



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL  
EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DEL NIVEL  
INICIAL DE LA INSTITUCION EDUCATIVA  
PARTICULAR “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

BACH. RODRIGUEZ MURGA EVERSON GERMAN

ASESORA:

Mg. CD. AÍDA NOLASCO TORRES.

CHIMBOTE– PERÚ

2015

## **TÍTULO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN  
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DEL NIVEL INICIAL DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “MI BUEN  
JESÚS”, LIMA, 2015**

**FIRMA DE JURADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN  
PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DEL NIVEL INICIAL DE LA  
INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR “MI BUEN  
JESÚS”, LIMA, 2015**

**Autor: BACH. RODRIGUEZ MURGA EVERSON GERMAN**

**Asesora de Tesis: Mg. CD. Nolasco Torres Aida**

---

**MG.CD. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE  
PRESIDENTE DE JURADO**

---

**MG.CD. SALLY CASTILLO BLAZ  
SECRETARIO DE JURADO**

---

**MG.CD. WALTER CANCHIS MANRIQUE  
MIEMBRO DE JURADO**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme salud y bendecirme para llegar hasta donde he llegado, para hacer realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por darme la oportunidad de estudiar y ser profesional.

A mi asesora de tesis, MG. CD. Aída Nolasco por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que pueda desarrollar mi tesis con éxito. También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, quienes con sus consejos, su enseñanza y su rectitud en su profesión como docentes ayudaron a formarme como persona investigadora.

Al director de la Institución Educativa donde he realizado el presente trabajo, por darme las facilidades y apoyo para poder ejecutarlo. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

## **DEDICATORIA**

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por darme la vida y brindarme su apoyo incondicional para poder lograr lo que me he trazado en mi vida para lograr mis metas.

A mis hermanos por su ayuda incondicional hacia mi persona y por los consejos brindados.

A mis queridos amigos, quienes me han apoyado en esta carrera universitaria.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; y tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, distrito de Lima cercado, Agosto 2015, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha institución. La muestra estuvo conformada por 25 padres de familia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, sobre enfermedades bucales y desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etario y el género. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 90% mostró un nivel Regular y el 10 % tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 60 % tuvo un nivel regular y el 38 % un nivel bueno y el 2% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 82 % tuvo un nivel malo y el 18% tuvo un nivel regular, y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 56 % mostró un nivel malo, el 44 % tuvo un nivel Regular y el 6% un nivel bueno.

Palabras clave: nivel de conocimientos, salud bucal, padres de familia

## **ABSTRACT**

This research was observational, descriptive and cross-sectional. Its main objective was to determine the level of knowledge of oral health in parents of children in early childhood education of the School "My good Jesus," placed in Lima district, in August 2015, for which a structured survey was voluntarily applied in this institution. The sample consisted of 25 parents who met the inclusion and exclusion criteria. The level of knowledge on Oral Health was divided into level of knowledge about preventive measures, oral diseases and dental development; the level of knowledge was also related to the age group and gender. The results were divided into three levels: good, regular and bad. In general about knowledge in Oral Health, 90% showed a Regular level and 10% had a bad level; on knowledge about preventive measures, 60% had a regular level, 38% a good level and 2% a bad level; on knowledge of oral diseases, 82% had a bad level and 18% had a regular level, and with respect to knowledge about dental development 56% showed a bad level, 44% had a regular level and 6% solid.

Keywords: level of knowledge, oral health, parents

## CONTENIDO

TÍTULO DE LA TESIS.....	ii
HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
<b>I INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	8
<b>III METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
3.1 Diseño de la investigación.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.3 Definición y operacionalización de variables.....	20
3.4 Técnicas e instrumentos.....	22
3.5 Plan de análisis.....	25
3.6 Principios éticos.....	25
<b>IV RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
4.1 Resultados.....	26
4.2 Análisis de resultados.....	32
<b>V CONCLUSIONES.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>38</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> Nivel de conocimiento de salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015 .....	26
<b>TABLA 2.</b> Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	27
<b>TABLA 3.</b> Nivel de conocimiento en salud bucal según género de los padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015 .....	28
<b>TABLA 4.</b> Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	29
<b>TABLA 5.</b> Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	30
<b>TABLA 6.</b> Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	31

## ÍNDICE DE GRÁFICOS.

<b>GRÁFICO 1.</b> Nivel de conocimiento de Salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	26
<b>GRÁFICO 2.</b> Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	27
<b>GRÁFICO 3.</b> Nivel de conocimiento en salud bucal según género de los padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	28
<b>GRÁFICO 4.</b> Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	29
<b>GRÁFICO 5.</b> Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	30
<b>GRÁFICO 6.</b> Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, Lima, 2015.....	31

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el distrito de Lima cercado, considerado como uno de los principales y el más poblado distrito de la provincia, es también llamado Centro de Lima por contener el casco antiguo de la ciudad, desde donde se expandió; o Cercado de Lima, por las Murallas de Lima que lo cercaron hasta el siglo XIX. De este apelativo se originó la errada costumbre peruana de llamar *cercado* al distrito o barrio central de las ciudades en el Perú, aun cuando la gran mayoría de urbes fundadas en el país no fueron amuralladas.

El distrito de Lima, limita por el norte con los distritos de San Martín de Porres y el Rímac, donde el río Rímac juega las veces de límite natural. Al este, limita con el distrito de San Juan de Lurigancho y El Agustino. Al sur, con los distritos de La Victoria, Lince, Jesús María, Breña, Pueblo Libre y San Miguel. Al oeste, con la Provincia Constitucional del Callao, el cercado de Lima cuenta con 16 instituciones de nivel inicial.<sup>1</sup>

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de salud, y en especial de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, y esto nos lleva a tener una total falta de interés en el tema, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos. El gran crecimiento demográfico de las ciudades ha generado el aumento de la matrícula estudiantil en todas las etapas del proceso educativo, especialmente en la etapa pre escolar y escolar, donde las estadísticas manejadas por el Ministerio de Salud, señalan a la cavidad bucal como una de las zonas más afectada en estos grupos por problemas bucodentales (caries

dental, pulpitis, etc.). Lo que hace, que las enfermedades bucodentales sean uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad. Una vez establecidas, son persistentes y no tienen curación espontánea.<sup>2</sup>

Pineda Rodríguez manifiesta que la educación para la salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y así mismo sobre el comportamiento de los individuos, grupos y colectividades<sup>3</sup>

Pienso que la educación para la salud es un pilar fundamental de todo programa asistencial, una escuela promotora de salud, es un centro educativo que fomenta el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; propicia valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; busca contar con un ambiente físico seguro y con servicios e instalaciones adecuadas.

La Educación para la Salud fue definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos.<sup>4</sup>

Como proceso de aprendizaje, la educación para la salud está orientada a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de autocuidado, promover el cambio de un estilo de vida

poco saludable, desarrollar habilidades de negociación, o crear una conciencia ciudadana para reclamar los derechos a la salud, entre muchos otros propósitos. Dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcanzar salud y calidad de vida.<sup>5</sup>

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de autocuidado desde la niñez. Debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, son uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en el mundo y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta.<sup>6</sup>

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustenta todo programa asistencial a futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes.<sup>7</sup>

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas.<sup>3</sup>

En la comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas de enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de salud, especialmente en nuestro binomio madre-niño se debe medir esa percepción de nivel de conocimientos sobre salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal en nuestros niños.

Lo referido líneas arriba, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones que tienen los padres de familia de niños del nivel primario con relación a Salud Oral.

Lo manifestado anteriormente nos hace preguntarnos ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, distrito de Lima Cercado, Agosto 2015?

Para responder esta pregunta nos trazamos como objetivo general determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia, de niños de educación inicial, en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, distrito de Lima, esto se realizó determinando el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, sobre desarrollo dental y las principales enfermedades bucales.

La ejecución de esta investigación es muy necesaria, debido a que no existen estadísticas confiables en nuestra población sobre nivel de conocimiento de salud bucal en los padres de familia, lo que permitirá dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades educativas, del distrito de Guadalupe la problemática de salud bucal, persistente en nuestro entorno.

Esta investigación pretende convertirse en un referente básico, ya que este tema es poco estudiado y no hay mucha literatura publicada en nuestro medio. Se espera que el esfuerzo realizado se vea compensado con el interés que otros investigadores pongan en esta área.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### ANTECEDENTES:

**Alva, G. (2011)** <sup>8</sup> Desarrolló una investigación en la ciudad de Trujillo, de tipo cuantitativo, diseño observacional y nivel descriptivo; para determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en los tutores y padres de familia de nivel inicial en el Distrito de Trujillo, Provincia de Trujillo, Región La Libertad durante el año 2011, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en cinco instituciones educativas designadas. El tamaño de la muestra resultó equivalente a 54 padres de familia de niños de nivel inicial. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 85.2% mostró un nivel regular y el 14.8% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 57.4% tuvo un nivel regular y el 1.9% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 83.3% tuvo nivel malo, el 16.7% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 75.9% mostró un nivel malo, el 0% tuvo un nivel bueno.

**Ríos, C. (2011),** <sup>9</sup> Desarrolló un trabajo de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en los tutores y padres de familia de nivel inicial en el

Distrito de La Esperanza, Provincia de Trujillo, Región La Libertad durante el año 2011, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a cinco instituciones designadas, el tamaño de la muestra resulto equivalente a 53 padres de familia de niños de nivel inicial. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 77,4% mostró un nivel regular y el 22,6% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 64,2% tuvo un nivel regular y el 30,2% un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 75,5% tuvo nivel malo, el 22,6% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 62,3% mostró un nivel malo, el 35,8% tuvo un nivel regular. Y respecto a conocimiento de hábitos bucales hubo un 100% de desconocimiento, así mismo la asociación de hábitos con maloclusiones con un 47,2% negativo, que manifiesta la realidad en esta área. En el nivel de conocimiento en medidas preventivas según grupo etáreo, el nivel más predominante fue de 24,5% ubicado en el nivel regular en el grupo de 26 a 30 años. El nivel de conocimiento más predominante en medidas preventivas según sexo fue de 58,5% ubicado en el nivel regular del sexo femenino. El nivel de conocimiento más predominante sobre medidas de prevención en salud bucal según tiempo de casado/convivencia fue de 37,7% ubicado en el nivel regular en el grupo de 6 a 10 años. El nivel de nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales más predominantes según grupo etario fue de 30,2% ubicado en el nivel malo en el grupo de 26 a 30 años.

**González y col. (2011),** <sup>10</sup> Realizaron una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Tuvo como objetivo, describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba  $\chi^2$  para significancia. La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. Resultados. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. Los autores finalmente concluyeron en que los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.

**Pisconte, L. (2010).** <sup>11</sup> Llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal que tuvo como propósito determinar si existe relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental. Distrito La Esperanza - Trujillo 2010. La muestra estuvo conformada por un total de 328 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados permitieron concluir que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre salud dental

( $p = 0.001$ ). La prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad del Distrito La Esperanza. Trujillo -2010, fue de 60.7%. Encontrándose un I-ceo promedio de 3.2 (moderado). El nivel de conocimiento sobre salud dental de las madres de los preescolares examinados fue medio en un 66.5%. El nivel de conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños examinados según rango de edad, se encontró que existe relación significativa, pero es muy baja ( $p = 0.02$ ), con un nivel de conocimiento alto en un 40% en las madres entre 25 - 35 y 35 - 45 años de edad. No se observó relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres de los preescolares evaluados sobre salud dental, y el tipo de institución educativa ( $p = 0.147$ ). También se observó relación significativa entre la prevalencia de caries dental y el tipo de institución educativa ( $p = 0.0002$ ). Con un promedio de I - ceo de 3.5 (moderado) en instituciones educativas estatales y un I- ceo de 2.6 (Bajo) en instituciones educativas particulares. Se halló relación significativa entre la prevalencia de caries dental y la edad de los niños ( $p = 0.005$ ).

## **BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

La Salud Bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad periodontal 85% y maloclusiones 80%.

De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el índice de dientes cariados, perdidos u obturados en dentición permanente y primaria (CPOD o CEOD) es de

aproximadamente 6, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado <sup>12</sup>

Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población.

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentales, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares. <sup>12</sup>

El comportamiento humano en salud es complejo, no siempre comprensible y las conductas en salud son motivadas por estímulos externos provenientes del medio que rodea al sujeto. La respuesta a estos estímulos puede o no estar directamente relacionada con la salud. La motivación que influye las conductas en salud puede no estar directamente relacionada con ellas. <sup>13</sup>

Una ventaja de la escuela es ser una de las instituciones más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus profesores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez. <sup>13</sup>

Organización Mundial de la Salud (OMS) integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional a la salud bucal, reorientando sus

esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas de salud.

La mayoría de las afecciones bucales, y en particular las maloclusiones no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los denominados "problemas de salud".<sup>14</sup>

De la práctica educativa surge la transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones.<sup>15</sup>

La Declaración Mundial sobre Educación para todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje.

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los valores culturales y medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos.

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también "La segunda revolución epidemiológica". Según Greene el concepto de promoción en salud es: "Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud". En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la Carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el "Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla".

En la escuela andaluza de salud pública la promoción en salud se definió como la "Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios". Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supra estructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS la define como "Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud". La promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. <sup>14</sup>

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial.

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la educación para la salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo.<sup>15</sup> La motivación hacia las conductas favorables, es un proceso dinámico; puede reflejar las etapas que el individuo ha alcanzado en la adopción y desarrollo de una conducta en particular. Cuando se aplican teorías del comportamiento individual a situaciones de salud, el nivel de riesgo de contraer una enfermedad o discapacidad involucrado es, a menudo, el factor clave para determinar la respuesta del individuo enfrentado a una toma de decisión con relación a conductas conducentes a la salud.

Aunque no existe una fórmula exacta, la probabilidad de que los individuos adopten conductas que fomenten la salud sobre conductas desfavorables o riesgosas,

es una función del nivel de conocimientos, de las actitudes y las destrezas que la persona posea en relación con el riesgo.

Factores que influyen en las conductas en salud:

El conocimiento: En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada. Fases entre el conocimiento y la conducta: De lo anterior se desprende que:

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.

Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.

Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

Actitudes, valores, creencias y conductas. Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.<sup>16</sup>

Las enfermedades bucodentales constituyen una carga significativa para la salud en general, y es sobre los grupos más pobres y desfavorecidos de la población que recae una gran proporción de esa carga. Los problemas principales son la caries dental, la periodontitis y el cáncer bucodental. Existen medidas relativamente sencillas y poco costosas que pueden prevenir en gran medida dichas patologías, reduciendo así la pesada carga que suponen las enfermedades bucodentales.

Los principios de prevención a respaldar incluyen:

- Educar para que se comprenda que la salud bucodental es parte integrante de la salud general.
- La cooperación entre los integrantes de las profesiones sanitarias, los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y los medios de comunicación para promover la comprensión generalizada de que buena parte de las patologías bucodentales y sus consecuencias pueden prevenirse mediante intervenciones sencillas.
- Políticas y planes sanitarios nacionales que incluyan la promoción de la salud bucodental y medidas preventivas a los distintos niveles: para la población en general y para cada comunidad así como a nivel individual y profesional.
- Estrecha colaboración entre todos los interesados, a todos los niveles, y la adopción de enfoques fiables, replicables y asequibles para la prevención de enfermedades bucodentales como parte de la prevención de otras enfermedades crónicas y no transmisibles.<sup>17</sup> Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y otras.<sup>18</sup>

La enfermedad periodontal según Zamora López, se considera una infección debido a su etiología microbiana, al establecimiento de una respuesta inmune y a la subsecuente destrucción tisular<sup>19</sup>

La enfermedad periodontal, es una de las enfermedades crónicas de origen infeccioso más comunes en los seres humanos, los estudios manifiestan una prevalencia que varía entre 10-60% de acuerdo a los criterios utilizados para definirla.

Esta enfermedad se puede clasificar como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente) o como periodontitis (que involucra la destrucción del tejido que rodea al diente)<sup>20</sup>

Se sabe que las enfermedades periodontales son infecciones del tejido periodontal producida por bacterias y si estas se acumulan a nivel del margen gingival producen siempre una reacción inflamatoria gingival llamada gingivitis.

Los estudios reportan que existen hasta 600 especies diferentes de bacterias que colonizan la cavidad bucal y que afectan el delicado equilibrio de las interacciones entre el huésped y las bacterias, que lleva a la salud o la enfermedad. Así mismo la infección periodontal inicia con patógenos bucales invasivos específicos que colonizan las biopelículas de placa dental en la superficie radicular del diente. Los factores locales y sistémicos también modulan la susceptibilidad de un individuo a la periodontitis. Este desafío crónico de los microorganismos virulentos lleva a la destrucción de los tejidos blandos y duros del soporte dentario del periodonto, incluido el hueso alveolar, el cemento radicular del diente y el ligamento periodontal.<sup>21</sup>

La higiene bucal es primordial para mantener la salud gingival, la ausencia total de la placa, la prevención de cualquier bio-partícula sobre la superficie dental, es difícil de lograr. Sin embargo, es posible mantener sanos la encía y el periodonto cuando la cantidad de placa es pequeña, la flora bacteriana mixta (gram positivo, anaerobios facultativos) es poca virulenta y la capacidad defensiva del huésped es normal.<sup>22</sup>

La gingivitis es la enfermedad periodontal localizada a nivel de la encía y esta se caracteriza por cambios en el color, forma y textura: la encía marginal y/o papilar adquiere un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillante con una pérdida o reducción del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve.

La gingivitis es una condición inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a los dientes, producto de una respuesta inmune directa de la placa dental depositada sobre los dientes observada en individuos que dejan de lavarse los dientes de 10 a 20 días.

Los signos clínicos de inflamación son mayores en individuos que experimentan disturbios hormonales tal como niños durante la pubertad y mujeres durante el embarazo<sup>23</sup>

La caries dental, bajo ciertas circunstancias, puede considerarse como una enfermedad infecciosa causada por la flora normal de la cavidad bucal. Como muchas enfermedades infecciosas, una masa crítica de bacterias cariogénicas es un requisito, y esta masa crítica puede obtenerse solamente en presencia de sacarosa, un sustrato en el cual la bacteria cariogénica se desarrolla. Así, la caries dental involucra la interacción en el tiempo de una superficie dental susceptible, las bacterias cariogénicas y la disponibilidad de una fuente de carbohidratos fermentables, especialmente sacarosa. La infección bacteriana es necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad, la cual requiere de la presencia de la sacarosa. Los ácidos producidos por la fermentación bacteriana en la placa dental disuelven la matriz mineral del diente. Una mancha blanco-tiza reversible es la primera manifestación de la enfermedad, la cual puede llevar a una cavitación si el mineral continúa siendo expuesto al reto ácido. A diferencia de la mayoría de las enfermedades infecciosas, la caries dental es transmitida verticalmente de la madre al hijo<sup>24</sup>

El desarrollo dental y su erupción a la cavidad oral se aplica a la práctica clínica y otras áreas como a la arqueología, demografía, forense. El desarrollo dental se basa también en la emergencia (erupción) de los dientes. Sin embargo debido a la caries,

perdida dental y mal nutrición grave que influyen en la emergencia de los dientes a través de la encía, la cronología de la erupción de dientes es menos satisfactoria para la evaluación de la edad dental que la que se basa en la formación dentaria; en dentición decidua o primaria, la erupción de la dentición primaria se realiza entre el sexto y el treceavo mes de vida post natal. Se lleva de dos a tres años para que esta dentición se complete.<sup>25</sup>

El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y de los permanentes y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales son fenómenos complejos que explican la frecuencia de anomalías en la oclusión dentaria.

La calcificación de los dientes temporales empieza entre los cuatro y seis meses de vida intrauterina. Al nacimiento se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos centrales en su mitad incisal, menos la de los incisivos laterales, se observan las cúspides de los caninos y molares con poca calcificación y ha comenzado la calcificación de la primera corona del primer molar permanente. Se aprecian las criptas de gérmenes de premolares caninos e incisivos centrales superiores. La erupción de los dientes comienza cuando se ha terminado la calcificación de la corona e inmediatamente después que empieza a calcificarse la raíz. Se cree que este proceso está regido por un control endocrino. En la dentición temporal el orden de erupción es el siguiente: incisivos centrales inferiores a los seis o siete meses, centrales superiores a los ocho meses, laterales superiores a los nueve meses, laterales inferiores a los diez meses, primeros molares a los catorce meses, caninos a los dieciocho meses y

segundos molares a los veintidós o veinticuatro meses. Los dientes permanentes pueden ser de sustitución o complementarios. Los dientes de sustitución hacen su erupción simultáneamente con el proceso de reabsorción de las raíces de sus predecesores temporales, esto se atribuye a la acción de los osteoclastos y cementoclastos que aparecen como consecuencia del aumento de la presión sanguínea y tisular que impide la proliferación celular en la raíz y en el hueso alveolar y facilita la acción osteoclástica. En el caso de dientes que se reabsorben y el sucesor permanente tiene oligodoncia, el aumento en la presión sanguínea está favorecido por la presión del diente permanente en erupción; esta ocurre por etapas, con períodos de evidente actividad seguidas por períodos de aparente reposo. La dentición permanente consta de cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares y cuatro molares en cada maxilar, además un tercer molar que se encuentra sujeto a anomalías de número, forma y posición. Los dientes permanentes brotan con intervalos de un año entre cada grupo: el primer molar a los 6 años, los incisivos centrales superiores e inferiores a los 7 años, los incisivos laterales superiores e inferiores a los 8 años.

El canino inferior y la primera bicúspide superior a los 9 años. El canino superior y la primera bicúspide inferior a los 10 años. La segunda bicúspide superior e inferior a los 11 años. Los segundos molares superiores e inferiores a los 12 años. Los terceros molares superiores e inferiores de los 18 a los 30 años.<sup>26</sup>

Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población.

## **III. METODOLOGÍA**

### **3.1 Diseño de la investigación**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, diseño observacional de corte transversal y de nivel descriptivo.

### **3.2 Población y muestra**

#### **Población**

La población estuvo conformada 75 padres de familia de niños de educación inicial, de la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, distrito de Lima, Agosto 2015.

#### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 25 padres de familia que acudieron a la reunión correspondiente al mes de agosto en la Institución Educativa “Mi buen Jesús”

#### **Muestreo**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La modalidad de selección de padres de familia de niños de nivel inicial de la Institución Educativa “Mi buen Jesús”, del distrito de Lima, cercado se realizó de acuerdo a los criterios de selección para la obtención de datos en la encuesta.

### **3.3 Definición y operacionalización de variables**

#### **Variables**

#### **Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal**

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los padres de familia de niños de nivel inicial, sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 13 a 18 respuestas correcta, regular con 6 a 12 respuestas correctas y de Malo con 0 a 5 respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal para padres de familia de niños de nivel inicial, determinado para la investigación.

### **Dimensiones de la Variable:**

#### **Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal:**

Es definido como el nivel que tiene de higiene bucal, sobre la importancia del cepillado dental, sobre la ingesta de flúor, sobre la dieta, sobre prevención de caries dental, sobre prevención de maloclusiones.

#### **Conocimientos sobre enfermedades bucales.**

Es definido como el nivel que tiene sobre: placa bacteriana, sobre caries dental, sobre gingivitis, sobre enfermedad Periodontal.

#### **Conocimientos sobre desarrollo dental.**

Es definido sobre el nivel que tiene sobre el inicio de formación dental, sobre los tipos de dentición, sobre el número de dientes deciduos, sobre la cronología de la erupción dentaria.

### **Covariables:**

**Edad:** Es definido como la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento.

**Sexo:** Es definido como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CATEGORÍA DE ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>
Nivel de Conocimiento Sobre salud Bucal	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	Bueno 6-8 Regular 3-5 Malo 0-2	Cuestionario
	Conocimiento Sobre enfermedades bucales	Bueno 5-6 Regular 3-4 Malo 0-2	
	Conocimiento sobre desarrollo dental	Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1	
<b>COVARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CATEGORÍA DE ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>
Edad	Cronológico	Menos de 20 años 20 a 25 años 26 años a 30 años 31 años a 35 años 36 años a 40 años 41 años o más	Cuestionario
Sexo	Género	Masculino Femenino	Cuestionario

### **3.4 Técnicas e instrumentos Técnicas:**

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/ prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto.

El cuestionario se entregó a todos los padres de familia que acudieron a la reunión de La Institución Educativa “Mi buen Jesús”, de nivel inicial del sector público del distrito de Lima, Agosto del 2015.

**Criterios de inclusión:**

- Padres de familia de niños de nivel inicial de la Institución que acepten voluntariamente responder el cuestionario.
- Padres de familia de niños de nivel inicial de la Institución que tengan algún grado de instrucción, que sepan leer y escribir.

**Criterios De Exclusión:**

- Cuestionarios tachados, con nombres, respuestas indefinibles.
- Padres de familia de niños de nivel inicial que no acepten ser encuestados

**Instrumento:**

El cuestionario constó de 18 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos, el cual contuvo los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre prevención en salud bucal (8 preguntas).
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)
- Conocimiento sobre desarrollo dental (4 preguntas) dándose un punto por cada respuesta correcta y mediante regla de tres simple se agrupó los resultados en los siguientes intervalos:

**En forma general:**

Conocimiento sobre salud bucal (18 preguntas).

- Bueno (13-18 puntos)
- Regular (6-12 puntos)

- Malo (0-5 puntos)

**En forma específica:**

**Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal**

- Bueno (6-8 puntos)
- Regular (3-5 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

**Conocimientos sobre enfermedades bucales.**

- Bueno (5-6 puntos)
- Regular (3-4 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

**Conocimientos sobre desarrollo dental.**

- Bueno (3-4 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Malo (0-1 puntos)

El cuestionario se entregó a los padres de familia que cumplieron con los criterios de selección, para ello se siguió el tipo de muestreo simple. El cuestionario

en mención tuvo información adicional que consigno a los padres para cumplir los objetivos específicos de este estudio como: Edad, sexo.

El Cuestionario consta de 2 partes: Primera son los datos generales, la segunda conocimiento sobre salud bucal. Este instrumento fue adaptado por el autor (Anexo N° 1).

### **3.5 Plan de Análisis**

Se utilizó herramientas y pruebas estadísticas porcentuales, de promedios y desviación estándar, en donde fueron analizados, y así mismo se realizó su representación gráfica, utilizando el paquete estadístico Excel 2010.

### **3.6 Principios Éticos**

La encuesta ha sido aplicada respetando los principios de Autonomía, Anonimato y confidencialidad de los participantes haciendo énfasis en que la información obtenida será exclusivamente para fines de estudio, así mismo, a lo largo del desarrollo del presente trabajo se veló por el cumplimiento de los principios de la Declaración de Helsinki. Además, para efectos de la presente investigación se suscribió una hoja de consentimiento informado firmada por cada padre de familia de los estudiantes, haciéndoles conocer que la información proporcionada era de exclusivo uso de la investigación, manteniendo el anonimato.

## IV. RESULTADOS

### 4.1.- Resultados

**TABLA 1.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	0	0,0
Regular	22	90,0
Malo	3	10,0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia, Agosto 2015.

**GRÁFICO 1.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015



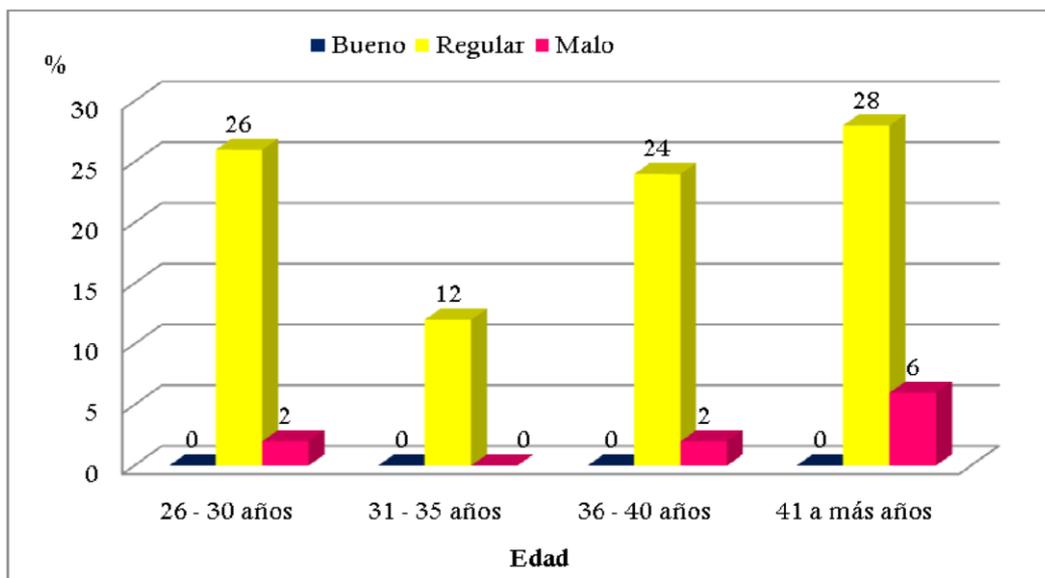
Fuente: Tabla N°1.

**TABLA 2.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015

Edad (años)	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	N	%	n	%	n	%	n	%
26 - 30	0	0,0	6	26,0	1	2,0	7	28,0
31 - 35	0	0,0	3	12,0	0	0,0	3	12,0
36 - 40	0	0,0	5	24,0	1	2,0	6	26,0
41 a más	0	0,0	7	28,0	2	6,0	9	34,0
Total	0	0,0	21	90,0	4	10,0	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia. Agosto 2015.

**GRÁFICO 2.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL SEGÚN EDAD DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015



Fuente: Tabla2.

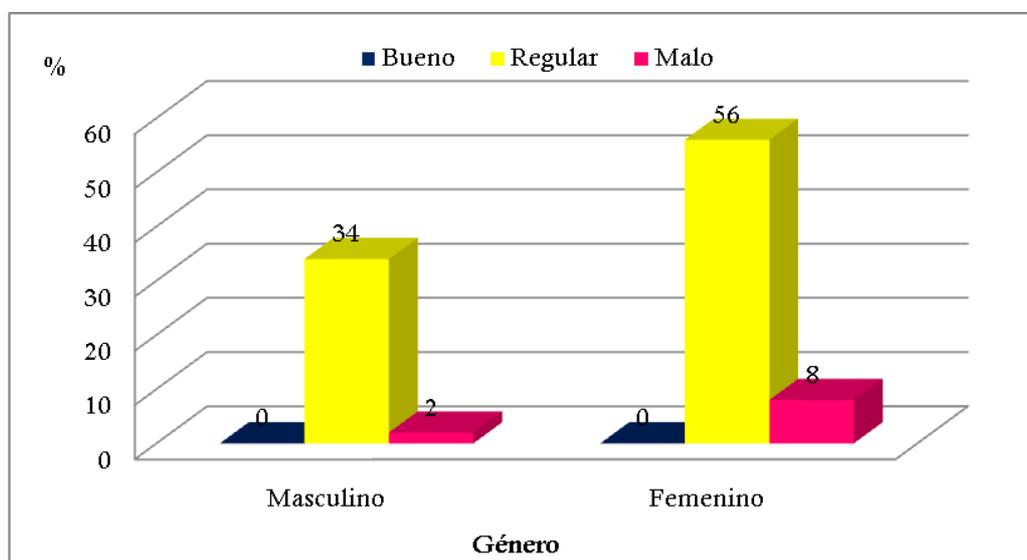
**TABLA 3.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015

Genero	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Masculino	0	0,0	8	34,0	1	2,0	9	36,0
Femenino	0	0,0	14	56,0	2	8,0	16	64,0
Total	0	0,0	22	90,0	3	10,0	50	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia. Agosto 2015.

**GRÁFICO 3.** NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015

Fuente: Tabla 3.

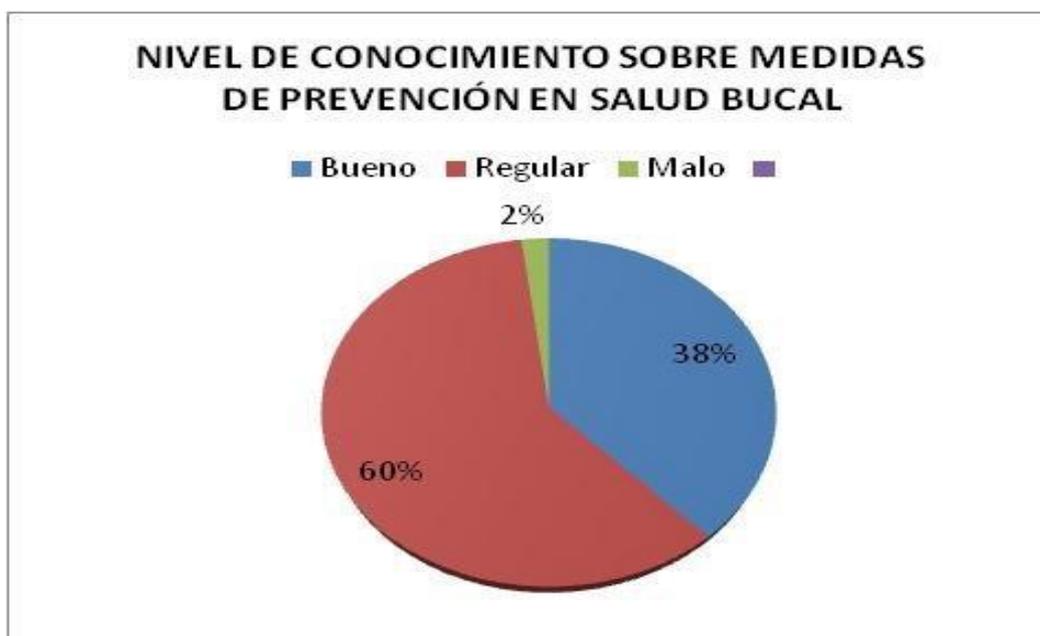


**TABLA 4.** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	9	38.0
Regular	15	60.0
Malo	1	2.0
Total	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia. Agosto 2015.

**GRAFICO 4.** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015



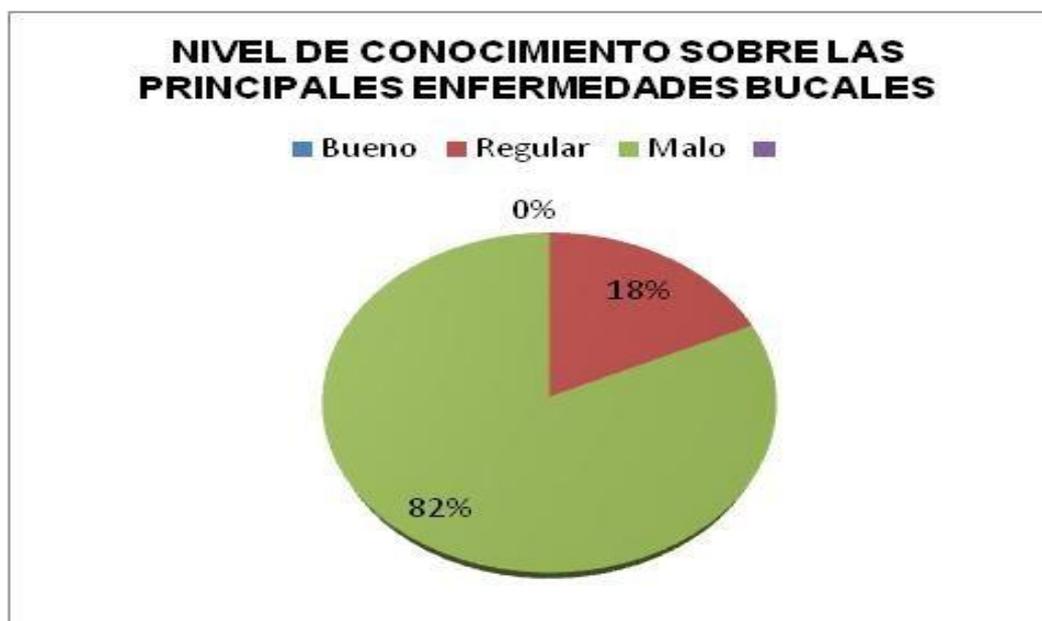
Fuente: Tabla 4.

**TABLA 5.** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	0	0
Regular	5	18
Malo	20	82
Total	25	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia. Agosto 2015.

**GRAFICO 5.** NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015.

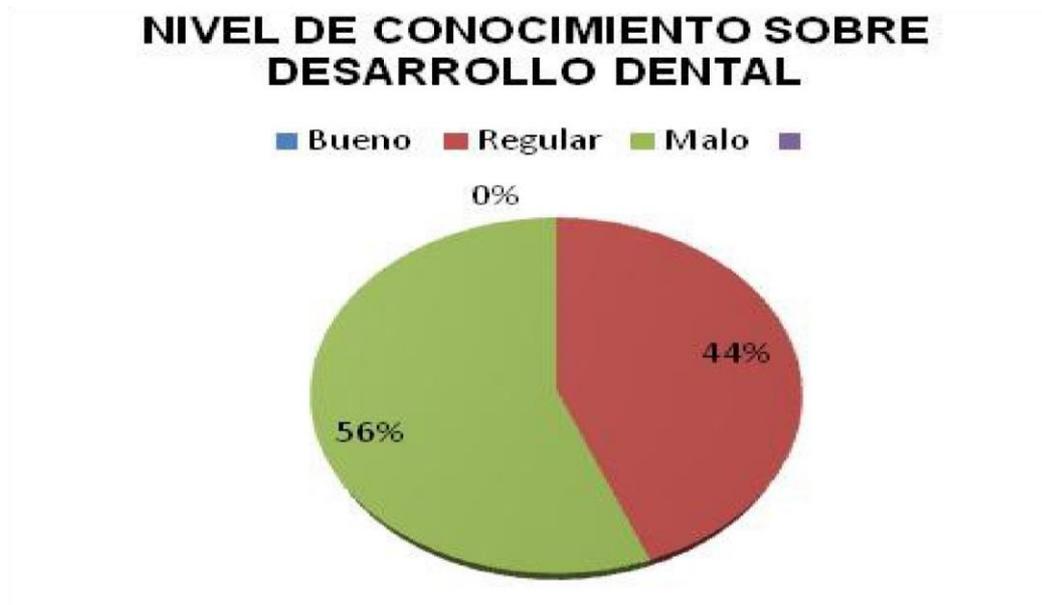


**TABLA 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bueno	0	0.0
Regular	22	44.0
Malo	28	56.0
Total	25	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los padres de familia. Agosto 2015.

**GRÁFICO 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL, EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “MI BUEN JESÚS”, LIMA, 2015**



Fuente: Tabla 6.

#### 4.2.- Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indican que el nivel de conocimiento en salud bucal es regular, con un 90,0% de los padres de familia de niños de educación inicial encuestados (ver Tabla N°1). Alva G. mostró un nivel regular con 85,2%, en contraste con Ríos C. que sus datos revelaron un 77,4% % de nivel regular.

Se observa; que del 100 % de los padres encuestados 90,0% tienen un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal. Seguido de 10,0 % de los encuestados que tienen mal nivel de conocimiento sobre salud bucal, observando que existe un 0% de nivel bueno, contrastando con los resultados de los estudios de Alva G.<sup>8</sup> y Ríos C.<sup>9</sup>, los estudios de estos dos últimos muestran una tendencia de regular a malo, hallándose una baja pero significativa tendencia a nivel bueno en sus encuestados.

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvieron los porcentajes 38% en el nivel bueno, 60% en el nivel regular y el 1% en el nivel malo (ver Tabla N°4), en comparación con Alva G.<sup>8</sup>, donde el 57,4 % tuvo un nivel regular y el 1,9% mostró un nivel malo en contraste con Ríos C.<sup>9</sup>, quien obtuvo los porcentajes 64,2% en el nivel regular, un 30,2 % en el nivel bueno.

Con respecto a las principales enfermedades bucales, se aprecia en los resultados presentados el 82% de los encuestados tiene un conocimiento malo y el 18% tienen un conocimiento regular (ver Tabla N°5). Alva G.<sup>8</sup>, encontró que el 83,3% tuvo nivel malo y el 16,7 % demostró un nivel regular, en contraste con los estudios de Ríos C.<sup>9</sup>, donde sus resultados revelaron que el 75,5% de los encuestados tienen un conocimiento malo y de conocimiento regular un 22,6%. Sobre el desarrollo de los dientes, en la cual se obtuvieron los porcentajes 44% en el nivel regular y el 56% en el nivel malo (ver Tabla N°6). Alva G.<sup>8</sup>, encontró que el 75,9 % mostró un nivel malo, en contraste con el resultado obtenido por Ríos C.<sup>9</sup>, que obtuvo 62,3% en nivel malo.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1 Conclusiones:

El nivel de conocimiento en salud bucal el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel regular con el 90%. (Ver Tabla N°1).

En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel regular con un 60. (Ver Tabla N°4).

El nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel malo con un 82%. (Ver Tabla N°5).

El nivel de conocimientos sobre desarrollo dental el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel malo con un 56%. (Ver Tabla N° 6).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima Cercado. [página web en internet]. Wikipedia. Disponible en: <http://lima.blogspot.com/> [consultada: 23 Julio. 2015].
2. Córdova Hernández J y col. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. Horizonte Sanitario. [Revista en internet]. 2007 Mayo - Agosto. [consultada: 25 de Oct. 2014]; vol.6 n°2. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2007\\_mayo\\_agosto/Nivel\\_de\\_conocimiento\\_sobre\\_prevenion\\_de\\_salud\\_buca\\_en\\_gestantes.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_mayo_agosto/Nivel_de_conocimiento_sobre_prevenion_de_salud_buca_en_gestantes.pdf).
3. Pineda Rodríguez I, Mulet Sarmiento D, García Pérez D, Rosales Álvarez JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. Bol Estomatol Acción. [revista en internet]. 1999. [consultada: 28 Oct. 2014]; 1(1):8-12. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_3\\_04/san04304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm).
4. Sosa Rosales M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Garrigó Andreu MI, Sardiña Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2002: 493-4.
5. Gómez Santos G. Educación para la salud dental. Servicio de epidemiología y promoción de la salud. Gaceta dental. 1997 (80): 648.
6. Cuenca E. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. Revista Médico Clínica. 1994 102(Sup. 1)-134.

7. Powell KE. Dimensiones de la promoción de salud aplicadas a la actividad física. En: Promoción de salud: una antología (Publicación Científica 557). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 1996 p.98.
8. Alva G. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial en el distrito de Trujillo de la provincia de Trujillo, región la Libertad en el año 2011 (tesis para optar título de cirujano dentista).Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2011.
9. Ríos C. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial del distrito de la esperanza, Dpto. La libertad. 2011. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
10. González-Martínez F y col. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública de México. [Revista en internet]. 2011 mayo-junio. [Citado 12 Oct. 2014]; vol. 53, no. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300009&script=sci_arttext).
11. Pisconte L. Relación Entre La Prevalencia De Caries Dental En Preescolares Y El Nivel De Conocimiento De Sus Madres Sobre Salud Dental. Distrito La Esperanza – Trujillo. 2010. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
12. Ministerio de Salud. Ayuda memoria del comité Técnico permanente y Comité Consultivo de Salud Bucal, 2009.[Acceso 28 de octubre 2014]. URL disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am\\_comite.asp](http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am_comite.asp)
13. Armfield et al. "The child dental health survey, Australia 1999: trends across the 1990`s", AIHW 2003

14. Organización Mundial de la Salud. "Oral health country/area profile programme. Significant caries index". [Acceso 28 de octubre 2014]. URL disponible en: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>
15. Ignacio T. "La educación como motor del desarrollo" 18 de septiembre de 2002" [Acceso 29 de octubre 2014]. URL disponible en: [www.juventicus.com](http://www.juventicus.com).
16. Misrachi C. "Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral"; *Odontología chilena* 42 (2):87-92, 1994.
17. Asamblea General. Prevención de las enfermedades bucodentales. [Revista en internet]. 26 de setiembre de 2008, Estocolmo, Suecia. [Citado el 29 de Octubre de 2014] Disponible en: <http://www.fdiworldental.org/media/24882/Preventing-oral-diseases-2008-Sp.pdf>
18. Foro salud: La Salud Bucal: Balance de la Acción Gubernamental [revista en internet]. 2007 – 2008, [citado 29 Oct. 2014] Disponible en: [http://eduvida.org/frame\\_columnistas3.html](http://eduvida.org/frame_columnistas3.html) [consulta: 6 Jun 2012 ]
19. Zamora A, Guerrero F. Enfermedad Periodontal. *Rev. Nacional de Odontología*. Año 3 nro. 4. [en línea] Año 2009. Url disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=73563>
20. Buduneli N, Baylas H, Buduneli E, Timur T, Dahlen G. Periodontal infection and pre-term low birth weight: a case-control study. *J Clin Periodontol* 2005; 32:174-181.

21. Newman M, Carranza F. Periodontología Clínica. 10 a ed. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2010. Pag. 133
22. Wolf H, Rateitschak K. Atlas en color de Odontología Periodoncia. 3° ed. Barcelona: MASSON; 2005. pag 21
23. Newman. Periodontología Clínica de Carranza. 10 a ed. McGraw-hill; 2010.
24. Duque de Estrada Riverón J, Pérez Quiñonez JA, Hidalgo-Gato FI Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado el 30 de Oct. 2014]; 43(1):  
Disponibile en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es).
25. Wheeler. Anatomia dental, fisiología y oclusión. 9° ed. España: Elsiever; 2010.
26. Morgado Serafín D, García Herrera A. Cronología y variabilidad de la erupción dentaria. Mediciego; [Revista en Internet]. 2011 [Citado el 13 de Oct. 2014]: 17(Supl.2).  
Disponibile en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_supl2\\_%202011/pdf/T16.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl2_%202011/pdf/T16.pdf).

**ANEXOS:**  
**1.- CUESTIONARIO**

**INTRODUCCIÓN**

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

**I. DATOS GENERALES:**

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

Genero.....

Edad:.....años

Distrito donde vive:.....

**II. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL**

**Instrucciones:**

Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

**DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS**

**1. ¿Cuáles consideras que son medidas preventivas en Salud bucal?**

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ( )
- b) Flúor, pasta dental, leche ( )
- c) Cepillo, hilo dental, sellantes ( )

**2. Principalmente, ¿cuándo debes cepillarte los dientes?:**

- a) Antes del desayuno ( )
- b) Después del desayuno ( )
- c) Antes de acostarme ( )
- d) Después de todas las comidas ( )

**3. ¿Crees que la alimentación llevada durante la gestación afecta los dientes en el futuro?**

SI ( ) NO ( )

**4. ¿Considera al flúor importante para proteger los dientes?**

SI ( ) NO ( )

**5. ¿Crees que se debe lavar las encías de los bebés antes de que salgan los dientes?**

SI ( ) NO ( )

**6. ¿Crees que se debe hacer dormir al niño con su biberón ?**

SI ( ) NO ( )

**7. ¿Crees que si un niño se succiona el dedo, chupones u otras cosas afectará su dentición futura?**

SI ( ) NO ( )

**8. ¿A qué edad se debe ir por primera vez al dentista?**

- a) Al erupcionar el primer diente ( )
- b) Desde que nacemos ( )
- c) Cuando duele algún diente ( )
- d) Cuando salgan todos los dientes ( )

**DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES**

**9. La placa bacteriana que se adhiere en los dientes es:**

- a) Restos de dulces y comida ( )
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ( )
- c) Restos de alimentos y microorganismos ( )
- d) No sé ( )

**10. La caries temprana en los niños es:**

- a) La caries causada por dulces ( )
- b) La caries que afecta los dientes de leche ( )
- c) La caries causada por falta de aseo ( )
- d) No sé ( )

**11. ¿Consideras que la caries es una enfermedad contagiosa?**

SI ( ) NO ( )

**12. Haz escuchado y crees cierto que “por cada embarazo la mamá pierde uno de sus dientes”**

SI ( ) NO ( )

**13. La gingivitis que da en la boca es:**

- a) El dolor de diente ( )
- b) La enfermedad de las encías ( )
- c) Inflamación del labio ( )
- d) No sé ( )

**14. ¿La enfermedad periodontal qué es?:**

- a) Heridas en la boca ( )

- b) La que afecta a los soportes del diente ( )
- c) La pigmentación de los dientes ( )
- d) No sé ( )

**DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL**

**15. ¿Sabes cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?**

- a) A las 6 semanas de gestación ( )
- b) A los 6 meses de gestación ( )
- c) A los 6 meses de nacido ( )
- d) No sé ( )

**16. ¿Sabes cuántos tipos de dentición tienen los niños? a)**

- 1 ( )
- b) 2 ( )
- c) 3 ( )
- d) No sé ( )

**17. ¿Sabes cuántos dientes temporales tienen los niños?**

- a) 10 ( )
- b) 20 ( )
- c) 24 ( )
- d) No sé ( )

**18. ¿Sabes cuándo aparecen en boca los dientes de un bebé?**

- a) A los 3 meses de nacido ( )
- b) A los 6 meses de nacido ( )

c) Al año de nacido. ( )

No sé ( )

ANEXO 02

FOTOGRAFIAS

