



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA DE
CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA ESCUELA
PRIMARIA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE CARIES
DENTAL DE SUS PADRES EN EL POBLADO DE
JOSÉ SABOGAL - CAJAMARCA, EN EL PERÍODO
DE SETIEMBRE – DICIEMBRE, EN EL AÑO 2015**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Aaron Arteaga Lopez

Lima – Perú

2016

ASESOR

CD. MG. Víctor Huanambal Tiravanti

Departamento Académico de Clínica Estomatológica

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Dra. Rosa Ana Melgar Hermoza

Secretario : Esp. Giannina Medrano Garcia

Miembro : CD. Roberto León Manco

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 07 de diciembre del 2016

CALIFICATIVO : Aprobado

DEDICATORIA

A mi madre Aurelia porque sin ella, nada de esto hubiera sido posible

A mi padre Victor por enseñarme a nunca rendirme y a mi hermano
por apoyarme en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTOS

- A mi asesor, el Dr. Víctor Huanambal Tiravanti, por su guía y a la vez ayudarme a elaborar la presente investigación.
- A mis familiares y amigos que siempre se mantienen a mi lado y de alguna forma me brindaron ayuda a través de consejos y experiencias.

RESUMEN

Objetivo: Asociar la experiencia de caries dental de los escolares con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia del IE 82248 Venecia en el poblado de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron dos grupos de estudio con 103 muestras en cada grupo. En el primer grupo se evaluó por medio de fichas epidemiológicas a 103 alumnos de una escuela primaria para determinar la experiencia de caries dental, mientras que en el segundo grupo se evaluó por medio de encuestas el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes a los 103 padres de familia de dichos alumnos, y se asoció la experiencia de caries dental del primer grupo con el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes del segundo grupo. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para asociar la experiencia de caries dental del primer grupo con el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes del segundo grupo. **Resultados:** Al evaluar la asociación de experiencia de caries con las categorías de conocimientos, prácticas y actitudes, se encontró que hubo asociación entre caries dental, específicamente el componente “de” ($p = 0.01$) y ceod ($p = 0.027$) y conocimientos, y caries dental, específicamente el componente “dc” ($p = 0.010$), ceod ($p = 0.005$) y el componente “DO” ($p = 0.039$) con actitudes. **Conclusiones:** Se encontró asociación entre experiencia de caries dental en los escolares con conocimientos y actitudes de sus padres.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología, salud bucal, caries dental, índice cpo, Perú.

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study was to associate dental caries experience in rural schoolchildren with oral health knowledge, attitudes and practices of their parents.

Methods: Two groups with 103 subjects each were evaluated. Oral health information on 103 schoolchildren was collected using a DMFT index, while Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) questionnaire was used to assess the knowledge, attitudes and practices of the schoolchildren's parents. Dental caries experience in schoolchildren was later associated with the knowledge, attitudes and practices of their parents. Mann-Whitney U test was used to associate the mean DMFT index from each student (n=103) with the KAP questionnaire results that were obtained from their parents (n=103).

Results: Association was found between dental caries, specifically between "mt" ($p = 0.01$) and dmft ($p = 0.027$), and knowledge. Association was also found between dental caries, specifically "dt" ($p = 0.010$), dmft ($p = 0.005$) and "FT" ($p = 0.039$) and attitudes. No association was found between dental caries and practices. **Conclusions:** An association was found between the dental caries experience in schoolchildren and knowledge and attitudes towards oral health that was shown by their parents.

KEYWORDS: Epidemiology, oral health, dental caries, DMF index, Peru.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	25
Tabla 2. Conocimientos de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	26
Tabla 3. Prácticas de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	27
Tabla 4. Actitudes de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	28
Tabla 5. Niveles de conocimientos, prácticas y actitudes de encuestas en los padres de escolares en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	29
Tabla 6. Asociación entre experiencia de caries dental de los escolares y conocimientos de sus padres en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	30
Tabla 7. Asociación entre experiencia de caries dental de los escolares y prácticas de sus padres en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	31
Tabla 8. Asociación entre experiencia de caries dental de los escolares y actitudes de sus padres en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	32

Tabla 9.	Asociación entre experiencia de caries dental en los escolares y conocimientos, prácticas y actitudes de sus padres en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	33
Tabla 10.	Asociación entre experiencia de caries dental y edad en los escolares en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	34
Tabla 11.	Asociación entre experiencia de caries dental y género en los escolares en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.	35

LISTA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
II.1. Planteamiento de problema	2
II.2. Justificación	4
III. MARCO TEÓRICO	5
III.1. Caries dental en el Perú	5
III.2. Experiencia de caries dental	7
III.3. Conocimientos y actitudes en salud oral	9
III.4. Relación entre caries dental y conocimientos en salud oral	12
III.5. Distrito de José Sabogal	14
IV. OBJETIVOS	16
IV.1. Objetivo general	16
IV.2. Objetivos específicos	16
V. MATERIALES Y MÉTODOS	17
V.1. Diseño del estudio	17
V.2. Población y muestra	17
V.3. Criterios de selección	17
V.3.1. Criterios de inclusión	18
V.3.2. Criterios de exclusión	18
V.4. Variables	19
V.5. Instrumento	20
V.6. Técnicas y procedimientos	20
V.7. Plan de análisis	20
V.8. Consideraciones Éticas	21
VI. RESULTADOS	23
VII. DISCUSION	36
VIII. CONCLUSIONES	42
IX. RECOMENDACIONES	43
X. REFERENCIAS	44
ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú, una de las enfermedades de la cavidad oral que todavía se mantiene como una de las más prevalentes y que afecta a la mayoría de la población es la caries dental. Según el Análisis de Situación de Salud del Perú del año 2011, la caries dental es una de las principales causas específicas de morbilidad, siendo superada solamente por las infecciones de vías respiratorias agudas.¹ Hasta estos días, esta enfermedad representa todavía un gran desafío por erradicar debido a la alta prevalencia de la misma y las variaciones en su distribución de acuerdo a las diversas zonas geográficas, las mismas que son características del país.

Debido a esto, las zonas que se encuentran más alejadas de las grandes ciudades generalmente son las que exhiben una mayor prevalencia de caries dental y carecen de los conocimientos necesarios para poder tener una buena salud oral.² A esto se le agrega el hecho de que los pobladores acuden a los servicios de salud cuando ya presentan algún tipo de sintomatología, pues no consideran el acudir periódicamente a la consulta odontológica como algo que es imperativo realizar. Y en otras ocasiones, tampoco hay personal de salud presente para que inculque las medidas preventivas necesarias a la población debido a que Lima es el departamento que abarca la mayor cantidad de profesionales para la salud.¹

La falta de conocimiento sobre salud bucal es la que influye notablemente en la calidad de vida de las personas, esto impide que la población cuente con una óptima salud oral, y no permite la reducción de la prevalencia de caries dental en los niños ni adultos. Este escenario se puede observar en las distintas zonas rurales que forman parte del Perú.

El objetivo del estudio fue asociar la experiencia de caries dental en niños de una escuela primaria con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de sus padres del poblado de José Sabogal, en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre – Diciembre, en el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1 Planteamiento del problema

El sistema de salud en el Perú atraviesa por muchas dificultades, una de ellas es la desproporción asistencial de profesionales de la salud que se divide entre los distintos departamentos del país, siendo Lima uno de los pocos departamentos en los que se encuentra la mayor cantidad de profesionales de la salud, generando así una desventaja en los departamentos que no cuentan con el número suficiente de profesionales de la salud para atender las diversas enfermedades que aqueja a la población, dentro de ellas la caries dental.¹

Como se sabe, esta enfermedad es multifactorial, y puede tener muchas repercusiones, tales como infecciones odontogénicas, si las piezas afectadas no reciben el tratamiento adecuado.³ Y así como afecta la cavidad oral, la cual tiene mucha influencia en lo que respecta a la salud oral, disminuye también la calidad de vida de las personas, y esto a su vez causa diversos problemas de salud general, ya sea en el ámbito de la nutrición, las relaciones interpersonales y también el ámbito psicológico.⁴

El contar con un adecuado nivel de conocimiento en salud oral es esencial para poder inculcar un comportamiento sobre salud oral claro y adecuado, debido a que esta enfermedad es causada también por la falta de conocimiento, constituyéndose este factor importante para prevenir cualquier tipo de enfermedades orales, siendo la caries dental la más común.⁵

Esto se muestra como una tarea sencilla de realizar en la capital y en ciudades importantes del interior del país, sin embargo, por la falta de profesionales de la salud que se encarguen de difundir esto en poblaciones que se encuentran lejos por geografía, se torna más difícil llegar a realizar la difusión de las medidas preventivas en estas poblaciones, afectando a las personas y permitiendo que la caries dental siga siendo una de las enfermedades más prevalentes en el país.

La presente investigación pretendió responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre la experiencia de caries dental en niños de una escuela primaria y el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud oral de sus padres en el poblado de José Sabogal – Cajamarca, en el periodo de Setiembre – Diciembre en el año 2015?

II.2 Justificación

En el poblado de José Sabogal, provincia de San Marcos, en el departamento de Cajamarca, se puede encontrar un centro de salud que cuenta con la infraestructura adecuada para brindar una atención de primera a los pobladores. Sin embargo, problemas como desabastecimiento de insumos, equipo odontológico que no está listo para el debido funcionamiento.

Dentro de los diversos problemas que los profesionales de la salud pueden encontrar cuando se trata de desarrollar nuevos programas de prevención en las zonas rurales de nuestro país, el desconocimiento y la falta de interés por parte de los pobladores por mejorar su calidad de vida por medio de la adopción de nuevas ideas y/o hábitos, se presenta como una de las barreras más difíciles de poder traer abajo puesto que los pobladores se encuentran muy aferradas a estas.

El trabajo de prevención que se necesita realizar en esos lugares debe tener en cuenta ese factor primordial para así poder crear un plan de intervención eficiente que llegue a remover las malas actitudes que afectan a los padres y sobre todo a los niños, los cuales son los más afectados por la falta de conocimiento en temas relacionados a la salud oral.

Es por eso que, según lo que se ha mencionado previamente, se ve la necesidad de mejorar la salud bucal de los pobladores por medio de actividades de prevención en el centro de salud José Sabogal, como también se planea enfatizar mucho más estas actividades en la población más joven, que son nada menos que los alumnos que acuden al IE 82248 Venecia, para así tratar de cambiar las ideas que se transmiten a través de las familias y reemplazarlas por ideas actuales que permita mejorar la salud bucal, el bienestar general y la calidad de vida de los niños y sus padres.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 Caries dental en el Perú

Dentro del grupo de países que conforman América Latina, el Perú es uno de los países que se encuentra todavía en un proceso de desarrollo. Una de las áreas en las que el gobierno aún tiene mucho trabajo por realizar es en el área de salud. A nivel latinoamericano, el Perú se encuentra en último lugar en lo que respecta al gasto total como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI), que se designa para el sector salud. Sin embargo, en los últimos años, según el Análisis de Situación de Salud del Perú, realizado el año 2011 por el Ministerio de Salud (MINSA), dio a conocer que el Gasto Público en Salud como parte del Presupuesto General de la República ha tenido un incremento sostenido en los últimos 12 años, lo cual indica que hay una mejor predisposición por parte del gobierno por mejorar nuestra situación en el área de salud para poder estar al mismo nivel que los demás países de Latinoamérica.¹

Según información brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶, los esfuerzos que ha realizado nuestro país para mejorar el área de salud hizo posible en el año 2008 asegurar a un 54.1% de la población total, en donde el 30.3% corresponde a la población que se aseguró al Seguro Integral de Salud (SIS) y el 18.9% restante fueron asegurados al Seguro Social (EsSalud).

Esta estrategia ha beneficiado a los peruanos, puesto que, por medio de esta medida, se incrementó la cobertura que los servicios de salud podían brindar.

Dentro de otras estrategias que se han propuesto para mejorar el desarrollo de la salud, en el año 2007, el MINSA desarrolló el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020 para atacar los puntos débiles y fortalecer las políticas de salud pública, y a la misma vez incrementar la cobertura de atención en todo el país, para poder tener un mejor y mayor acceso a las poblaciones que se encuentran aisladas.⁷

En lo que respecta al área de salud oral, este plan cuenta con diversos objetivos, tales como la promoción de prácticas saludables y la implementación de medidas preventivas. Muchas entidades tales como EsSalud, Fuerzas Policiales, Sanidad de las Fuerzas

Armadas, entre otras, realizan un esfuerzo enorme por hacer que los objetivos del plan se lleguen a cumplir, debido a que esto va a impulsar a la población a tomar mayor consideración por la salud oral, y con esto a la misma vez, reducir la prevalencia de las enfermedades que se desarrollan en la cavidad bucal.⁸

Sin embargo, la caries dental es una enfermedad que todavía se mantiene como una de las más prevalentes que afecta a la población. Si bien es cierto se realizan programas para poder combatir esta enfermedad en todo el país, la realidad es diferente en cada región, debido a que la mayoría de estudios epidemiológicos se enfocan en brindar información de las poblaciones que se encuentran cerca de la ciudad, mas no hay una amplia base de datos con respecto a la situación epidemiológica en zonas rurales. Esta situación también se ve reflejada en distintos países a nivel mundial, tal es el caso de China. En un estudio realizado en este país en el año 2005 por Zhu et al. en el cual indica que se han realizado estudios previos en las zonas urbanas de algunas provincias, sin embargo, los estudios en zonas rurales son muy escasos.⁹

Para los estudios epidemiológicos que se realizan a través del país y alrededor del mundo, es necesario utilizar el índice ceo-d/CPO-D. Este índice ha sido ampliamente usado para este tipo de estudios.¹⁰

Los criterios de diagnóstico de caries de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tanto para las piezas y superficies con caries, perdidas y obturadas, como para las superficies son los más simples y los más comúnmente usados en encuestas epidemiológicas de caries dental, puesto que cuantifican el estado de la salud oral basados en el número de piezas y superficies con caries, perdidas y/u obturadas.¹¹

Al margen de ser un índice que resulta ser muy económico, debido a que no requiere equipos especializados para poder realizarlo, este índice permite al investigador evaluar la experiencia de caries dental, tanto pasada como presente, de un individuo o de la población en su totalidad, como también brinda ayuda para poder tener una mejor visión de los puntos bajos de la población y realizar medidas de promoción y prevención, adoptar un plan de intervención que pueda atender y resolver los problemas que afectan e impiden un correcto desarrollo de la salud oral y de la calidad de vida.

III.2 Prevalencia de caries dental

De acuerdo a Freire et al.¹² la caries dental es un problema grande dentro de la salud oral debido a la prevalencia y severidad de la misma enfermedad.

Henostroza et al.¹³ define a la caries dental como “una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.”

Mayor et al.¹⁴ consideran que la caries dental es una enfermedad que es constituida por diversos factores, siendo una de las enfermedades crónicas que más afecta a los seres humanos, puesto que entre el 90-95% de la población padece de esta enfermedad, la cual a su vez es responsable de que las personas pierdan poco a poco una o más piezas dentarias.

Mayor et al.¹⁴ consideran que en la actualidad, la población aún no toma conciencia del impacto que tiene esta enfermedad, debido a que no es considerada una enfermedad mortal.

Las lesiones de caries dental que se encuentran presentes en cada individuo podrían llegar a impactar en su calidad de vida, debido a los síntomas que produce, siendo el más común el dolor, lo cual no permite que se lleven a cabo diversas actividades habituales, como por ejemplo el masticar, generando diversos problemas, debido al temor que masticar produce a los individuos por los síntomas de dolor. Habrá una pérdida de apetito, que a su vez causará pérdida de peso.¹⁵

Según Mattos-Vela,¹⁶ esta enfermedad representa uno de los mayores desafíos para la salud pública, debido a la alta prevalencia e incidencia alrededor del mundo, además, las poblaciones que se encuentran marginadas, tanto social como económicamente tienen una mayor vulnerabilidad y presentan niveles altos de caries dental entre sus pobladores.

Asimismo, este autor menciona que la prevalencia de caries dental se debe a los diversos factores asociados a esta enfermedad, y que estos factores se pueden materializar de distintas formas dependiendo de la población en la que se realizan los

estudios. Actualmente, se está tratando de afrontar el problema utilizando predictores de caries dental para poder evaluar que personas están más propensas a desarrollar esta enfermedad, de esta forma poder ver como impartir una mejor atención hacia ellos, mejorando también las medidas preventivas y recuperativas.

De acuerdo a un reporte proporcionado por la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje de escolares a nivel mundial que cuentan con experiencias pasadas de caries dental es de 60-90%, siendo los países de América Latina y Asia en donde se puede encontrar una mayor prevalencia de esta enfermedad.¹⁷

Según el estudio epidemiológico “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”; realizado por el Ministerio de Salud, la prevalencia nacional de caries dental en los escolares de 10, 12 y 15 años fue 90.4%.¹⁸

En ese estudio, se observó “que el promedio de ceo-d/CPO-D fue de 5.84. Este resultado nos permite observar y analizar, de una forma general, el estado de la salud oral en los escolares de nuestro país, y sin duda es un resultado preocupante, puesto que muestra el impacto que esta enfermedad tiene en la dentición decidua, mixta y permanente de los escolares.”¹⁸

El estudio también indicó la prevalencia de caries en los departamentos del Perú, siendo Ayacucho el departamento que presentó el nivel prevalencia de caries dental más alto del país (99.8%), seguido por Ica (98.8%), Huancavelica (98.3%) y Cuzco (97.2%).¹⁸

Según lo mencionado anteriormente, se conoce que la caries dental es una enfermedad que se caracteriza por ser causada por diversos factores, y de acuerdo a un informe de la OMS que data del año 2005, en el cual indica que no solo se debe prestar atención a los hábitos dietéticos ni a los hábitos de higiene oral, sino que se debe tener en mente que los factores económicos, nivel de instrucción, la falta de promoción de la salud oral y los factores socioculturales, también tienen un alto nivel de influencia en el desarrollo de caries dental en las poblaciones.¹⁸

Dichos factores juegan un papel muy importante en los temas relacionados con la salud oral, y también con lo que respecta a la salud en general. La mayoría de personas consideran como factores principales para el desarrollo de caries dental a la dieta y a los hábitos de higiene oral, sin embargo, no toman en consideración el impacto que tienen

los factores socioculturales y socioeconómicos en el óptimo mantenimiento de la salud oral.¹⁹

Debido a esto, la salud oral de la población se ve afectada debido a que no cuentan con las condiciones económicas necesarias para poder tener acceso a una atención de calidad, repercutiendo en las familias, en especial en los niños.¹⁹

III.3 Conocimientos, prácticas y actitudes en salud oral

Si bien es cierto, el nivel de caries dental y los factores tanto socioculturales como socioeconómicos son condiciones que se toman en cuenta para evaluar la salud oral del individuo o la población en general, es necesario considerar el grado de instrucción y el nivel de conocimientos que la población pueda tener sobre la salud oral, ya sea la parte etiológica de la misma, los métodos de prevención, o las prácticas para la higiene oral, y la actitud que se debe tomar frente a esta enfermedad.²⁰

En el Perú, desafortunadamente no toda la población goza de una buena situación económica, debido a las grandes diferencias que existen entre los diversos estratos sociales. El Análisis de Situación de Salud del Perú indica que hasta el año 2011 el porcentaje de pobreza en la zona rural era 56.1%, mientras que en la zona urbana del país el porcentaje era de 18%.¹

Las personas que viven en las grandes ciudades del Perú, como Lima, se ven beneficiadas por la difusión que se realiza en algunos casos a través del Ministerio de Salud o a la presencia de profesionales independientes de la salud, los cuales se encargan de transmitir a la población los conocimientos necesarios para que tanto adultos como niños puedan llevar una vida plena sin enfermedades que afecten la cavidad oral. De acuerdo al Análisis de Situación de Salud del Perú del año 2011, Lima cuenta con la mayor cantidad de personal de la salud, puesto que en esta ciudad se encuentra el 45% de médicos, 36.6% de enfermeras, el 30.5% de odontólogos, y 20.8% de obstetras. Asimismo, se puede tener un mejor acceso a los distintos servicios de salud, pues las grandes ciudades cuentan con establecimientos (hospitales), clínicas y consultorios particulares.¹

En cambio, las zonas urbano marginales y en especial las zonas rurales del país son las que generalmente resultan más afectadas, siendo estas regiones geográficas consideradas como barreras de acceso para la salud, y que se clasifican como fuentes de exclusión de salud, según el Análisis de Situación de Salud del Perú del año 2011, siendo esto a su vez una barrera para la accesibilidad a los servicios de salud y a la concientización de la mayoría de las enfermedades (dentro de estas la caries dental y otras enfermedades de la cavidad oral) es muy escasa y perjudica en la ampliación de conocimientos que son básicos para entender, mejorar y mantener una buena salud oral y general. En estos lugares se puede evidenciar las tasas de analfabetismo. La falta de acceso a la educación, no tener la oportunidad de estudiar o de continuar con los estudios, impide prosperar y mantener el círculo de la pobreza activo.¹

El analfabetismo es uno de los problemas que aún persiste en el país. Este problema sigue teniendo un efecto nocivo en la población, puesto que impide que las personas puedan tener acceso a muchos de los beneficios que el estado brinda, y además es una barrera que no permite que la persona pueda recibir y tener conocimiento sobre diversos temas, sobre temas de salud general, en este caso haciendo un énfasis en temas sobre la salud oral.¹⁹

Son estos entre otros, uno de los factores que influyen en la población para llegar a entender en su totalidad esta enfermedad. En las zonas rurales de nuestro país, la salud oral desafortunadamente es un tema que muchos de los pobladores que viven en estos lugares no consideran como algo prioritario, y esto a su vez es un reflejo de lo que sucede en otros países alrededor del mundo, puesto que, en un estudio realizado en el año 2015 por Ajimen y Ukachi en Nigeria, explica que los pobladores priorizan la realización de sus actividades cotidianas en vez de mostrar preocupación por su salud oral.²¹ Usualmente las personas no acuden a los centros de salud para realizar un chequeo de rutina, debido a que para ellos no es algo esencial, debido a que no experimentan sintomatología alguna, y llegan a la conclusión de que su salud oral y en general, se debe encontrar en óptimas condiciones. Esto cambia cuando logran experimentar y/u observar cuadros de dolor o algún cambio de color o volumen en las zonas afectadas.

Este ejemplo es uno de los muchos que se ven y con mucha frecuencia en las zonas más alejadas de las ciudades.

Esta realidad también se ve reflejada en otras latitudes, tal es el caso del país vecino de Chile, que según el estudio “Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural” realizado por Cabrera C et al.²² en el año 2015, se pudo observar la prevalencia de caries dental en zonas urbanas y rurales, y se evidenció una amplia diferencia, puesto que en las zonas urbanas, el porcentaje de niños que fueron afectados por caries dental fue de 50.94%, mientras que en las zonas rurales este porcentaje aumentó, alcanzando el 88.24% de niños afectados por caries dental.

En lo que respecta al nivel de ceod y CPOD de estas dos poblaciones, Cabrera et al. obtuvieron que el promedio de CPOD de la zona rural (1.01) fue mayor que el CPOD en la zona urbana (0.52), mientras que el nivel de ceod en estas dos poblaciones también indicó diferencias entre ambas poblaciones, puesto que en la zona rural se evidenció que el promedio de ceod en esta zona fue de 3.66, mientras que, en la zona urbana, se mostró un promedio de ceod de 2.06.²²

En el año 2005, Medina et al.²³ realizaron un estudio en distintos municipios de Nicaragua, en el cual comparaban la prevalencia de caries dental en pobladores que vivían en áreas urbanas y áreas rurales, concluyendo que, si existen diferencias entre la prevalencia de caries dental en estas dos zonas, siendo la zona rural la que más padece de esta enfermedad.

Asimismo, Medina et al.²³ concluyeron que, los niños de 12 años de la zona urbana afectados por caries dental tenían un porcentaje de 81.7, mientras que, en los niños de la misma edad de la zona rural, obtuvieron un porcentaje de 86.7.

Las cifras obtenidas en estos estudios muestran que, así como en el Perú y en otros países latinoamericanos como México, en el cual Maupome et al.² realizaron un estudio en el cual se evaluó la asociación entre caries dental en áreas rurales y los factores geográficos, llegando a la conclusión de que hay una diferencia entre el desarrollo de caries dental en las zonas que se encuentran geográficamente alejadas de ciudades y/o pueblos en los cuales hay un mayor grado de urbanización.

China, un país que ha alcanzado un gran desarrollo en su economía, también presenta una gran diferencia entre los estratos sociales. En dicho país, se realizó una encuesta a nivel nacional en el año 2005 sobre salud oral, en la cual se observó que “la prevalencia de caries dental entre niños de 5 años era más alta en las zonas rurales, adquiriendo un

porcentaje de 70.2%, mientras que, en las zonas urbanas, se obtuvo un porcentaje de 62%.”⁵

III.4 Relación entre caries dental y conocimientos, prácticas y actitudes en salud oral en padres

Estas actitudes lamentablemente acarrearán consigo funestas consecuencias, debido a que los padres de familia transmiten estas actitudes a sus hijos, generando en ellos un pensamiento equivocado de lo que es la salud oral y la prevención y el mantenimiento de la misma. Debido a que los padres de familia son la parte más importante en la vida de los niños, las actitudes que los padres tengan sobre la salud oral se verán reflejadas en sus hijos puesto que son ellos los que se encargan de formar el comportamiento y las costumbres de cada uno de estos.

En un estudio realizado en el año 2012 por Wigen y Wang²⁴, sobre la influencia de los padres en el desarrollo de caries dental en niños prescolares en Noruega, los autores resaltan que la asociación entre las condiciones sociales y la salud dental han mostrado mayor influencia en niños más pequeños. También muestran que el nivel de educación de los padres es uno de los indicadores que está asociado a caries dental en prescolares.

En un reporte de la OMS que data del año 2003, se resalta la importancia de la educación a la que los padres tienen acceso. En este reporte, la OMS indica que para que se goce de una buena salud bucal, los padres deben haber sido educados en temas de prevención e higiene oral, y a la vez ser concientizados para poder transmitir los conocimientos adquiridos a sus hijos, con el propósito de que estos pongan en práctica lo aprendido por parte de los padres y desarrollen y/o mejoren sus hábitos de higiene oral.^{20,25}

Saldunaite et al.²⁶ reportaron que “los niños que cuentan con una adecuada salud oral son los que cuentan con padres que tienen un buen nivel de educación, además de interesarse por la salud oral de sus hijos y también cuentan con un nivel socioeconómico aceptable.”

Gonzales et al.²⁷ en el año 2011, informaron que el nivel educativo de las madres tiene un efecto positivo en el nivel de conocimientos con el que cuentan los niños sobre la salud oral.

En un estudio realizado en La Habana Cuba, en el año 2015 por Lavastida y Gispert²⁸, en el cual se observó “el nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres, se llegó a la conclusión de que el nivel de conocimientos de los adolescentes tuvo una relación significativa con el nivel de conocimientos de sus madres, por lo que se demuestra con esto que los conocimientos de los padres repercuten en los conocimientos adquiridos por sus hijos sobre salud oral”.

Lamentablemente, el hecho de acudir a una consulta odontológica solo cuando se necesite, mas no por tratarse de una forma de prevención, llega a hacer creer a los niños que este acto solo tiene que llevarse a cabo cuando la persona ya tiene un problema.

Esto se vio reflejado en un estudio realizado en el año 2014 por Shakya et al.²⁹, en el cual explica que “el 89% de los escolares que tomaron parte en el estudio se cepillaban los dientes una vez al día. Estas prácticas inadecuadas de cepillado dental tuvieron repercusión en la salud oral de los escolares dado que el 61% de los estudiantes requerían con urgencia de algún tipo de tratamiento restaurador y/o exodoncia”.

Asimismo, el 75% de los escolares que participaron mencionaron que se cepillaban los dientes con pasta dental con flúor, sin conocer los beneficios que este componente brindaba a la mejoría de la salud oral.²⁹

Este es un escenario que se da comúnmente en las zonas rurales del país y que crea en las nuevas generaciones una idea errónea de lo que debería ser la prevención en la salud oral.

Por lo mencionado anteriormente, estas actitudes se tornan más difíciles de erradicar debido a que el acceso a los pueblos que se encuentran lejos de las grandes ciudades dificulta la llegada de personal y promotores de salud para que se realicen las actividades de promoción y prevención para la salud. Al mismo tiempo, estas actitudes generan un retroceso en el desarrollo y en la implementación de nuevos conocimientos y estrategias para la prevención, puesto que para los padres de familia de niños los conocimientos, actitudes que se tienen sobre ciertos temas relacionados a la salud oral no son importantes, tal es el caso de la caries dental, puesto que, en algunas zonas rurales, las

madres de familia consideran que el desarrollo de la misma es un escenario que se tiene que dar en la vida de sus hijos, puesto que ellas también pasaron por lo mismo, lo cual impide que las personas, en este caso madres de familia, puedan adoptar algún tipo de conocimiento nuevo para mejorar la salud oral de sus hijos, puesto que este tipo de pensamiento solo los afectará a ellos.³⁰

III.5 Distrito de José Sabogal

En este trabajo de investigación, se recogerá datos de un pequeño pueblo en el departamento de Cajamarca. Este pueblo se llama José Sabogal, el cual se encuentra a 3260 msnm, y el cual a su vez pertenece a la provincia de San Marcos.

De acuerdo al censo del año 2014 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), este pueblo cuenta con un total de 941 habitantes, de los cuales 498 (52.93%) son mujeres y 443 (47.07%) son hombres. Dentro de estas cifras, también se reportó que el número total de niños con edades de 6 a 12 años en el pueblo es de 160 (17%), de los cuales 94 (9.98%) son mujeres y 66 (7.02%) son hombres.

El pueblo de José Sabogal también cuenta con un centro de salud llamado José Sabogal, que se encuentra dentro de la micro red de salud José Sabogal, que a su vez pertenece a la red de salud I-IV San Marcos.

El centro de salud José Sabogal cuenta con una moderna infraestructura, haciendo que todos los ambientes cuenten con la capacidad y privacidad suficiente que requiere la atención de pacientes.

Sin embargo, problemas como desabastecimiento de insumos, equipo odontológico que no está listo para el debido funcionamiento, y la falta de conocimientos relacionados a la salud bucal, hace que el trabajo del odontólogo en este pueblo sea una lucha constante por tratar de erradicar estas barreras que impiden que la salud bucal en José Sabogal mejore.

En este pueblo también se puede encontrar la escuela primaria, IE 82248 Venecia, que cuenta con 103 estudiantes. Dentro de los cuales, 50 son hombres, y los 53 restantes son mujeres.

Se observará y se analizará en los niños la experiencia de la enfermedad por medio de fichas epidemiológicas (Anexo 1) y también se registrará mediante unas encuestas los conocimientos, actitudes y prácticas (Anexo 2 y Anexo 3) de sus padres respecto a la salud oral. Estos factores nos permitirán entender como la caries dental y los conocimientos en salud oral se entrelazan para mejorar o empeorar la calidad de vida de los pobladores.

IV. OBJETIVOS

IV. 1 Objetivo General

Asociar la experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus padres, en el poblado de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.

IV. 2 Objetivos Específicos

1. Determinar la experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia usando una base de datos conformada por los resultados obtenidos en el poblado de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.
2. Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de los padres de los escolares evaluados del IE 82248 Venecia usando una base de datos conformada por los resultados obtenidos en el poblado de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.
3. Determinar la asociación entre la experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de sus padres usando una base de datos conformada por los resultados obtenidos en el poblado de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1 Diseño del estudio

El presente estudio fue un estudio de características descriptivas, observacional, y retrospectivas. Mediante las fichas epidemiológicas se evaluó la experiencia de caries dental en los escolares de primaria del IE 82248 Venecia y mediante una encuesta se identificó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de sus padres, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.

V.2 Población y muestra

Para el presente estudio la población y la muestra son las mismas, en el cual se evaluó 103 fichas epidemiológicas que se utilizaron para analizar la experiencia de caries dental en los 103 escolares de una escuela primaria, entre ellos 50 hombres y 53 mujeres con un rango de edad de 6 hasta los 15 años (Anexo 7), y las 103 encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral que se utilizaron en los padres de los alumnos del IE 82248 Venecia aplicadas en el Internado de Odontología Social en el distrito de José Sabogal, provincia de San Marcos, en el departamento de Cajamarca, del año 2015-III.

Dichas fichas epidemiológicas, así como también, las encuestas de conocimiento, actitudes y prácticas, son formatos que pertenecen en su totalidad al Departamento Académico de Odontología Social.

V.3 Criterios de selección

V.3.1 Criterios de inclusión

- La muestra de estudio comprendió las fichas epidemiológicas y encuestas de conocimientos, prácticas y actitudes que fueron llenadas como parte del Internado de odontología social de José Sabogal, departamento de Cajamarca, en el periodo Setiembre – Diciembre, del año 2015.

V.3.2 Criterios de exclusión

- Fichas epidemiológicas en mal estado o incompletas.
- Encuestas de conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud oral en mal estado o incompletas.

V.4 Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala	Valor
Género	Genotipo del niño al nacer	Femenino o masculino	Cualitativo	Nominal	M: Masculino F: Femenino
Edad	Números en años cumplidos cronológicamente	Medido en años	Cuantitativo	Discreta	Expresada en números enteros
Conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje	Según respuestas brindadas a la encuesta CAP	Cualitativo	Nominal	1: Bajo 2: Alto
Actitudes	Es el estado de ánimo que se expresa en cierta manera	Según respuestas brindadas a la encuesta CAP	Cualitativo	Nominal	1: Bajo 2: Alto
Prácticas	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	Según respuestas brindadas a la encuesta CAP	Cualitativo	Nominal	1: Bajo 2: Alto

Experiencia de caries dental	<p>Cantidad de piezas dentarias afectadas con una lesión cariosa existente, cantidad de piezas perdidas y la cantidad de restauraciones presentes en una comunidad en un momento dado.</p>	<p>- Medido mediante el índice ceod para dientes deciduos</p> <p>- Compuesto por la suma aritmética de dientes con caries, dientes obturados y dientes extraídos entre la cantidad total de individuos</p>	Cuantitativo	Ordinal	<p>0.0 - 1.1: Muy Bajo</p> <p>1.2 – 2.6: Bajo</p> <p>2.7 – 4.4: Moderado</p> <p>4.5 – 6.5: Alto</p> <p>> 6.6: Muy alto</p>
	<p>Cantidad de piezas dentarias afectadas con una lesión cariosa existente, cantidad de piezas perdidas y la cantidad de restauraciones presentes en una comunidad en un momento dado.</p>	<p>-Medido mediante el índice CPOD para dientes permanentes</p> <p>-Compuesto por la suma aritmética de dientes con caries, dientes obturados y dientes extraídos entre la cantidad total de individuos</p>			<p>0.0 - 1.1: Muy Bajo</p> <p>1.2 – 2.6: Bajo</p> <p>2.7 – 4.4: Moderado</p> <p>4.5 – 6.5: Alto</p> <p>> 6.6: Muy alto</p>

V.5 Instrumento

Como instrumento se utilizó una ficha de registro, en la cual se organizó la información recogida de las fichas epidemiológicas (Anexo 1) y encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (Anexo 2 y Anexo 3).

V.6 Técnicas y procedimientos

Para empezar con el proyecto de investigación, se necesitó la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Anexo 4).

Se solicitó permiso al jefe del Departamento Académico de Odontología Social para acceder a la base de datos.

Se comenzó por realizar la depuración de fichas y encuestas, y se clasificó como no aptos para la investigación las fichas y encuestas que no se encontraron completas.

Se codificó las fichas epidemiológicas y encuestas de conocimiento, actitudes y prácticas del Internado de Odontología Social 2015-III en el pueblo de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, en el periodo de Setiembre - Diciembre, en el año 2015.

Se procedió a ordenar los datos en la ficha de registros, se conformó una base de datos en Microsoft Excel 2016. Luego se procedió a formar tablas de resultados y se concluyó realizando el análisis estadístico correspondiente y la elaboración del informe final.

V.7 Plan de análisis

Se inició con un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias absolutas, frecuencias relativas, promedios y desviaciones estándar según correspondía de las diversas variables y co-variables.

La relación entre la experiencia de caries dental de los escolares y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus padres fue evaluada utilizando la prueba U de Mann-Whitney.

Para las secciones de conocimientos, prácticas y actitudes que formaban parte de la encuesta que se utilizó en los padres de los escolares, los puntajes de estas tres secciones se agruparon en dos categorías: Bajo y Alto.

El presente estudio tomó en cuenta un nivel de significancia del 95% y un $p < 0.05$. Los datos fueron analizados usando el programa estadístico SPSS v. 23.0.

V.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó luego de la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán y el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El presente estudio no tuvo ningún efecto perjudicial en las personas, puesto que solo se usaron los resultados que se obtuvieron por medio de las fichas epidemiológicas y las encuestas de conocimiento, actitudes y prácticas realizadas en el año 2015. La aprobación del Comité de Institucional de Ética se realizó el día 20 de setiembre del 2016 (Anexo 4).

VI. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el pueblo de José Sabogal, provincia de San Marcos, en el departamento de Cajamarca. En este pueblo se escogió a la escuela primaria IE 82248 Venecia para llevar a cabo la realización de las fichas epidemiológicas en los alumnos y las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en los padres de familia de los alumnos de esta escuela.

En lo que respecta a la experiencia de caries de los escolares del IE 82248 Venecia, se obtuvo como resultado para el promedio del índice de ceo-d un valor de 3.7, mientras que el promedio del índice de CPO-D tuvo un resultado de 1.9. Estos dos resultados obtenidos usando las fichas epidemiológicas en los escolares se pueden clasificar como índices de nivel bajo.

Dentro de los grupos de edades, se evidenció que la experiencia de caries dental fue mayor en el grupo de 6 años, teniendo como índice de ceo-d un valor de 7.2. En cuanto al índice de CPO-D, el grupo de edad que contaba con un valor alto fue el grupo de 15 años, teniendo como resultado un valor de 8.

La experiencia de caries dental en los escolares varió según el género, puesto que, se pudo evidenciar que el promedio de ceo-d y CPO-D en las mujeres, teniendo un valor de 4.2 y 2.3 respectivamente, era mayor que el promedio de ceo-d y CPO-D en los hombres, los cuales obtuvieron los valores de 3.3 y 1.5 respectivamente.

Con respecto a los resultados de las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas, se llegó a obtener en la parte de conocimientos que de las seis preguntas que corresponden a esta sección, los padres de familia solo habían respondido de forma correcta la primera pregunta, que representaba el 86.4% de los 103 padres de familia. Por otra parte, las preguntas restantes en esta sección fueron respondidas insatisfactoriamente.

A comparación de la sección prácticas, en la cual los padres de familia respondieron una mayor cantidad de preguntas de forma correcta. Las preguntas 7, 9, 11.1, 14 y 15, las cuales se refirieron al consumo de azúcar, higiene oral, lugar de atención odontológica, el consumo de sal y el uso de pasta dental respectivamente, fueron respondidas de

manera satisfactoria. Del mismo modo, las preguntas restantes en esta sección fueron respondidas insatisfactoriamente.

Por último, en la sección actitudes las preguntas 17, 19 y 23, las cuales se refirieron a la frecuencia de consumo de azúcar, higiene oral y dieta respectivamente, tuvieron repuestas consideradas como actitudes favorables. Las preguntas restantes en esta sección fueron respondidas insatisfactoriamente.

Al realizar el análisis de la asociación de la experiencia de caries dental en los escolares con el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de sus padres, se obtuvo como resultado la asociación de la experiencia de caries dental, específicamente con los componentes “de” ($p = 0.01$) y ceod ($p = 0.027$) con la sección de conocimientos Asimismo se halló asociación entre los componentes “dc” ($p = 0.010$), ceod ($p = 0.005$) y “DO” ($p = 0.039$) y las actitudes que tomaban los padres frente a la salud oral.

Tabla 1. Experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

	X	DE
dc	2.7	2.9
de	0.7	1.2
do	0.3	0.9
ceod	3.7	3.3
DC	0.8	1.2
DP	0.2	0.6
DO	0.9	1.8
CPO-D	1.9	2.1

n: 103

X: Promedio

DE: Desviación estandar

Tabla 2. Conocimientos sobre salud oral de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

	n	%
1) Mencione 5 alimentos que causen daño a sus dientes		
Sabe	89	86.4
No Sabe	14	13.6
2) Por qué es importante cepillarse los dientes?		
Sabe	13	12.6
No Sabe	90	87.4
3) Que partes de la boca tiene que limpiar diariamente?		
Sabe	7	6.8
No Sabe	96	93.2
4) Cada cuanto tiempo se debe ir al dentista?		
Sabe	16	15.5
No Sabe	87	84.5
5) A que edad se debería ir por primera vez al dentista?		
Sabe	25	24.3
No Sabe	78	75.7
6) Sabe que es el flúor?		
Sabe	8	7.8
No Sabe	95	92.2

N = 103

n: Frecuencia absoluta

%. Frecuencia relativa

Tabla 3. Prácticas sobre salud oral de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

	n	%
7) Consumió alimentos azucarados entre comidas ayer?		
Si	30	29.1
No	73	70.9
8) Agregó azucar a algún alimento?		
Si	79	76.7
No	24	23.3
9) Que emplea Ud. para la limpieza de su boca?		
Cepillo	17	16.5
Cepillo y pasta dental	86	83.5
10) Cuantas veces al día se cepilla los dientes?		
1 vez	22	21.3
2 veces	45	43.7
3 veces	36	35
10.1) En que momentos se cepilla los dientes?		
Mañana	13	12.6
Tarde	0	0
Noche	9	8.8
Mañana y tarde	10	9.8
Mañana y noche	35	33.9
Mañana, tarde y noche	36	34.9
11) Visitó al dentista este año?		
Si	37	35.9
No	66	64.1
11.1) En que lugar lo atendieron?		
En la posta	80	77.7
Dentista particular	23	22.3
11.2) Cual fué el motivo de su visita?		
Dolor de muela	84	81.6
Curacion dental	12	11.7
Chequeo general	7	6.7
12) Que es lo que hace cuando tiene dolor de muela?		
Acudo a la posta	87	84.5
Uso remedios caseros	16	15.5
13) Que remedio o producto casero emplea cuando tiene dolor de muela?		
Agua con sal	33	32
Pastillas	70	68
14) Usa sal?		
Si	103	100
No	0	0
15) Usa pasta dental?		
Si	90	87.4
No	13	12.6
16) En que se basa para elegir la marca de la pasta dental que compra?		
En el precio	74	71.8
En la que se encuentre disponible en la tienda	29	28.2

N = 103

n: Frecuencia absoluta

#: Frecuencia relativa

Tabla 4. Actitudes sobre salud oral de los padres de familia del IE 82248 en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

	n	%
17) Para evitar la aparición de caries dental es importante disminuir el consumo de dulces		
De acuerdo	93	90.3
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	10	9.7
En desacuerdo	0	0
18) El tiempo que dura mi cepillo de dientes depende del número de veces que me cepillo		
De acuerdo	27	26.2
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	64	62.1
En desacuerdo	12	11.7
19) El cepillo de dientes puede ser compartido por varios miembros de la familia		
De acuerdo	8	7.8
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	30	29.1
En desacuerdo	65	63.1
20) Se debe visitar al dentista solamente cuando existe "dolor de muela"		
De acuerdo	61	59.2
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	11	10.7
En desacuerdo	31	30.1
21) La elección de una pasta dental depende solamente del precio		
De acuerdo	46	44.7
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	16	15.5
En desacuerdo	41	39.8
22) Para comprar una bolsa de sal solo nos fijamos en el precio		
De acuerdo	79	76.7
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	9	8.7
En desacuerdo	15	14.6
23) Se deben reemplazar los dulces por frutas en las comidas		
De acuerdo	81	78.6
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	17	16.5
En desacuerdo	5	4.9
cuando visitan al dentista por lo menos una vez al año		
De acuerdo	16	15.5
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	69	6.7
En desacuerdo	18	17.5

N = 103

n: Frecuencia absoluta

%. Frecuencia relativa

Tabla 5. Niveles de conocimientos, prácticas y actitudes de los padres de los escolares en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

		n	%
Conocimientos	Bajo	58	56.3
	Alto	45	43.7
Prácticas	Bajo	60	58.3
	Alto	43	41.7
Actitudes	Bajo	64	62.1
	Alto	39	37.9
Total	Bajo	65	63.1
	Alto	38	36.9

N = 103

n: Frecuencia absoluta

?: Frecuencia relativa

Tabla 6. Asociación entre experiencia de caries dental de los escolares y nivel de conocimientos de sus padres en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

	Bajo		Alto		p*
	X	DE	X	DE	
dc	2.3	2.5	3.4	3.2	0.06
de	0.4	0.9	1.0	1.4	0.01
do	0.4	1.2	0.1	0.5	0.24
ceod	3.1	3.0	4.6	3.5	0.03
DC	0.6	1.1	1.0	1.3	0.17
DP	0.1	0.4	0.3	0.9	0.62
DO	1.1	2.1	0.7	1.3	0.30
CPOD	1.9	2.3	1.9	1.8	0.70

N = 103

X: Promedio

DE: Desviación estandar

*: U de Mann-Whitney

p: Significancia estadística

Tabla 7. Asociación entre caries dental de los escolares y nivel de prácticas de sus padres en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

	Bajo		Alto		p*
	X	DE	X	DE	
dc	2.9	3.0	2.6	2.8	0.56
de	0.7	1.2	0.7	1.2	0.81
do	0.4	1.1	0.1	0.5	0.30
ceod	4.0	3.4	3.3	3.2	0.31
DC	0.6	1.0	1.0	1.4	0.28
DP	0.2	0.7	0.2	0.5	0.60
DO	0.6	1.6	1.3	2.1	0.07
CPOD	1.4	2.0	2.6	2.0	0

N= 103

X: Promedio

DE: Desviacion estandar

*: U de Mann-Whitney

p: Significancia estadística

Tabla 8. Asociación entre caries dental de los escolares y actitudes de sus padres en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

	Bajo		Alto		p*
	X	DE	X	DE	
dc	2.3	3.0	3.5	2.6	0.01
de	0.6	1.0	0.9	1.4	0.07
do	0.3	1.0	0.3	0.9	0.58
ceod	3.2	3.4	4.7	2.9	0.01
DC	0.8	1.3	0.7	1.1	0.81
DP	0.1	0.3	0.3	1.0	0.36
DO	1.2	1.9	0.5	1.6	0.04
CPOD	2.1	2.1	1.6	2.0	0.17

N = 103

X: Promedio

DE: Desviacion estandar

*: U de Mann-Whitney

p: Significancia estadística

Tabla 9. Asociación entre experiencia de caries dental en los escolares y conocimientos, prácticas y actitudes de sus padres en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

	Bajo		Alto		p*
	X	DE	X	DE	
dc	3.9	2.8	0.8	1.8	0
de	1.0	1.4	0.2	0.4	0
do	0.3	1.0	0.2	0.8	0.95
ceod	5.2	3.1	1.2	2.0	0
DC	0.8	1.2	0.8	1.2	0.86
DP	0.2	0.8	0.1	0.4	0.62
DO	0.4	1.2	1.8	2.4	0.01
CPOD	1.4	1.7	2.8	2.4	0.03

N = 103

X : Promedio

DE: Desviacion estandar

*: U de Mann-Whitney

p: Significancia estadística

Tabla 10. Asociación entre experiencia de caries dental y edad de los escolares en el pueblo de Jose Sabogal, Cajamarca, 2015.

	EDAD									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
dc	5.5	5.1	3.8	2.6	2.2	0.6	0.3	0.0	0.0	0.0
de	1.2	0.9	0.6	0.9	1.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
do	0.5	0.4	0.1	0.4	0.2	0.1	1.0	0.0	0.0	0.0
ceod	7.2	6.4	4.4	3.9	3.4	0.8	1.3	0.0	0.0	0.0
DC	0.6	0.6	1.0	0.5	1.1	0.7	0.0	4.0	2.0	0.0
DP	0.4	0.1	0.0	0.1	0.3	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0
DO	0.0	0.1	0.3	0.3	1.7	1.7	2.5	0.0	2.0	8.0
CPOD	1.0	0.8	1.3	0.9	3.0	2.7	2.8	4.0	4.0	8.0

N= 103

Tabla 11. Asociación entre experiencia de caries dental y género de los escolares en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

	Femenino		Masculino		p*
	X	DE	X	DE	
dc	3.0	3.0	2.5	2.7	0.46
de	0.8	1.2	0.6	1.1	0.26
do	0.3	1.0	0.2	0.9	0.37
ceod	4.2	3.5	3.3	3.0	0.27
DC	0.7	1.1	0.9	1.3	0.53
DP	0.3	0.9	0.0	0.2	0.05
DO	1.2	2.0	0.6	1.5	0.08
CPOD	2.3	2.3	1.5	1.7	0.16

N = 103

X: Promedio

DE: Desviación estandar

*: U de Mann-Whitney

p: Significancia estadística

VII. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo identificar la asociación que existe entre la experiencia de caries dental en escolares que viven en una zona rural del Perú y los conocimientos, prácticas y actitudes que sus padres tienen sobre salud oral.

La caries dental es una enfermedad con un alto nivel de morbilidad, que es considerada uno de los grandes desafíos que tiene la salud pública y que todavía aqueja a nuestra población, afectando tanto a hombres como a mujeres, y también tanto a niños como a ancianos.

En nuestro país, la situación económica y la variada geografía existente en ella hacen que en las zonas alejadas de las principales ciudades se encuentren casos en los cuales se puede observar la severidad de esta enfermedad puesto que en algunos pueblos, los centros de salud se encuentran en zonas más cercanas a la ciudad, haciendo que los pobladores que requieren de algún tipo de atención y/o tratamiento odontológico tengan que movilizarse a las grandes ciudades para que puedan ser atendidos.

En el caso del presente estudio, que se realizó en el pueblo de José Sabogal en el departamento de Cajamarca, se pudo ubicar el centro de salud José Sabogal, que pertenece a la red de salud I-IV San Marcos. La ubicación del centro de salud en este pueblo se considera como una buena medida de prevención, puesto que, por lo antes mencionado, los pobladores no necesitan realizar un viaje largo a otras ciudades para poder ser atendidos y poder recibir el tratamiento requerido.

Por medio de las fichas epidemiológicas, se pudo observar la experiencia de caries de los 103 alumnos del pueblo de José Sabogal. Estas fichas epidemiológicas fueron entregadas al investigador al inicio del Internado de Odontología Social, para poder realizar el registro correspondiente de las piezas con caries, perdidas y obturadas que presenten los alumnos de la escuela en el pueblo de José Sabogal.

En nuestro estudio se observó que los promedios de ceod y de CPO-D en esta población son de 3.7 y 1.9, respectivamente, los cuales fueron comparados con un estudio realizado en Chile en el año 2015, en donde Cabrera et al.²² analizaron los índices de ceo-d y CPO-D en una población de escolares en una localidad rural, en el que se observó que los grupos con mayor promedio de ceo-d y CPO-D fue de 5.80 y de 5,

respectivamente. Al cotejarlos con nuestros resultados, hay una diferencia significativa entre los resultados, siendo el estudio realizado en Chile el que cuenta con una mayor severidad de caries dental en relación al estudio realizado en el pueblo de José Sabogal.

Asimismo, en un estudio realizado por Prasai et al.¹⁷ en el año 2013 en una población de escolares en el pueblo de Chepang, Nepal, el promedio de ceo-d y CPO-D de los escolares fue de 1.59 y 0.84, respectivamente. Sin embargo, los resultados en Nepal mostraron promedios de ceo-d y CPO-D que fueron más bajos que los obtenidos en este estudio, lo que pueda indicar que los escolares en Chepang tienen mejores cuidados y hay una mejor educación para la salud oral, haciendo que el índice de ceo-d y CPO-D se reduzca como ya se evidenció.

En León, Nicaragua, Medina et al.²³ realizaron un estudio en estudiantes en grupos de edades de 6-12, en el cual evaluaron los índices de ceo-d y CPO-D, teniendo como resultados para el índice ceo-d un promedio de 2.98, mientras que el promedio para el índice CPO-D fue de 0.65, respectivamente.

En Rusia, Gorbatova et al.³¹ evaluaron las diferencias de experiencia de caries dental en niños de 6 años que viven en poblaciones urbanas y rurales. Como resultado de este estudio, el promedio del índice de ceo-d en los niños de este grupo de edad era de 6.71.

Al observar los resultados obtenidos en la escuela IE 82248 Venecia en el pueblo de José Sabogal, se puede analizar los promedios de los índices de ceo-d y CPO-D y compararlos con los promedios que se obtuvieron en los otros estudios previamente mencionados. En este caso, los resultados correspondientes a este estudio permiten el análisis y se observa que existe una diferencia significativa en promedios obtenidos en estudios alrededor del mundo. Esto tal vez se deba a que desafortunadamente en las zonas que se encuentran lejos de las ciudades, en este caso en las zonas rurales del Perú, no exista una buena difusión de temas relacionados a la salud oral, conllevando de esa forma al desarrollo de caries dental en los pobladores de las zonas rurales, zonas que, por su misma localización geográfica, no permiten un cambio para combatir esta enfermedad.

En lo que concierne a los conocimientos, actitudes y prácticas que los padres de los escolares puedan tener con respecto a la salud oral, se utilizaron las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas que fueron entregadas al investigador al inicio del

Internado de Odontología Social, para poder registrar las respuestas de los padres y así llegar a obtener una idea de cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres pueden influenciar, ya sea que tengan un efecto positivo o negativo, en la salud oral de sus hijos.

En lo que respecta a las respuestas de la sección conocimientos, la única pregunta de las 6 que se formularon, que fue contestada de forma satisfactoria por un gran porcentaje de los padres de familia encuestados fue la pregunta 1, que pedía a los encuestados mencionar alimentos que causen daño a los dientes. De las 103 respuestas, 89 personas sabían la respuesta correcta (86.40%), mientras que las 14 respuestas restantes (13.60%), no pudieron mencionar los alimentos que la pregunta requería. Este resultado pudo indicar que los padres de familia si cuentan con los conocimientos básicos sobre caries dental, en este caso sí pudieron identificar los alimentos que causan esta enfermedad. Sin embargo, los conocimientos de los padres de familia en relación a esta pregunta no han podido servir como una medida preventiva para sus hijos, puesto que la mayoría, por motivos de fácil adquisición de dichos alimentos, consume este tipo de alimentos.

En lo que respecta a la sección de prácticas, por medio de encuestas realizadas a los padres de familia de los escolares del IE 82248 Venecia, las respuestas a las preguntas dejaron un impacto negativo en lo que respecta a esta sección. En este caso, una de las preguntas que es considerada fundamental para mantener una buena salud oral está asociada a las veces que una persona se cepilla los dientes en el día. En este estudio, el porcentaje de personas que se cepillaba dos veces al día fue de 43.7%, mientras que el porcentaje de personas que se cepillaba una vez al día fue de 21.3%, y que el porcentaje de personas que contestó que se cepillaban tres veces al día fue de 35%. La frecuencia de cepillado por parte de los padres de familia puede afectar al desarrollo de los hábitos de higiene, en este caso la frecuencia de cepillado dental en los niños.

De acuerdo a un estudio realizado en el año 2013 en Irán por Bozorgmehr et al.³² muestra que hay una asociación significativa entre la frecuencia de cepillado dental de los padres con la frecuencia de cepillado dental que exhiben sus hijos. En este estudio además comentan que los hábitos de higiene oral, tales como la calidad y la frecuencia del cepillado dental, son imitados por los niños a la hora de realizar el cepillado dental, hábitos que pueden ser nocivos en la salud oral de los niños puesto que si los padres muestran una falta de hábitos adecuados de higiene oral, en este caso sus hijos, van a

replicar lo mismo creando de esta forma, un círculo nocivo y perjudicial para la frecuencia del cepillado dental y de los hábitos de higiene oral en general.

En otra de las preguntas que se encontraba en esta sección, en este caso se preguntó a qué lugar habían acudido para recibir tratamiento odontológico. De acuerdo a las respuestas que brindaron los padres de familia en la encuesta, hubo una respuesta que resaltó. De 103 familiares encuestados, el 77.7% de las respuestas brindadas por parte de padres de familia indicaba que el lugar al que acudían para recibir atención odontológica era el centro de salud José Sabogal, mientras que los 22.3% restantes mencionaron que recibieron tratamiento odontológico en un consultorio odontológico particular.

Asimismo, otra pregunta que tenían que responder en las encuestas era la del motivo por el cual iban al odontólogo, y de las 103 personas encuestadas, el 81.6% de los encuestados refería que el motivo por el cual decidían ir al odontólogo era porque padecían de dolor de muela, razón por la cual se les dificultaba realizar las labores del día a día, tanto como trabajar, ya que referían que no podían realizar bien su trabajo debido al dolor de muela que presentaban, y como también no tenían la facilidad para poder masticar los alimentos. El 11.7% mencionaron que acudieron a realizarse curaciones dentales, mientras que el 6.7% restante fueron a realizarse un chequeo general. Vale mencionar que la mayoría de los encuestados respondió que acudían al servicio odontológico por dolor de muela y solo el 11.7% mencionaba que acudía a la consulta odontológica para realizarse algún tipo de tratamiento preventivo y/o restaurador, puesto que los padres de familia encuestados mencionaban que realizar la exodoncia de la pieza con sintomatología era la solución a sus problemas, debido a que se ahorran tiempo, el cual podían emplear realizando sus diversas labores, ya sea en la casa como en el campo.

El centro de salud José Sabogal cuenta con un consultorio odontológico con instrumental e insumos necesarios para brindar atención a los pobladores, siendo este el único centro de salud que se encuentra equipado para realizar los tratamientos odontológicos básicos.

Este escenario no solo se ve en nuestros pobladores, ya que otros estudios en diversos países también reportan que hay casos en los cuales las personas acuden al servicio odontológico para tratar el tema del dolor de muela. Tal es el caso de un estudio en la

India realizado por Devaraj y Eswar³³, en el año 2012, en el cual el 35.2% de las personas encuestadas mencionaba que la razón por la que acudían al odontólogo era por el dolor de muela que presentaban. Ninguna de las personas encuestadas manifestó que la razón por la cual acudieron al odontólogo era porque querían realizarse un chequeo dental de rutina.

Zhu et al.⁹ enumeraron en una lista 10 razones por las cuales una persona podría acudir al odontólogo. En esta lista, la razón número 1 por la cual las personas que viven en una zona rural acuden al odontólogo, es porque padecen de dolor de muela. Seguido de este resultado, la razón número 2 por la cual uno acude al odontólogo es porque requieren de una extracción dental.

Al comparar los resultados de este estudio con los resultados que otros autores obtuvieron, se pudo observar que, para esta pregunta, la respuesta en las otras investigaciones fue la misma que se obtuvo en este estudio, el cual señalaba que la principal razón por la cual los padres de familia acuden al odontólogo es por dolor de muela. Desafortunadamente, no hubo muchos padres de familia que respondieron que acudían al servicio para realizarse algún tipo de tratamiento preventivo, y en menor cantidad acudían para la realización de un chequeo general. Esto muestra que hay un problema en el ámbito de lo que es promoción y prevención para la salud oral, puesto que, si esto se llega a reforzar y se difunde en estas zonas de una forma óptima y eficaz, los pobladores pueden acudir al servicio, pero para poder obtener algún tipo de tratamiento preventivo.

En lo que respecta a la sección actitudes de la encuesta realizada a los padres de familia, una de las preguntas que otra vez generó un poco de incertidumbre fue la necesidad de acudir al odontólogo solo cuando existe dolor de muela. En este caso, 61 (59.20%) respuestas brindadas por los encuestados manifestaron que están de acuerdo con el enunciado. Esta pregunta parece tener relación con la pregunta correspondiente a la sección prácticas de esta encuesta. Como se pudo observar por las respuestas brindadas en ambas secciones, este pensamiento conlleva a tomar decisiones erróneas por parte de los padres de familia, puesto que están permitiendo y de una forma influenciando en sus hijos cuando se trata de acudir al odontólogo. En este caso hay necesidad de cambiar las actitudes de los padres hacia ciertas situaciones que pueden beneficiar como también perjudicar el estado de la salud oral de sus hijos, puesto que, como ya se evidenció por medio de estas preguntas en particular, sus hijos esperarían

sentir algún tipo de dolor, o experimentar algún tipo de sintomatología para acudir a la consulta odontológica, cuando lo más beneficioso para ellos es acudir al odontólogo para recibir algún tipo de tratamiento preventivo, puesto que esta medida puede ayudar a reducir el nivel de caries en sus hijos, de esa manera influyendo de forma positiva en la salud oral de sus hijos.

Se logró identificar el nivel de asociación que había entre la experiencia de caries dental en los escolares con los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia. En el caso de la asociación entre la experiencia de caries dental de los escolares con los niveles de conocimientos de sus padres, se evidenció que había una asociación significativa entre el componente “de” o “dientes extraídos” ($p = 0.01$) y el ceo-d ($p = 0.027$) con los conocimientos demostrados en las encuestas por los padres. En la asociación entre experiencia de caries dental y prácticas, se observó que no se logró encontrar la asociación entre estas variables, puesto que no se obtuvo un nivel de significancia suficientemente importante. Al analizar la asociación entre la experiencia de caries dental y las actitudes de sus padres, se observó que había asociación significativa en el componente “dc” o “dientes cariados” ($p = 0.010$), el ceo-d ($p = 0.005$) y el componente “DO” o “dientes obturados” ($p = 0.039$). Por medio de estos resultados, se puede considerar que mientras el promedio de los puntajes de las respectivas secciones sea alto, habrá una asociación significativa con la experiencia de caries dental, como fue el caso de las secciones de conocimientos y actitudes.

VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo a lo obtenido en este estudio se puede concluir que:

Existe asociación entre la experiencia de caries dental en los escolares con el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de sus padres en el pueblo de José Sabogal en el departamento de Cajamarca en el periodo de Setiembre – Diciembre, en el año 2015.

Y de forma específica, con lo obtenido en este estudio se puede concluir que:

1. La experiencia de caries dental en los escolares del IE 82248 Venecia fue clasificada como un nivel de caries moderado, al obtener un promedio de ceo-d de 3.7, mientras que el promedio de CPO-D fue de 1.9, siendo clasificado como bajo. Esto según los resultados obtenidos en el pueblo de José Sabogal, departamento de Cajamarca, en el periodo Setiembre – Diciembre, en el año 2015.
2. En la sección conocimientos, 58 padres obtuvieron puntaje y 45 puntaje alto. En la sección prácticas, 60 padres obtuvieron puntaje bajo y 43 puntaje alto. En la sección actitudes, 64 padres obtuvieron puntaje bajo y 39 puntaje alto. Esto según los resultados obtenidos en el pueblo de José Sabogal, departamento de Cajamarca, en el periodo Setiembre – Diciembre, en el año 2015.
3. Se observó asociación entre la experiencia de caries dental en los escolares y los conocimientos y actitudes de sus padres en el pueblo de José Sabogal, departamento de Cajamarca, en el periodo Setiembre – Diciembre, en el año 2015.

IX. RECOMENDACIONES

Dentro de las pocas recomendaciones que se pueden dar, la que más requiere atención es diseñar una nueva encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas. Se recomienda esto puesto que las preguntas que se formulan a los encuestados no son del todo específicas, dejando así de lado información que podría ser útil para el investigador.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del Perú. Lima, Perú: MINSA; 2013.
2. Maupome et al. The association between geographical factors and dental caries in a rural area in Mexico. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(7): 1407-14.
3. Grund et al. Clinical consequences of untreated dental caries in German 5- and 8-year-olds. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 140.
4. Benavente et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol. Sanmarquina*. 2012; 15(1): 14-8.
5. Gao et al. Oral health status and oral health knowledge, attitudes and behavior among rural children in Shaanxi, western China: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2014; 14: 144-51.
6. World Health Organization. Cooperation strategy at a glance. [Internet] 2013. [Citado el 05 de junio del 2016] Disponible en: <<http://www.who.int/countryfocus>>.
7. Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima, Perú: MINSA; 2007.
8. Espinoza-Usaqui E, Pachas-Barrionuevo F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2013; 23(3): 101-8.
9. Zhu et al. Oral health knowledge, attitudes and behavior of adults in China. *International dental journal*. 2005; 55: 231-41.
10. Cypriano S, De Sousa M, Seichi R. Evaluation of simplified DMFT indices in epidemiological surveys of dental caries. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2): 1-5.
11. Levin L, Shenkman A. The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young Israeli adults. *Journal of dental education*. 2004; 68(11): 1185-91.
12. Freire et al. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein*. 2014; 12(1): 6-10.
13. Henostroza G. Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Lima: Ripano Perú SAC; 2007.
14. Mayor et al. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Rev Med Electrón*. 2014; 36(3): 339-49.

15. Marró et al. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: Artículo de revisión. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2013; 6(1): 42-6.
16. Mattos-Vela M. Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de La Molina, Lima, Perú. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(1): 25-32.
17. Prasai-Dixit et al.: Dental caries prevalence, oral health knowledge and practice among indigenous Chepang school children of Nepal. BMC Oral Health. 2013; 13: 20-5.
18. Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. Lima, Perú: MINSA; 2001.
19. Cruz et al. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en Mexico. Rev. Cubana de Estomatol. 2014; 51(1): 55-70.
20. Cupé-Araujo A, García-Rupaya C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25(2): 112-21.
21. Ajimen S, Ukachi C. Oral health trends and service utilization at a rural outreach dental clinic. J Int Soc Prev Community Dent. 2015. 5(2): 118-22.
22. Cabrera C, Arancet M, Martínez D, Cueto A, Espinoza S. Salud oral en población escolar urbana y rural. Int. J. Odonstomat. 2015; 9(3): 341-8.
23. Medina et al. Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005. Universitas. 2007; 1: 39-46.
24. Wiggen T, Wang N. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. Norsk Epidemiologi. 2012; 22(1): 13-9.
25. World Health Organization. The World Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral health in the 21st Century-The approach of the WHO Global Oral Health Programme [Internet] 2003. [Citado el 05 de junio del 2016] Disponible en: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03-en.pdf>.
26. Saldunaite et al. The role of parental education and socioeconomic status in dental caries prevention among Lithuanian children. Medicina. 2014; 50(3): 156-61.
27. Gonzáles et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles. Salud pública de México. 2011; 53(3): 247-57.
28. Lavastida M, Gispert E. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Rev. Cubana de Estomatol. 2015; 52(1): 30-41.

29. Shakya et al. Oral health related knowledge, attitude, and practice among school children of Jyamrung, Nepal. *Journal of Chitwan Medical College*. 2014; 4(9): 1-4.
30. Moreira et al. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema, Sao Paulo, Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3365-74.
31. Gorbatova et al. Urban-rural differences in dental caries experience among 6-year-old children in the Russian north. [Internet] 2012. [Citado el 06 de agosto del 2016] Disponible en: <<http://www.rrh.org.aur>>.
32. Bozorgmehr et al. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. *ISRN Dentistry*. 2013; 1: 1-5.
33. Devaraj C, Eswar P. Reasons for use and non-use of dental services among people visiting a dental college hospital in India: A descriptive cross-sectional study. *Eur J Dent*. 2012; 6: 422-7.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha Epidemiológica

FICHA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD ORAL

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA ROBERTO BELTRÁN NIERA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL

I.- DATOS PERSONALES:

Alumno: _____

Apellido y Nombres: _____ Género: M F

Dirección: _____

Colegio: _____ Grado: _____ Sección: _____

Fecha de examen (A): _____
Fecha de nacimiento (B): _____
Edad en años completos (A - B): _____

DNI: _____
DSE: _____

Alias: SI NO SI NO

Otros: SI NO

II.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO: (regístrase únicamente lo anormal)

ATM: NO SI NO SI

Gingiv: NO SI NO SI

Qualit: NO SI NO SI

Lengua: NO SI NO SI

III.- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO: (encierra en un círculo la pieza examinada)

16/17 11/21 26/27 31/41 46/47

IPB = IPD = IHO =

IPC = IPI = IBC = IBL = IBR = IBL = IBL =

IV.- REGISTRO DE CARIES DENTAL: (encierra en un círculo la pieza examinada)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Pieza															
O	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Superficie:

NSPP = NSPS = SC = SP = SO = CPDS =

Diente:

nsdp = nsds = ds = ds = do = ceod =

Superficie:

nsdp = nsds = ds = ds = do = ceod =

Observaciones: _____

Anexo 2 – Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Estomatología
Roberto Beltrán Neira
Departamento Académico de Odontología Social

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD ORAL

Estimado poblador, nosotros somos alumnos de la Facultad de Estomatología "Roberto Beltrán Neira" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y estamos con usted para desarrollar un programa en Salud Oral. Por tal motivo el presente cuestionario tiene por finalidad obtener información respecto a la salud de su boca para registrar los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene actualmente para que a partir de estos resultados, podamos orientarlo a usted y a su familia a mejorar sus hábitos en salud oral. Por favor contestar con sinceridad las preguntas que formularemos a continuación.

Comunidad: _____ Mz.: _____ Lote: _____ Fecha: _____

Encuestado(a): _____ Encuestador(a): _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____

I. SECCION CONOCIMIENTOS

1. Mencione 5 alimentos que causen daño a sus dientes y porque?

2. ¿Porque es importante cepillarse los dientes?

2.1. ¿Qué elementos debe emplear para la limpieza de la boca?

3. ¿Qué partes de la boca tiene que limpiar diariamente?

4. ¿Cada cuánto tiempo se debe ir al dentista? (tiempo expresado en meses)

5. ¿A que edad se debería ir por primera vez al dentista?

6. Sabe usted ¿Que es el flúor?

a) Si b) No (pase a la pregunta 7)

si la respuesta anterior es Si, responda:

6.1. ¿Qué acción tiene?

6.2. ¿Qué alimentos tienen flúor?

6.3. ¿En que otros productos se puede encontrar el flúor?

II. SECCION PRACTICAS

7. ¿Qué alimentos consumió usted ayer? (anotar todo aquello que esté fuera de las tres comidas principales)

8. De los alimentos que consumió ayer, ¿A alguno le agregó azúcar? ¿Cuales? (incluye todos los alimentos del día)

Anexo 3 – Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (cont.)

9. ¿Qué emplea usted para la limpieza de su boca? (si no responde cepillo, pase a la pregunta 11)
10. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?
- 10.1. En relación a la pregunta anterior, ¿En que momentos del día se cepilla los dientes?
11. ¿Hace cuánto tiempo visitó al dentista en el último año?
- 11.1. ¿En que lugar lo atendieron?
- 11.2. ¿Cuál fue el motivo de su visita?
12. ¿Qué es lo que hace cuando tiene dolor de muela?
13. ¿Qué remedio o producto casero emplea o usa cuando tiene un dolor de muela?
14. Por favor, ¿Podría mostrarme su paquete de sal? (Anotar la marca y la concentración de flúor que aparece en el paquete). Si contiene flúor, ¿cómo lo almacena?
15. ¿Usa usted pasta dental?
- a) Si b) No
- 15.1. ¿Por qué?
16. ¿En qué se basa para elegir la marca de pasta dental que compra?

III SECCION ACTITUDES (Marcar con una X el casillero correspondiente)

		De acuerdo	Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo
17	Para evitar la aparición de caries dental es importante disminuir el consumo de dulces.			
18	El tiempo que dura mi cepillo de dientes depende del número de veces que me cepillo.			
19	El cepillo de dientes puede ser compartido por varios miembros de la familia.			
20	Se debe visitar al dentista solamente cuando existe "dolor de muela".			
21	La elección de una pasta dental depende solamente del precio.			
22	Para comprar una bolsa de sal sólo nos fijamos en el precio.			
23	Se deben reemplazar los dulces por frutas en las comidas.			
24	Las personas se interesan en su salud cuando visitan al dentista por lo s una vez al año			

Anexo 4 – Carta de aprobación del Comité Institucional de Ética



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**
Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología (DUICT)

CONSTANCIA 353 - 19- 16

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : "Asociación entre la experiencia de caries dental en niños de una escuela primaria y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres de familia sobre caries dental en el poblado de José Sabogal- Cajamarca en el periodo de Setiembre-Diciembre en el año 2015".

Código de inscripción : 100003

Investigador principal : Arteaga López, Aarón

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 16 de setiembre del 2016.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador esta exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y solo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **19 de setiembre del 2021**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 20 de setiembre del 2016.



Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación

Av Honorio Delgado 430
Lima 31
P.O. Box 4314 Lima 100

T. (51 1) 319-0000 A. 2271 / 2542
E. duict@oticias-upch.pe

www.upch.edu.pe/vrime/duict

Anexo 5 – Claves de encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas

CLAVE DE RESPUESTAS CUESTIONARIO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD ORAL

Emplee la siguiente cartilla de respuestas para catalogar los conocimientos, actitudes y prácticas de cada poblador mayor de 12 años:

I. SECCIÓN CONOCIMIENTOS:

Clasifique la respuesta de los pobladores a cada pregunta como SABE o NO SABE en base a las siguientes respuestas. No existirán "medios puntos"

PREGUNTA 1: MENCIONE 5 ALIMENTOS QUE CAUSEN DAÑO A SUS DIENTES

No sabe si menciona algún alimento que no sea cariogénico, sin importar el número de alimentos mencionados.

PREGUNTA 2 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CEPILLARSE LOS DIENTES?

Sabe si menciona ambas razones: (1) evitar la caries dental y (2) evitar la enfermedad periodontal (como limpieza o higiene)

PREGUNTA 3: ¿QUÉ PARTES DE LA BOCA TIENE QUE LIMPIAR DIARIAMENTE?

Sabe si menciona las tres partes (dientes, lengua y encía)

PREGUNTA 4: ¿CADA CUÁNTO TIEMPO DEBE IR AL DENTISTA?

Sabe si contestó cada 6 meses (o dos veces al año)

PREGUNTA 5: ¿A QUE EDAD SE DEBERÍA IR POR PRIMERA VEZ AL DENTISTA?

Sabe si contestó antes del primer año de vida

PREGUNTA 6: EN ELLA SE ANALIZARÁN POR SEPARADO:

¿QUÉ ACCIÓN TIENE EL FLÚOR?

Sabe si contestó cualquiera de las tres ideas (fortalecer, proteger, prevenir caries dental)

¿QUÉ ALIMENTOS TIENEN FLÚOR?

Sabe si al menos mencionó uno (pescado, hojas de te negro o verde y garbanzos)

OJO: en este rubro no se incluye la sal. Se refiere a flúor en forma natural.

¿EN QUE OTROS PRODUCTOS SE ENCUENTRA EL FLÚOR?

Sabe si contestó ambos (pasta dental y la sal)

II. SECCIÓN PRÁCTICAS:

Clasifique las conductas de los pobladores en base a los siguientes parámetros. Las preguntas 8, 11, 12, 13 y 15 **no serán analizadas** para el sistema de vigilancia.

PREGUNTA 7: ¿QUÉ ALIMENTOS CONSUMIÓ USTED AYER?

Evaluar el consumo de alimentos azucarados entre comidas (consume o no)

PREGUNTA 9: ¿QUÉ EMPLEA USTED PARA LA LIMPIEZA DE SU BOCA?

Evaluar el uso simultáneo de cepillo y pasta (usa o no)

PREGUNTA 10A: ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?

Evaluar el número de veces al día por categorías (1, 2, 3, etc.)

PREGUNTA 10B: ¿EN QUÉ MOMENTOS DEL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?

Anexo 6 – Claves de encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (cont.)

Evaluar por separado la frecuencia de las respuestas: después de cada comida (hace o no) y antes de dormir (hace o no).

PREGUNTA 14: ¿QUÉ ES LO QUE HACE CUANDO TIENE UN DOLOR DE MUELA?

Evaluar la solución profesional (ir al dentista) de problemas dentales (hace o no)

PREGUNTA 16: ¿POR FAVOR, PODRÍA MOSTRARME SU PAQUETE DE SAL?

Evaluar el consumo de sal fluorurada (EMSAL, QUIMPAC) (consume o no)

PREGUNTA 17: ¿EN QUE SE BASA PARA ELEGIR LA MARCA DE PASTA DENTAL QUE COMPRA?

Evaluar la respuesta 'por que contiene flúor' (sí o no)

III. SECCIÓN ACTITUDES:

Asignar el puntaje a cada ítem, recordando que existen sentencias afirmativas y negativas:

	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo
Para evitar la aparición de caries dental es importante disminuir el consumo de dulces	3	2	1
El tiempo que dura mi cepillo de dientes depende del número de veces que me cepillo los dientes	3	2	1
El cepillo de dientes puede ser compartido por varios miembros de la familia.	1	2	3
Se debe visitar al dentista solamente cuando existe "dolor de muela"	1	2	3
La elección de una pasta dental depende solamente del precio	1	2	3
Para comprar una bolsa de sal sólo nos fijamos en el precio	1	2	3
Se deben reemplazar los dulces por frutas en las comidas	3	2	1
Las personas se interesan en su salud cuando visitan al dentista por lo menos una vez al año	3	2	

Clasifique la actitud de cada individuo en base a la siguiente escala (tipo Likert de 3 puntos):

De 8 a 18.6 es ACTITUD DESFAVORABLE

De 18.7 a 24.0 es ACTITUD FAVORABLE

Anexo 7 – Población de escolares por edades del IE 82248 Venecia en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

Anexo 7. Población de escolares por edades del IE 82248 Venecia en el pueblo de José Sabogal, Cajamarca, 2015.

		Edad										Total
		6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)	11 (%)	12 (%)	13 (%)	14 (%)	15 (%)	
Hombre	1 (2%)	8 (16%)	10 (20%)	8 (16%)	9 (18%)	10 (20%)	10 (20%)	2 (4%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	50 (100%)
Mujer	10 (18.9%)	6 (11.3%)	6 (11.3%)	8 (15.0%)	9 (17.0%)	11 (20.8%)	2 (3.8%)	0 (0%)	1 (1.9%)	0 (0%)	0 (0%)	53 (100%)

N= 103

n: Frecuencia absoluta

%. Frecuencia relativa