportamiento en esta etapa. El cepillado dental forma parte de la higiene oral, y en base a estudios realizados se recomienda realizarlo dos veces al día desde la erupción dentaria en un infante (7,11). Al no tener una buena higiene oral, las superficies de nuestros dientes están expuestas a la colonización de microorganismos, potencializando el riesgo de desarrollar patologías o enfermedades infecciosas periodontales (25).

Al igual que la caries dental, las enfermedades periodontales no son solo de interés en una consulta odontológica privada, sino también de interés público. A lo largo de la historia se han desarrollado índices epidemiológicos que clasifican los depósitos de placa bacteriana, inflamación e inserción gingival (26). Greene y Vermillion; Silness y Loe son dos de los índices que determinaron que el nivel de higiene oral y el nivel de enfermedad periodontal constituían una relación causa – efecto. (27)

Se han utilizado versiones simplificadas de estos índices para evaluar la presencia/ausencia de inflamación y placa bacteriana (26). Bajo los estándares de la OMS. En el índice simplificado de higiene bucal IHOS Greene y Vermillion existen 2 componentes:

1. La extensión de residuos blandos o índice de residuos IR en la corona clínica
2. La extensión de cálculo supragingival o índice de cálculo dental IC.

Para la evaluación se examinan 6 piezas dentarias:

1° molar superior derecha superficie vestibular, incisivo central superior derecho superficie vestibular, 1° molar superior izquierda superficie vestibular, 1° molar inferior izquierda superficie lingual, incisivo inferior derecho superficie vestibular, 1° molar inferior derecha superficie lingual (8,24,25).

Se evalúan por separado ambos componentes del índice, tanto el cálculo como los residuos blandos biofilm. Los criterios para medir cada componente son los siguientes:

- 0– No hay residuos o manchas.
- 1– Los residuos o cálculo no cubren más de un tercio de la superficie dentaria.
- 2– Los residuos o cálculo cubren más de un tercio de la superficie, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
- 3– Los residuos o cálculo cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta.

Para obtener el índice individual de IHOS por individuo se requiere sumar la puntuación de las piezas examinadas y dividir las entre el número de piezas analizadas. Se realiza esta operación para ambos componentes, obteniéndose un resultado por cada componente que seguidamente se sumaran entre ellos.

Una vez obtenido el resultado de esta suma, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal: (8, 24)

Bueno:	0,0 - 1,2
Regular:	1,3 - 3,0
Malo:	3,1 - 6,0

### **Índice CPOD**

El índice CPOD fue introducido por primera vez por Klein y Palmer en 1938 y corresponde a un indicador epidemiológico que describe la historia de caries en piezas dentarias permanentes en una población.

La cuantificación de la OMS para el índice CPOD es el siguiente:

0,0 a 1,1	:	muy bajo
1,2 a 2,6	:	bajo
2,7 a 4,4	:	moderado
4,5 a 6,5	:	alto

### **Índice de Higiene Oral Simplificado**

Greem y Vermillon elaboraron el índice de higiene oral en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias. Este índice epidemiológico

evalúa el estado de higiene oral considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental.

El estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de los dientes completamente erupcionados o que han alcanzado el plano oclusal permitiendo también tener un diente sustituto en caso de ausencia del diente guía a examinar, solo se adjudica puntajes a seis piezas dentarias, superficies vestibulares de primeros o segundos molares permanentes superiores, incisivo central superior e inferior y caras linguales de primeros o segundos molares permanentes inferiores, siendo el objetivo:

- Determinar y evaluar cuantitativamente y cualitativamente el grado de higiene oral en la población.
- Evaluar las medidas preventivas del cepillado dental (33).

### **Control Mecánico de Placa.**

Es la remoción de la placa bacteriana y prevención de su acumulación en la superficie dentaria y encía adyacente, mediante:

- Cepillado Manual Eléctrico
- Higiene Interproximal
- Hilo dental
- Cepillos Interproximales.

## **Teoría del Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación. El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc. La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento. (35)

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades. (35)

## **Nivel de Conocimiento**

El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos. En la formación del conocimiento de la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad. Al respecto el psicólogo Kolb quien asume como eje las experiencias, las cuales pueden ser preceptuales o sensoriales cuando se originan en los objetos concretos que rodean al hombre, vivenciales si son producto de la percepción subjetiva del sujeto con respecto a una situación vivida o racional si es producto del razonamiento del sujeto. (35)



## **Salud Bucal**

Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.

Es el buen estado e higiene de la boca que requiere un cuidado diario ya que en la cavidad bucal se instalan enfermedades que conviven con la persona y no causan dolor. La única posibilidad de mantener la salud oral es prevenir la enfermedad en forma precoz, antes de que esta se instale (36). La Organización Mundial de la Salud OMS, en el 2013, define la salud bucal como "un estado libre de dolor crónico bucal y facial, cáncer oral y cáncer de garganta, llagas bucales, defectos congénitos como el labio leporino y el paladar hendido, la enfermedad periodontal de las encías, caries dental, la pérdida de dientes, además de otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad oral" (13).

## **Prevención en Salud**

La prevención es la disposición que permite reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Son acciones orientadas a la erradicación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad (36).

## **Niveles de Prevención o Niveles de Leavell y Clark**

Para Cuenca, E et al (2005) (37) son:

**a) Prevención primaria:** Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas prevención primaria actúan en el periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad; es decir, antes de que la

interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad.

**b) Prevención secundaria:** La prevención secundaria actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

**c) Prevención terciaria:** Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio. (37)

## 2.3 Variables e Indicadores

### **Variables Principales:**

- Caries dental
- Higiene oral
- Nivel de conocimiento de los padres
- Factores sociodemográficos de los padres

## Operacionalización de Variables.

Variable	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala de Medición	Valores
<b>Caries Dental</b>		Valor Poblacional: Promedio aritmético de valores individuales de dientes cariados, extraídos y obturados en dentición permanente (CPOD) y decidua (CEOD)	Suma de los valores individuales dividida entre el número de individuos evaluados	Índice Epidemiológico  CPOD/CEOD	Cualitativa Politémica	Ordinal	Muy bajo 0.0-1.1  Bajo 1.2-2.6  Moderado 2.7-4.4  Alto 4.5-6.5  Muy alto +6.6
<b>Higiene Oral</b>		Índice epidemiológico que permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene oral.	Suma del valor obtenido en el componente de residuos blandos con el componente de residuos sólidos	Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon	Cualitativa Politémica	Ordinal	Bueno 0.0-1.2  Regular 1.3-3.0  Malo 3.1-6.0
<b>Nivel de conocimiento de los padres</b>		Permite valorar el conocimiento de IHOS por parte de los padres	Sumatoria de respuestas	Cuestionario de conocimiento sobre IHOS	Cualitativa Politémica	Ordinal	Bueno: 16-20 Regular: 12-14 Malo: 0-10
<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Nivel de Instrucción de los Padres</b>	Nivel primario, secundario o estudio superior en el que se encuentra actualmente el apoderado.		Ficha de Recolección de Datos		Nominal	-Primaria -Secundaria -Secundaria Completa -Técnico -Superior
	<b>Sexo del Padre</b>	Rasgos biológicos sexuales del apoderado		Ficha de Recolección de Datos		Nominal	Masculino Femenino
	<b>Número de Hijos</b>	hijos que tiene el apoderado hasta el momento del estudio		Ficha de Recolección de Datos		Ordinal	1 2 3 a mas

## **CAPITULO 3: DISEÑO Y MÉTODO**

### **3.1 Tipo de Investigación**

La investigación está enmarcada dentro de la investigación descriptiva, comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de las condiciones existentes en el momento, orientado a establecer relaciones entre variables, sin necesidad de señalar causa efecto.

El problema y la relación planteada para las variables de estudio, ubican a la investigación en el diseño correlacional del método no experimental de tipo descriptivo, ya que tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables.

Cabe destacar que este estudio vera la asociación entre las variables consideradas, lo que hacen dos o más variables; se aporta cierta información o explicación dando respuesta a las causas de la correlación, las características que la definen y las posibles consecuencias de la misma. El diseño utilizado es no experimental, correlacional y de corte transversal.

### **3.2 Ámbito de la Investigación**

La presente investigación se realizó en la I.E.P. “José Olaya Balandra” del distrito de Mala – Cañete 2016.

### **3.3 Población y Muestra.**

#### **3.3.1 Población.**

La población estuvo conformada por 360 niños de ambos sexos entre los 6 y 12 años de edad matriculados y estudiantes de la I.E.P “José Olaya Balandra” del distrito de Mala - Cañete, durante el año 2016.

#### **3.3.2 Criterios de Selección.**

##### **Criterios de Inclusión.**

- Niños entre las edades de 6 a 12 años de ambos sexos de la I.E.P "José Olaya Balandra" de Mala - Cañete 2016.
- Niños que estudian en el I.E.P “José Olaya Balandra” de Mala - Cañete 2016.
- Padres de familia que otorguen el Consentimiento Informado. Anexo 1
- Niños que den su asentimiento informado. Anexo 2.
- Padres con aparente buen estado de salud general y mental.
- Familias residentes de la zona

##### **Criterios de Exclusión.**

- Niños con algún síndrome.
- Niños comprometidos sistémicamente.
- Niños que no cumplan el rango de edad.
- Padres con problemas o alteraciones mentales.

#### **3.3.3 Técnica de muestreo.**

La técnica de muestreo fue de tipo por conveniencia, con sus respectivos padres como muestra, con un nivel de confianza de 95%.

### 3.3.4 Muestra.

La muestra estuvo conformada por 217 niños de ambos sexos, los cuales representan una proporción significativa de la población. La muestra se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Datos:

N= 360 (población)

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$

p= 0.65

q= 0.35

d= 4%

Donde reemplazando los datos se obtiene un mínimo tamaño muestral de 217 con un nivel de confianza de 95%, una precisión de 4% y una proporción de 65%.

$$n = \frac{360(1.96)^2(0.65)(0.35)}{(0.04)^2(359) + (1.96)^2(0.65)(0.35)}$$

$$n = \frac{359(3.8416)(0.2275)}{(0.04)^2(359) + (3.8416)(0.2275)}$$

$$n = \frac{314.63}{0.5744} < +0.874$$

$$n = \frac{314.63}{1.4484}$$

$$n = 217.23 \rightarrow 217.$$

### **3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

#### **Procedimientos de Recolección de Datos.**

- a) Se cursó una solicitud dirigida al Director de la E.A.P. de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener solicitando una carta de presentación a la I.E.P. “José Olaya Balandra”.
- b) Se presentó la carta de la Universidad al Director de la I.E.P. “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- c) Se recibió la capacitación por parte de una especialista en el área para la correcta aplicación de los instrumentos de evaluación.
- d) Se realizó una charla referente a la prevención en salud bucal dirigida a los padres de manera participativa.
- e) Se obtuvo la información mediante el análisis respectivo a los niños con un examen clínico a través de los índices CPOD/ ceod y de IHOS, a los padres se les realizó un cuestionario que consto de 10 preguntas en la I.E.P. “José Olaya Balandra”. Mala – Cañete 2016 (Anexo 8)

#### **Técnicas de Recolección de Datos**

La evaluación clínica se realizó dentro del laboratorio del colegio en el horario de la mañana para que la evaluación fuera a la luz del día y se contó con la ayuda de una auxiliar la cual recogió a los niños de sus aulas.

- En un primer momento se hizo el llenado de los Odontogramas a cada niño para lo cual se utilizó espejos bucales, pinzas para algodón y se llenó la ficha de recolección de datos para lo cual se utilizó el índice grupal CPOD/ceod que resulta del promedio de la sumatoria de piezas

permanentes cariadas, perdidas y obturadas entre el total de los niños del grupo examinado teniendo como valores:

Muy bajo 0.0-1.1

Bajo 1.2-2.6

Moderado 2.7-4.4

Alto 4.5-6.5

Muy alto +6.6 (Anexo 3)

- Luego se aplicó una pastilla reveladora que tiñó las superficies dentarias a evaluar con el índice de higiene oral el cual determina que:

0: No hay depósitos ni pigmentos

1: Existen depósitos en no más de 1/3, o hay pigmentación.

2: Existen depósitos que cubren más de 1/3, pero menos de 2/3.

3: Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.

Valores de cada nivel es:

-Bueno: 0.0 – 1.2

-Regular: 1.3 – 3.0

-Malo: 3.1 – 6.0 (Anexo 4)

- Finalmente en la reunión mensual que realiza el centro educativo se les brindo a los padres las fichas de recolección de datos de sus hijos para que puedan analizar el cuestionario de salud “Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene bucal de niños de 3 a 5 años de la I.E.P. “Angelitos de Jesús” Fernández Madeleine (39). Dirigido a los padres y los aspectos sociodemográficos nivel de educación, sexo, número de hijos el cual tiene como valores: Bueno: 16-20, Regular: 12-14 y Malo: 0-10. Anexo 5



### **Instrumentos de Recolección de Datos.**

Se utilizó como instrumento el cuestionario “Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene bucal de niños de 3 a 5 años de la I.E.P. “Angelitos de Jesús”. (39) Ya que es un conjunto de preguntas sobre los hechos o aspectos que interesan en una evaluación para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres. Además de la ficha con los índices de CPOD/ceod y de higiene oral que nos ayudó en los exámenes clínicos

### **3.5 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos.**

En el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v23 en español que nos permitió el análisis estadístico descriptivo como el análisis bivariado, para determinar la asociación de las variables se utilizó el método estadístico de Chi cuadrado. Los resultados obtenidos serán presentados y tabulados en tablas y gráficos.

### **3.6 Aspectos Éticos.**

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas fichas clínicas fueron revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva.

Se elaboró un consentimiento informado para los padres de familia en el cual ellos dieron su consentimiento para la participación de sus hijos en este estudio y un asentimiento informado para los niños. Anexo 1, 2

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 RESULTADO:

**TABLA N° 1:**

Número dientes cariados, perdidos y obturados de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala –Cañete 2016.

N° DIENTES	N°	%
DIENTES PERDIDOS	189	17%
DIENTES CARIADOS	589	54%
DIENTES OBTURADOS	315	29%
TOTAL	1093	100%

### INTERPRETACIÓN:

El 54% del total de dientes de la muestra de alumnos de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016, tienen dientes cariados, el 29% tiene dientes obturados y el 17% dientes perdidos. Se puede observar que existe un alto índice de caries dental en los niños que han sido evaluados.

## TABLA N° 2:

Higiene oral de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala –Cañete 2016

determinado a través del índice de higiene oral.

IHOS DE LOS NIÑOS	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
N°	44	82	91	217
%	20%	38%	42%	100%

### INTERPRETACIÓN:

Según la muestra de 217 niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016 un 42% presentan un nivel malo de Índice de Higiene Oral general conformado tanto por hombres como de mujeres y en un 20% para el nivel bueno, lo cual demuestra que existe un elevado índice de mala higiene bucal por parte de los alumnos de la muestra.

}

**TABLA N° 3:**

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: **GENERAL.**

	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL			
	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
PADRES DE FAMILIA	45	60	112	217
TOTAL	21%	28%	51%	100%

**INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a la muestra un 21% de padres de familia tienen un conocimiento bueno sobre higiene oral general, seguido de un 28% de padres con conocimiento regular sobre la higiene oral y el índice más alto se encuentra en el nivel de conocimiento malo con un 51% lo que indica que hace falta reforzar una educación de higiene oral dirigida a los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.

**TABLA N° 4:**

Factores sociodemográficos de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya

Balandra Mala – Cañete 2016 según: **SEXO**.

SEXO DE LOS PADRES	TOTAL	
	FEMENINO	97
MASCULINO	120	55%
TOTAL	217	100%

**INTERPRETACIÓN:**

Se pudo observar que un 55% son padres del sexo masculino los responsables de la educación de sus menores hijos y un 45% son madres solteras quienes también son responsables de la educación de sus menores hijos. Se puede observar una mayoría por parte de los padres del género masculino.

**TABLA N° 5:**

Factores sociodemográficos de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya  
Balandra Mala – Cañete 2016: según **GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	
PRIMARIA	24	11%
SECUNDARIA INCOMPLETA	72	33%
SECUNDARIA COMPLETA	103	47%
TÉCNICO	12	6%
SUPERIOR	6	3%
TOTAL	217	100%

**INTERPRETACIÓN:**

El 47% del total de los padres encuestados tienen sus estudios secundarios completos quienes representan la mayoría en el presente estudio, un 33% de padres no terminaron la secundaria y el 3% son del grado de instrucción superior los cuales representan una gran minoría.

**TABLA N° 6:**

Factores sociodemográficos de los padres de los niños de la I.E.P. José Olaya

Balandra Mala – Cañete 2016: según el **NÚMERO DE HIJOS**

NÚMERO DE HIJOS	TOTAL	
1 HIJO	65	30%
2 HIJOS	114	53%
3 a más	38	18%
TOTAL	217	100%

**INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a la muestra se pudo observar que un 53% del total de padres de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra tienen 2 hijos los cuales representan la mayoría. Un 30% solo tienen 1 hijo dentro del núcleo familiar y una minoría de 18% tiene 3 a más hijos.

**TABLA N° 7:**

Relación entre la caries dental de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016

Pru eba de chi cua dra do p sign	CPOD /ceod DE LOS NIÑOS	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES				P
		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL	
	MUY BAJO	2	8	10	20	0.000
	BAJO	1	7	18	26	
	MODERADO	5	15	35	55	
	ALTO	7	7	78	92	
	MUY ALTO	3	9	12	24	
	TOTAL	18	46	153	217	

ifcativo < 0.05

**INTERPRETACIÓN:**

En este caso 78 padres con un conocimiento malo sobre salud bucal presentaban hijos con un alto índice de caries dental lo que indica claramente de que existe relación entre el conocimiento malo sobre caries dental de los padres y el alto índice de caries dental por parte de sus hijos que estudian en la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.



**TABLA N° 8:**

Relación entre la higiene oral de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.

IHOS DE LOS NIÑOS	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES				P
	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL	
BUENO	5	15	26	46	0.000
REGULAR	13	19	21	53	
MALO	18	11	89	118	

**Prueba de chi cuadrado**

**p significativo < 0.05**

**INTERPRETACIÓN:**

Se puede observar en la muestra a 89 niños con índice de higiene oral Malo cuyos padres también presentan un conocimiento malo sobre higiene oral lo cual nos demuestra que si existe relación entre el conocimiento sobre salud bucal malo de los padres y el alto índice de higiene oral de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.

**TABLA N° 9:**

Relación entre caries dental de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: según **SEXO**.

CPOD / ceod DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: SEXO DE LOS PADRES			P
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
MUY BAJO	11	5	16	0.000
BAJO	13	5	18	
MODERADO	31	35	66	
ALTO	31	21	52	
MUY ALTO	19	46	65	
TOTAL	105	112	217	

**Prueba de chi cuadrado**

**p significativo < 0.05**

**INTERPRETACIÓN:**

Se observó 46 niños con muy alto índice de caries dental cuyos padres son del sexo masculino, en el caso de los niños que viven solo con sus madres solo se observó 19 niños con muy alto índice de caries dental, lo que demuestra que si hay relación entre el sexo de los padres siendo los del sexo masculino quienes presentan hijos con una inadecuada salud dental.

**TABLA N° 10:**

Relación entre caries dental de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: según **GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

CPOD / ceod DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES						P
	PRIMARIA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	TÉCNICO	SUPERIOR	TOTAL	
MUY BAJO	6	5	8	3	2	24	0.885
BAJO	8	15	6	5	3	37	
MODERADO	8	3	15	6	5	37	
ALTO	9	16	10	8	3	46	
MUY ALTO	11	12	39	6	5	73	
TOTAL	42	51	78	28	18	217	

**Prueba de chi cuadrado**

**p significativo < 0.05**

**INTERPRETACIÓN:**

Se observó 39 niños con muy alto índice de caries dental cuyos padres llegaron a culminar sus estudios secundarios los mismos que representan la mayoría de esta muestra, no se encontró relación entre la caries dental y los factores sociodemográficos de los padres según el grado de instrucción.

**TABLA N° 11:**

Relación entre caries dental de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016 : según el **NÚMERO DE HIJOS.**

CPOD/ceod DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: NÚMERO DE HIJOS				P
	1 HIJO	2 HIJOS	3 A MÁS	TOTAL	
MUY BAJO	20	21	10	51	0.000
BAJO	15	8	10	33	
MODERADO	12	19	14	45	
ALTO	10	35	15	60	
MUY ALTO	5	8	15	28	
TOTAL	62	91	64	217	

**Prueba de chi cuadrado**

**p significativo < 0.05**

**INTERPRETACIÓN:**

Predominaron 35 niños con alto nivel de caries dental los cuales conforman una familia que cuenta con 2 hijos, también predominaron 15 niños con muy alto nivel de caries dental quienes se encuentran en una familia que lo conforman de 3 a más hijos, se puede observar que si hay relación entre el número de hijos y el alto nivel de caries dental de los niños de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.

**TABLA N° 12:**

Relación entre higiene oral de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: según el **GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

IÑOS DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES						P
	PRIMARIA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	TÉCNICO	SUPERIOR	TOTAL	
BUENO	8	18	12	6	8	52	0.000
REGULAR	6	29	5	4	10	54	
MALO	39	35	31	5	1	111	
TOTAL	53	82	48	15	19	217	

### Prueba de chi cuadrado

**p significativo < 0.05**

### INTERPRETACIÓN:

Predominaron 39 niños con índice de higiene oral malo los cuales sus padres solo cuentan con estudios de nivel primario, también predominaron 35 niños cuyos padres solo tienen secundaria incompleta por lo tanto, si hay relación entre la higiene oral y los factores sociodemográficos según el grado de instrucción.

**TABLA N° 13:**

Relación entre higiene oral de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: según **SEXO**.

ÍNDICES DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: SEXO DE LOS PADRES			P
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	
BUENO	5	20	25	0.885
REGULAR	56	31	87	
MALO	85	20	105	
TOTAL	146	71	217	

**Prueba de chi cuadrado**

**p significativo < 0.05**

**INTERPRETACIÓN:**

Predominaron 85 niños con índice de higiene oral malo que viven con sus padres del sexo masculino, también se observó a 31 niños que viven solo con sus madres con un índice de higiene oral regular, no se encontró relación entre la higiene oral y los factores sociodemográficos según el sexo

**TABLA N° 14:**

Relación entre higiene oral de los niños y los factores sociodemográficos de los padres de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016: según el **NÚMERO DE HIJOS**

ÍNDICE DE LOS NIÑOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: NÚMERO DE HIJOS				P	Prueba de chi cuadrado
	1 HIJO	2 HIJOS	3 A MÁS	TOTAL		
BUENO	2	8	10	20	0.998	
REGULAR	5	35	10	50		
MALO	67	65	15	147		
TOTAL	74	108	35	217		

do

**p significativo < 0.05**

#### **INTERPRETACIÓN:**

Predominaron 67 niños con índice de higiene oral malo los cuales son hijos únicos dentro de su núcleo familiar, también se encontró que hay 65 niños que forman parte de una familia que tiene solo 2 hijos los cuales también presentaron índice de higiene oral malo, por lo tanto se deduce que no hay relación entre la higiene oral y los factores sociodemográficos por el número de hijos de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016

## 4.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el COPD/ceod e IHOS a niños y un cuestionario sobre higiene oral a sus padres. Las edades de los niños estuvieron conformadas entre los 6 a 12 años en los cuales se encontró alta prevalencia de caries dental 54% y alto índice de higiene oral malo 42%. Resultados similares a los que encontraron Caballero y cols (15), porque realizaron un estudio para determinar la relación entre la experiencia de caries dental e higiene oral también utilizaron el índice de CPOD/ceod para el diagnóstico de caries en los escolares de la provincia de Sechura en el departamento de Piura – Perú. Hubo una relación estadística significativa entre la presencia de caries dental y la higiene bucal  $P < 0,001$ .

Se demostró que los niños que tienen muy alto índice de caries dental tienen padres con educación secundaria completa lo que demuestra que el nivel de caries dental no guarda relación con el grado de instrucción de los padres. Esta tesis no coincide con Díaz & González (19), Colombia que a través del análisis bivariado solo se encontró significancia estadística al relacionar el nivel de escolaridad de secundaria incompleta del padre 38% con la presencia de caries dental 51%.

Así también se encontró alto índice de caries dental 54%, de dientes perdidos 17% y dientes obturados 29% en un estudio realizado a niños entre los 6 y 12 años en una institución educativa del sur de Lima donde se observó que existe la necesidad de poner más atención a los programas de salud dental preventiva y charlas informativas dirigida a los colegios para que estos altos niveles de caries dental estén controlados. Este estudio encontró coincidencias por su alto índice de dientes cariados con Castillo & García (20), Venezuela que obtuvieron un índice del



promedio CPOD de 2,46 y un promedio de ceod de 1,96. De igual manera se identificó el componente cariado como el más elevado en ambas denticiones.

Datos sobre el presente estudio demuestran que 78 padres del sexo masculino que tienen la custodia de sus hijos presentaron conocimiento malo y sus hijos presentaron índice de caries dental alto por lo que se demuestra que a mayor desconocimiento de los padres sobre los temas relacionados con el cuidado y mantenimiento de su salud oral es mayor el índice de caries dental que pueden presentar sus niños, un tema muy importante también son los horarios laborales de los padres los cuales trabajan en la zona minera de Mala, lugar donde trabajan en tres turnos mañana, tarde y noche lo que hace difícil la tarea de enseñarles a sus hijos salud oral e incluso ellos mismos no puedan hacerse un adecuado cepillado. Esta tesis coincide con Díaz y cols. (21), porque existe asociación entre el horario laboral de la madre como única apoderada de los niños  $p=0,04$  y la caries dental en padres separados OR: 0,25; IC 95 % 0,81-0,81;  $p=0,02$ , baja escolaridad del padre OR:5,76; IC 95 % 12,58-26,4;  $p= 0,02$ , madres que no ejercen ningún rol OR :0,75; IC 95 % 11,6-80,8;  $p=0,02$  y familias con antecedentes sistémicos OR:1,10; IC 95 % 25,8-47,5;  $p=0,001$  en mucho casos el horario.

Esta tesis obtuvo porcentajes altos tanto de caries dental 54%, como de higiene oral malo 42%, en un estudio en el cual fueron niños entre 6 a 12 años quienes conformaron la muestra estudiada. Se encontró coincidencia con Ceron y cols (22), que observaron que existe prevalencia de historia dental en niños de 6 a 12 años 70,3% y 62% respectivamente. Que desarrollaron promoción, prevención y tratamiento dental con el fin de disminuir esta tasa en poblaciones más vulnerables.

En el presente estudio según los niños evaluados que van desde 6 a 12 años de edad presentan un 54% de total de dientes cariados, 29% de dientes obturados y 17% de dientes perdidos lo que demuestra que existe una alta prevalencia de caries dental de los niños de la muestra tomada en el I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016. Esta tesis guarda relación con Villena y cols (23), por la prevalencia de caries dental de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte la prevalencia de caries dental fue de 62,3% IC 57,09- 67,51, y se incrementó con la edad 10,5% 0-11 meses, 27,3 % 12-23 meses, 60,0% 24-35 meses, 65,5% 36-47 meses, 73,4% 48-59 meses y 86,9% 60-71 meses.

Esta tesis encontró asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y el índice de caries dental de los hijos 54%. Como también en la mala higiene oral de sus hijos 42%. El índice de caries dental general recogido de la muestra y el nivel de conocimiento de los padres por grado de instrucción tuvo predominio de 78 padres que terminaron la secundaria lo que demuestra que el conocimiento sobre caries dental tiene relación con el grado de instrucción alcanzado por los padres de familia a diferencia de Benavente, y cols que presento un estudio para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño se pudo observar que no se halló asociación significativa  $p= 0,16$ . Esto se puede deber a que solo se contó con las madres en su estudio a diferencia de la presente tesis que se evaluó a los apoderados que pudieron ser tanto padres como madres con quienes si se encontró asociación.

Así mismo se obtuvo como resultados en este estudio que 39 padres que solo tienen educación primaria, la higiene oral de sus hijos es mala lo que indica que cuando

los padres no tienen estudios superiores el conocimiento de la higiene oral de sus hijos es mala por lo que se encontró que si hay relación con Beloso y cols (28). Quienes hicieron un estudio para ver los niveles de atención odontológica en colegios públicos y privados. En la cual concluyeron que el colegio público con 52.4% de alumnos de la muestra, los padres solo tienen instrucción técnica y a su vez tienen trabajos informales que no les permite solventar los gastos de una atención odontológica privada por lo que acuden a la consulta odontológica del estado la cual es precaria.

## **CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES:**

- Se encontró en el presente estudio un alto índice de CPOD / ceod en los niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- Se pudo observar un elevado IHOS por parte de los niños de 6 a 12 años de la I.E.P. “José Olaya Balandra” Mala – Cañete 2016.
- De acuerdo a la muestra los padres presentaron conocimiento malo sobre salud bucal.
- Según los factores sociodemográficos se encontro un porcentaje elevado de padres del sexo masculino que tienen conocimiento malo sobre caries dental y a su vez no terminaron la secundaria y que tienen 2 hijos dentro del nucleo familiar.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Difundir todos los resultados que se obtuvieron de esta investigación entre colegas, estudiantes de pregrado y a todas las personas que informarse.
- Hacer charlas y campañas cada 6 meses en la I.E.P José Olaya Balandra sobre cómo mejorar y controlar la higiene bucal de los niños.
- Capacitar a los padres de la I.E.P José Olaya Balandra sobre el cuidado e importancia de la higiene bucal.
- Realizar capacitaciones a los padres de familia y profesores de la I.E.P José Olaya Balandra.
- La I.E.P José Olaya Balandra debe desarrollar programas de prevención de caries dental y de higiene oral para los niños.
- Realizar más estudios sobre este tema considerando diferentes zonas de nuestro país.

## CAPITULO 6. REFERENCIAS

1. Navas R, Rojas T, Zambrano O, Álvarez C, Santana Y, Viera N. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. *Asociación Inter Ciencia*. 2002; 27(11): 631 – 4.
2. Daman R, Khatter R, Bal C. Prevalence of Dental Caries Among the school going children of Amritsar city in relation of different associated factors. *Indian Journal of Comprehensive Dental Care (IJCDC)*. 2011; 1: 25 – 9.
3. García Caballero C. *Tratado de Pediatría*. 2º ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2008.  
Petersen P. Socio behavioral risk factors in dental caries international perspectives. *Community Dent. Oral Epidemic*. 2005; 33: 274 – 9.
4. Ravera E, Sanchez G, Squassi A, Bordoni N. Relationship between dental status and family school and socioeconomic level. *Acta Odontol. Latino América*. 2012; 24(1): 138 – 47.
5. Flores M, Montenegro B. Relación entre la frecuencia diaria de consumo de azúcares extrínsecos y la prevalencia de caries dental. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2005 Jun; 15(1): 36 - 9.
6. Beck J, Drake C. Some Epidemiologic evidence on the etiology of caries. *Oral Epidemic*. 1975; 3: 223.
7. Gómez N, Morales M. Determinación de los índices CPOD e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. *Rev. Salud Pública*. 2012; 16(1): 26 -31.
8. Camurça A, Gondim A, Lima E. Epidemiological profile of dental caries in school children, aged 5 to 12 years of age, who live in the municipality of Bayeux, Paraíba. *Arq Odontol*. 2012; 48(2): 68-75.

9. Hernández A, Espeso N, Reyes F, Rodríguez L. Intervención educativo – curativa para la prevención de caries dental en niños de 5 a 12 años. *AMC*. 2010; 14(6): 1-9.
10. Manipal S, et al. Knowledge, Attitude, of mothers on oral hygiene practices among 1 – 5 year old children and association with their oral hygiene practices – a comparative study. *Annals and Essences of dentistry*. 2012; 4(4): 19- 24.
11. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Infant Oral Health Care. 2011; 33(6): 124 – 8.
12. Wynne L. Using evidence to support oral health in children. *Dental Nursing*. 2013; 9(6): 314 – 9.
13. Ministerio de Salud (MINSA). “Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12, y 15 años, Perú. 2001- 2002.” MINSA, 2005. 18-32.
14. Presidencia del consejo de Ministros. Sistema de Naciones Unidas en Perú. Perú: Tercer informe nacional de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Lima, 2013. 37 – 55
15. Caballero C, Enríquez G, García C. Relación entre la experiencia de caries dental e higiene bucal en escolares de la provincia de Sechura – Piura en el año 2010. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2012; 22(1): 16 – 9.
16. Traebert J, Jinbo Y, Telino de Lacerda J. Association between maternal schooling and caries prevalence: a Cross – sectional study in southern Brazil. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2011; 9(1): 47 – 52. 75
17. Villalobos J, et al. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. *Biomédica*, 2006; 26: 224 -33.

18. Mendes M, Braga M, Oliveira L, Antunes J, Ardenghi T. Discriminant validity of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and comparability with World Health Organization criteria in a cross-sectional study. *Community Dent Oral Epidemic* 2010; 38: 398–407.
19. Díaz S, y Gonzáles F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 12 (5): 843-851, 2010.
20. Castillo, D y García M. Prevalencia de Caries Dental en la Población Infantil que acuden al Ambulatorio Urbano "La Haciendita" en el Municipio Mariara, Estado Carabobo. *Acta Odontológica Venezolana - Volumen 49 N°4 / 2011*.
21. Díaz S, Costa M, Flórez L, Puerta F. Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*. Vol. 2, Núm. 5 (2011).
22. Ceron A, Castillo V, Aravena P. Prevalencia de Historia de Caries en Escolares de 10 Años, Frutillar, 2007-2010. *Int. J. Odontoestomatología*. 2011; 5(2):203-207
23. Villena R, Pachas F, Sánchez Y, Carrasco M. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. *Revista Estomatológica Herediana*. Vol. 21, núm. 2 (2011).
24. Benavente L, Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina* 2012; 15(1): 14 – 18.
25. Musac W. Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal en las madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.I. Cuna Jardín



- Corazón de Jesús, distrito de Belén. [Tesis Bachiller]. Loreto: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2010.
26. Fernández L, Novaes A, Feitosa A. Eficacia de un programa de higiene oral para los huérfanos brasileños. *Braz Dent J.* 2012; 13 (1): 44 – 48.
  27. Rumaire R, Pena M. Estrategias para motivar los hábitos de higiene bucal en los niños de preescolar gran mariscal de Ayacucho. [Tesis Bachiller]. 2010.
  28. Belloso N, Hernández N, Rivera L, Morón A. Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo experimental. *Acta Científica Venezolana.* 2010; 50: 42-47.
  29. Noborikawa A, Kanashiro C. Evaluación de un programa educativo – preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Rev. Estomatológica Herediana.* 2012; 19 (1):31-38.
  30. Villalobos J, Medina C, Molina N, Vallejos A, Pontigo A. Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Navolato, Sinaloa, México: experiencia, prevalencia, gravedad y necesidades de tratamiento. *Biomédica,* 2006; 26: 224 -33.
  31. Henostroza G, et al. Caries Dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2007. 159 – 63.
  32. Hadad N, Del Castillo C. Determinantes sociales de salud y caries dental. *Odontología Pediátrica.* Lima. 2011; 10(1): 13- 21.
  33. Irureta M. Índice simplificado sobre higiene oral. Buenos Aires Argentina. Noviembre del 2007.
  34. Martignon S, et al. “Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de Niños Menores”. *Rev. Salud pública* vol.10 n.2 Bogotá Mar

35. Juárez K. Relación entre el nivel de conocimiento en salud oral e higiene oral en estudiantes atendidos en el departamento médico-dental de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. [Tesis Bachiller]. Iquitos. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2008.
36. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva. Principios, métodos y aplicaciones. 3era edición. Barcelona-España: editorial Masson S.A; 2005.
37. Fernández M. Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene bucal de niños de 3 a 5 años de la I.E.P “Angelitos de Jesús”. [Tesis Bachiller]. Lima. Universidad Privada Norbert Wiener; 2015.

# **A N E X O S**

## ANEXO N° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

---

Institución : I.E.P. “José Olaya Balandra”  
Investigadores : Bach. Jim Edinson Zevallos Marquez  
Título : Relación entre Caries Dental e Higiene Oral en Niños de 6 a 12 años frente al Conocimiento de Higiene Bucal y Aspectos Sociodemográficos de los Padres de Familia de la I.E.P “José Olaya Balandra” del distrito de Mala – Cañete 2016.

---

#### **Propósito del Estudio:**

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “Relación entre Caries Dental e Higiene Oral en Niños de 6 a 12 años frente al Conocimiento de Higiene Bucal y Aspectos Sociodemográficos de los Padres de Familia de la I.E.P “José Olaya Balandra” del distrito de Mala Cañete 2016. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener.

En la actualidad se ha incrementado los casos de caries y mala higiene bucal. La presencia de caries o de mala higiene bucal podría estar afectando al niño en su calidad de vida, es decir en su desarrollo funcional y social.

Un gran problema es que no se ha podido determinar fehacientemente esta asociación. Es por ello que creemos necesario ahondar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

**Procedimientos:**

Si su hijo(a) decide participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Se tomarán los datos personales de su hijo en una Ficha de recolección de datos (nombres/apellidos, edad y sexo)
2. Se le realizará un examen clínico bucal con un equipo de exploración bucal básica (espejo bucal y pastilla reveladora de caries y sarro), no se realizarán procedimientos odontológicos invasivos.

Las evaluaciones son sencillas, no son incómodas, son rápidas (aproximadamente 5 minutos) y se llevarán a cabo en los ambientes del colegio.

**Riesgos:**

No existe ningún riesgo para su hijo(a) al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Su hijo(a) es libre de responderlas o no. Así también el examen bucal podría causarle un poco de incomodidad.

**Beneficios:**

No existe beneficio directo ni para Ud. ni para su hijo por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial el resultado de las características de la dentición de su hijo(a) y si necesita o no tratamiento integral de salud bucal. La evaluación que se realizará, no otorgará un diagnóstico definitivo, por lo cual de ser el caso se le recomendará para que acudan a un especialista. La participación de su hijo(a) en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por la participación de su hijo en el estudio. Igualmente, no recibirán ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de esta asociación.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Derechos del participante:**

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, este puede retirarse en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al Investigador Bach. Jim Edinson Zevallos Marquez.

## CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo que puede decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Padre o apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: Jim E. Zevallos Marquez

DNI: 43462950

## ANEXO N° 2

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, soy Jim y mi trabajo es estudiar y revisar los dientes, para eso voy a realizar un estudio para saber cómo se encuentra tu salud bucal. Te pido que me ayudes porque no se conoce mucho sobre este tema.

Si aceptas estar en nuestro trabajo, te revisaremos tus dientes con espejos especiales. Hemos hablado con tus papás/apoderado y ellos han aceptado y tienen conocimiento del procedimiento que se va a realizar y saben que te estamos preguntando a ti si deseas, pero si no deseas que te revisen, no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres hayan aceptado.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del trabajo. Además, si decides que no quieres terminar la revisión, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar en el estudio.

Los resultados del estudio serán entregados a tus padres o apoderados, y en caso presentes algún problema dental, observado clínicamente, se te referirá al Centro de Salud más cercano.

Nombre:.....

Fecha:.....



Huella digital



### ANEXO N° 3

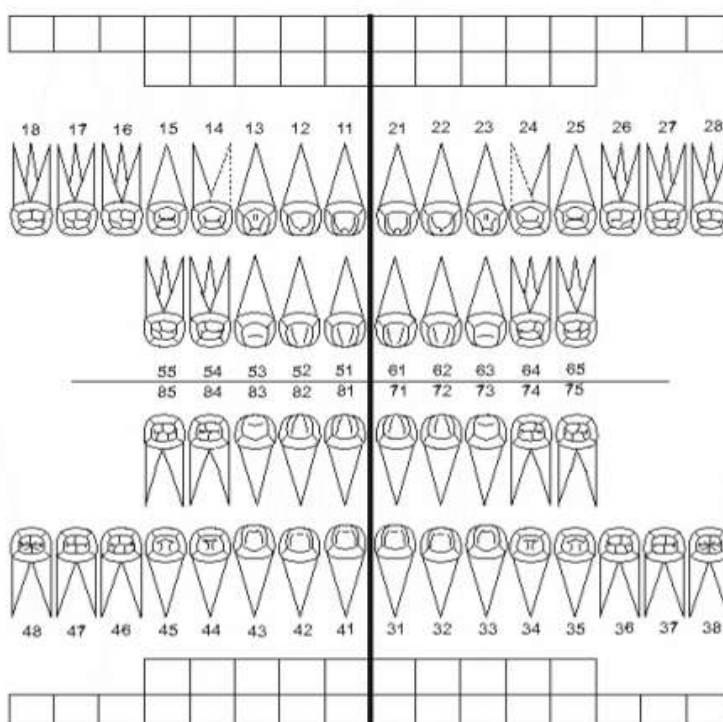
## UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER E.A.P. ODONTOLOGÍA

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

#### ODONTOGRAMA



Observaciones .....

Especificaciones .....

Índice : CPOD \_\_\_\_\_

Índice : ceod \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 4

### ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLON

#### ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHOS

5.5/1.6	5.1-6.1/ 1.1	6.5/ 2.6
8.5/4.6	8.1-7.1/ 4.1	7.5/3.6

$$IHOS = \frac{\textit{Suma de resultados parciales}}{\textit{Número de dientes evaluados}} = \text{---}$$

## ANEXO N° 5

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HIGIENE

#### BUCAL EN PADRES DE FAMILIA

#### **I. Lea y seleccione cuidadosamente la alternativa correcta:**

1. ¿Por qué motivo llevaría a su hijo(a) al dentista?
  - a) Por dolor
  - b) Por control
  - c) Por limpieza
  - d) Por supervisar
  
2. ¿Con qué frecuencia realiza o supervisa la limpieza de la boca de su hijo(a) en el día?
  - a) No se cepilla
  - b) 1 vez al día
  - c) 2 veces al día
  - d) 3 o más veces al día
  
3. ¿cuándo usted cree que su hijo(a) debe cepillarse los dientes?
  - a) Antes de las comidas
  - b) Después de las comidas
  - c) Sólo al acostarse
  - d) Sólo al levantarse
  
4. ¿Con qué lleva a cabo la higiene b                    u niño(a)?
  - a) Cepillo dental y agua

- b) Cepillo dental y pasta
  - c) Cepillo, pasta, hilo dental, enjuague bucal
  - d) Sólo agua
5. ¿Cómo elige usted el cepillo de su hijo(a)?
- a) Por las cerdas suave y tamaño
  - b) Por la marca
  - c) Por el diseño
  - d) Cualquier cepillo
6. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar el cepillo dental de su hijo(a)?
- a) Cada mes.
  - b) Cuando las cerdas estén desgastadas
  - c) Cada 3 meses
  - d) No sé
7. ¿Usted considera que la lengua también debe recibir una limpieza?
- a) Al levantarme
  - b) Después de las comidas
  - c) Antes de las comidas
  - d) Al acostarme
8. ¿Cómo considera usted una correcta limpieza de la boca de su hijo(a)?
- a) Sólo cepillando dientes de atrás
  - b) Sólo cepillando dientes de adelante
  - c) Cepillando dientes de atrás, dientes de adelante y lengua
  - d) Sólo cepillando la lengua
9. ¿Usted ha recibido charla sobre técnicas de cepillado?
- a) Nunca
  - b) No recuerdo

c) Sólo una vez

d) Varias veces

10. En tu higiene bucal consideras el hilo dental y enjuague bucal necesario:

a) A veces

b) Siempre

c) No lo considero necesario

d) No sabe

## **ANEXO N° 6**

### **SOLUCIÓN DEL CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE HIGIENE BUCAL EN PADRES DE FAMILIA**

#### **RESPUESTA DE ENCUESTA: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HIGIENE BUCAL EN PADRES DE FAMILIA”**

- 1. b)**
- 2. d)**
- 3. b)**
- 4. c)**
- 5. a)**
- 6. a)**
- 7. b)**
- 8. c)**
- 9. d)**
- 10. b)**

## ANEXO N° 7

### CARACTERÍSTICAS AL EXAMEN DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Depósitos blandos		Depósitos duros	
0	No hay depósitos ni pigmentaciones	0	No hay tártaro
1	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación	1	Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3	2	Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria	3	Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.



**Cálculo del índice:**

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$$

NIVELES DE IHOS	
0.0 – 1.2	Bueno
1.3 – 3.0	Regular
3.1 – 6.0	Malo

## ANEXO N° 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

---

Institución : IEP "José Olaya Balandra"  
Investigadores : Bach. Jim Edinson Zevallos Marquez  
Título : Relación que existe entre la Caries Dental y el Índice de Higiene Oral Simplificado en Niños de 6 a 12 años frente al Conocimiento de Higiene Bucal y Aspectos Sociodemográficos de los Padres de Familia de la IEP "José Olaya Balandra" del distrito de Mala – Cañete 2016.

---

#### **Propósito del Estudio:**

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: "Relación que existe entre la Caries Dental y el Índice de Higiene Oral Simplificado en Niños de 6 a 12 años frente al Conocimiento de Higiene Bucal y Aspectos Sociodemográficos de los Padres de Familia de la IEP "José Olaya Balandra" del distrito de Mala – Cañete 2016. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener.

En la actualidad se ha incrementado los casos de caries y mala higiene bucal. La presencia de caries o de mala higiene bucal podría estar afectando al niño en su calidad de vida, es decir en su desarrollo funcional y social.

Un gran problema es que no se ha podido determinar fehacientemente esta asociación. Es por ello que creemos necesario ahondar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.



**Procedimientos:**

Si su hijo(a) decide participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Se tomarán los datos personales de su hijo en una Ficha de recolección de datos (nombres/apellidos, edad y sexo)
2. Se le realizará un examen clínico bucal con un equipo de exploración bucal básica (espejo bucal y pastilla reveladora de caries y sarro), no se realizarán procedimientos odontológicos invasivos.

Las evaluaciones son sencillas, no son incómodas, son rápidas (aproximadamente 5 minutos) y se llevarán a cabo en los ambientes del colegio.

**Riesgos:**

No existe ningún riesgo para su hijo(a) al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Su hijo(a) es libre de responderlas o no. Así también el examen bucal podría causarle un poco de incomodidad.

**Beneficios:**

No existe beneficio directo ni para Ud. ni para su hijo por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial el resultado de las características de la dentición de su hijo(a) y si necesita o no tratamiento integral de salud bucal. La evaluación que se realizará, no otorgará un diagnóstico definitivo, por lo cual de ser el caso se le recomendará para que acudan a un especialista. La participación de su hijo(a) en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

### **Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por la participación de su hijo en el estudio. Igualmente, no recibirán ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de esta asociación.

### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de su hijo(a) no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

### **Derechos del participante:**

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, este puede retirarse en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al Investigador Bach. Jim Edinson Zevallos Marquez.

### CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente que mi hijo participe en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo que puede decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

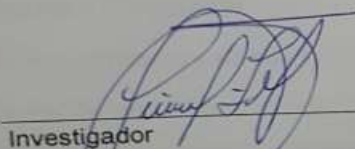


Padre o apoderado

27/10/16  
Fecha

Nombre: Susana Zavallos Marquez

DNI: 41354890



Investigador

27/10/16  
Fecha

Nombre: Jim E. Zevallos Marquez

DNI: 43462950

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Hola, soy el Bach. Jim Edinson Zevallos Marquez y mi trabajo es estudiar y revisar los dientes, para eso voy a realizar un estudio para saber cómo se encuentra tu salud bucal. Te pido que me ayudes porque no se conoce mucho sobre este tema.

Si aceptas estar en nuestro trabajo, te revisaremos tus dientes con espejos especiales. Hemos hablado con tus papás/apoderado y ellos han aceptado y tienen conocimiento del procedimiento que se va a realizar y saben que te estamos preguntando a ti si deseas, pero si no deseas que te revisen, no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres hayan aceptado.

Puedes hacer preguntas las veces que quieras en cualquier momento del trabajo. Además, si decides que no quieres terminar la revisión, puedes parar cuando quieras. Nadie puede enojarse o enfadarse contigo si decides que no quieres continuar en el estudio.

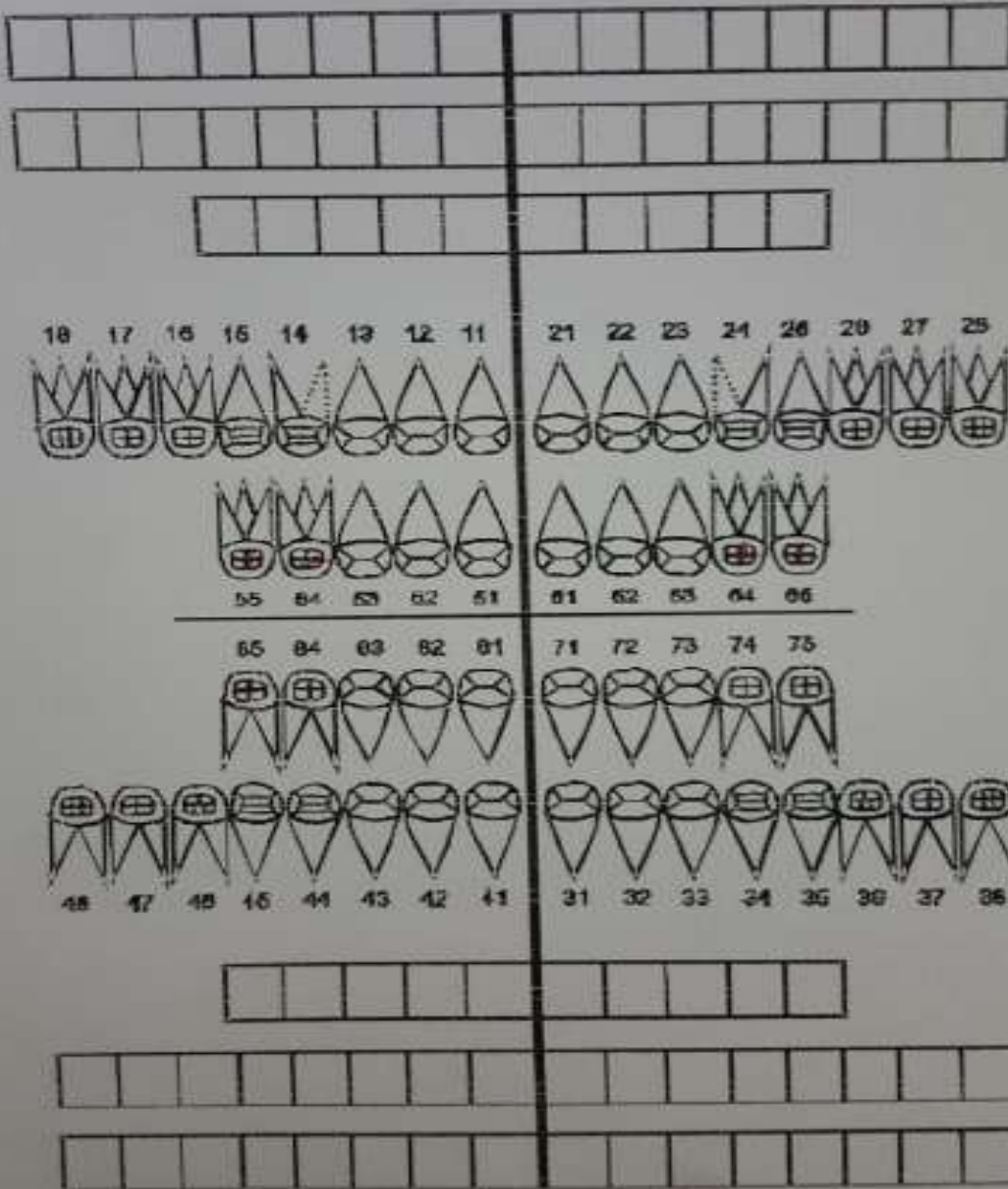
Los resultados del estudio serán entregados a tus padres o apoderados, y en caso presentes algún problema dental, observado clínicamente, se te referirá al Centro de Salud más cercano.



Nombre: BENJAMIN

Fecha: 25/20/16

# ODONTOGRAMA



FICHA DE REGISTRO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Apellidos y Nombres (Alumno): Edita Tarazona Fernandez

Edad: 11 años

Sexo: Femenino

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) de Green y Vermillon

5.5 1	5.1-6.1 22	6.5 1
8.5	8.1-7.1	7.5
2	22	2

$$IHOS = \frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Número de dientes evaluados}} = \text{---}$$

FICHA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HIGIENE

BUCAL EN PADRES DE FAMILIA

Puntaje
Bueno: 16-20
Regular: 12-14
Malo: 0-10

14 Regular

Nombre y apellido del niño(a): CHRISTIAN ESTEBAN ABURTO CH.

Nombre y apellido del padre o madre: CECILIA CHUMPI TAZ DE ABURTO

Edad del niño(a): 6 AÑOS Edad del padre o madre: 29 AÑOS

Grado de instrucción del padre o madre: SECUNDARIA COMPLETA

Número de hijos: 2 Sexo del padre: MASCULINO

I. Lea y seleccione cuidadosamente la alternativa correcta:

- ¿Por qué motivo llevaría a su hijo(a) al odontólogo?
  - Por dolor
  - Por control ✓
  - Por limpieza
  - Por supervisar
- ¿Con qué frecuencia realiza o supervisa la limpieza de la boca de su hijo(a) en el día?
  - No se cepilla
  - 1 vez al día ✗
  - 2 veces al día
  - 3 o más veces al día
- Principalmente, ¿cuándo usted cree que su hijo(a) debe cepillarse los dientes?
  - Antes de las comidas
  - Después de las comidas ✓

- c) Sólo al acostarse
- d) Sólo al levantarse
4. ¿Con qué lleva a cabo la higiene bucal de su niño(a)?
- a) Cepillo dental y agua
- b) Cepillo dental y pasta ✓
- c) Cepillo, pasta, hilo dental, enjuague bucal
- d) Sólo agua
5. ¿Cómo elige usted el cepillo de su hijo(a)?
- a) Por las cerdas suave y tamaño ✓
- b) Por la marca
- c) Por el diseño
- d) Cualquier cepillo
6. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar el cepillo dental de su hijo(a)?
- a) Cada mes. ✓
- b) Cuando las cerdas estén desgastadas
- c) Cada 3 meses
- d) No sé
7. ¿Usted considera que la lengua también debe recibir una limpieza?
- a) Al levantarme
- b) Después de las comidas ✓
- c) Antes de las comidas
- d) Al acostarme
8. ¿Cómo considera usted una correcta limpieza de la boca de su hijo(a)?
- a) Sólo cepillando dientes de atrás



b) Sólo cepillando dientes de adelante

Cepillando dientes de atrás, dientes de adelante y lengua

d) Sólo cepillando la lengua

9. ¿Usted ha recibido charla sobre técnicas de cepillado?

Nunca

b) No recuerdo

c) Sólo una vez

d) Varias veces

10. En tu higiene bucal consideras el hilo dental y enjuague bucal necesario.

A veces

b) Siempre

c) No lo considero necesario

d) No sabe

## ANEXO N° 9

### TOMA DE MUESTRA





## ANEXO N° 10

### Matriz de Consistencia Para Informe Final de Tesis

Título: Relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de la I.E.P. “José Olaya Balandra” del distrito de Mala Cañete - 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	Determinar la relación entre caries dental e higiene oral en niños de 6 a 12 años frente al conocimiento de higiene bucal y aspectos sociodemográficos de los padres de familia de una I.E.P. del distrito de Mala Cañete en el año 2016.	No hay hipótesis en el presente estudio.	La investigación está enmarcada dentro de la investigación descriptiva, la población estuvo conformada por los padres e hijos de la I.E.P. José Olaya Balandra en el año 2016 la población es de 360 alumnos Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alumnos de 6 años</li> <li>• Alumnos de 7 años</li> <li>• Alumnos de 8 años</li> <li>• Alumnos de 9 años</li> <li>• Alumnos de 10 años</li> <li>• Alumnos de 11 años</li> <li>• Alumnos de 12 años</li> <li>• Padres o apoderados de los niños que se</li> </ul>	1) El 54% del total de dientes de la muestra de alumnos de la I.E.P. José Olaya Balandra, tienen dientes cariados, el 29% tiene dientes obturados y el 17% dientes perdidos. 2) Según la muestra de 217 niños de la I.E.P. José Olaya Balandra el Índice de Higiene Oral general de hombres como de mujeres es 42% para el nivel malo y es 20% para el nivel bueno. 3) De acuerdo a la muestra un 21% de padres de familia tienen un conocimiento bueno sobre higiene oral general, 28% de padres con conocimiento regular sobre la higiene oral y el índice más alto se encuentra en el nivel de conocimiento malo	1) Se pudo observar que hubo un alto índice de caries dental por parte de los niños que participaron de las evaluaciones de este estudio 54% de caries dental, 29% de dientes obturados, 17% dientes perdidos que pueden ser por avulsión. 2) Se observó que el Índice de Higiene Oral General de los niños tanto de hombres como de mujeres es malo en un 42%, 38% tienen un índice regular y 20% tienen nivel bueno de índice de higiene oral. 3) Se observó que 51% padres tienen conocimiento malo sobre higiene oral y 21% presenta conocimiento bueno lo que demuestra que hay mayor prevalencia del desconocimiento de la higiene bucal por eso estos porcentajes elevados de falta de conocimiento. 4) Se observó Que el 55% del total de padres de la muestra son del

			<p>encuentran estudiando.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La muestra fue de 217 niños de nivel primario de 1ero a 6to grado con sus respectivos padres.</li> </ul>	<p>con un 51%.</p> <p>4) El 55% del total de padres de la muestra son del sexo masculino y 45% son del sexo femenino.</p> <p>5) Un 3% de padres tienen estudios superiores, 6% estudios técnicos, 11% primaria, 33% secundaria incompleta y 47% tiene la secundaria completa.</p> <p>6) El 53% de total de la muestra tienen 2 hijos, 30% solo tienen un solo hijo y 18% tienen 3 hijos a más.</p>	<p>sexo masculino y 45% son del sexo femenino hay una diferencia mínima entre padres y madres de familia de la I.E.P. José Olaya Balandra Mala – Cañete 2016.</p> <p>5) Se observó que una mayoría considerable de padres de familia término la secundaria 47%, secundaria incompleta tienen un 33%, solo un 11% tienen terminada la primaria, 6% tienen estudios técnicos y solo un 3% tienen estudios superiores.</p> <p>6) Las familias que tienen 2 hijos representaron a la mayoría con 53% de toda la muestra, 30% solo tienen un solo hijo y 18% tienen 3 hijos a más.</p>
--	--	--	---	--	---