

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE RIESGO DE CARIES Y DIETA CARIOGÉNICA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA REINO DE BÉLGICA - UCHUMAYO 2014

Tesis presentado por la Bachiller:
NOHELIA KARINA RIVEROS CALLA

Para optar el título profesional de:
CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA-PERÚ

2014

Dedicatoria

Al ser divino, que ha permitido hasta el día de hoy darme la dicha de tenerlos a mis padres junto a mí y que puedan ser testigos de cada logro, experiencias en mi vida. Por cuidarme, protegerme e iluminarme con su sabiduría y amor.

A Dios

A los dos luceros de mi vida que son la luz de mi camino, a mi querido papá por exigirme, alentarme y a mi querida mamá por brindarme su ternura y siempre una palabra de cariño. Gracias por su comprensión, apoyo y amor incondicional, ya que sin ellos nada sería posible.

A mi queridos padres Jesús y Nieves con todo mi amor

ÍNDICE

RESUMEN	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 ENUNCIADO	12
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO	12
• Área general	12
• Área específica	12
• Especialidad	12
• Línea	12
1.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	12
1.3.3 INTERROGANTES BÁSICAS	12
1.3.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN	13
1.3.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
• Originalidad	13
• Relevancia científica	14
• Relevancia social	14
• Actubilidad	14
• Viabilidad	14
• Conveniencia	14
2. OBJETIVOS	14
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1 CONCEPTOS BÁSICOS.	15
3.1.1 ALIMENTACIÓN	15
3.1.1.1 CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN	15
3.1.2 NUTRICIÓN	16

3.1.2.1 CONCEPTO DE NUTRICIÓN.....	16
3.1.2.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS	16
a) Malos hábitos alimenticios	17
3.1.3 DESNUTRICIÓN	17
3.1.3.1 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN	17
3.2 RIESGO CARIOGÉNICO.....	18
3.2.1 FACTORES ETIOLÓGICOS.....	18
3.2.1.1 FACTORES ETIOLÓGICOS PRIMARIOS	19
A. MICROORGANISMOS	19
B. HUÉSPED:	19
a) Saliva.....	19
b) Diente.....	20
c) Inmunización.....	21
d) Genética	21
C. DIETA.....	22
a) Factores que determinan las propiedades cariogénica de una dieta	23
a.1) Los alimentos y las caries	23
a.1.1) Factores que establecen la cariogenicidad del alimento	24
a.2) Las Bebidas y Las caries	25
b) Factores dietéticos en la promoción de caries dental	26
b.1) Carbohidratos.....	26
b.1.1) Sacarosa.....	27
b.1.2) Glucosa y fructuosa	27
b.1.3) Lactosa.....	28
b.1.4) Almidón.....	29
c) Factores dietéticos en la prevención de caries dental	29
c.1) Fosfatos, calcio y fluoruro	29
c.2) Proteínas.....	30

c.3) Grasas.....	31
c.4) Sustitutos de azúcar	32
d) Reconociendo una Dieta Cariogénica	32
d.1) Alimentos de alto riesgo	33
d.2) Alimentos de riesgo moderado	33
d.3) Alimentos de bajo riesgo	34
e) Recomendaciones dietéticas.....	35
D. TIEMPO	36
3.2.1.2 FACTORES ETIOLÓGICOS MODULADORES.....	36
3.3 CONSECUENCIAS DE LA DIETA CARIOGÉNICA EN SALUD.....	38
3.4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	39
4. HIPÓTESIS.....	41
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	43
1.1 TÉCNICA.....	43
1.2 INSTRUMENTOS	44
1.2.1 Instrumento documental.....	44
1.2.2 Instrumento mecánico	44
1.2.3 Materiales	44
2. CAMPO DE VERIFICACION	44
2.1 Ubicación espacial.....	44
2.2 Ubicación temporal	44
2.3 Unidades de estudio.....	45
2.4 Criterio de selección.....	45
• Criterio de inclusión	45
• Criterio de exclusión	45
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.1 ORGANIZACIÓN	45
3.2. RECURSOS	46
3.2.1 Recursos económicos	46
3.2.2 Recursos humanos	46
3.2.3 Recursos físicos.....	46

3.2.4 Recursos institucionales	46
3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	46
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS	47
4.1 EN EL ÁMBITO DE SISTEMATIZACIÓN.....	47
4.1.1 Clasificación.....	47
4.1.2 Recuento.....	47
4.1.3 Análisis de datos.....	47
4.1.4 Plan de tabulación	48
4.1.5 Graficación	48
4.2 EN EL ÁMBITO DE ESTUDIO DE LOS DATOS	48
4.2.1 Metodología de interpretación	48
4.2.2 Modalidades de interpretación	48
4.2.3 Niveles de interpretación.....	49
4.3 EN EL ÁMBITO DE CONCLUSIONES	49
4.4 EN EL ÁMBITO DE RECOMENDACIONES.....	49
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
HEMEROGRAFÍA	73
LINKOGRAFÍA	74
ANEXOS	75
• Encuesta	76
• Matriz de datos	80
• Fotografías.....	84
• TABLA N ^a 1.....	89
• GRAFICO N ^a 1	90
• TABLA N ^a 2.....	91
• GRAFICO N ^a 2	92
• OTROS DOCUMENTOS	

RESUMEN

El objetivo del siguiente trabajo es determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en niños de edad escolar.

En este trabajo de investigación participaron los padres de ambos sexos, siendo padres de los niños que estudian en la Institución Educativa Reino de Bélgica del distrito de Uchumayo.

Para conseguir los objetivos propuestos se tomó una muestra de 85 padres de familia entre 24 y 77 años, Los datos fueron recogidos en el mes de Junio del 2014 para lo cual se utilizó como instrumento una encuesta de 20 preguntas, para determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica donde posteriormente se hizo la evaluación y se obtuvo los resultados correspondientes.

Los resultados encontrados determinaron que el nivel de conocimiento de los padres de familia evaluados, el 68,2% tiene un nivel de conocimiento insuficiente, el 30.6% presenta nivel de conocimiento regular, el 1,2% siendo de nivel de conocimiento bueno, y finalmente 0% presenta un nivel de conocimiento muy bueno.

Estadísticamente no se aprecia que exista una relación significativa entre la edad, sexo, grado de instrucción e ingreso económico y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica.

PALABRAS CLAVES:

Nivel de conocimiento sobre Riesgo de caries y dieta cariogénica.

SUMMARY

The purpose of this study is to determine the level of knowledge of parents about caries risk and cariogenic diet in schoolchildren.

In this research the parents of both sexes, with parents of children studying in the school district Kingdom of Belgium Uchumayo participated.

To achieve that end a sample of 85 parents between 24 and 77, data were collected in the month of June 2014 which was used as an instrument a questionnaire of 20 questions to determine the level of knowledge took of parents about caries risk and cariogenic diet where later the assessment was made and the corresponding results are obtained.

The results determined that the level of knowledge of parents evaluated, 68.2% have insufficient knowledge level, 30.6% have regular knowledge level, and 1.2% being good level of knowledge and 0% finally has a very good level of knowledge.

Statistically not appreciated that there is a significant relationship between age, sex, level of education and income and the level of economic knowledge of parents about caries risk and cariogenic diet.

KEYWORDS:

Knowledge about risk of caries and cariogenic diet.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades Odontoestomatológicas y más aún en niños del Perú.

Donde los padres de familia por ser las personas más cercanas y primeras principalmente por tener el primer contacto con los niños mucho antes que se dé la primera consulta odontológica, que en muchos casos transmiten sus conocimientos que pueden perjudicarlos.

El presente trabajo de investigación dará a conocer algunos aspectos sobre el nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica siendo uno de los problemas principales relacionados con la cariogenicidad de los alimentos sea por su composición química, su consistencia física y la frecuencia de su ingesta; por lo que hay que evitar el exceso de azúcar en la dieta, no comer alimentos pegajosos o retentivos y limitar la ingesta entre las comidas, de aquí nace la importancia de saber el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica y conocer con mayor detalle la realidad del nivel de conocimiento actual.

Los resultados de esta investigación actualizarán la base de datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de los padres de niños ya que en el Perú existe escasa información, por lo tanto el presente trabajo podrá sentar las bases para futuros programas preventivos en salud bucal.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. - PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación ha sido determinado debido que el nivel de conocimiento de los padres de familia juega un rol importantísimo en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, principalmente por tener el primer contacto con el infante mucho antes que se dé la primera consulta odontológica.

Por este motivo los padres de familia deben de buscar al odontólogo para la atención especializada del niño y la instrucción sobre los alimentos que debe de consumirse.

Debido que el conocimiento de los padres de familia en su mayoría no está referente a la capacidad nutritiva de los alimentos y a su naturaleza bioquímica la cual tiene una relación directa con la caries, mientras más baja esta capacidad nutritiva es mayor la capacidad cariogénica, compuesta por carbohidratos.

Es por eso la motivación de investigar y evaluar el nivel de conocimiento de los padres de familia de sus hijos sobre riesgo de caries y dieta cariogénica que puede formar un problema de salud pública para la población infantil.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en niños de edad escolar de la Institución Educativa Reino de Bélgica - Uchumayo 2014.

1.3. DESCRIPCIÓN

1.3.1. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Odontología y Nutrición
- Especialidad: Odontopediatría
- Línea: Preventiva- Nutrición

1.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
El nivel de conocimiento de padres sobre riesgo de caries	Experiencia de Caries	Insuficiente (0-10) Regular (11 a 13) Bueno (14 a 17) Muy bueno (18 a 20)
	Higiene Bucal	
Dieta Cariogénica	Hábitos alimenticios	
	Características Físicas del Alimento	

1.3.3. INTERROGANTES BÁSICAS

- 1) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en niños de edad escolar de la Institución Educativa Reino de Bélgica?
- 2) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su edad?
- 3) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su sexo?

- 4) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su grado de instrucción?
- 5) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su ingreso económico familiar?

1.3.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- De campo

1.3.5. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

- Descriptiva

1.4. JUSTIFICACIÓN

Originalidad

Dicho trabajo de investigación posee una originalidad específica ya que a pesar de que reconoce antecedentes investigativos previos, tiene un enfoque singular.

Relevancia

Relevancia científica: El presente trabajo de investigación tiene relevancia científica por qué no se encuentran reportes del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación donde contribuyan a instruir o a mejorar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre sus dieta escolar en los niños.

Relevancia humana: Tiene relevancia humana porque ayudará a los niños puesto que podremos estudiar mejor sus resultados que se realizara en los padres para poder instaurar un programa educativo preventivo en salud bucal.

Actualidad

El tema de investigación es actual porque se obtendrán datos recientes.

Viabilidad

El estudio es viable, porque hay disponibilidad de las unidades de estudio.

Concordancia

Tiene concordancia con la política investigativa de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa-María.

2. OBJETIVOS

1. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en niños de edad escolar de la Institución Educativa Reino de Bélgica.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su edad.
3. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su sexo.
4. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su grado de instrucción.
5. Determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica según su ingreso familiar.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1 ALIMENTACIÓN

3.1.1.1 CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN

Es la forma y manera de proporcionar al cuerpo esos alimentos que le son indispensables.

Alimentación y nutrición son conceptos esencialmente distintos: la alimentación es la consecuencia de una serie de actividades, conscientes y voluntarias, en virtud de las cuales el ser humano se proporciona sustancias aptas para su consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, etc., y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas, también de modo voluntario y consciente.

A partir de aquí acaba la alimentación y empieza la nutrición; esos alimentos son digeridos en el aparato digestivo, las sustancias nutritivas que contienen son absorbidas y luego transportadas a los tejidos y utilizadas por estos; y todo ello se realiza de modo involuntario o inconsciente.

Cualquiera de nosotros puede, a su elección, comer carne o verdura. Pero en cambio, no depende de nuestra voluntad absorber o no los alimentos o las vitaminas contenidas en esos alimentos¹.

¹ GALILEA CENTRO DE FORMACIÓN Y EMPLEO, "Nutrición y dietética", 1º Edición INNOVA 2010, Pág. 8

3.1.2 NUTRICIÓN

3.1.2.1 CONCEPTO DE NUTRICIÓN

Según la definición de la OMS, la nutrición es el proceso a través del cual los organismos vivos toman y transforman en su interior sustancias sólidas y líquidas, que le son extrañas y que necesitan para el mantenimiento de la vida, el funcionamiento de sus órganos, la producción de energía y el crecimiento².

Se sabe que la nutrición es importante durante el periodo prenatal y en los primeros años de vida, ya que esta tiene influencia sobre el crecimiento físico, desarrollo bioquímico y posiblemente mental³, y que junto con la dieta juegan un papel importante en el desarrollo de los dientes, en la calidad e integridad del hueso y del tejido gingival⁴.

3.1.2.1 HÁBITOS ALIMENTICIOS

Los hábitos alimenticios son el conjunto de conductas adquiridas por cada individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimenticios se relacionan principalmente con las características

² GALILEA CENTRO DE FORMACIÓN Y EMPLEO , *“Nutrición y dietética”*, 1º Edición INNOVA 2010, Pág. 7

³ QUIÑONES YBARRÍA ME, PÉREZ PÉREZ L, FERRO BENÍLEZ PP, MARTÍNEZ CANALEJO H, SANTANA PORNÉN S. *“Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años. Rev Cubana Estomatol”* v.45 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008

⁴ MAHAN LK, ESCOTT-STUMP S. *“Nutrición y dietoterapia de Krause”*. 10ª edición, México: Mc Graw-Hill; 2001: 290-1.

sociales, económicas y culturales de una población o región determinada⁵.

Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

Los hábitos saludables son adquiridos, no enseñados. Los padres que inician su día con un desayuno saludable, por ejemplo, son los que con mayor probabilidad tendrán hijos con hábitos similares.

a) Malos hábitos alimenticios

Es el resultado en gran parte de los modelos culturales y costumbres en la alimentación que los padres transmiten a sus hijos, los malos hábitos alimenticios son un factor determinante en la vida de los seres humanos que se establece desde el nacimiento a través del proceso de enseñanza-aprendizaje, centrado en la alimentación familiar, mismo que permanece más o menos constante a lo largo de la vida e ingieren alimentos que no son de beneficio para la salud⁶.

3.1.3 DESNUTRICIÓN

3.1.3.1 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN

El concepto de desnutrición ha sido variando históricamente en relación a la adquisición de nuevos conocimientos junto a la aparición de nuevos métodos

⁵ MARTHA ELENA YAMASAKI, "TOFU", Editorial Edaf, S.A. Jorge Juan, 30-28001 Madrid, Pag.123-124,2004

⁶ SALUD MEGAZINE, En: <http://saludmagazine.com.mx/4/estilo-de-vida-saludable/control-de-peso/9/29/cuales-son-nuestros-malos-habitos-alimenticios/>

de valoración del estado nutricional. De esta forma coexisten numerosas definiciones, si bien ninguna puede considerarse como completa o definitiva⁷.

Una definición sencilla, que integra otras propuestas previas sería “Es un estado patológico provocado por un consumo inadecuado de nutrientes que provoca una alteración de la composición corporal y que afecta negativamente a la respuesta normal del sujeto frente a la enfermedad y su tratamiento”.

3.2 RIESGO CARIOGÉNICO

3.2.1 FACTORES ETIOLÓGICOS

Sobre la base de la triada ecológica formulada por Gordon, para la elaboración del modelo causal en Epidemiología (FREITAS. 2001), en 1960, Paul KEYES estableció que la etiología de la caries dental obedecía a un esquema compuesto por tres agentes (Huésped, Microorganismos y Dieta) que deben interactuar entre sí.

Sin embargo, NEWBRUN en 1978, ante la evidencia proporcionada por nuevos estudios al respecto, añadió el factor tiempo como un cuarto factor etiológico, requerido para producir caries⁸.

⁷ GABRIEL OLVEIRA FUSTER, “*Manual de nutrición clínica*”, Edición Díaz de Santos S.A. Juan Bravo ,3-A 28006 Madrid , Pág. 84,2000

⁸ HENOSTROZA HARO, GILBERTO. “*Caries dental: principios e procedimientos para o diagnóstico*”, Editorial Ripano, 2008, Pág. 20-34

3.2.1.1 FACTORES ETIOLÓGICOS PRIMARIOS

A. MICROORGANISMOS

Se estableció que la noción básica de esta enfermedad es semejante a la de otras patologías infecciosas y, por ende, se encuadra en el concepto del balance existente entre la respuesta inmune, por un lado, y la patogénesis microbiana, por el otro.

La cavidad bucal contiene una de las más variadas y concentradas poblaciones microbianas del organismo entre las bacterias presentes en la boca se encuentran tres especies principalmente relacionadas con la caries: Streptococcus, Lactobacillus, Actinomyces.

B. HUÉSPED:

Los factores ligados al huésped pueden distribuirse en cuatro grupos: los relacionados a la saliva, los relativos al diente, los vinculados a la inmunización y los ligados a la genética.

a) Saliva

La participación de la saliva en el proceso carioso ha sido corroborada mediante estudios diversos, en los cuales -al disminuir el flujo salival- se observó un incremento sustancial de los niveles de lesiones de caries.

La acción salival promueve el desarrollo de la microflora, mediante dos efectos principales: antimicrobianos y nutricionales.

Por otro lado, la saliva cumple un rol contrapuesto; es decir protector, a través de La dilución y lavado de los azúcares de la dieta diaria.

b) Diente

Los dientes presentan tres particularidades fuertemente relacionadas a favorecer el desarrollo de lesiones cariosas, Estas son:

- **Proclividad.** Ciertos dientes presentan una mayor incidencia de caries, asimismo alguna superficies dentarias son más propensas que otras, incluso respecto al mismo diente.
- **Permeabilidad adamantina.** La permeabilidad del esmalte disminuye con la edad, asociada a alteraciones en la composición de la capa exterior del esmalte que se producen tras la erupción del diente.

Las diferentes proporciones de los componentes del esmalte determinan la resistencia mayor o menor del esmalte y, con ello, la velocidad del avance de las lesiones.

- **Anatomía.** La anatomía, la mal posición dentaria, la disposición y la oclusión de los dientes, guardan estrecha relación con la aparición de lesiones cariosas, ya que favorecen

la acumulación de placa y alimentos pegajosos, además de dificultar la higiene bucal. También contribuyen en la formación de lesiones cariosas, las anomalías de los dientes, en cuanto a forma y textura.

- Debe tenerse en cuenta que toda variación en los factores primarios puede ser causa directa de una exacerbación del potencial cariogénico.

c) Inmunización

Existen indicios de que el sistema inmunitario es capaz de actuar contra la microflora cariogénica, produciendo respuesta humoral mediante anticuerpos del tipo Inmunoglobulina A salival, y respuesta celular, mediante linfocitos T.

d) Genética

Debido a que son heredables determinadas características relevantes de la caries dental, tales como: la progresión. La respuesta ante la inflamación, las peculiaridades anatómicas y la susceptibilidad; se aspira a que la identificación de los respectivos genes haga factible determinar el riesgo antes a que la enfermedad se establezca, e incluso con antelación a la erupción de los dientes.

C. DIETA

La salud bucodental es un área de la salud general de los individuos. Una mala salud bucodental incidirá negativamente sobre la salud y el estado nutritivo del individuo en general, así como el mal estado nutritivo del paciente provoca un mayor riesgo en la salud bucodental del individuo. Así pues, ambos elementos se retroalimentan.

Un estudio reciente realizado por dos Santos y Col., demostró que una dieta con alto contenido de azúcar cambia la composición química y microbiológica de la placa dental, lo cual podría explicar los diferentes patrones de caries observados en dentición primaria.

En niños mayores y adolescentes, la alta prevalencia de caries se le atribuye al estilo de vida, debido al incremento en la frecuencia de la ingesta de caramelos, bebidas azucaradas y meriendas⁹.

Cualquier alimento que posea hidratos de carbono es potencialmente cariogénico, siendo la cariogenicidad de un alimento, una medida de su capacidad para facilitar la iniciación de la caries; no es un valor absoluto que garantice que el

⁹ MOYNIHAN P, LIGSTRÔN P, RUGG-GUNN AJ, BIRKHED. *"The Role of Dietary Control. Disponible en: Dental Caries: The disease and its Clinical Management. Chapter 14"* 2004, Pág. 223-242

consumidor inevitablemente tendrá la enfermedad, pues la etiología de la caries es multifactorial¹⁰.

a) Factores que determinan las propiedades cariogénicas de una dieta¹¹

Los factores principales a considerar para determinar las propiedades cariogénicas, cariostáticas y anticariogénicas de la dieta son: la forma del alimento, bien sea sólido, líquido o pegajoso, la frecuencia en la ingesta de azúcares y otros carbohidratos fermentables, la composición de los nutrientes, el potencial de saliva estimulada, la secuencia en la ingesta de las comidas y la combinación de los alimentos.

a.1) Los alimentos y las caries

Es conocida la influencia que posee la dieta en la

Etiopatogenia de numerosas enfermedades buco-dentales, siendo el máximo exponente de ella la caries dental.

El potencial cariogénico absoluto de un alimento o bebida, está determinado no sólo por su contenido de azúcar fermentable (cantidad), sino

¹⁰ LIPARI A Y ANDRADE P. **“Factores de Riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría, 2002”** Pág. 7-8

¹¹ RUIZ, MIRIAM, MARÍA JOSÉ LAVALLE. Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <http://www.folp.unlp.edu.ar/assignaturas/quinto/ni%F1os3/Dieta.htm>

también por otras características son: la capacidad retentiva, y la frecuencia o norma de consumo del mismo, entre otros.

a.1.1) Factores que establecen la
cariogenicidad del alimento

La consistencia física de la dieta:

Los alimentos adhesivos son mucho más cariogénicos que los no retentivos. En términos más claros, esto significa que una bebida azucarada, es menos cariogénica que una confitura dulce, independientemente de la cantidad de azúcar que ellos contengan.

Momento de la ingesta: Los alimentos azucarados son más peligrosos si son consumidos entre comidas, que durante ellas. Esto tiene que ver con los mecanismos de defensas naturales de la boca, que funcionan al máximo durante las comidas, y tienden a eliminar los restos de alimentos que quedan en ella y a neutralizar los ácidos que puedan haberse formado. Por esta razón, el peor momento para ingerir un alimento cariogénico es inmediatamente antes de ir acostarse, porque la boca se halla

casi en reposo completa durante el sueño, careciendo de los citados mecanismos.

La frecuencia con la cual son consumidos los alimentos cariogénicos: Cuanto más frecuentes sean estas, más cariogénicos se vuelven.

a.2) Las Bebidas y Las caries

El consumo frecuente y en ciertas ocasiones hasta excesivo de bebidas carbonatadas (gaseosas) ya sean *diet* o no, bebidas de soja naturales o saborizadas y jugos ya sean naturales, comerciales diluidos, para diluir o en polvo, produce alteraciones en la cavidad bucal que constituyen un problema de interés en la clínica odontopediátrica diaria, cuyas manifestaciones principales son la erosión del esmalte y las caries dental.

El contenido de sacarosa de las bebidas las hace cariogénicas (acción *directa*), ya que contribuye a sostener el pH ácido del medio bucal por metabolismo de los azúcares; aunque no es esta la única forma en la que los líquidos que frecuentemente ingieren los niños intervienen en el proceso carioso. Otra

forma de acción, es *indirecta* y es el que provocan las gaseosas diet, (carentes de Hidratos de carbono posibles de ser metabolizados), estas poseen las mismas características de ácido débil que las demás bebidas carbonatadas, el cual les otorga propiedades erosivas.

Las irregularidades creadas en el esmalte favorecen el depósito de placa bacteriana que puede metabolizar hidratos de carbono provenientes de otra fuente o de otro momento, induciendo la formación de caries secundaria al proceso inicial de desmineralización.

Es decir, que el consumo frecuente y excesivo de estas bebidas las convierte en un factor extrínseco relevante coadyuvante en el desarrollo de las citadas alteraciones dentales

b) Factores dietéticos en la promoción de caries dental

b.1) Carbohidratos

Los carbohidratos son la principal fuente de energía de las bacterias bucales, específicamente las que están directamente envueltas en el descenso del pH. La mayoría de los carbohidratos en la dieta son monosacáridos (glucosa, fructosa y

galactosa); disacáridos (sacarosa, maltosa y lactosa); oligosacáridos y polisacáridos o levaduras¹². Se ha demostrado que una dieta rica en carbohidratos fermentables en poblaciones con hábitos de higiene inadecuados y falta de exposiciones regulares al fluoruro tópico de las pastas dentales, es un factor crítico en la aparición de caries.

b.1.1) Sacarosa

La sacarosa es el azúcar común de la dieta diaria y es el constituyente de muchos productos como tortas, caramelos, frutas, y muchas bebidas. También se encuentra en cereales, productos lácteos, ensaladas y salsa de tomate. La sacarosa es el azúcar común de la dieta.

b.1.2) Glucosa y fructuosa

La glucosa y fructosa se encuentran de forma natural en frutas y en la miel. Los jugos de fruta y bebidas con sabor a fruta tienen un alto potencial cariogénico debido a su

¹² TOMÁS SEIF R., CARLOS BÓVEDA Z.. *“Cariología. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental”* Editor Actualidades Médico Odontológicas de Latinoamérica. 1997, Pág. 20-21

gran contenido de azúcar y a la manera como son consumidos por los niños¹³.

Usualmente, son utilizados junto con los chupones, en biberones y tazas para asir, además forman parte principal en la dieta de los niños preescolares, debido a su buena aceptación, bajo costo y porque los padres piensan que son nutritivos.

b.1.3) Lactosa

La lactosa está presente en la leche y la maltosa es derivada de la hidrólisis del almidón¹⁴.

La leche también ha sido considerada como bebida cariogénica, pero la azúcar de la leche (lactosa), no es fermentada en el mismo grado que otros azúcares. Por otro lado, es menos cariogénica debido a que las fosfoproteínas que contiene, inhiben la disolución del esmalte. Aunque se ha demostrado que la leche tiene una cariogenicidad reducida, sirve de

¹³ VAISMAN B, MARTÍNEZ MG. “*Asesoramiento dietético para el control de caries en niños*”. en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp, 2004

¹⁴ TINANOFF N, PALMER C. “*Dietary Determinants of Dental Caries and Dietary Recommendations for Preschool Children*”. Editor J Public Health Dent 2000” Pág. 197-206.

vehículo para muchas sustancias cariogénicas. Muchas fórmulas infantiles contienen sacarosa, lo que aumenta el potencial cariogénico¹⁵.

b.1.4) Almidón

El almidón es un polisacárido de glucosa de mayor reserva en la plantas y es el carbohidrato principal de la dieta. En muchos países, cereales como arroz, maicena, avena, trigo y centeno, aportan el 70 % de las calorías. Los almidones son considerados como carbohidratos poco cariogénicos¹⁶.

c) Factores dietéticos en la prevención de caries dental

Se ha establecido que muchos componentes de los alimentos tienen la habilidad de reducir el efecto inductor de caries por los carbohidratos

c.1) Fosfatos, calcio y fluoruro

Los fosfatos, junto con el calcio y fluoruro contribuyen a la remineralización de áreas

¹⁵ TINANOFF N; KANELLS MJ; VARGAS C. *“Current Understanding of the Epidemiology, Mechanisms, and Prevention of Dental Caries in preschool Children. *Pediat Dent* 2002”*. Pág. 543-551.

¹⁶ TINANOFF N, PALMER C. *“Dietary Determinants of Dental Caries and Dietary Recommendations for Preschool Children. Editor J Public Health Dent 2000”*. Pág. 197-206.

incipientes de esmalte desmineralizado. Además, los fosfatos mejoran la naturaleza estructural de la superficie del esmalte haciéndolo más duro y debido a sus propiedades detergentes pueden interferir con la adherencia de la película adquirida y bacterias de la placa al esmalte, inhibiendo así el crecimiento bacteriano.

El calcio ha sido considerado un elemento protector, de efecto local. La concentración de iones de calcio en la placa parece ser de importancia crítica en la determinación del rango de la desmineralización del esmalte seguida a la ingestión de carbohidratos fermentables.

c.2) Proteínas

Las proteínas han sido asociadas a una actividad baja de caries. Además, han sido asociadas con la formación de una cubierta protectora sobre el esmalte y con la detención del proceso de disolución del mismo.

El queso puede disminuir los niveles de bacterias cariogénicas de acuerdo a algunos estudios. Su alto contenido de calcio y fósforo parece ser un factor en su mecanismo cariostático, así como la caseína y proteínas del queso. Ciertos tipos de queso

interrumpen el desarrollo de la caries cuando se ingieren solos, durante las meriendas o al final de las comidas.

Los quesos cheddar, suizo, mozzarella, estimulan el flujo salival, limpiando la cavidad bucal de restos de alimentos y actúan como amortiguadores que neutralizan el medio ácido. El calcio y fósforo de los quesos, también reducen o previenen el descenso del pH en la saliva y promueven la remineralización del esmalte¹⁷¹⁸¹⁹. El efecto del queso se debe a la presencia de lactato de calcio y ácidos grasos.

c.3) Grasas

Las grasas reducen la cariogenicidad de diferentes comidas. Podría explicarse que las grasas forman una barrera protectora sobre la superficie dentaria o tal vez justo alrededor de los carbohidratos, haciéndolos menos disponibles, por lo que su remoción de la cavidad bucal es más rápida. Algunos ácidos grasos tienen propiedades antimicrobianas sobre el control de la placa.

¹⁷ AXELSSON P. "*Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries. Quintessence Books. Germany*".

¹⁸ American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD): Fast Facts, 2002-2003.

¹⁹ SCHAFER TE, ADAIR SM. "*Prevention of Dental Disease. The Rol of Pediatrician. Pediat Clin North Ame*" Pág. 1021-1067.

c.4) Sustitutos de azúcar

Los edulcorantes calóricos y no calóricos son considerados no cariogénicos, especialmente el xilitol, ya que reduce o previene la caída del pH. Algunos estudios han demostrado una reducción de la tasa de producción de ácidos. Por otra parte, se ha observado que el xilitol es capaz de incrementar el fluido salival y la capacidad buffer de la saliva, y al mismo tiempo disminuir la cantidad de *Streptococcus mutans*. Este compuesto se encuentra en forma natural en las fresas, ciruelas, lechuga, coliflor y hongos. Y se encuentra con frecuencia en los alimentos libres de azúcar, como gomas de mascar, caramelos y dentífricos²⁰. El xilitol puede reducir la incidencia de caries si se utiliza para reemplazar el azúcar de las golosinas, de esta manera se reduce el ataque de ácidos en el esmalte.

d) Reconociendo una Dieta Cariogénica²¹

A pesar de que no existen métodos que muestren con exactitud la cariogenicidad de los alimentos, se pueden agrupar en alimentos de mayor riesgo, riesgo medio y menor riesgo. El pH que se produce en la cavidad bucodental transcurridos

²⁰ LYNCH H, MILGROM P. "**Xilitol and Dental Caries**". Journal of the Californian Dental Association Marzo 2003. en: <http://www.cda.org/member/pubs/journal/jour0303/index.html>

²¹ GUÍA DE ALIMENTACIÓN. Disponible en: <http://www.ikerlarre.e.telefonica.net/paginas/caries.htm>

unos minutos después de la ingesta del alimento, determinan su peligrosidad. A continuación, se ofrece una lista según el riesgo:

d.1) Alimentos de alto riesgo

Se puede afirmar que los alimentos más cariogénicos serán los más viscosos y los más acidógenos, es decir, los que más ácidos formen, alimentos que se quedan pegados a los dientes como los caramelos o alimentos de alta viscosidad.

Los alimentos más cariogénicos pueden ser, aquellos que contienen sacarosa y almidón como por ejemplo:

- cereales azucarados
- pan dulce
- tartas
- Uvas
- Galletas
- Chocolate con leche
- Snacks
- Patatas fritas
- Frutos secos dulces
- Chucherías.

d.2) Alimentos de riesgo moderado

La peligrosidad de los alimentos para la formación de la caries dental, aunque guarda

relación con su cantidad de azúcar, no es directamente proporcional pues según el tipo de glúcido que contenga se van a formar diferentes productos de la fermentación por parte de los microorganismos.

Ejemplo:

- Peras
- Manzanas
- Melocotones
- Zumo de naranja o de uva
- Refrescos o bebidas dulces

d.3) Alimentos de bajo riesgo

Algunos alimentos o determinadas prácticas, tienen la virtud de prevenir la caries, es decir, son anticariogénicos.

Así por ejemplo, masticar alimentos que inducen a una mayor salivación como son la sal, frutas y especias reducen el riesgo cariogénico así como el consumo de alimentos ricos en calcio y fósforo como por ejemplo los productos lácteos. Otro factor anticariogénico es el queso que puede anular el efecto producido por los alimentos cariogénicos si son ingeridos un poco antes o después de la comida. Mascar chicle después de una comida es otra medida muy recomendable ya que éste ejerce un efecto de

cepillado sobre los dientes, e incluso también el del hilo dental.

Ejemplo:

- Carne
- Pescado
- Jamón
- Queso
- Frutos secos en general
- Verduras
- Hortalizas
- Huevos

e) Recomendaciones dietéticas

Dentro de las recomendaciones dietéticas se deben incluir las siguientes guías:

- Promover una dieta balanceada, dar ejemplos de cómo la combinación y la secuencia de los alimentos pueden mejorar la masticación, producción de saliva y limpieza de la cavidad bucal cada vez que ingerimos alimentos.
- Combinar productos lácteos con alimentos dulces, alimentos crudos con cocidos y alimentos ricos en proteínas con alimentos acidogénicos. Cada comida debe incluir alimentos fibrosos que estimulen la masticación y se debe terminar con alimentos no cariogénicos, como por ejemplo los quesos.

- Limitar el número de meriendas a cuatro por día. Esto reduce la limpieza total de azúcar y el número de descensos del pH²².
- Deben sustituirse los alimentos cariogénicos entre comidas por los no cariogénicos.
- Seleccionar alimentos que produzcan poco descenso del pH.
- Utilizar sustitutos del azúcar, en especial el xilitol en forma de gomas de mascar

D. TIEMPO

La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia de alimentos y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja a nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestiones al día contribuyen para aumentar el riesgo de caries.

3.2.1.2 FACTORES ETIOLÓGICOS MODULADORES

No son los causantes directos de la enfermedad; sin embargo, si pueden revelar una acentuación del riesgo

²² SCHAFER TE, ADAIR SM. *“Prevention of Dental Disease. The Rol of Pediatrician. Pediat Clin North Ame 2000”* ; Pág. 1021-1067.

de caries, ya que contribuyen con los procesos bioquímicos en las superficies de los dientes, en las cuales podrían desarrollarse las lesiones cariosas.

En este contexto, el tiempo resulta determinante puesto que si los factores etiológicos interactúan durante más tiempo, habrá oportunidad para que ocurran los fenómenos de desmineralización, mientras que sí tal interacción durase menos, dichos fenómenos no alcanzarían a producirse. También la edad está vinculada al desarrollo de caries dental, especialmente en relación al tipo de tejido atacado. Así, la caries radicular es más común en personas de la tercera edad, debido a las características propias de este grupo.

En forma similar, el estado de la salud general también puede influir en el desarrollo de la caries, habida cuenta que existen ciertas enfermedades y medicamentos que pueden disminuir el flujo salival, y reducir las defensas del organismo, en consecuencia el individuo será más susceptible a desarrollar caries dental.

Asimismo, los fluoruros en determinadas cantidades promueven la remineralización de los tejidos dentales, elevan el pH y ejercen una acción antibacteriana. Así, el grado cultural de los individuos constituye un indicador de caries dental, habiéndose encontrado una relación directa entre grado cultural y nivel de salud bucal. Sin embargo, el nivel socioeconómico no necesariamente promueve la aparición de la

enfermedad, ya que depende de las características de un grupo social determinado.

Análogamente, las variables de comportamiento, aquellas acciones individualizadas de carácter voluntario, relacionadas con los usos y costumbres culturales inherentes a cada individuo, también intervienen en la aparición y desarrollo de la enfermedad.

3.3 CONSECUENCIAS DE LA DIETA CARIOGÉNICA EN SALUD

Originado por los ácidos que resultan del metabolismo de los hidratos de carbono de la dieta, por las bacterias que se encuentran en la placa dental. De esta manera se ocasiona la desmineralización del esmalte, del cemento y de la dentina, y a su vez la proteólisis de los componentes orgánicos, dando lugar a destrucciones localizadas del tejido duro; su avance va a determinar desde una afectación pulpar localizada hasta infecciones sistémicas.²³

Por otro lado diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries, entre ellos, la calidad de la dieta es uno de los fundamentales, por ejemplo una dieta rica en hidratos de carbono facilitará la formación de la placa bacteriana.²⁴

²³ ASCENSION PALMA CARDENAS, FATIMA SANCHEZ AGUILERA, "Técnicas de ayuda odontológicas y estomatológicas", 2 da Edición 2013, pág. 224

²⁴ <http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf>

3.4. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

OBRA: “Estudio Epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con los hábitos alimentarios y de higiene bucal en los niños de 6 a 36 meses de edad”

AUTOR: Tello Meléndez Gustavo

RESULTADOS: Tesis presentada en el año 2008 en el que se encontró el mayor porcentaje de caries en los niños que usaron biberón, lactaron de noche (para dormir), usaron edulcorante (principalmente el azúcar) y consumieron gaseosas.

Respecto a la higiene bucal se encontró que el menor porcentaje de caries lo presentaron los niños que realizaron la mayor cantidad de veces la higiene bucal (3 veces al día) y en relación con la higiene nocturna se observó que la mayor presencia de caries esta en los niños que no realizaron la higiene antes de dormir.

OBRA: “Estudio sobre la prevalencia de caries en niños del Perú”

AUTOR: Elías Modesta Mario Cesar, Chávez Gonzales Angélica, Núñez del Arco Marlene, Tello Meléndez Gustavo.

RESULTADOS: Artículo publicado en el año 2002, en el que se encontró una prevalencia de caries menor a los resultados en la literatura nacional y extranjera, el grupo etario con mayor prevalencia de caries fue el de 61 a 72 meses.

OBRA: “Resultados de un sistema para la vigilancia de caries de la infancia temprana”

AUTOR: Bernabé Ortiz Eduardo, Delgado Angulo Elsa, Sánchez Borjas Pablo

RESULTADOS: Artículo presentado en el año 2006 en el que los resultados indican un inicio temprano y desarrollo lento de la caries de infancia temprana en niños de 6 a 36 meses de las comunidades seleccionadas

OBRA: “Factores condicionantes a la caries de biberón en infantes de 12 a 48 meses de la cuna Ángel Guardián de Alto Cayma y de la cuna Jesús Niño de Tiabaya AREQUIPA 2000”

AUTOR: Mejia Acevedo Lelis Leandra

RESULTADOS: Tesis presentada en el año 2000 en el que se concluye que ciertos factores condicionantes influyen en número y progresión de la superficie afectada por caries como el uso prolongado del biberón, frecuencia de uso nocturno del biberón, la cantidad de azúcar y el contenido del biberón

OBRA: “Factores de riesgo asociados con caries de la infancia temprana en niños de 6 a 36 meses de edad del Hospital III ESSALUD de Juliaca 2006”

AUTOR: Echenique Carpio Vaneza Eliza 44

RESULTADOS: Prevalencia de CIT encontrado fue 50% de 25 a 36 de 5 a 8 piezas cariadas. La enfermedad aumento con la edad. El 50% de los entrevistados no realizaba higiene bucal.

4. HIPÓTESIS

Dado que los padres de familia por sus condiciones de vida, actividad laboral o ingresos económicos no tengan la oportunidad de tener una orientación que les permita estar suficientemente informados.

Es probable que el nivel de conocimientos de los padres de familia pueda ser insuficiente, en algunos casos regular y en las mejores probabilidades bueno sobre el riesgo de caries y dieta cariogénica en la edad escolar de sus hijos.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

En la presente investigación se aplicó como técnica a la encuesta siendo dirigida a los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica del distrito de Uchumayo.

TABLA DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	SUBINDICADORES
El nivel de conocimiento de padres sobre riesgo de caries	Experiencia de Caries	1,2,3,7	Encuesta	Insuficiente (0-10) Regular (11 a 13) Bueno (14 a 17) Muy bueno (18 a 20)
	Higiene Bucal	4,5,6,14,15,16,18,19,20		
Dieta Cariogénica	Hábitos alimenticios	8,10,11,12,13,17		
	Características Físicas del Alimento	9		

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos documentales

Como instrumento documental se aplicara:

- Encuesta

1.2.2. Instrumento mecánico

Como instrumento mecánico se utilizara:

- Cámara Fotográfica

1.2.2. Materiales

- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas para procesamiento de textos y datos como software estadístico

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La presente investigación se realizó en la Institución Educativa Reino de Bélgica del Distrito de Uchumayo, Arequipa, 2014.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en el mes de junio del año 2014, por tanto se tratara de una investigación actual.

2.3. Unidades de estudio:

Los padres de familia entre las edades de 24 y 77 años, de los niños que estudian en la Institución Educativa Reino de Bélgica,

2.4. Criterios de selección:

- Criterios de inclusión
 - Padres de Familia colaboradores
 - Personas cuidadoras
 - Niños de 5 a 6 años de edad
 - De ambos sexos
 - Niños con asistencia regular
- Criterios de exclusión
 - Padres de familia no colaboradores
 - Niños menores de 5 años y mayores de 6 años
 - Niños con asistencia irregular

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Se establecerá coordinaciones con la Institución Educativa Reino de Bélgica del distrito de Uchumayo-Arequipa para obtener el permiso para realizar la investigación pertinente.

3.2.- RECURSOS

3.2.1. Recursos Humanos

- Investigadora: Nohelia Karina Riveros Calla
- Asesora: Dra. María del Socorro Barriga Flores

3.2.2. Recurso Económicos

- Propios de la investigadora

3.2.3. Recursos Físicos

- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas para procesamiento de textos y datos así como software estadístico

3.2.4. Recursos Institucionales

- Institución Educativa Reino de Bélgica del Distrito de Uchumayo.

3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La validación del instrumento se realizó a través de una prueba piloto, para determinar los elementos de rigor y garantizar la validez y confiabilidad del instrumento así como de los datos que se recogieron.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. EN EL ÁMBITO DE SISTEMATIZACIÓN

El procesamiento se realizó en cuadros estadísticos y computarizados, de acuerdo a las siguientes operaciones:

4.1.1. Clasificación

Una vez aplicado el instrumento, la información fue ordenada en una matriz de sistematización.

4.1.2. Recuento

Los datos clasificados se contabilizaron manualmente empleando matrices de conteo.

4.1.3. Análisis de datos

Se empleó un análisis cuantitativo univariado.

La estrategia asumió la siguiente metodología:

- Jerarquización de los datos
- Apreciación crítica

4.1.4. Plan de tabulación

Se emplearan cuadros de distribución de frecuencia, con cifras absolutas, relativas y cuadros de doble entrada.

4.1.5.- Graficación

A fin de que las gráficas expresen claramente toda la información contenida en los cuadros el tipo de gráficos que más adecuarse son "La grafica de Barras Compuestas" y "Gráficos Circulares".

4.2. EN EL ÁMBITO DE ESTUDIO DE LOS DATOS

4.2.1. Metodología de la interpretación

Se apeló a:

La jerarquización de los datos

Comparación de los datos entre si

Una apreciación crítica

4.2.2. Modalidades interpretativas

Se optó por una interpretación subsiguiente a cada cuadro y una discusión global de los datos.

4.2.3. Niveles de interpretación

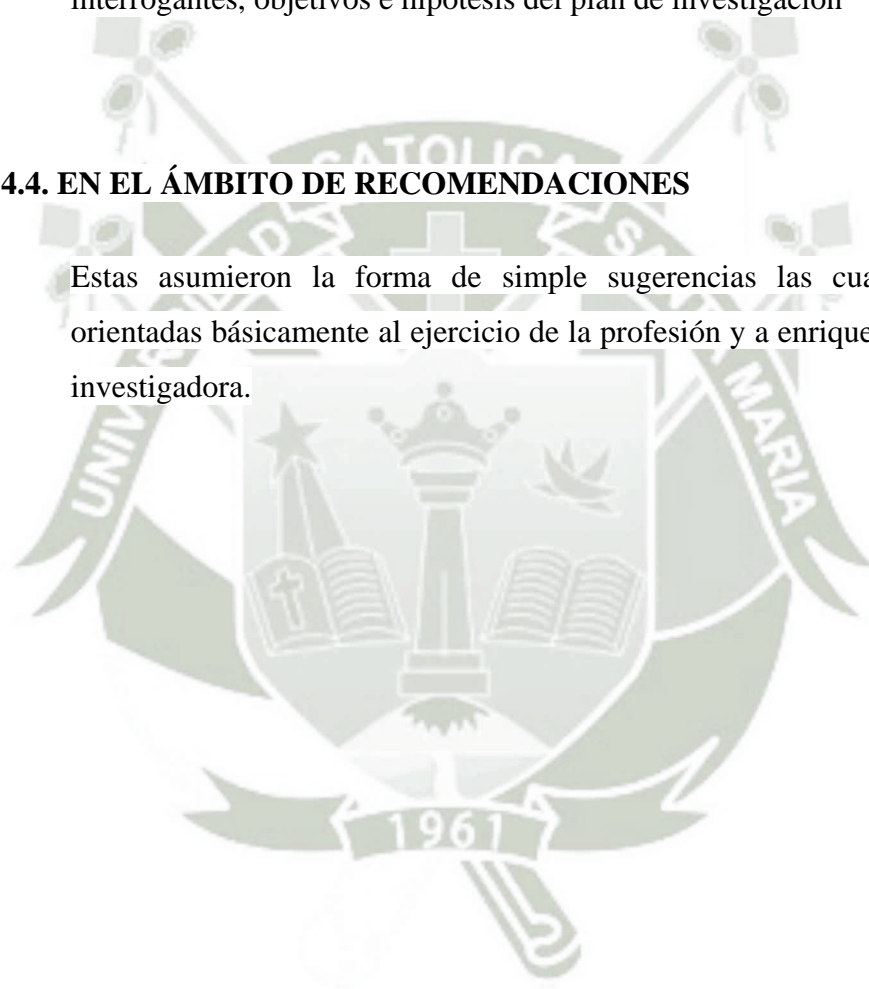
Se apeló a lo descriptivo con dos variables.

4.3. EN EL ÁMBITO DE CONCLUSIONES

Las conclusiones fueron formuladas por indicadores respondiendo a las interrogantes, objetivos e hipótesis del plan de investigación

4.4. EN EL ÁMBITO DE RECOMENDACIONES

Estas asumieron la forma de simple sugerencias las cuales fueron orientadas básicamente al ejercicio de la profesión y a enriquecer la línea investigadora.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA N°1

**Edad de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica-
Uchumayo**

Edad	N°	%
30 años a menos	6	7.1
31 a 35 años	26	30.6
36 a 40 años	50	58.8
Más de 40 años	3	3.5
Media Aritmética	36.58	
Desviación Estándar	6.56	
Edad Mínima	24	
Edad Máxima	77	
Total	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°1 podemos observar la edad de los padres de familia ,motivo de la investigación apreciándose que el mayor % de padres (58,8) tienen entre 36 a 40 años, en tanto el menor % de ellos (3,5) tienen más de 40 años.

El promedio de edad de los padres de familia fue de 37 años teniendo el menor 24 años y el mayor 77 años.

GRÁFICO N°1

Edad de los padres de familia del Institución Educativa Reino de Bélgica- Uchumayo

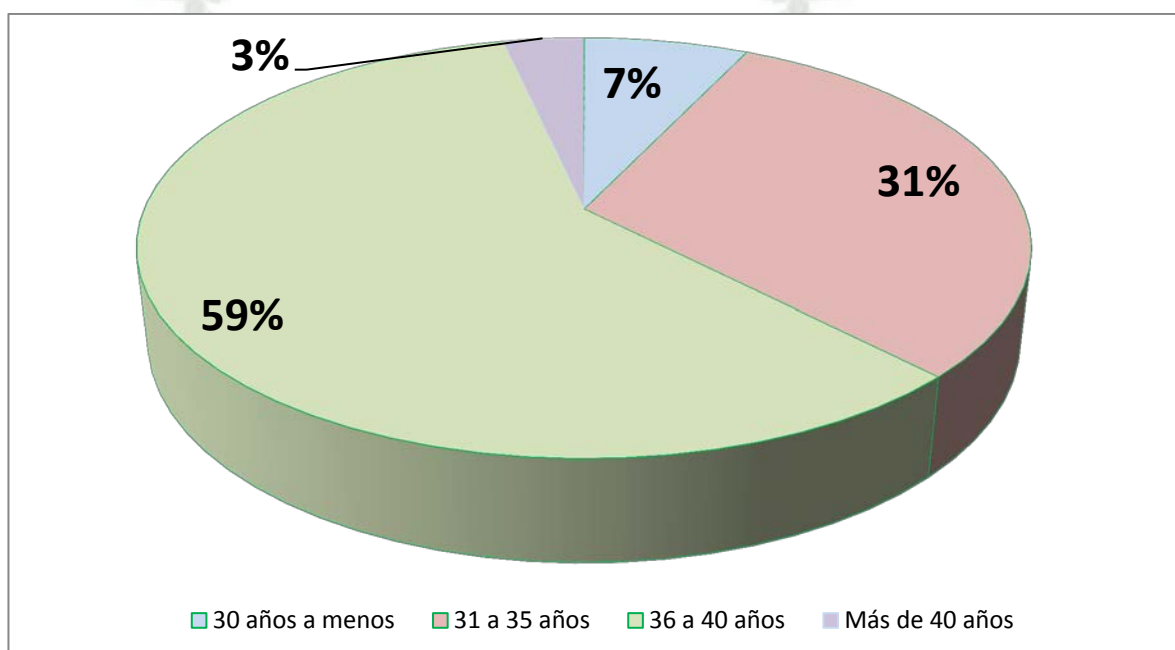


TABLA N°2

**Sexo de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica-
Uchumayo**

Sexo	N°	%
Masculino	38	44.7
Femenino	47	55.3
Total	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°2 podemos observar el sexo de los padres de familia, motivo de la investigación apreciándose que el mayor % de padres (55,3) son de sexo femenino, en tanto el menor % de ellos (44,7) son de sexo masculino.

GRÁFICO N°2

Sexo de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica- Uchumayo

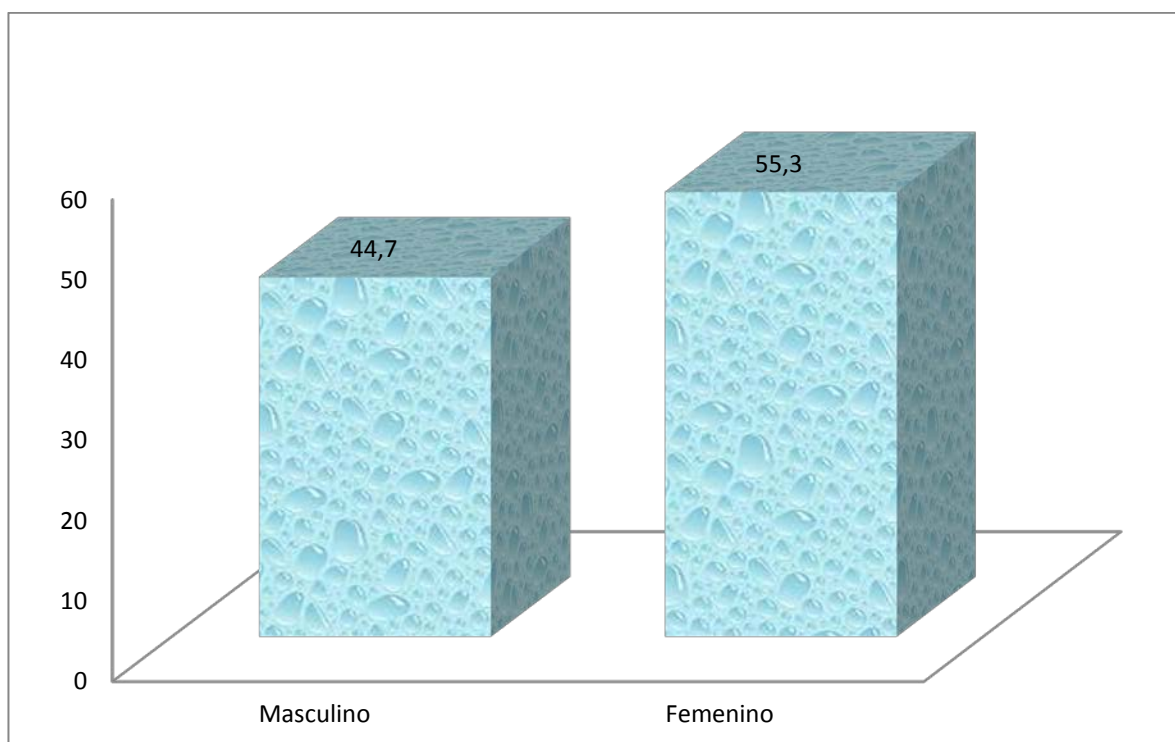


TABLA N°3

**Grado de Instrucción de los padres de familia de la Institución Educativa
Reino de Bélgica-Uchumayo**

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	22	25.9
Secundaria	49	57.6
Técnico	10	11.8
Superior	4	4.7
Total	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°3 podemos observar el grado de instrucción de los padres de familia ,motivo de la investigación apreciándose que el mayor % de padres (57,6) con grado de instrucción secundaria, en tanto el menor % de ellos (4,7) tienen grado de instrucción superior.

GRÁFICO N°3

**Grado de Instrucción de los padres de familia de la Institución Educativa
Reino de Bélgica-Uchumayo**

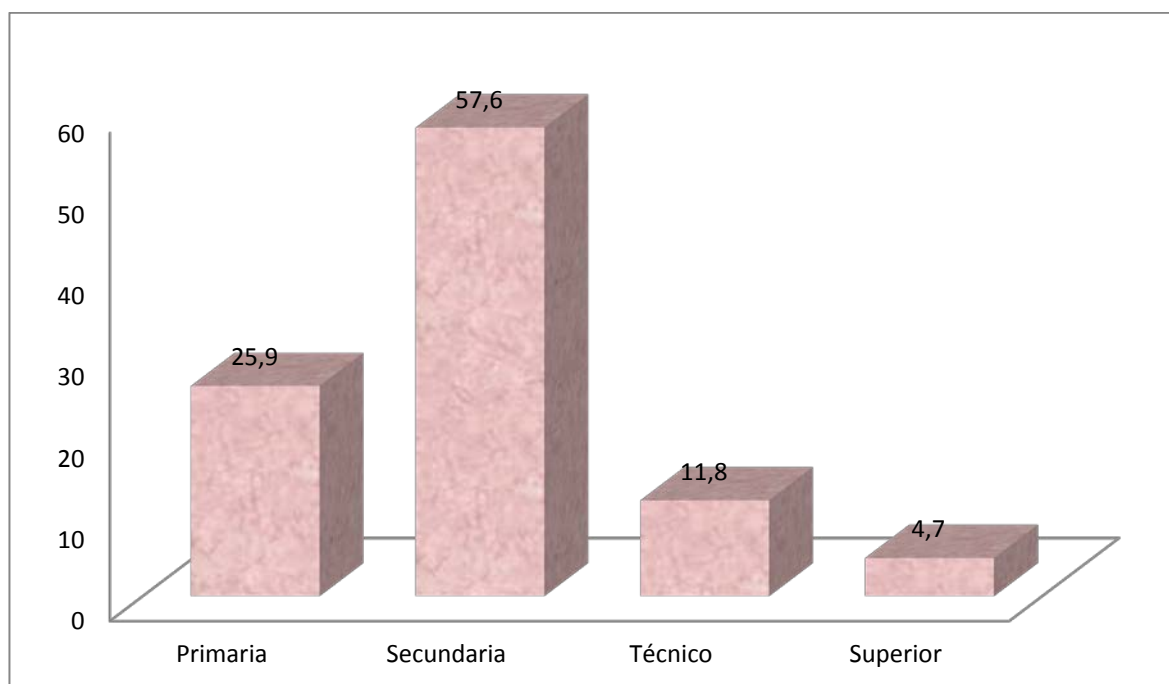


TABLA N°4

**Ingreso Económico Familiar de los padres de familia de la Institución
Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo**

Ingreso Económico Familiar	N°	%
Menos de 750.00	29	34.1
750.00	18	21.2
Más de 750.00	38	44.7
Total	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°4 podemos observar el ingreso económico familiar de los padres de familia ,motivo de la investigación apreciándose que el mayor % de padres (44,7) tienen el ingreso económico familiar mayor a 750.00 soles, en tanto el menor % de ellos (21,2) siendo su ingreso equivalente mínimo vital.

GRÁFICO N°4

Ingreso Económico Familiar de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo

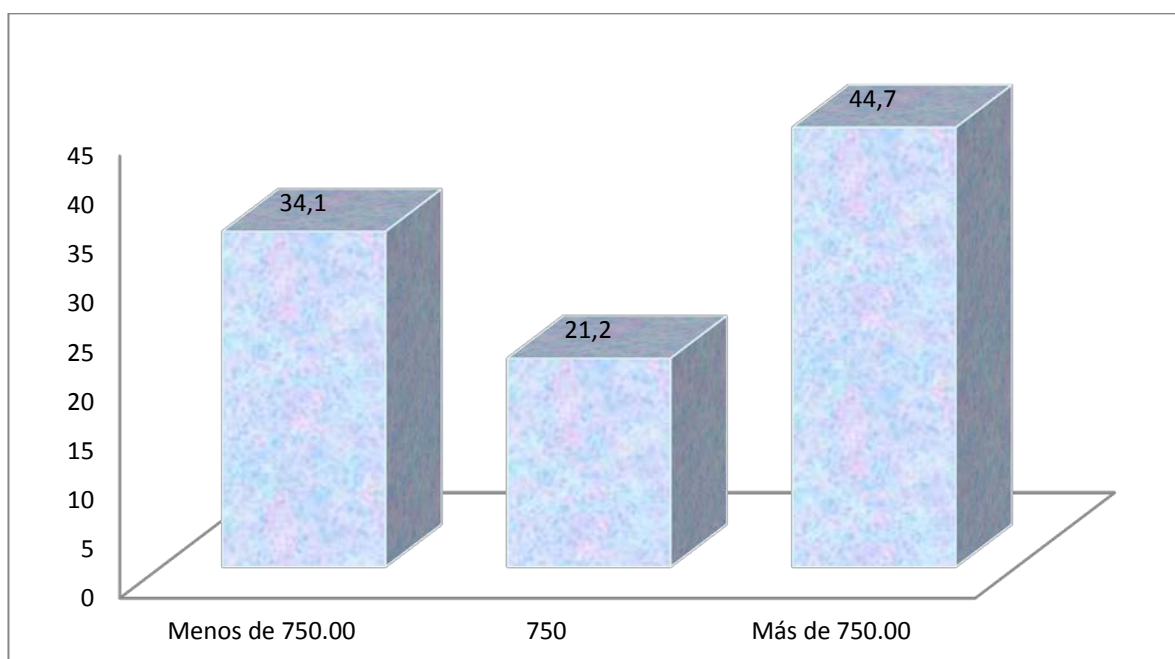


TABLA N°5

**Nivel de conocimiento de los padres de familia de la Institución Educativa
Reino de Bélgica-Uchumayo**

Nivel de Conocimientos	N°	%
Insuficiente (0 a 10)	58	68.2
Regular (11 a 13)	26	30.6
Bueno (14 a 17)	1	1.2
Muy Bueno (18 a 20)	0	0.0
Media Aritmética	9.26	
Desviación Estándar	2.15	
Nota Mínima	4	
Nota Máxima	14	
Total	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°5 podemos observar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica, motivo de la investigación apreciándose que el mayor % de padres (68,2) es insuficiente, en tanto el menor % de ellos (1,2) siendo un nivel de conocimiento bueno.

El promedio de la Nota del conocimiento fue de 9,26 siendo la nota mínima obtenida de 4 y la máxima 14 puntos.

GRÁFICO N°5

Nivel de conocimiento de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo

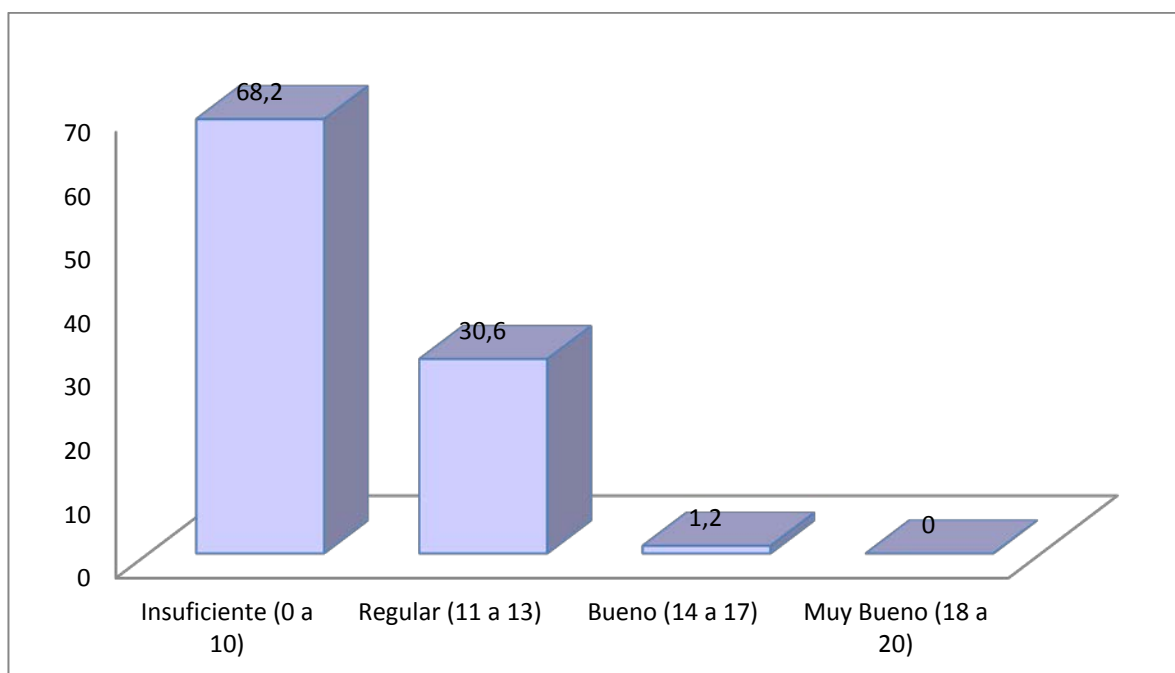


TABLA N°6

Relación entre la edad y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia.

Edad	Nivel de Conocimientos						Total	
	Insuficiente		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
30 años a menos	3	50.0	3	50.0	0	0.0	6	100.0
31 a 35 años	19	73.1	7	26.9	0	0.0	26	100.0
36 a 40 años	35	70.0	14	28.0	1	2.0	50	100.0
Más de 40 años	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	100.0
Total	58	68.2	26	30.6	1	1.2	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.693$ ($P \geq 0,05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°6 se presenta la relación entre la edad y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres apreciándose que los menores de 30 años, la mitad de ellos tienen un conocimiento Insuficiente y la otra mitad Regular; los que tienen 31 a 35 años, el mayor % de ellos (73,1) presentaran un nivel de conocimiento Insuficiente; los padres entre 36 a 40 años el mayor % (70,0) su nivel de conocimiento también fue insuficiente, finalmente los mayores de 40 años el mayor % de ellos (66,7) evidenciándose un nivel de conocimiento Regular.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la edad de los padres de familia y sus nivel de conocimiento sobre Riesgo de caries y dieta cariogénica.

GRÁFICO N°6

Relación entre la Edad y Nivel de conocimiento de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo

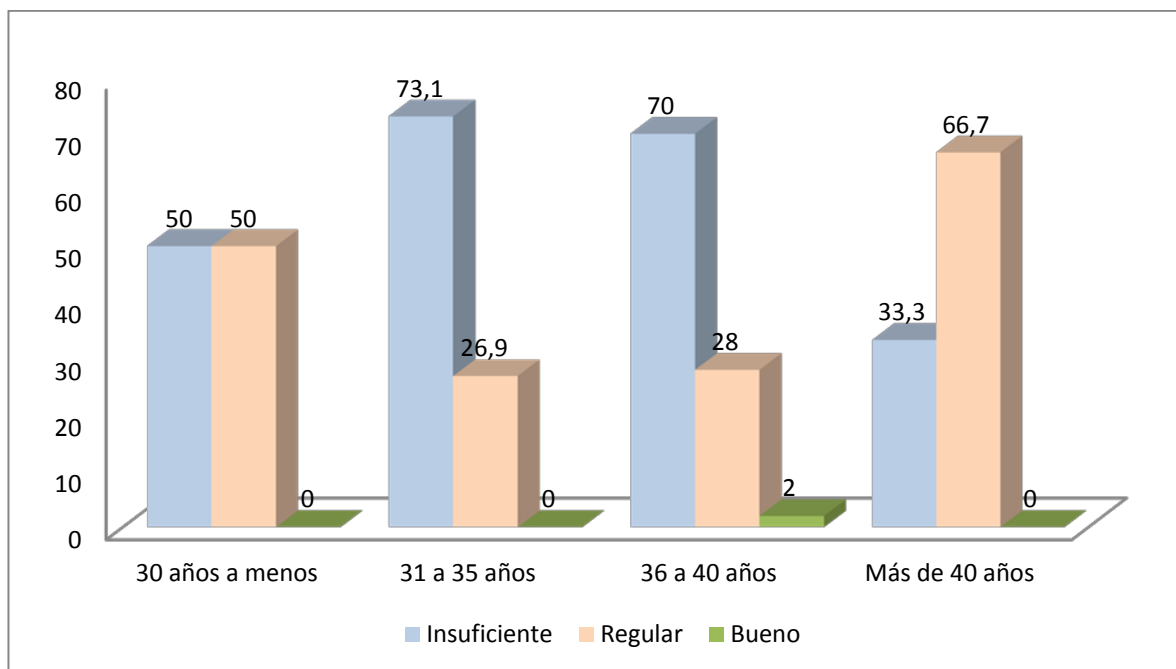


TABLA N°7

Relación entre el sexo y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia.

Sexo	Nivel de Conocimientos						Total	
	Insuficiente		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	27	71.1	11	28.9	0	0.0	38	100.0
Femenino	31	66.0	15	31.9	1	2.1	47	100.0
Total	58	68.2	26	30.6	1	1.2	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.622$ ($P \geq 0,05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°7 se presenta la relación entre el sexo y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres, apreciándose que los de mayor % (71,1) son de sexo masculino, y el menor % (2,1) son de sexo femenino.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la edad de los padres de familia y sus niveles de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica.

GRÁFICO N°7

Relación entre el sexo y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia

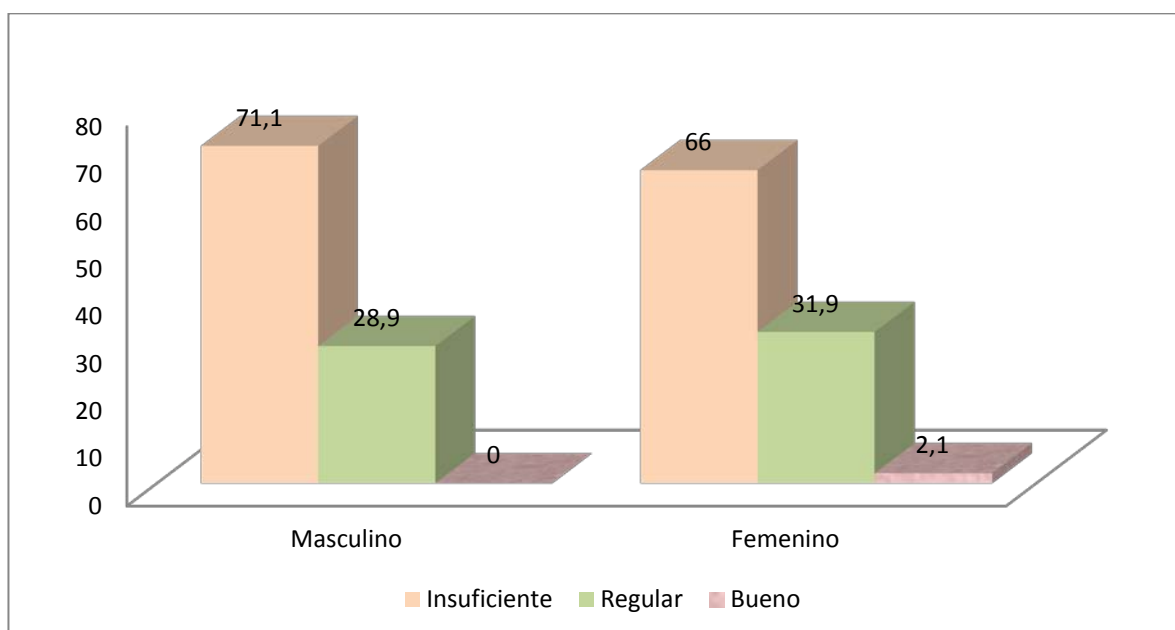


TABLA N°8

Relación entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia

Grado de Instrucción	Nivel de Conocimientos						Total	
	Insuficiente		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	17	77.3	5	22.7	0	0.0	22	100.0
Secundaria	32	65.3	17	34.7	0	0.0	49	100.0
Técnico	7	70.0	2	20.0	1	10.0	10	100.0
Superior	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4	100.0
Total	58	68.2	26	30.6	1	1.2	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.143$ ($P \geq 0,05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°8 se presenta la relación entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres apreciándose que los de nivel primaria tiene el mayor % de ellos (77,3) presentaran un nivel de conocimiento Insuficiente; los padres nivel secundario tienen el mayor % (65,3) donde su nivel de conocimiento también fue insuficiente, los padres nivel técnico tienen el mayor % (70,0) donde su nivel de conocimiento insuficiente, finalmente el nivel superior la mitad de ellos tienen un conocimiento Insuficiente y la otra mitad Regular.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la edad de los padres de familia y sus niveles de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica.

GRÁFICO N°8

Relación entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia.

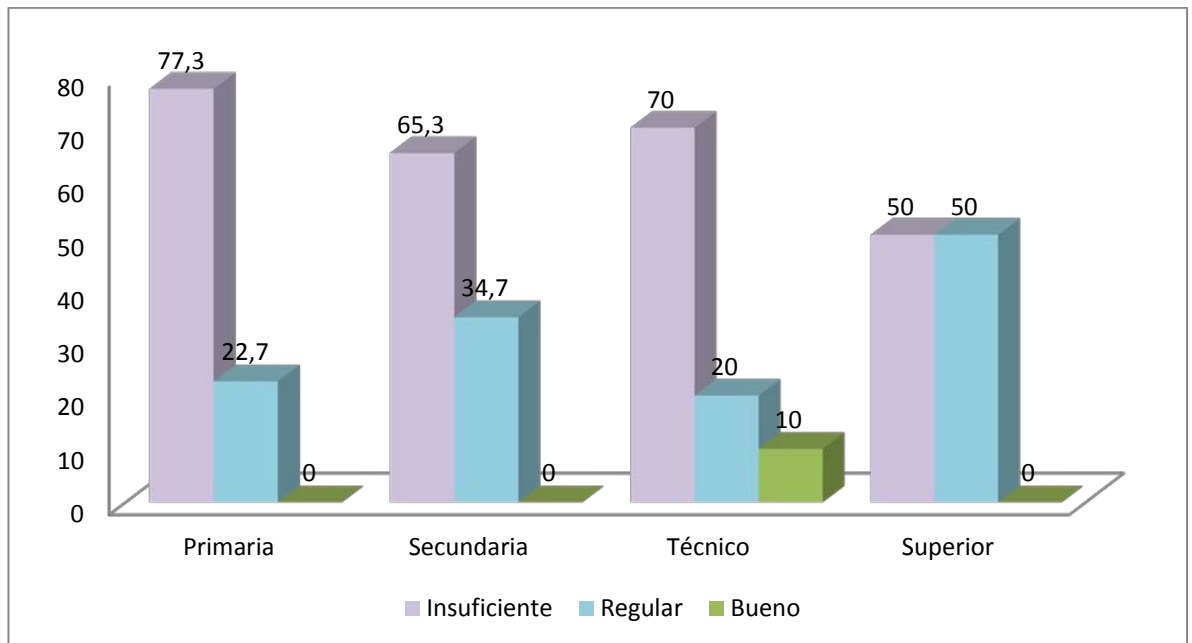


TABLA N°9

Relación entre el ingreso económico familiar y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia

Ingreso Económico Familiar	Nivel de Conocimientos						Total	
	Insuficiente		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 750.00	21	72.4	8	27.6	0	0.0	29	100.0
750.00	11	61.1	6	33.3	1	5.6	18	100.0
Más de 750.00	26	68.4	12	31.6	0	0.0	38	100.0
Total	58	68.2	26	30.6	1	1.2	85	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.396$ ($P \geq 0,05$) N.S.

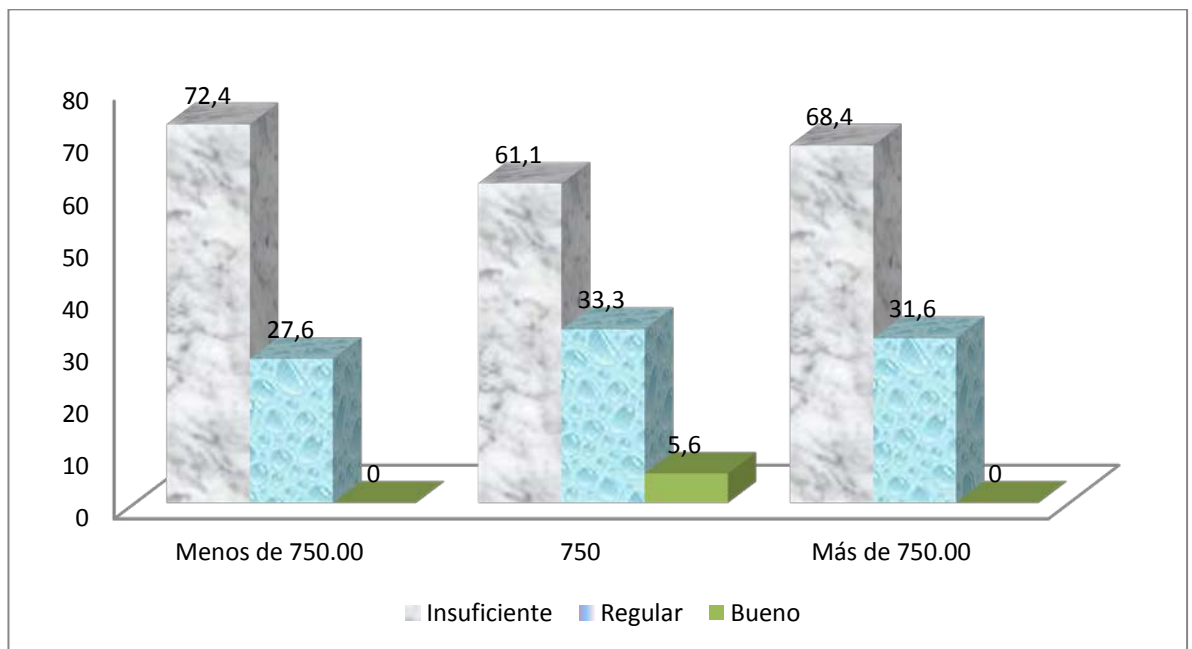
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°9 se presenta la relación entre el ingreso económico familiar y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres apreciándose los que ganan menos de 750 tienen el mayor % de ellos (72,4) presentaran un nivel de conocimiento Insuficiente; los padres que ganan el ingreso equivalente mínimo vital el mayor % (61,1) su nivel de conocimiento también fue insuficiente, finalmente los que ganan más de 750.00 el mayor % de ellos (68,4) evidenciándose un nivel de conocimiento insuficiente.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la edad de los padres de familia y sus niveles de conocimiento sobre Riesgo de caries y dieta cariogénica.

GRÁFICO N°9

Relación entre el Ingreso Económico familiar y nivel de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en los padres de familia



CONCLUSIONES

PRIMERA

Obtenido los resultados y de acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo se determina que el mayor % (68,2) a tenido un nivel de conocimiento insuficiente, siendo el menor % (1,2) de un nivel de conocimiento bueno.

SEGUNDA

El nivel de conocimiento sobre riesgo de caries en los padres familia no presenta relación significativa con la edad.

TERCERA

No existe relación significativa entre el sexo y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica.

CUARTA

El nivel de conocimiento sobre riesgo de caries en los padres familia no tiene relación con el grado de instrucción.

QUINTA

El nivel de conocimiento sobre riesgo de caries en los padres familia no presenta relación significativa según el ingreso económico familiar.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales Odontólogos, aplicar un programa educativo – preventivo a nivel del Magisterio de Educación, el cual incluya charlas, repartición de trifoliados, volantes y revisiones odontológicas, tanto como a los padres como a los niños, realizando un trabajo conjunto y en equipo médico-odontólogo-profesores para remediar la problemática en salud oral.

Es importante que las profesionales enfermeras, encargadas del programa de Crecimiento y Desarrollo, deriven a las madres o padres con sus niños al Servicio de Odontología para que puedan recibir orientación respecto a las formas que tienen para realizar la higiene bucal, hábitos alimenticios con respecto al consumo de una dieta cariogénica o dieta saludable de su menor hijo

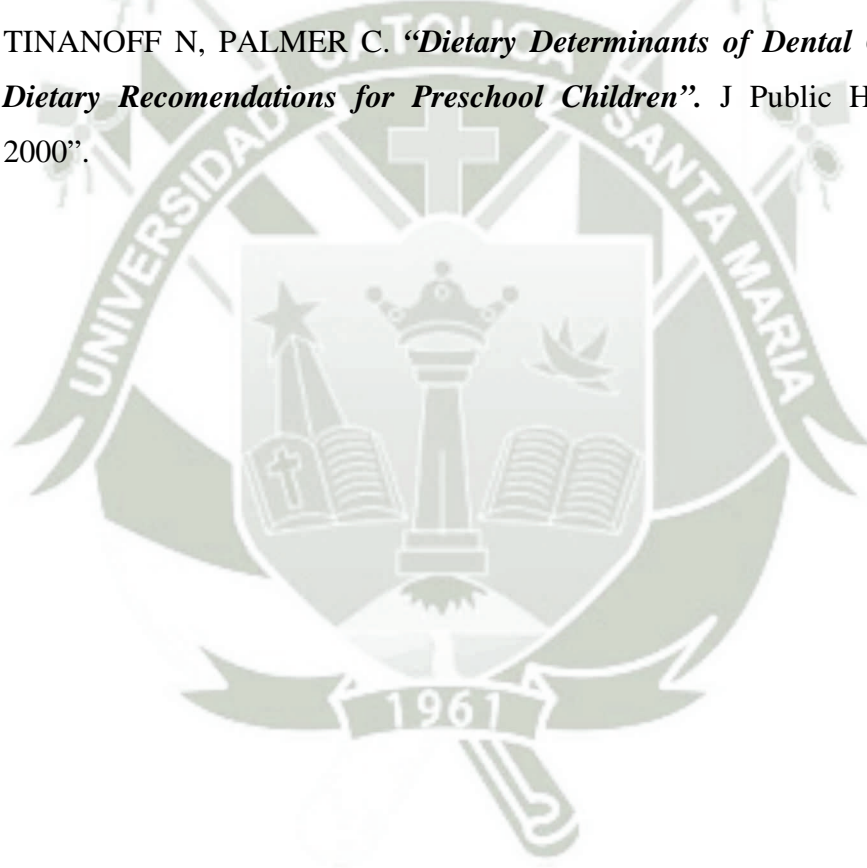
Los profesionales nutricionistas, deberían incluir en sus charlas alimenticias a las madres o padres, información sobre las dietas cariogénicas y orientación sobre la cantidad de azúcar “ideal” que se debe usar y los alimentos considerados como “buenos” para el futuro bebé, niños e inclusive de los mismo padres.

En relación al nivel de conocimiento de medidas preventivas de higiene oral, hábitos alimenticios con respecto a una dieta cariogénica o dieta saludable, se recomienda a los padres llevar a su niño a controles periódicos según sea su factor de riesgo y también el Odontólogo pueda realizar evaluaciones con el propósito de ver si las orientaciones dadas son o no aplicadas en sus menores hijos y así ver de esta manera si existe alguna disminución de riesgo de caries.

BIBLIOGRAFÍA

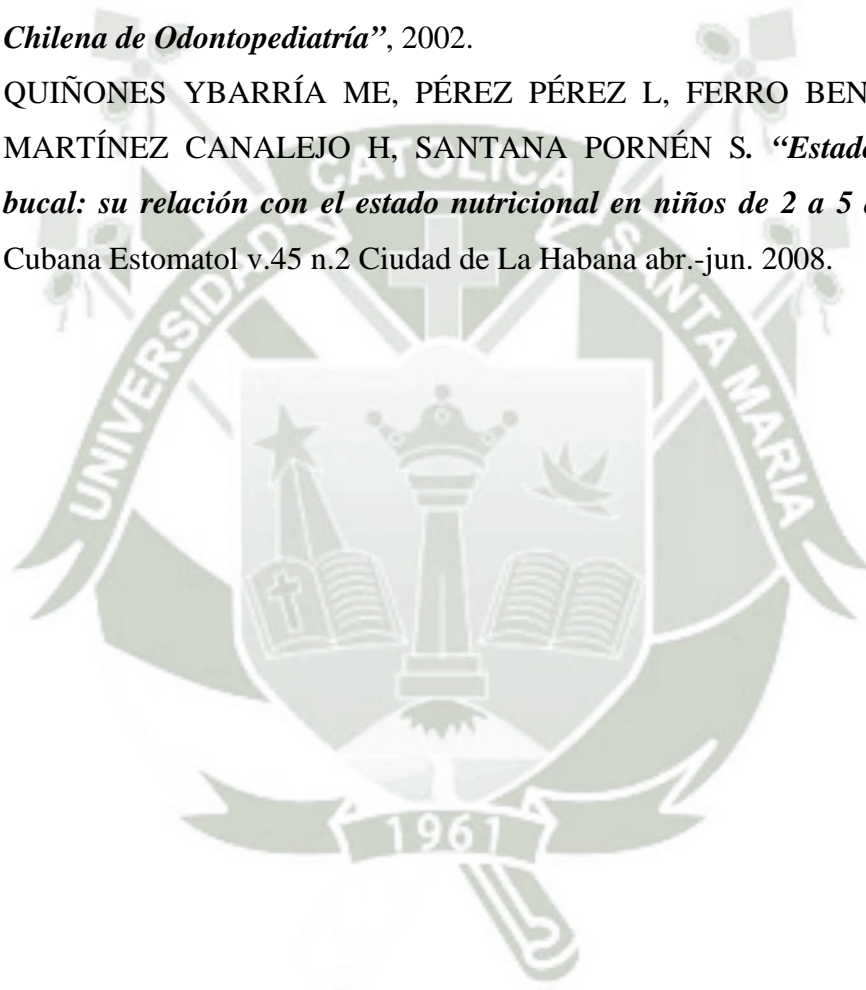
1. ANA MARIAM. REQUEJO Y ROSA M ORTEGA. *“Nutrición guía manual de nutrición clínica en atención primaria”*. Editorial complutense. S. A 2000
2. ASCENSIÓN PALMA CÁRDENAS, FÁTIMA SÁNCHEZ AGUILERA, *“Técnicas de ayuda odontológicas y estomatológicas”*, 2 da Edición 2013.
3. AXELSSON P. *“Diagnosis and Risk Prediction of Dental Caries”*. Quintessence Books. Germany”.
4. DARÍO CÁRDENAS JARAMILLO, *“Odontología pediátrica”*, Tercera edición 2003 editorial cib.
5. EMILI CUENCA SALAS, PILAR BACA GARCÍA, *“Odontología Preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones”*, 3º edición, Masson. España-2005.
6. Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología. Editora académica Sandra Janeth Gutiérrez prieto 1ra edición - Bogotá editorial universidad javeriana 2006
7. GABRIEL OLVEIRA FUSTER, *“Manual de nutrición clínica”*, Edición Díaz de Santos S.A. Juan Bravo ,3-A 28006 Madrid, 2000.
8. GALILEA CENTRO DE FORMACIÓN Y EMPLEO, *“Nutrición y dietética”*
9. MAHAN LK, ESCOTT-STUMP S. *“Nutrición y dietoterapia de Krause”*.10aed. México: Me Graw-Hill; 2001: 290-1.
10. MARTHA ELENA YAMASAKI, *“TOFU”*, 2004, Editorial Edaf, S.A. Jorge Juan, 30-28001 Madrid
11. MOYNIHAN P, LIGSTRÔN P, RUGG-GUNN AJ, BIRKHED. *“The Role of Dietary Control*. Disponible en: Dental Caries: The disease and its Clinical Management. Chapter 14”
12. SCHAFER TE, ADAIR SM. *“Prevention of Dental Disease. The Rol of Pediatrician. Pediat Clin North Ame”* .

13. SEIF T. *“Cariología. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental”*. Actualidades Medico Odontológicas de Latinoamérica
14. TINANOFF N, PALMER C. *“Dietary Determinants of Dental Caries and Dietary recommendations for Preschool Children”*. J Public Health Dent 2000.
15. TINANOFF N; KANELLS MJ; VARGAS C. *“Current Understanding of the Epidemiology, Mechanisms, and Prevention of Dental Caries in preschool Children”*. Pediat Dent 2002.
16. TINANOFF N, PALMER C. *“Dietary Determinants of Dental Caries and Dietary Recomendations for Preschool Children”*. J Public Health Dent 2000”.



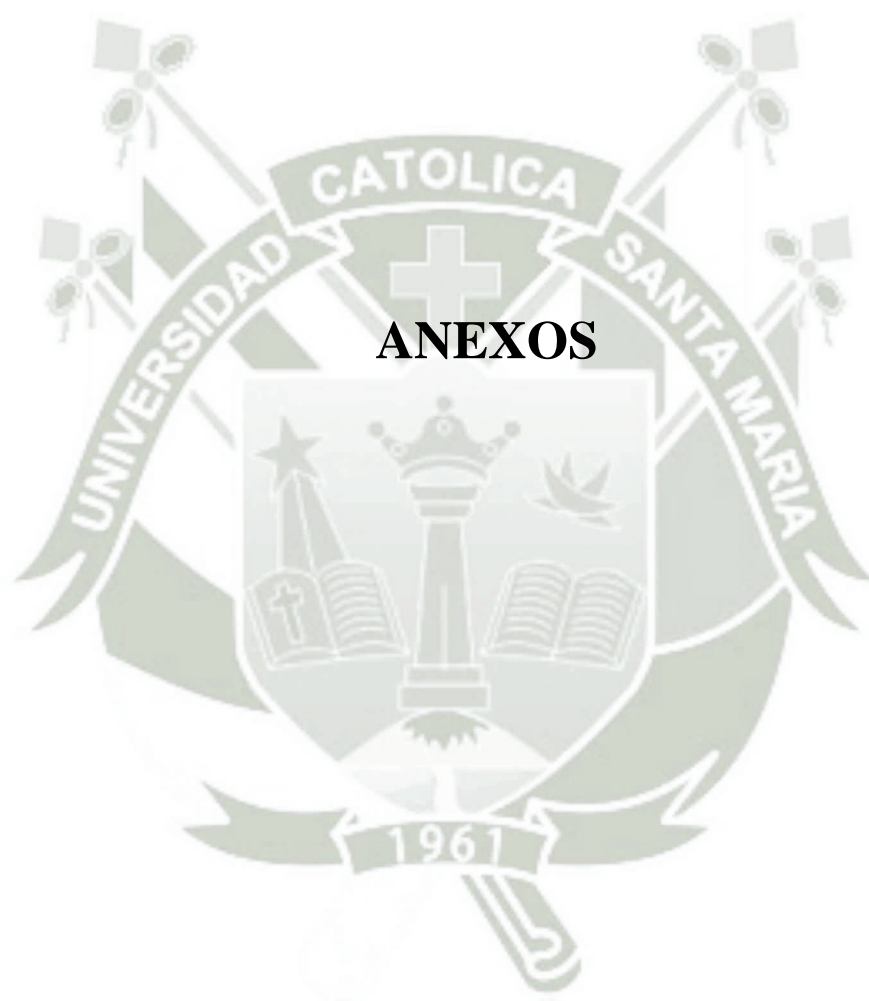
HEMEROGRAFÍA

1. BERNABÉ ORTIZ EDUARDO, DELGADO-ANGULO ELSA KARINA, SÁNCHEZ-BORJAS PABLO CÉSAR, *Resultados de un sistema para la vigilancia de caries de la infancia temprana* Rev.MedHered v.17 n.4 Lima oct. /dic 2006.
2. LIPARI A Y ANDRADE P. “*Factores de Riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría*”, 2002.
3. QUIÑONES YBARRÍA ME, PÉREZ PÉREZ L, FERRO BENÍLEZ PP, MARTÍNEZ CANALEJO H, SANTANA PORNÉN S. “*Estado de salud bucal: su relación con el estado nutricional en niños de 2 a 5 años*”. Rev Cubana Estomatol v.45 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008.



LINKOGRAFÍA

1. ASCENSIÓN PALMA CÁRDENAS, FÁTIMA SÁNCHEZ AGUILERA, *“Técnicas de ayuda odontológicas y estomatológicas”*, 2 da Edición 2013, en:
2. <http://www.edu.xunta.es/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf>
3. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD): Fast Facts, 2002-2003
4. GUÍA DE ALIMENTACIÓN. Disponible en: <http://www.ikerlarre.e.telefonica.net/paginas/caries.htm>
5. LYNCH H, MILGROM P. *“Xilitol and Dental Caries”*. Journal of the Californian Dental Association, Marzo 2003, en: <http://www.cda.org/member/pubs/journal/jour0303/index.html>
6. RUIZ, MIRIAM, MARÍA JOSÉ LAVALLE. *Odontología Integral Niños*. Faculta de Odontología Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <http://www.folp.unlp.edu.ar/asignaturas/quinto/ni%F1os3/Dieta.htm>
7. SALUD MEGAZINE, En: <http://saludmagazine.com.mx/4/estilo-de-vida-saludable/control-de-peso/9/29/cuales-son-nuestros-malos-habitos-alimenticios/>
8. VAISMAN B, MARTÍNEZ MG. *“Asesoramiento dietético para el control de caries en niños”*
en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp



ENCUESTA

El presente cuestionario es **ANÓNIMO**. Los resultados obtenidos a través de éste, serán utilizados para desarrollar un trabajo de investigación sobre el **Nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica en niños de edad preescolar de la Institución Educativa Reino de Bélgica- Uchumayo 2014**

Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz.

- Edad:.....
- Sexo: Masculino() Femenino()
- Grado de instrucción: Primaria() Secundaria() Técnico()
Superior()
- Ingreso Económico Familiar Menos de 750 ()
750 ()
Más de 750 ()

1.-¿Cada cuánto tiempo se debe asistir al Odontólogo?

- a) Cada mes
- b) Cada 3 meses
- c) Cada 6 meses
- d) Cada 12 meses

2.- ¿Aumenta el riesgo de caries al usar aparatología de ortodoncia (brackets, mantenedores de espacio...)?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Ninguna de las anteriores

3.- ¿Cómo medidas preventivas para la caries se usa?

- a) Flúor
- b) Sellantes
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

4.- La frecuencia del cepillado debe ser:

- a) 3 veces al día.
- b) 2 veces al día.
- c) 1 vez al día.
- d) Ninguna vez al día.

5.- Para la higiene bucal se debe usar

- a) Gasa con agua.
- b) Cepillo con agua.
- c) Cepillo con pasta dental
- d) Enjuagarse solo con agua

6.- El Uso de hilo dental en la Higiene bucal, es importante porque:

- a) Nos ayuda a limpiar los restos alimenticios de los dientes, encía y lengua
- b) Limpia los dientes y lengua que tengan restos de alimentos.
- c) Permite eliminar los restos alimenticios que se queda entre los dientes.
- d) Ninguna de las anteriores

7.- ¿Cuál de las siguientes presentaciones de medicamentos puede aumentar el riesgo de caries?

- a) Jarabes azucarados.
- b) Pastillas.
- c) Inyecciones.
- d) Ninguna de las anteriores.

8.- De las siguientes alternativas: ¿Qué alimento es menos cariogénico?

- a) Sacarosa (Jugo de caja).
- b) Almidón (Cereales).
- c) Proteína (Queso).
- d) Ninguna de las anteriores

9.- Respecto a las Características físicas de los alimentos ¿Cual produce mayor Riesgo de caries?

- a) Fibrosos.
- b) Viscosos.
- c) Adhesivos.
- d) Duros.

10. De las siguientes alternativas ¿Cuál es la bebida que tiene mayor riesgo de caries?

- a) Yogurt.
- b) Jugo de caja.
- c) Leche
- d) Agua.

11.-Una lonchera saludable debe contener:

- a) Gaseosa, papas fritas y ensalada de frutas.
- b) Jugo de caja, porción de torta y fruta.
- c) Yogurt, sándwich de mermelada y fruta.
- d) Agua, pollo desmenuzado con verdura picada

12.- Con respecto a los hábitos alimenticios, ingerir alimentos entre comidas (Desayuno- Almuerzo o Almuerzo-Cena) o antes de irse a dormir es perjudicial si:

- a) Bebemos Leche
- b) Comemos Verdura picada
- c) Comemos Cereal con yogurt
- d) Comemos Fruta picada

13.- ¿Que es una dieta cariogénica?

- a) Alimentos con alto contenido de sal.
- b) Alimentos con alto contenido de azúcares y carbohidratos.
- c) Alimentos con alto contenido de azúcar.
- d) Alimentos con alto contenido de proteínas.

14.- ¿Cada cuánto tiempo se debe reemplazar el cepillo dental?

- a) Cuando las cerdas del cepillo dental se desgasten
- b) Después de cada resfriado
- c) Cuando las cerdas del cepillo dental se encuentren en direcciones diferentes
- d) Todas las anteriores

15.- ¿Cuánto tiempo debe demorar el cepillado de dientes?

- a) Menos de 30 segundos.
- b) 30 segundos a 1 minuto.
- c) 1 minuto a 2 minutos.
- d) 2 minutos. a 3 minutos

16.- ¿Cuándo debe realizarse el cepillado de dientes?

- a) Antes de las comidas.
- b) Después de las comidas.
- c) Solo al acostarse.
- d) Al levantarse.

17.- Los azúcares que producen caries, están contenidos en:

- a) Verduras y pescado
- b) Carne, menestras y verduras
- c) Manzana, naranja y papaya.
- d) Ensalada de frutas y galletas dulces.

18.- Para el cepillado dental la pasta dental se coloca:

- a) Encima de las cerdas del cepillo.
- b) Esparcida por las cerdas del cepillo.
- c) Dentro de las cerdas del cepillo.
- d) Ninguna de las anteriores.

19.- El cepillado dental debe de hacerse en:

- a) Solo dientes.
- b) Encías dientes y labios.
- c) Dientes y lengua.
- d) Todas las anteriores.

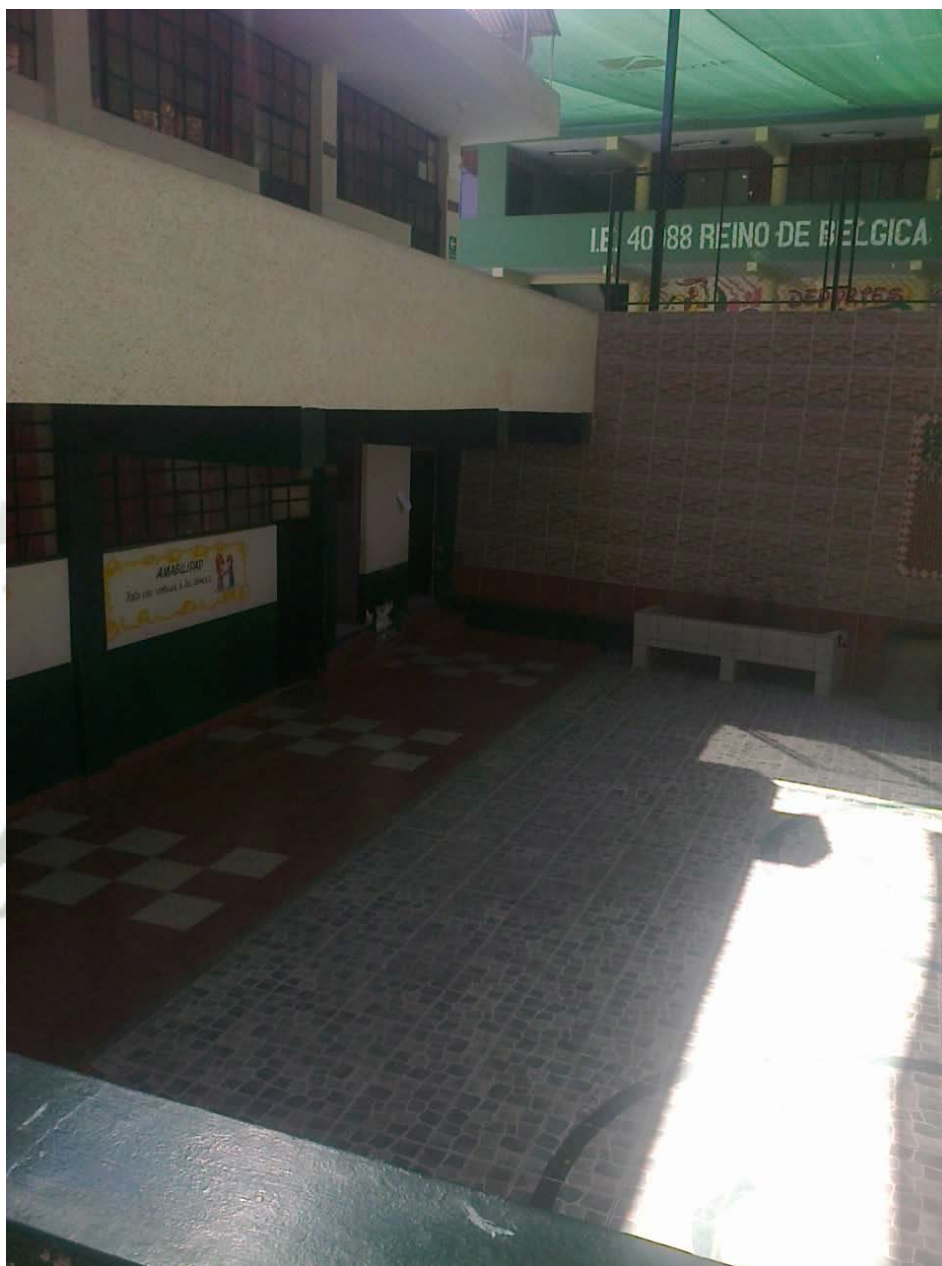
20.- ¿Que logramos con una higiene bucal?

- a) Dientes limpios.
- b) Dientes sanos.
- c) Dientes sin caries.
- d) Todas las anteriores.

MATRIZ DE DATOS

N°	EDAD	SEXO	G.INSTRUCCION	I. ECONOMICOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	NOTA
1	27	2	2	1	1	2	1	1	3	2	1			2	4	1									
2	36	2	1	3	1		1	1	3	3	4			2	4	4			3	2	4	2	3	4	
3	43	2	2	2	3	3	3	1	3	1	1	2	3	2	4	2	3	4	1	4					
4	40	1	1	1	1	1	4	1	3	1	1	3	3	2	4	2	3	1	2	2	4	1	3	4	11
5	27	2	1	1	1	4	1	2	3	3	1	4	2	4	4	3	3	4	4	1	4	1	3	2	8
6	43	2		1	3	4	4	1	3	3	1	3	4	2	2	2					4	1	4	2	
7	65	1	1	1	2	4	4	1	3	3	1	3	4	1							4	1	3	2	
8	31	1	2	2	3	3	1	1	3	3	1	2	2	1	3	3	4	4	3	2	4	1	3	4	9
9	38	2	2	3	3	2	1	1	3	3	1	2	2	2	4	3	4	3	3	2	4	1	1	4	10
10	34	1	2	3	4	3	1	1	3	3	1	3	3	2	4	3	3	3	4	2	4	1	3	4	12
11	37	2	2	3	4	2	1	1	3	3	1	1	3	2	4	3	4	3	4	2	4	1	3	4	11
12	36	2	1	1	4	3	1	1	4	3	1	3	2	1	4	3	3	4	3	2	4	1	4	4	10
13	38	1	1	3	3	3	1	3	1	3	1	1	8	2	1	4	3	4	3	2	4	1	4	4	12
14	40	1	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	2	4	3	4	1	2	2	4	1	3	4	12
15	29	2	2	2	2	1	1	1	3	3	1	3	3	2	4	1	4	1	2	2	4	1	3	4	11
16	32	2	3	3	2	3	4	1	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	4	2	4	1	3	4	11
17		1	2	3	3	3	4	1	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	4	2	4	1	3	4	12
18	39	1	4	3	4	2	1	1	3	3	1	1	4	2	4	3	2	3	4	1	4	1	3	3	10
19	35	2	4	3	2	2	1	1	3	3	1	1	4	2							4	1	3	3	
20	36	2	2	2	3	3	4	1	3	3	1	3	3	2	4	3	3	3	3	3	4	1	3	2	12
21	32	1	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	4	2	4	1	4	3	2	1	4	1	3	4	
22	31	1		3	3	3	1	2						2	2	3	2	4	1	4	2	3	3	1	
23	34	2	4		3	1	1	1	3	1	1	3	4	2	3	3	3	3	3	2	4	1	1	4	10
24	37	1	2	3	2	2	1	1	3	3	4	3	1	1	4	4	4	1	3	2	4	1	1	4	7
25	35	2	1	1	1	3	1	1	3	3	4	3	3	1	4	1	4	4	3	2	4	1	1	4	

FOTOGRAFÍAS





Una de las afecciones que padece regularmente nuestra Región de Arequipa es la salud bucal ya sea por desconocimiento o por la falta de una cultura de prevención, estos aspectos ocasionan en gran parte de nuestra población el deterioro a temprana edad de las piezas dentales, siendo la población más vulnerada nuestros niños escolares, esto se da porque falta que las instituciones del estado, como es el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación no se coordina para implementar dentro los programas Curriculares a manera de ejes transversales asumidos por docentes; temas de prevención sobre las causas de las caries dentales. Así mismo la coordinación de profesionales cirujanos dentistas de las Instituciones públicas del lugar para impartir charlas a los padres de familia y comunidad en general.

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, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos como las zonas rurales, donde muchas veces los programas de salud no son impartidas adecuadamente siendo uno de los factores, la difícil accesibilidad a la zona impidiendo que estos programas de salud lleguen de manera efectiva como también no exista los recursos necesarios para que los pobladores tengan alcance a los programas educativos y preventivos.

La presente tesis, titulada nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica aborda este problema social de la salud bucal del pueblo tradicional del Distrito de Uchumayo, al observar que una gran parte de su población estudiantil tiene sus piezas dentales en mal estado, razón por lo cual se hizo un estudio de investigación a través de una encuesta a los padres de familia de la Institución Educativa, encontrándose que efectivamente hay un desconocimiento de los padres sobre riesgo de caries y dieta cariogénica ocasionando en sus menores hijos problemas de salud bucal y por consiguiente enfermedades odontológicas.

Es aquí donde nos podemos dar cuenta sobre la realidad en que se encuentra atravesando los niños escolares del lugar en lo referente a la salud oral, ya que en el presente trabajo de investigación, los resultados evidencian al valorar el nivel de conocimiento, resultados en su mayoría inadecuados, y estos actúan desfavorablemente en la salud bucal y en consecuencia a su salud general; es decir que su nivel de conocimiento sobre asuntos odontológicos es deficiente, lo cual se ve reflejado en el estado de los dientes de sus hijos encontrando en su mayoría piezas dentarias cariadas lo que es preocupante.

Son estos factores encontrados en la investigación, lo que nos hace afirmar que si mejoramos el nivel de conocimiento de los padres de familia de la Institución Educativa Reino de Bélgica del Distrito de Uchumayo, sobre riesgo de caries y dieta cariogénica; influirá en mejorar y mantener su estado de higiene oral, sus hábitos alimenticios con una dieta libre de alimentos cariogénicos y por consiguiente niños y padres con un mejor estado de salud bucal.

Por lo tanto, si los padres y madres de familia poseen una mejor educación odontológica a través de las charlas previstas; sus hijos obtendrán un mejor estado de conservación de las piezas dentarias, así como su salud bucal en general sin ningún tipo de afecciones.

En tal sentido, los padres de familia, tienen que estar bien orientados e informados ya que juegan un papel fundamental en la vida de sus hijos, porque son los principales supervisores de los hábitos y rutinas de sus menores hijos para que ellos puedan corregir y así obtener resultados favorables y un mayor cuidado bucal.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE
RIESGO DE CARIES Y DIETA CARIOGÉNICA EN NIÑOS DE EDAD
ESCOLAR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA REINO DE BÉLGICA -
UCHUMAYO**

SEXO:

EDAD:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

OBSERVACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TABLA Nª1

**El ceod de los niños de edad escolar de la institución Educativa Reino de Bélgica-
Uchumayo 2014**

ceod	Nº	%
Muy bajo (0.0 a 1.1)	2	4.25
Bajo(1.2 a 2.6)	3	6.38
Regular(2.7 a 4.4)	15	31.91
Alto(4.5 a 6.5)	27	57.45
TOTAL	47	100

Fuente: Odontograma

INTERPRETACIÓN

En la tabla Nª1 podemos observar el ceod de los niños de edad escolar, apreciándose que el mayor % de ceod es (57,45)% presentando un ceod alto, en tanto el menor de ellos (4.25) % con un ceod muy bajo.

GRAFICO N°1

El ceod de los niños de edad escolar de la Institución Educativa Reino de Bélgica- Uchumayo 2014

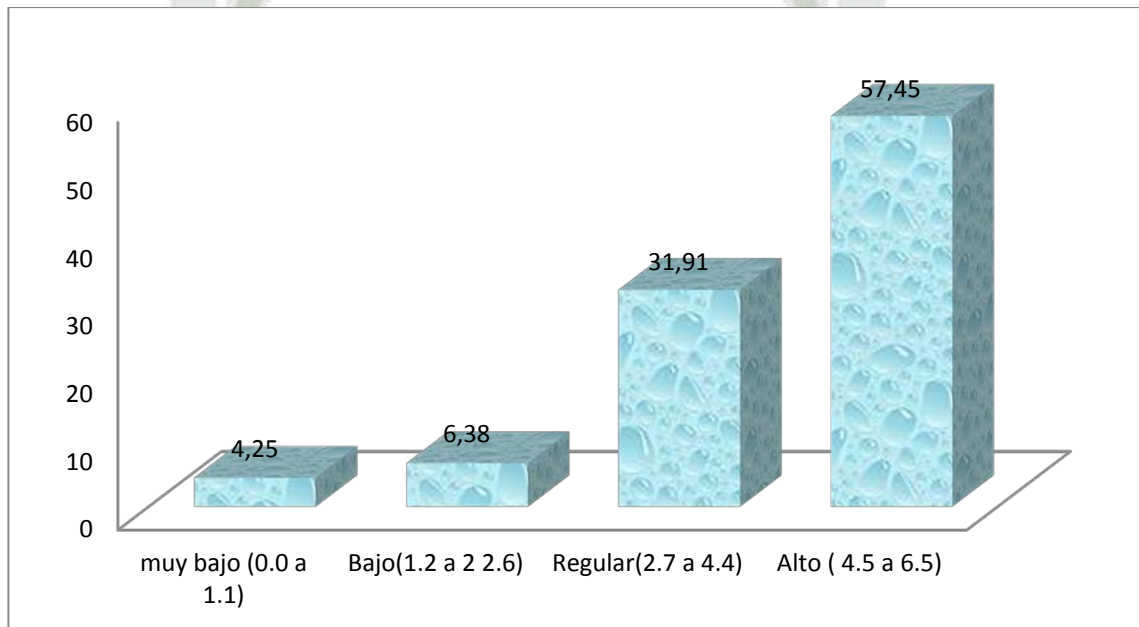


TABLA N° 2

Relación entre el ceod de los niños de edad escolar y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica de la Institución Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo 2014

N° DE NIÑOS	ceod	NIVEL DE CONOCIMIENTO
2 niños	4.25	0
3 niños	6.38	1.2
15 niños	31.91	30.6
27 niños	57.45	68.2

Fuente: El Odontograma aplicado en niños y la encuesta aplicada en los padres

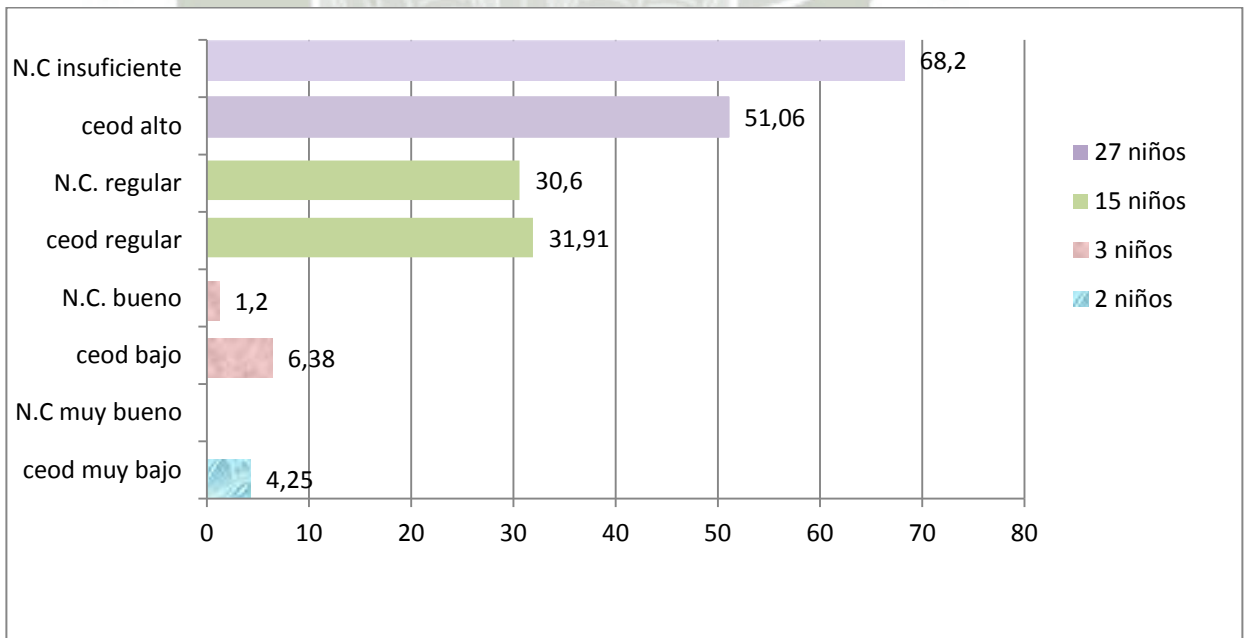
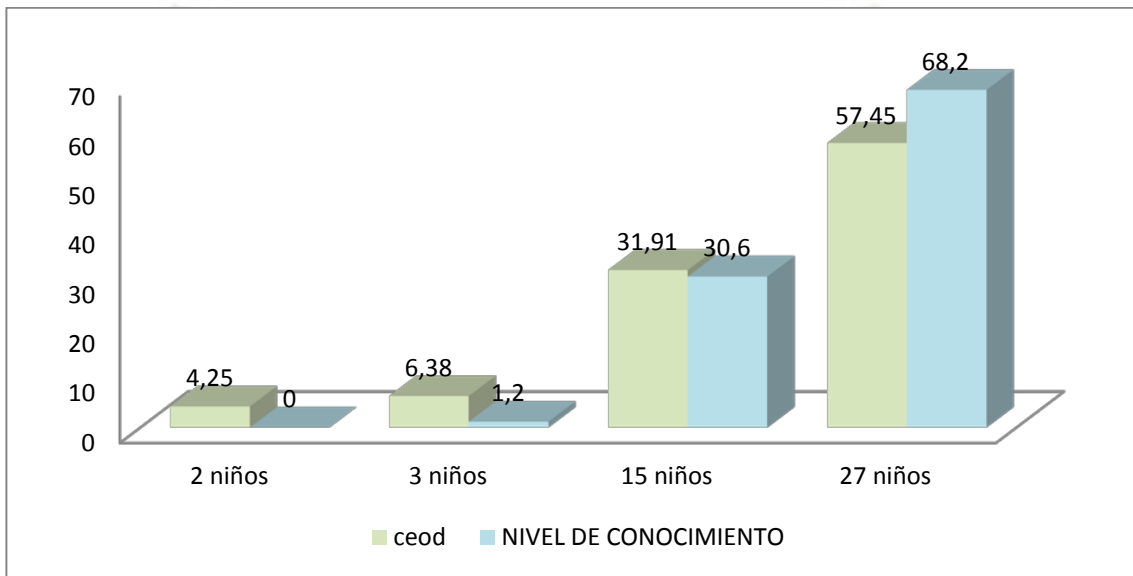
INTERPRETACIÓN

Se presenta relación entre el ceod de los niños de edad escolar y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica apreciándose que el ceod muy bajo (4.25)% donde el nivel de conocimiento muy bueno presenta (0)% , el ceod bajo (6.38)% presenta un nivel de conocimiento bueno (1.2)% , y el ceod regular (31.91) % donde su nivel de conocimiento regular (31.91) % y finalmente el ceod alto (57.45)% presente un nivel de conocimiento insuficiente(68.2)%.

Según la prueba estadística si existe relación significativa entre el ceod de los niños de edad escolar y el nivel de conocimiento de los padres de familia y sus niveles de conocimiento sobre riesgo de caries y dieta cariogénica.

GRAFICO N° 2

Relación entre el ceod de los niños de edad escolar y el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre riesgo de caries y dieta cariogénica de la Institución Educativa Reino de Bélgica-Uchumayo 2014



**“AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y
COMPROMISO CLIMÁTICO”**

**Solicito: Autorización para desarrollo
de investigación**

SEÑOR DIRECTOR DE LA I.E. REYNO DE BÉLGICA DEL DISTRITO DE UCHUMAYO

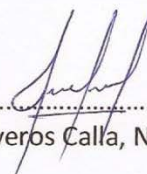
Yo, Nohelia Karina Riveros Calla, bachiller en Odontología, identificada con DNI 46522169, domiciliada en la Urb. La Alborada C-3 Distrito: Cerro Colorado, Arequipa, con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo desarrollado el proyecto de tesis NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE RIESGO DE CARIES Y DIETA CARIOGENICA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR DEL COLEGIO REYNO DE BELGICA-UCHUMAYO 2014. Tal investigación contribuirá a mantener y mejorar la salud bucal de los niños del distrito de Uchumayo. Dicha investigación consiste en la aplicación de encuesta.

Por tal motivo es que recorro a su despacho para que brinde las facilidades del caso.

Arequipa, 09 de junio 2014




.....
Riveros Calla, Nohelia Karina