

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



FACTORES DE LA DEMANDA EN LA CONSULTA ODONTOLOGICA OPORTUNA O TARDÍA EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS DEL COLEGIO LA RECOLETA, AREQUIPA 2017

**Presentado por la Bachiller:
Karen Paola Chambi Herrera**

**Para obtener el título profesional de:
Cirujano - Dentista**

Asesora: Dra. Monica Salas Rojas

**Arequipa – Perú
2017**

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona

A mis hermanos Luis y Ana y a mis sobrinos por sus palabras y compañía , a mi hermano Wilbert, tía Doris, tía Julia y abuelito Luis , que no están físicamente con nosotros pero sé que desde el cielo siempre me cuidan y me guían para que todo salga bien .

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como fin determinar relación, entre factores seleccionados (condición socio cultural, económica, conocimiento básico en salud oral, funcionabilidad entre servicios y la accesibilidad a la consulta con la atención odontológica oportuna y tardía en niños del colegio” La Recoleta”.

La población de estudio estuvo dada por niños de ambos sexos menores de 6 años que fueron evaluados en el centro educativo “La Recoleta” acorde con los criterios de inclusión y exclusión y se les hizo una evaluación clínica y evaluación de CEOD, y a las madres de los niños un cuestionario.

Los datos son procesados estadísticamente a un nivel de confianza del 95%. Se empleó el paquete estadístico de chi cuadrado.

No se encontró relación estadística con respecto a la consulta odontológica oportuna y tardía en edad sexo, si existe diferencia estadísticamente significativa con respecto a la oportunidad de consulta en edad y sexo del niño, número de hijos, valor de la consulta en edad y sexo del niño, número de hijos, valor de la consulta transferido e información en otros servicios del establecimiento.

PALABRAS CLAVE: Oportuna, Tardía, chi cuadrado, consulta transferido.

ABSTRACT

The present o research work had as purpose to determine the relationship between selected factors (socio-cultural, economic, basic health knowledge, functionality between services and accessibility to consultation with timely and late dental care in school children “La Recoleta “.

The study population was given by children of both sexes less, than 6 years old who were evaluated in “Educational Center La Recoleta” according to the inclusion and exclusion criteria and made a clinical, a questionnaire was also applied to the mothers of the children a questionnaire.

Data are processed statistically at a 95% confidence level. The statistical chi-square package was used.

No statistical relationship was found with regard to timely and late odontogenic consultation in sex, statistical difference with respect to the opportunity to consult in age and sex of the child, number of children, value of the consultation in age and sex of the child, number Of children, value of the consultation transferred and information in other services of the establishment.

KEY WORDS: Timely, late dental, chi square, consultation transferred

ÍNDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	
INDICE	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.....	11
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	11
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:.....	11
1.2. ENUNCIADO:.....	12
1.3. DESCRIPCIÓN	12
1.3.1. Área del Conocimiento	12
1.3.2. Análisis u Operacionalización de las Variables	13
1.3.3. Interrogantes básicas.....	13
1.3.4. Nivel de Investigación	14
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4.1. Originalidad:	14
1.4.2. Relevancia Científica:	14
1.4.3. Relevancia Contemporánea:	14
1.4.4. Relevancia Social	14
1.4.5. Interés Personal.....	15
1.4.6. Contribución Académica.....	15
2. OBJETIVOS:	15
3. MARCO TEORICO	16
3.1. ATENCION OPORTUNA Y TARDIA.....	16
3.2. DEMANDA.....	16
3.3. TIPOS DE DEMANDA	17
3.3.1. Demanda Elástica	17
3.3.2. Demanda Inelástica.....	17
3.3.3. Demanda Elástica Unitaria.....	17
3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMANDA	178
3.4.1. El precio de otros bienes.....	18
3.5. FACTORES ECONÓMICOS.....	19
3.6. FACTORES SOCIOCULTURALES	20
3.7. ASPECTOS ODONTOLÓGICOS	20
3.8. ODONTOLÓGÍA PREVENTIVA.....	21

3.8.1.	Niveles de Prevencion	22
3.8.2.	Niveles de Actuación Preventiva: Concepto Actual	24
3.8.3.	Prevencion en Odontologia	25
3.8.4.	Estrategias de Prevención:	25
3.8.5.	Prevención bucodental en casa:	26
3.9.	<i>INDICE DE CARIES</i>	27
3.9.1.	Definicion.....	27
3.10.	<i>CLASIFICACION</i>	29
3.10.1.	Tipos de lesiones.....	29
3.11.	<i>ETIOLOGIA</i>	31
3.12.	<i>DIAGNÓSTICO DE CARIES</i>	32
3.13.	<i>ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</i>	323
4.	HIPÓTESIS:	37
CAPÍTULO II		38
CAPITULO II		39
II.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	39
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	39
1.1.	<i>TÉCNICA</i>	39
1.2.	<i>INSTRUMENTOS</i>	40
1.2.1.	Instrumentos Documentales	40
1.2.2.	Instrumentos mecánicos:.....	40
1.3.	<i>MATERIALES:</i>	40
1.3.1.	Para la realización de la encuesta:	40
1.3.2.	Para el examen bucal de los niños :	40
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	41
2.1	<i>UBICACIÓN ESPACIAL</i>	41
2.2.	<i>UBICACIÓN TEMPORAL</i>	41
2.3.	<i>UNIDADES DE ESTUDIO:</i>	41
2.4.	<i>ORGANIZACIÓN</i>	42
2.5.	<i>RECURSOS</i>	42
2.5.1.	Recursos Humanos.....	42
2.5.2.	Recursos Físicos	42
2.5.3.	Recursos Económicos.....	42
2.5.4.	Recursos Institucionales	42
2.6.	<i>VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO</i>	43
3.	ESTRATEGIA DE MANEJO DE DATOS	43
3.1.	<i>TIPO DE PROCESAMIENTO</i>	43

3.1.1.	Plan de Operación	43
3.2.	<i>NIVEL DE ESTUDIO DE LOS DATOS</i>	43
3.2.1.	Metodología de la Interpretación.....	43
3.2.2.	Modalidades Interpretativas	44
3.2.3.	Operaciones para Interpretar los cuadros	44
3.2.4.	Niveles de Interpretación	44
3.3.	<i>NIVEL DE CONCLUSIONES</i>	44
3.4.	<i>NIVEL DE RECOMENDACIONES</i>	44
3.4.1.	Forma	44
3.4.2.	Orientación	45
	CAPÍTULO III.....	46
	CAPÍTULO III.....	47
	RESULTADOS	47
	CONCLUSIONES	70
	RECOMENDACIONES.....	71
	BIBLIOGRAFÍA.....	72
	INFOGRAFIA.....	73
	ANEXOS.....	734
	CUESTIONARIO	75
	FOTOGRAFIAS.....	822

INTRODUCCIÓN

En salud pública bucal, la caries dental constituye un desafío por ser una enfermedad crónica y prevenible. Es una enfermedad que no distingue edad, sexo, nivel social o cultural. En las primeras etapas de vida del ser humano, los dientes generalmente están libres de la enfermedad, pero a lo largo de su vida pueden adquirirla por diversos factores de orden biológico, estilos de vida, factor social y medio ambiental.

La caries dental es el primer motivo de atención entre las enfermedades bucales para la Organización Mundial de la Salud. Para la población infantil, la Asociación Dental Americana (ADA), el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los EEUU (CDC) y la Asociación de Odontopediatría (AAPD) definen a la caries de infancia temprana o Early Childhood Caries - ECC (en inglés) como cualquier tipo de lesión de caries presente en niños menores de 6 años y a la caries severa en la infancia o S-ECC cuando la lesión de caries se inicia en los incisivos deciduos superiores.

La prevalencia de la caries de infancia temprana es un tema muy discutido, y está relacionada a características sociales, culturales y económicas de las poblaciones. Entre los factores de riesgo asociados se citan al hábito de biberón, la placa bacteriana o biofilm dental, los hábitos de higiene bucal, la temprana adquisición y colonización de *Streptococos mutans*, el flujo y calidad de la saliva del niño, el patrón de erupción de los dientes, las alteraciones estructurales de los tejidos duros, la presencia de flúor en el medio oral, tipo de ingesta, discapacidad física y/o mental, nivel socioeconómico, nivel educativo, desconocimiento sobre cuidados en higiene oral de padres o personal a cargo del niño, entre otros.

La falta de atención oportuna en niños ocasiona una serie de secuelas como son infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de mal oclusiones y hábitos orales, Además de repercusiones médicas, emocionales y financieras. Se le ha considerado como

un factor de riesgo para el desarrollo de caries futura en la dentición primaria y permanente, así como su asociación con anomalías cardíacas congénitas y endocarditis bacteriana



CAPÍTULO I



CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:

La falta de atención odontológica oportuna en niños ocasiona una serie de secuelas como son infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de mal oclusiones y hábitos orales, además de repercusiones médicas, emocionales y financieras

La atención odontológica se le ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de caries futura en la dentición primaria y permanente.

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infectocontagiosa, endógena que está muy relacionada al comportamiento, a hábitos y estilo de vida de las personas.

La caries afecta a más del 95% de la población. Muchos padres creen que antes de los 3 años , no hay nada que el odontólogo pueda hacer , pero es sorprendente que el 10 % de los niños menores de 2 años están afectados de caries y que esta cifra aumenta a 35% a los 3 años ,55% a los 4 años y 75% a los 5 años.

1.2. ENUNCIADO:

FACTORES DE LA DEMANDA EN RELACION A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA OPORTUNA O TARDÍA EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS DEL COLEGIO LA RECOLETA, AREQUIPA 2017

1.3. DESCRIPCIÓN

1.3.1. Área del Conocimiento

Se ubica en el:

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

1.3.2. Análisis u Operacionalización de las Variables

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR
DEMANDA	CUESTIONARIO : • Condición sociocultural • Condición socio-económica • Educación de salud bucal	SISTEMA VIGESIMAL • 0-5 muy malo • 6-10 malo • 11-15 regular • 16-17 bueno • 18-20 muy bueno
CONSULTA ODONTOLÓGICA	• Oportuna • Tardía	• Si • No

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la condición socioeconómica en la demanda de atención odontológica de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta ?
- ¿Cuál es la condición cultural en la demanda de atención odontológica en salud bucal de los padres de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta?
- ¿Cuántas atenciones odontológicas oportunas o tardías en la demanda de atención odontológica recibieron los niños del Colegio Parroquial La Recoleta?
- ¿Cómo condicionan los factores en la demanda de atención odontológica de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta?

1.3.4. Nivel de Investigación

Esta investigación es tipo observacional y transversal

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. Originalidad:

El presente trabajo ha sido diseñado para observar si la atención odontológica oportuna o tardía en los niños del colegio la recoleta creándose una originalidad en la ciudad de Arequipa ya que existen trabajos a nivel nacional e internacional.

1.4.2. Relevancia Científica:

Esta investigación nos permitirá determinar si influye o no influyen en los factores que condicionan en la atención oportuna o tardía como un aporte a la ciencia para que la educación en salud bucal se mejore a nivel nacional y mundial.

1.4.3. Relevancia Contemporánea:

Si es una investigación contemporánea porque fue realizada en la actualidad en el año .

1.4.4. Relevancia Social

El establecimiento de políticas de salud dirigidas para la atención temprana permitirá la atención oportuna de los niños. Esto a su vez redundará en el mejoramiento de la salud bucal y general de los niños.

1.4.5. Interés Personal

Es saber el nivel cultural sobre salud bucal de los padres de familia ya que de ellos depende la asistencia oportuna o tardía de sus hijos en la atención odontológica sobre valorando el primer nivel de prevención.

El desarrollo de la presente investigación me permitirá obtener el título profesional de Cirujano – Dentista.

1.4.6. Contribución Académica

El conocimiento de los factores de la demanda que determinan que la atención odontológica sea oportuna o tardía, contribuirá en el desarrollo de la formación profesional de los estudiantes de odontología. Les permitirá desarrollar mejor sus actividades de prevención en Salud Bucal en niños.

2. OBJETIVOS:

- a. Determinar condición socioeconómica en la demanda de atención odontológica de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta.
- b. Determinar la condición cultural en la demanda de atención odontológica en salud bucal de los padres de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta.
- c. Determinar atenciones odontológicas oportunas o tardías en la demanda de atención odontológica recibieron los niños del Colegio Parroquial La Recoleta.
- d. Determinar los factores en la demanda de atención odontológica de los niños del Colegio Parroquial La Recoleta.

3. MARCO TEORICO

3.1. ATENCION OPORTUNA Y TARDIA

La calidad de atención al cliente es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente, considerando que la organización existe porque existe el cliente o paciente que tiene una necesidad en este caso de atención oportuna y de calidad, motivo por el cual se debe prestar atención al proceso para mejorar la calidad de atención a los pacientes la cual hace que la imagen de la institución se vea respetada y admirada por los usuarios cuando esta esta enfocado en la calidad y mejora continua de sus servicios.

La atención tardía como se vera a continuación se debe a diversos factores entorno al paciente en ocasiones tienden a ser una excusa para no realizarse algún tratamiento y en otras ocasiones es un fuerte factor para la no realización del tratamiento. Debemos solucionar esos problemas para que nuestra atención sea oportuna y de esta manera tener una excelente atención odontológica.¹

3.2. DEMANDA

a. DEFINICION:

En términos generales, la "**demanda**" es una de las dos fuerzas que está presente en el mercado (la otra es la "oferta") y representa la cantidad de productos o servicios que el consumidores quieren y pueden adquirir para satisfacer sus necesidades o deseen, depende gran parte de ellos.

**Definición de Demanda, Según Expertos en
Mercadotecnia y Economía:**

¹ Malagon Londoño, Administracion Hospitalaria; 2000; Pag 19

Para **Kotler, Cámara, Grande y Cruz**, autores del libro "Dirección de Marketing", la **demanda** es "el deseo que se tiene de un determinado producto pero que está respaldado por una capacidad de pago"

3.3. TIPOS DE DEMANDA

3.3.1. Demanda Elástica

Es aquella que al momento de variar el precio de un bien o servicio este inmediatamente puede afectar el comportamiento del consumidor teniendo en cuenta el nivel de ingreso, cambios en los gustos y preferencias que influyen en la decisión de compra.

3.3.2. Demanda Inelástica

Es aquella que aunque varié el precio de un bien o servicio, esta no es sensible al comportamiento de compra de los consumidores debido a que son productos de primera necesidad.

3.3.3. Demanda Elástica Unitaria

Si al variar el precio en un determinado porcentaje las cantidades demandadas varían en el mismo porcentaje. ²

²) KARIN LUYO, EJEMPLOS DEMANDA ELASTICA E INELASTICA DEMANDA COMPLETAMENTE ELASTICA; 2012.Pág.5

3.4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMANDA

El precio del bien:

El precio del bien: a mayor precio del bien, menor cantidad demandada y a menor precio del bien, mayor cantidad demandada. Es decir, la cantidad demandada varía de forma inversa al precio.³

3.4.1. El precio de otros bienes

El precio de otros bienes: vamos a diferenciar entre bienes sustitutivos y bienes complementarios:

- **Bien sustitutivo:** es aquel que puede satisfacer la necesidad del consumidor prácticamente igual que el bien en cuestión (por ejemplo la margarina puede ser un buen sustitutivo de la mantequilla). En el caso de las Cigalas, podríamos considerar como bienes sustitutivos otro tipo de mariscos como las centollas, camarones, percebes, etc.

Si el precio del bien sustitutivo aumenta, aumenta la demanda del bien en cuestión, y lo contrario si baja.

- **Bien complementario:** es aquel que se consume conjuntamente con el bien en cuestión (por ejemplo el coche y la gasolina) Si sube el precio de un bien complementario baja la demanda del bien (y lo contrario si baja).⁴

³ JOSE VÁZQUEZ , DE ECONOMIA BLOG; Perú; 2012,Pag,12

⁴ JOSE VÁZQUEZ , DE ECONOMIA BLOG; 2012

3.5. FACTORES ECONÓMICOS

- a) **Producción:** Es el punto de partida de la existencia humana es la producción en una sociedad. Es la etapa del proceso económico en el cual se realiza un conjunto de actividades orientadas a generar nuevos bienes y servicios en cada unidad productiva.
- b) **Circulación:** Es el conjunto de actividades económicas que permiten la realización de los intercambios de bienes y servicios a través de los mercados desde los productores hacia los consumidores.
- c) **Distribución:** Son las actividades económicas a través de las cuales se paga o retribuye a cada factor productivo.
- d) **Consumo:** Es la etapa final del proceso económico, especialmente del productivo, definida como el momento en que un bien o servicio produce alguna utilidad al sujeto consumidor. En este sentido hay bienes y servicios que directamente se destruyen en el acto del consumo, mientras que con otros lo que sucede es que su consumo consiste en su transformación en otro tipo de bienes o servicios diferentes.
- e) **Inversión:** es el acto mediante el cual se invierten ciertos bienes con el ánimo de obtener unos ingresos o rentas a lo largo del tiempo. La inversión se refiere al empleo de un capital en algún tipo de actividad o negocio, con el objetivo de incrementarlo. Dicho de otra manera, consiste en renunciar a un consumo actual y cierto, a cambio de obtener unos beneficios futuros y distribuidos en el tiempo. ⁵

⁵ Eduardo Ruiz; FACTORES ECONOMICOS; México: 2014.

3.6. FACTORES SOCIOCULTURALES

Su análisis tiene triple objetivo:

- a) **Primero:** Analizar la posible evolución y tendencias que puedan afectar al futuro de la empresa.
- b) **Segundo:** Diagnosticar qué evoluciones o tendencias se nos presentan como oportunidades y amenazas.
- c) **Tercero:** Decidir las acciones más adecuadas para aprovechar las oportunidades y para defendernos de las amenazas.

3.7. ASPECTOS ODONTOLÓGICOS

La odontología, a pesar de su juventud como carrera independiente, se conoce la existencia desde tiempos remotos, de expertos en problemas odontológicos, especialmente en la exodoncia dental o extracción de piezas dentarias, cuyas patologías han afectado a la humanidad desde sus mismos orígenes. Por ello es importante para los odontólogos conocer el camino recorrido por su profesión para ser conscientes del papel de la misma en la historia de la humanidad.

La historia de la Odontología ayuda a conocer hechos ocurridos, en los que se manifiesta el importante papel desarrollado por quienes desempeñan este oficio en ayuda del ser humano enfermo, e igualmente la historia ayuda a recordar figuras eminentes que desde diferentes culturas han destacado de forma brillante por su trabajo, y han aportado su inteligencia y sus conocimientos haciendo avanzar a la Odontología.

Como muchos pacientes, usted debe preguntarse el porqué de la importancia de un examen dental completo cuando visita a su odontólogo. También debe tener curiosidad en conocer que busca el odontólogo al examinarle, en qué consiste éste procedimiento o porqué

una simple limpieza de vez en cuando no es suficiente. Hoy le informaré en nuestra columna semanal de la importancia del examen dental para su salud bucal y general.⁶

3.8. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

En sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento.

Sin embargo, la prevención en su sentido escrito y más generalizado comprende todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la aparición de la enfermedad aún no se ha desarrollado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención llamada primaria pretende disminuir la incidencia de la enfermedad.

La prevención por tanto, esta ligada conceptualmente a la enfermedad; su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Los términos de salud y enfermedad se han venido utilizando como si se aplicaran a dos variables categóricas. En este sentido, un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de unos criterios diagnósticos. El enfoque actual tiende a tratar salud y enfermedad como variables cuantitativas. Tanto la una como la otra son un continuo que permite distintos grados. No hay, pues, un límite estricto entre ellas, siendo este modificado a medida que las posibilidades diagnosticas se

⁶ Juliana Mejía Ramírez, Historia y Evolución de la Odontología pag. 14

amplían y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos.⁷

3.8.1. Niveles de Prevención

Para comprender los objetivos y las actividades de la odontología preventiva es fundamental el estudio de los niveles de prevención.

Como ya se ha dicho, la prevención en sentido amplio se define como <cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión>. Se trata, pues, no solo de evitar la aparición de la enfermedad o afección, sino también de detener su curso hasta conseguir la curación o, en el caso de no poder hacerlo, retardar su progresión durante el máximo tiempo posible.

La aplicación del concepto de niveles de prevención es posible porque todas las enfermedades presentan su <historia natural>, unos periodos más o menos bien definidos en los que en cada uno de ellos es posible la aplicación de algún tipo de medida preventiva de acuerdo con el concepto amplio de prevención.

En general, las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles: prevención primaria, secundaria, terciaria.

⁷ EMILI CUENCA S, PILAR BACA G. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Pág. 1

a) Prevención Primaria

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a producción del estímulo provocador de la enfermedad.⁸

Leavell y Clark distinguen dos sub niveles o apartados en la prevención primaria: la prevención inespecífica y la prevención específica

La prevención inespecífica comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad o afección determinadas. Un ejemplo claro es el de las vacunaciones o la fluorización de las aguas de abastecimiento público.

Leavell HR, Clark RG. Textbook of Preventive Medicine. New York: McGraw Hill; 1983.

b) Prevención Secundaria

La prevención secundaria actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.⁹

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico

⁸ EMILI C.S. Ob. Cit, pág. 4

¹⁰ Emili C. S Ob. Cit pag. 4

de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad.

c) **Prevención Terciaria**

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

3.8.2. Niveles de Actuación Preventiva: Concepto Actual

La visión clásica de los niveles de prevención se fundamenta en la modificación de las pautas de comportamiento de los individuos y en las actuaciones clínicas para modificar los determinantes de la salud.

La doctrina actual, sin embargo. Enfatiza la importancia de los condicionantes ambientales como influyentes decisivos en el comportamiento de individuos y comunidades. Bajo esta nueva perspectiva el primer nivel preventivo comprendería actuaciones destinadas a favorecer los aspectos sociales, económicos y de políticas sanitarias, que permitan mejorar los condicionantes ambientales y por tanto favorecer los comportamientos individuales¹⁰

¹⁰ EMILI C.S. Ob.Cit pág. 5

3.8.3. Prevención en Odontología

Todas las enfermedades pueden prevenirse y las de la boca no constituyen una excepción. La boca es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida: respiración, masticación, deglución, fonación y estética. Es por lo tanto fundamental adoptar todos los cuidados necesarios con el fin de prevenir la aparición de futuros problemas. La boca refleja indicios y síntomas de salud y de enfermedad y algunas enfermedades que afectan a nuestro organismo pueden tener su primera manifestación en la cavidad oral.

3.8.4. Estrategias de Prevención:

Unas simples estrategias de prevención permitirán reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades sistémicas:

- Adoptar una alimentación equilibrada y rica en fibra; reducir la ingesta de azúcares entre horas (someten a los dientes a un mayor contacto con ácidos que predispone a la caries); evitar el consumo de alimentos pegajosos (más difíciles de eliminar de las superficies dentales) y de bebidas azucaradas y carbonatadas para prevenir la aparición de caries y la pérdida prematura de los dientes.
- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol para disminuir el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, de periodontopatías y de pérdida de dientes.
- Consumir frutas y verduras para proteger frente al cáncer de la cavidad bucal.
- Utilizar protectores bucales para proteger los dientes en deportes de contacto.

- Mantener de forma constante una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal para prevenir la aparición de caries tanto en niños como adultos.¹¹

Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales

3.8.5. Prevención bucodental en casa:

La Sociedad Española de Periodoncia recomienda seguir las siguientes pautas:

- Fomentar una cultura preventiva en casa desde muy temprana edad en los niños.
- Utilizar un cepillo dental y una técnica de cepillado adecuados a cada caso.
- Cepillar bien los dientes después de cada comida realizando un meticuloso cepillado antes de acostarse ya que durante la noche disminuye la producción de saliva y los dientes se vuelven más susceptibles a la caries.
- Utilizar pasta dental rica en flúor, ya que refuerza el esmalte y previene la caries.
- Cepillar la lengua y masajear las encías para mantenerlas sanas y fuertes.
- Utilizar enjuagues bucales antibacterianos cuando indicados por el profesional.
- Renovar el cepillo de dientes cada 3 meses aproximadamente.
- Realizar una inspección periódica de la boca para detectar llagas que no curan, irritación en las encías u otros cambios.

¹¹ PILAR BACA GARCIA, Ob. Cit. Pág. 8

- Acudir al odontólogo para revisiones periódicas (su odontólogo marcará la periodicidad de las visitas en función de las necesidades).¹²

Muchas investigaciones señalan la relación existente entre salud oral y algunas enfermedades como diabetes, problemas cardíacos, partos prematuros e infecciones pulmonares.¹³

Existe una relación bidireccional entre diabetes y salud oral: la infección en la boca puede dar lugar a un peor control de la diabetes de la misma manera que la diabetes mal controlada predispone a un riesgo tres veces más alto de tener enfermedad periodontal.¹⁴

3.9. CARIES

3.9.1. Definición

El término "caries" proviene del latín y significa descomponerse o echarse a perder, y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes. Entre diversas definiciones, se presentan aquí algunas como la del Sistema de Universidad Abierta (SUA), de la UNAM: Proceso infeccioso, continuo, lento e irreversible que mediante un mecanismo quimicobiológico desintegra los tejidos del diente. Para Williams y Elliot, la caries es:

...una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección <de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial. Katz dice:

¹² PILAR BACA G. Ob,Cit. Pág. 8-10.

¹⁵ Bertya y. Higashida Hircase, Odontología Preventiva 2009, pag. 120

...es una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción. López Jordi la define como: ...un proceso biológico, dinámico, de desmineralización-rem mineralización debido a que en sus primeros estadios la progresión de la enfermedad se puede controlar e incluso hacerla reversible.

Por otro lado, Piedrola y colaboradores definen la caries como:

...una enfermedad de evolución crónica y etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales)¹⁶, que afecta tejidos calcificados de los dientes y se inicia tras la erupción dental, provocando, por medio de los ácidos procedentes de las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono, una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en determinada superficie dental, que evoluciona hasta lograr finalmente la desintegración de la matriz orgánica, la formación de una cavidad y pérdida de la pieza, pudiendo ocasionar trastornos locales, generales y patología focal. Por último, la definición de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS): ...toda cavidad en una pieza dental, cuya existencia pueda diagnosticarse mediante examen visual y táctil practicado con espejo y sonda fina.¹⁵



¹⁵ Bertya Y.Higashida Hircase, Odontología Preventiva. 2° Edición.2009.Pág.121-122

3.10. CLASIFICACION

La caries dental se puede clasificar de muchas maneras, una, desde el punto de vista de la localización anatómica; otra, desde el punto de vista de la actividad de la enfermedad.

3.10.1. Tipos de lesiones

a) Lesión primaria de caries dental

Es la lesión que aparece sobre una superficie previamente sana, sin restauraciones. Se presenta sobre las superficies lisas o en el sistema de fosas y fisuras.¹⁶

b) Lesión secundaria o caries dental recurrente

Es la lesión que aparece en la interfase esmalte-restauración. Para algunos investigadores los dos términos son sinónimos.

c) Caries dental residual: Describe tejido afectado por caries dental cuya remoción fue incompleta y por encima del cual se ha colocado el material de restauración.¹⁷

d) Caries dental oculta

Lesión localizada en dentina por debajo de un esmalte intacto. Son lesiones que no se detectan fácilmente en la inspección visual pero que son evidentes en el examen radiológico.

¹⁶ Bertha Y. Higashida H. Ob. Cit. Pág. 124

¹⁷ NOEMÍ BORDONI, ALFONSO ESCOBAR ROJAS, RAMÓN CASTILLO MERCADO; Odontología Pediátrica; 2010 pag 27

e) Caries dental de la niñez temprana

Descrita como caries dental del biberón o de la alimentación. Son lesiones inicialmente localizadas sobre la superficie vestibular de los incisivos centrales superiores, primarios, en niños entre los 6 meses y los dos años de vida. En el tiempo puede afectar los cuatro incisivos primarios superiores y los primeros molares primarios superiores.¹⁸

f) Caries dental rampante o irrestricta

Afecta a casi todas las superficies de todos los dientes primarios, a partir de los dos años de vida. Ataca superficies que relativamente se encuentran libres de caries dental. Ocasionalmente no ataca a los cuatro incisivos primarios inferiores, pero si el resto de la dentición decidua muestra lesiones de caries dental cabe en la definición de caries rampante.

g) Caries dental activa

Es la lesión que muestra señales de actividad por cambios en la dureza, la textura, el color, y respuesta dolorosa ante estímulos como el frío, el calor o los alimentos dulces.

h) Caries dental detenida

Lesión activa, que se desarrolló meses o años atrás, cuyo progreso, por alguna razón se detuvo, permitiendo la esclerosis de los túbulos dentinales de la dentina infectada. Pueden coexistir lesiones detenidas rodeadas por lesiones

¹⁸ Alfonso Escobar R. Ob.Cit , Pág. 168

activas. Existen lesiones detenidas de esmalte, dentina y cemento.¹⁹

3.11. ETIOLOGIA

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente, que está en la boca, cuando tiene en su superficie placa bacteriana.

Sin embargo, la presencia de placa no lleva necesariamente a la enfermedad. Las bacterias son necesarias pero no suficientes.²⁰

En el interior de la placa bacteriana la actividad metabólica es continua, produciendo numerosas fluctuaciones de pH en la interfase entre la superficie del diente y los depósitos microbianos. Cuando el pH disminuye se produce una pérdida de mineral que se recupera cuando el pH aumenta. Este equilibrio puede alterarse dando lugar una pérdida de mineral que lleva a la disolución del tejido duro del diente que pueda llegar a producir una lesión de caries la pérdida o ganancia neta de mineral es parte de una dinámica continua de desmineralizaciones y remineralizaciones. Si no es posible detectar una lesión, no significa que no hay pérdida de mineral, sino que esta no ha alcanzado suficiente magnitud para ser evidente. Si en cualquier superficie de un diente con placa bacteriana se está iniciando un proceso de desmineralización, que no es posible detectar, podemos asumir que las actuaciones para evitar la enfermedad, más que prevenirla, lo que hacen es tratarla o controlarla. Cualquier determinante causal, o factor que influye en la magnitud de las fluctuaciones de pH, determinara la probabilidad de la pérdida neta de mineral y la velocidad la que tiene

²⁰ Alfonso Escobar R. Ob. Cit. Pág..169

²⁰ Pilar Baca García, Ob. Cit. Pág. 20

lugar. Por el contrario, los factores protectores actuarán reduciendo la probabilidad de pérdida de mineral o retrasando su velocidad.

Aunque las bacterias son necesarias, pero no suficientes, es importante entender, desde el punto de vista microbiológico, que ocurre en la placa bacteriana, como ecosistema fisiológico, para que se pueda llegar a un desequilibrio patógeno. Las hipótesis de placa bacteriana que explican la enfermedad han evolucionado y actualmente, se aceptan la hipótesis de placa ecológica propuesta por Marsh.²¹

Si la enfermedad se entiende solo como una enfermedad infecciosa, las actuaciones se dirigen a identificar el o los microorganismos causantes y los métodos para controlarla son la eliminación mecánica de placa, el uso de agentes químicos y el desarrollo de posibles vacunas. La hipótesis de placa ecológica propone que ante determinados cambios ecológicos externos o internos se produce una modificación del medio ambiente oral con un desequilibrio favorable a bacterias que son las que mejor se adaptan al ecosistema de la placa inducido por dichos cambios.

Los cambios microbianos implican el incremento de bacterias acidogénicas, que en inglés se denominan low PH y que incluyen estreptococos del grupo mutans y otros estreptococos no mutans, y la disminución de aquellas especies que consumen lactato disminuyendo la producción de álcalis. Esta situación microbiana en un hospedador susceptible da lugar a un desequilibrio en el proceso desmineralización – re mineralización. Si se siguen consumiendo hidratos de carbono fermentables, la placa permanece más tiempo con un pH crítico (aproximadamente 5,5) de desmineralización del esmalte.

3.12. DIAGNÓSTICO DE CARIES

El propósito final del diagnóstico de caries es ser capaz de elegir la forma más apropiada de intervención para obtener los mejores

²¹ Pilar Baca García, Ob. Cit. Pág. 21

resultados de salud de un paciente. Por lo tanto, el diagnóstico de caries es un procedimiento intelectual durante el cual se clasifican una serie de observaciones de acuerdo con lo que se conoce sobre la etiología, patología, terapia, prevención y pronóstico de cada tipo de lesión observada en un determinado paciente. A menudo el diagnóstico de caries se ha reducido a la detección de los hallazgos o signos clínicos derivados del daño tisular producido por la enfermedad mediante exploración visual y métodos diagnósticos complementarios, pero desde el momento en que el diagnóstico lleva implícita una opción de tratamiento será necesaria una historia clínica detallada que incluya, además de la exploración, anamnesis y pruebas complementarias. Si se realiza un adecuado diagnóstico de caries es posible cambiar el curso natural de la enfermedad. El diagnóstico es una guía para tomar decisiones sobre el modo de detener o interferir el proceso de la enfermedad. Desde un punto de vista práctico, en este apartado se desarrollará el diagnóstico de los signos clínicos de las lesiones de caries como resultado de la enfermedad, dejando los hallazgos etiológicos para el apartado de identificación del riesgo de caries o diagnóstico de la enfermedad de caries. A partir de ambos se podrá establecer la opción de tratamiento más adecuada.

3.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS :

A. ANTECEDENTES LOCALES:

La mala alimentación y cuidado de la higiene bucal ha provocado que la caries en niños tenga mayor prevalencia.

El decano del Colegio de Odontólogos de Arequipa, Alberto Figueroa Banda, indicó que de 10 niños 9 presenta caries.

Por su parte, la Dra. Jaqueline Llerena, jefa del departamento de Odontología del hospital Honorio Delgado manifestó que la caries continúa siendo la principal enfermedad en el Perú después de las diarreas.

- Por lo menos tienen seis dientes cariados
- Niños arequipeños son los más afectados, en cambio los de Moquegua y Puno tienen los dientes más cuidados.

Se estima que el 95 por ciento de niños peruanos de 12 años de edad padece de caries, con por lo menos seis dientes enfermos. Este porcentaje se eleva en jurisdicciones como Arequipa, donde el índice de caries llega a 98%, al igual que en departamentos como Huancavelica y Cajamarca con promedios de 97% y 96%, respectivamente.

Los tres departamentos con menor índice de caries infantil son, Moquegua, donde los niños de 12 años que padecen de caries llegan al 33%; Puno, donde la incidencia es de 37% en este sector de la población; y Huánuco, con 46%.

Si bien estas cifras resultan preocupantes, para los especialistas del Programa de Salud Bucal del Ministerio de Salud son meramente referenciales, debido a que se basan en las fichas clínicas odontoestomatológicas de los establecimientos de salud, situación que cambiará en octubre próximo cuando se tengan los resultados finales del primer estudio epidemiológico de caries y fluorosis dental de nuestro país.

Precisamente, en estos momentos el Programa de Salud Bucal, en coordinación con la Oficina General de Epidemiología (OGE), realiza una investigación que tiene como base una muestra de aproximadamente seis mil 700 niños de 6, 7, 8, 10 y 12 años de edad de diferentes centros educativos del país elegidos al azar.

HIGIENE

La caries dental es una enfermedad producida por bacterias que se alimentan de restos de comida que quedan en la boca y producen ácidos que dañan el esmalte del diente. Este daño se va extendiendo hasta producir cavidades, al principio pequeñas, pero que con el tiempo van agrandándose hasta destruir

todo el diente. En ese proceso la persona afectada sufre de dolores e infección. Así es que las caries son producto de una deficiente higiene bucal, una dieta no balanceada y no visitar regularmente al dentista.

Por eso, los especialistas del Programa de Salud Bucal recomiendan cepillarse correctamente los dientes con crema dental. Se debe colocar el cepillo sobre los dientes y la encía en un ángulo de 45 grados hacia la encía. Además el cepillado debe comenzar por el maxilar superior, de arriba hacia abajo, eliminando todo el residuo alimenticio. La acción debe repetirse por cinco o seis veces, de tal manera que se logre cubrir todas las superficies interiores y exteriores de los dientes. La superficie que sirve para morder se debe cepillar hacia delante y hacia atrás.

Esta limpieza debe complementarse una vez al día especialmente en la noche, es decir antes de dormir, con hilo dental o con hilo de plástico para remover los residuos de alimentos que quedan en la boca. Se recomienda además visitar el dentista por lo menos una vez al año para una revisión minuciosa de los dientes y hacerles tratamiento de flúor para evitar las caries.

Existe un gran número de informes, basados principalmente en datos clínicos, que muestran que los focos de infección bucales causan o agravan muchas enfermedades como la artritis -principalmente la fiebre reumática-, así como males vasculares del corazón -en particular la endocarditis bacteriana-, y enfermedades gastrointestinales, oculares, de la piel y renales.

B. ANTECEDENTES NACIONALES:

a. REVISTA ESTOMATOLÓGICA HEREDIANA

“GASTOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE NIÑOS CON CARIES DE INFANCIA TEMPRANA OCASIONADOS A LA FAMILIA Y AL ESTADO PERUANO REPRESENTADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO “

AUTOR : “GILMER RAMOS TORRES “

RESUMEN:

Objetivo: Determinar los gastos de atención odontológica de niños con Caries de la Infancia Temprana (CIT) que ocasionan a sus familias y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) Lima-Perú.

Material y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra escogida aleatoriamente estuvo formada por 629 niños menores de 71 meses de edad atendidos en el Servicio de Atención del Infante del INSN, en el año 2009, dicha muestra fue estratificada según condición clínica (sanos o con CIT) y procedimiento realizado (tratamiento preventivo y tratamiento restaurador: con manejo de conducta, sedación, o anestesia general). Para determinar los gastos ocasionados a las familias se entrevistaron a las madres de los niños, y los gastos del hospital fueron calculados según el reporte económico del mismo. Para el análisis estadístico se utilizó el software Stata v12, aplicando las pruebas U. Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparar y encontrar las diferencias en las variables estudiadas.

Resultados: La frecuencia de CIT en la muestra evaluada fue de 82.19%. Según mediana: las familias de pacientes sanos gastan por encima de S/.30.00 (min=12, max=84) en procedimientos de prevención y las familias de los pacientes enfermos gastan por encima de S/.113.00 (min=26, max=761) en tratamientos restaurativos ocasionados por CIT, (Relación de 1:4). De acuerdo al tipo de tratamiento realizado, según la mediana, lo más resaltante se encontró en el rubro de anestesia general, donde las familias gastan por encima de S/.639.00 (min=440, max=761); es decir, 20 veces más que en procedimientos de prevención. Del gasto total, la mayor parte es asumida o subvencionada por el INSN, siendo estos gastos aún mayores.

Conclusiones: La CIT, ocasiona importantes gastos directos e indirectos a las familias y al Estado representado por el INSN. Las medidas preventivas son altamente costo efectivas.

C. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

REVISTA ODONTOLOGICA :

**“ LA SALUD ORAL DE GRUPOS POBLACIONALES VULNERABLES :
EXPERIENCIAS DE EDUCACION PARA LA SALUD BUCAL EN NIÑOS
CON DISCAPACIDAD EN PERU Y ARGENTINA**

AUTOR : DOCTORA : EDITH FALCONI SALAZAR

Dos elementos permiten reflexionar sobre el futuro de los seres humanos .la buena noticia es que a través de la ciencia los seres humanos pueden vivir mas de 80 años . la noticia negativa es que de acuerdo con las estadísticas, entre los 60 y 80 años de edad las personas van a sufrir algún tipo de discapacidad . esta situación hace que muchos países trabajen hoy para hacer una contribución , por pequeña que parezca, que ayude a mantener los aspectos sanitarios susceptibles a la enfermedad

Estas contribuciones están directamente vinculadas a las acciones de atención primaria , educación en salud oral en las instituciones educativas que reúnen a los niños con discapacidad , sus familias y profesores , y teniendo en cuenta que los bebés y los niños con discapacidad se encuentren en vulnerabilidad desde la salud oral

4. HIPÓTESIS:

En vista que en otras investigaciones el factor económico cultural influye en la demanda de atención odontológica.

Por lo tanto mi investigación en el Colegio Parroquial La Recoleta también influye positivamente en la demanda oportuna de las atenciones odontológicas de los niños dependiendo del factor socioeconómico y cultural de los padres.



CAPÍTULO II

CAPITULO II

12. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

- Aplicación del cuestionario a la madre y llenado del cuestionario preparado para tal fin.
- Examen odontológico a los niños y llenado de su ficha odontológica.

Variable Investigativa	Indicadores	Técnica	Instrumento
DEMANDA	Condición sociocultural • Condición socio-económica • Educación de salud bucal	Cuestionario	Cuestionario
CONSULTA ODONTOLÓGICA	• Oportuna • Tardía	Examen clínico	Ficha odontológica

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos Documentales

- Para la recolección de información se usará una Ficha odontológica y ordontogramas. (Anexo 1)
- Para la recolección de los datos de las características de la demanda se utilizará un cuestionario. (Anexo 2)

1.2.2. Instrumentos mecánicos:

Se utilizara:

- Cámara Fotográfica
- Computadora
- Espejo
- Pinza
- Explorador para la realización del examen
- Baja lenguas

1.3. MATERIALES:

1.3.1. Para la realización de la encuesta:

Se utilizará:

- Papel
- Ficha
- Material de escritorio

1.3.2. Para el examen bucal de los niños :

Se utilizará:

- Algodón
- Solución Antiséptica
- Guantes
- Barbijo
- Campos de trabajo

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

Corresponde el ámbito institucional general de la:

- Universidad Católica de Santa María
- Centro Educativo Parroquial la Recoleta

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El presente trabajo se realizará en el mes de Mayo del año 2017

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

- Niños
- Padres de familia

a. Criterio de inclusión:

- Niños de ambos generos
- Niños con dentición temporaria.
- Niños que cuenten con la autorización de los padres o apoderados previamente informados.
- Niños que colaboren con el examen clínico.
- Niños que estén matriculados en el colegio.
- Niños que entren en el grupo etario.

b. Criterios de exclusión:

- Niños que no colaboren con el examen clínico
- Niños que no tienen el consentimiento informado.

- Niños que no tengan dentición temporaria.
- Niños que no estén matriculados.
- Niños que no colaboren con la investigación.
- Niños que salgan del cuadro de los grupos etarios escogidos.

2.4. ORGANIZACIÓN

- Autorización del director del Centro Educativo Parroquial la Recoleta
- Coordinación para su ejecución
- Charla de orientación con los padres de familia
- Examen Clínico de los escolares

2.5. RECURSOS

2.5.1. Recursos Humanos

Investigador : Karen Paola Chambi Herrera
Asesor : Dra. Mónica Salas Rojas

2.5.2. Recursos Físicos

- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María
- Centro Educativo Parroquial la Recoleta

2.5.3. Recursos Económicos

Autofinanciados por el propio investigador.

2.5.4. Recursos Institucionales

- Universidad Católica de Santa María
- Centro Educativo Parroquial la Recoleta

2.6. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicó una prueba piloto en 10 niños con todas las técnicas predispuestas la investigación obteniendo resultados favorables lo que nos sirvió para modificar algunos ítems para mejorar la investigación.

3. ESTRATEGIA DE MANEJO DE DATOS

3.1. TIPO DE PROCESAMIENTO

Los datos serán procesados en forma manual y electrónica.

3.1.1. Plan de Operación

- **Clasificación de los datos:**

Toda la información obtenida de los instrumentos documentales será ordenada en una matriz de registro y control.

- **Tabulación:**

Se empleará cuadros de entrada simple y doble de acuerdo a la necesidad de cruzar dichos datos.

- **Graficación:**

Se emplearán gráficos de barras comparativas.

3.2. NIVEL DE ESTUDIO DE LOS DATOS

3.2.1. Metodología de la Interpretación

La interpretación se realizará con la jerarquización de los datos. Se contrastarán los datos entre sí y con las proposiciones del marco teórico. Finalmente se realizará un análisis crítico y se explicará técnicamente las tendencias.

3.2.2. Modalidades Interpretativas

La interpretación irá seguida a cada cuadro. Se realizará una breve discusión contrastando con el marco teórico y otras investigaciones con la finalidad de contrastar nuestros resultados con los publicados en la literatura científica.

3.2.3. Operaciones para Interpretar los cuadros

Para las respectivas interpretaciones se utilizará la estadística descriptiva identificando las medidas de tendencia central y de dispersión; asimismo para la interpretación de los cuadros que presentan el diseño experimental donde se utilizará “chi cuadrado”

3.2.4. Niveles de Interpretación

Se utilizará niveles analíticos y predictivos.

3.3. NIVEL DE CONCLUSIONES

Se realizarán conclusiones de acuerdo a la hipótesis y objetivos planteados en el trabajo de investigación.

3.4. NIVEL DE RECOMENDACIONES

3.4.1. Forma

Se establecerán sugerencias en base a los resultados y a las conclusiones del trabajo de investigación.

3.4.2. Orientación

- A nivel de ejercicio profesional
- A nivel de la línea de investigación
- A nivel de la aplicación práctica





CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA N°1

NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA QUE PARTICIPARON EN LA INVESTIGACION SEGÚN EDAD Y GENERO

Condición Sociocultural	N°.	%
Edad niño		
3 años	22	36.7
4 años	18	30.0
5 años	20	33.3
Genero		
Masculino	39	65.0
Femenino	21	35.0
TOTAL	60	100

FUENTE: Matriz de datos

INTERPRETACION:

La Tabla N° 1 muestra que el 36.7% de los niños del colegio parroquial La Recoleta tienen 3 años, mientras que el 65.0% de los niños son de genero masculino.

TABLA N° 2

**GRADO DE INSTRUCCIÓN EDUCATIVO DE LOS PADRES DE FAMILIA
DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**

Condición Sociocultural	N°.	%
Edad de la madre (años)		
24-30	29	48.3
31-37	21	35.0
38-45	10	16.7
Grado de Instrucción		
Secundaria	7	11.7
Técnica	18	30.0
Superior	35	58.3
Ocupación		
Trabaja	41	68.3
No trabaja	19	31.7
Estado Civil		
Casada	39	65.0
Conviviente	13	21.7
Divorciada	1	1.7
Soltera	7	11.7
TOTAL	60	100

FUENTE: Matriz de datos

INTERPRETACION:

La Tabla N° 2 muestra que el 48.3% de las madres de niños del colegio parroquial La Recoleta tienen entre 24-30 años, el 58.3% de ellas tienen instrucción superior, el 68.3% de las madres no trabajan y el 65.0% de las madres de niños son casadas.

TABLA N° 3

**CONDICION SOCIO ECONÓMICA QUE INFLUYE EN LA DEMANDA DE LA
ATENCION ODONTOLOGICA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DEL
COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**

Condición Económica	N°.	%
Condición Socioeconómica		
Baja	12	20.0
Media	31	51.7
Alta	17	28.3
Valor de la consulta		
Costosa	12	20.0
Módica	48	80.0
Fue transferido		
Si	3	5.0
No	57	95.0
TOTAL	60	100

FUENTE: Matriz de datos.

INTERPRETACION:

La Tabla N° 3 muestra que el 51.7% de las familias de niños del colegio parroquial La Recoleta tienen condición socioeconómica media, el 80.0% de ellas creen que el valor de la consulta odontológica es módica, y el 95.0% de los niños no fueron transferidos a otros servicios.

TABLA N° 4

CARIES DE LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA

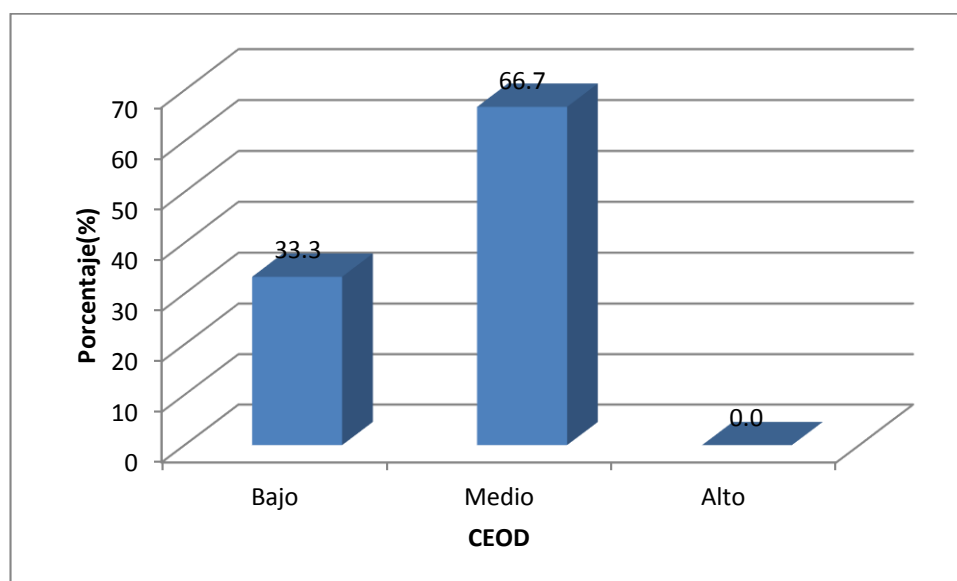
CEOD	N°.	%
Bajo	20	33.3
Medio	40	66.7
Alto	0	0.0
TOTAL	60	100

FUENTE: Elaboración propia.

INTERPRETACION:

La Tabla N° 4 muestra que el 66.7% de los niños del colegio parroquial La Recoleta tienen un índice de CEOD medio.

GRÁFICO N° 4
CARIES DE LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia.

TABLA N° 5

**CONOCIMIENTO BASICO QUE INFLUYE EN LA DEMANDA DE LA
ATENCION ODONTOLOGICA EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE
LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**

Conocimiento	N°.	%
Malo	30	50.0
Regular	30	50.0
Bueno	0	0.0
TOTAL	60	100

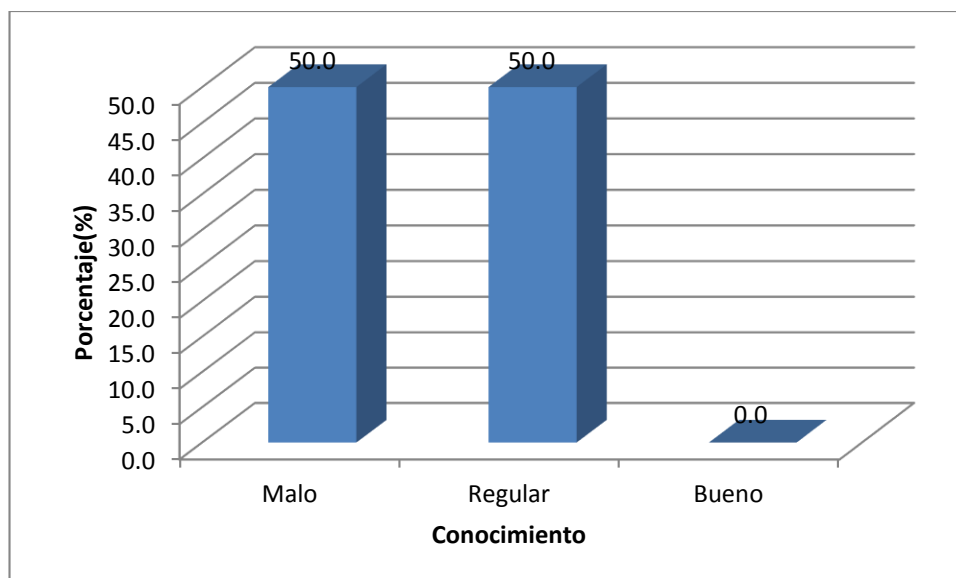
FUENTE: Matriz de datos.

INTERPRETACION:

La Tabla N° 5 muestra que el 50.0% de las familias de niños del colegio parroquial La Recoleta tienen un nivel de conocimiento regular en salud.

GRÁFICO N° 5

**CONOCIMIENTO BASICO QUE INFLUYE EN LA DEMANDA DE LA
ATENCION ODONTOLOGICA EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE
LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**



FUENTE: Matriz de Datos

TABLA N°.6

**NIVEL DE CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS
DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**

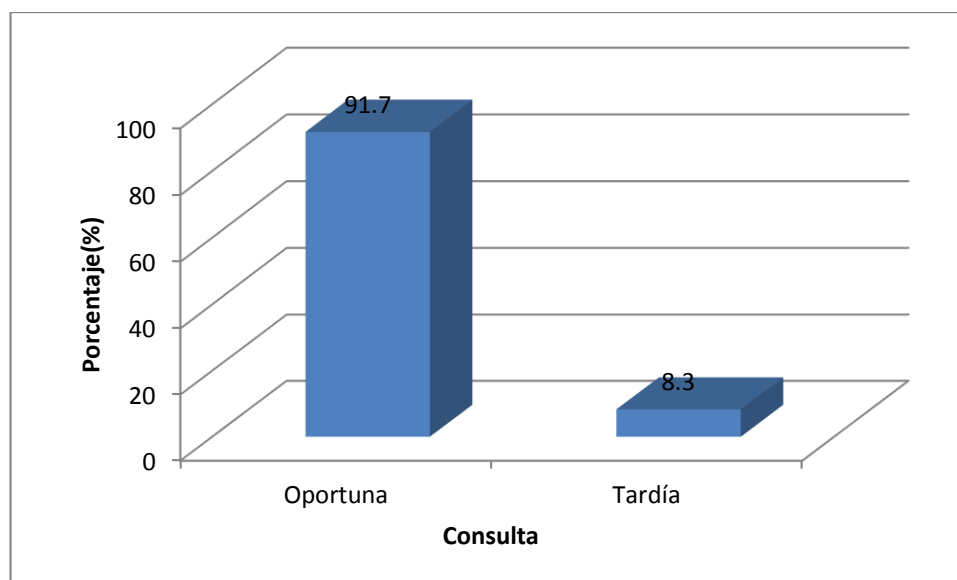
Consulta	N°.	%
Oportuna	55	91.7
Tardía	5	8.3
TOTAL	60	100

FUENTE: Matriz de datos.

INTERPRETACION:

La Tabla N° 6 muestra que el 91.7% de los niños del colegio parroquial La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna, mientras que el 8.3% de los niños recibieron consulta tardía.

GRÁFICO N° 6
NIVEL DE CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS
DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia.

TABLA N° 7

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA

Edad	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
3 años	20	33.3	2	3.3	22	36.7
4 años	17	28.3	1	1.7	18	30.0
5 años	18	30.0	2	3.3	20	33.3
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

$$X^2=0.27$$

$$P>0.05$$

FUENTE: Elaboración propia.

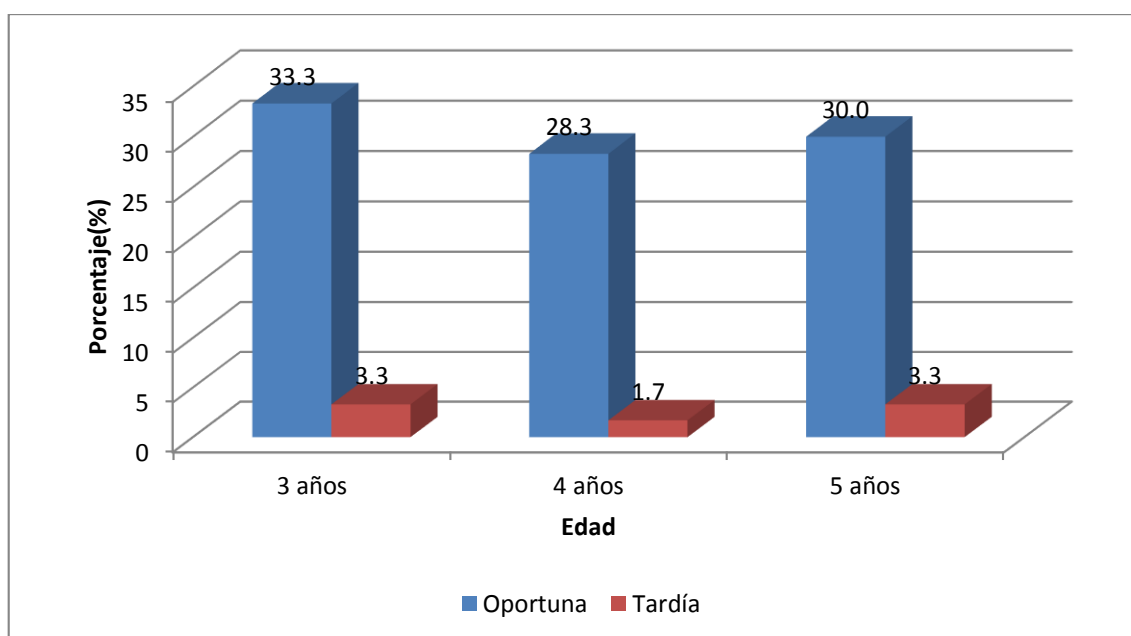
INTERPRETACION:

La Tabla N° 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.27$) muestra que la edad y la consulta odontológica que recibieron los niños no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 33.3% de los niños del colegio parroquial La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna tienen 3 años.

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE
RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia

TABLA N° 8

RELACIÓN ENTRE EL GENERO Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA

Sexo	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Masculino	35	58.3	4	6.7	39	65.0
Femenino	20	33.3	1	1.7	21	35.0
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

 $X^2=0.54$
 $P>0.05$
FUENTE: Matriz de datos.

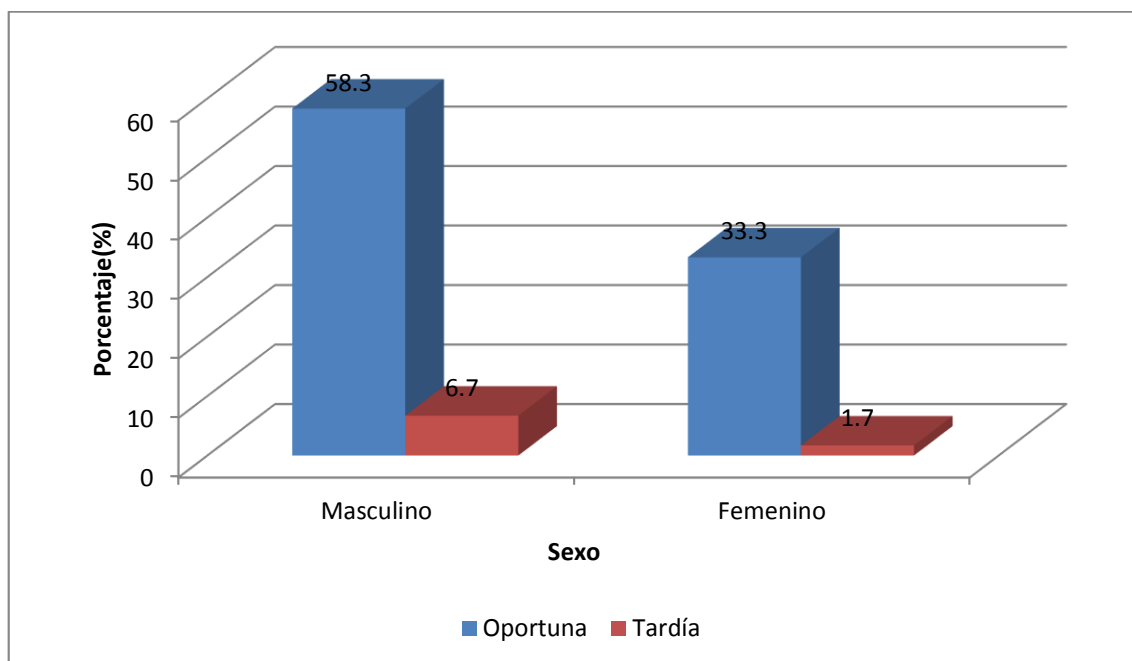
INTERPRETACION:

La Tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.54$) muestra que el genero y la consulta odontológica que recibieron los niños no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 58.3% de los niños del colegio La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna son de genero masculino.

GRÁFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE EL GENERO Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE
RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS DEL COLEGIO
PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia

TABLA N° 9

**RELACIÓN ENTRE LA CONDICIÓN ECONÓMICA Y LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS AÑOS DEL COLEGIO
PARROQUIAL LA RECOLETA**

Condición económica	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Bajo	12	20.0	0	0.0	12	20.0
Medio	28	46.7	3	5.0	31	51.7
Alto	15	25.0	2	3.3	17	28.3
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

$$\chi^2=1.43$$

$$P>0.05$$

FUENTE: Matriz de datos.

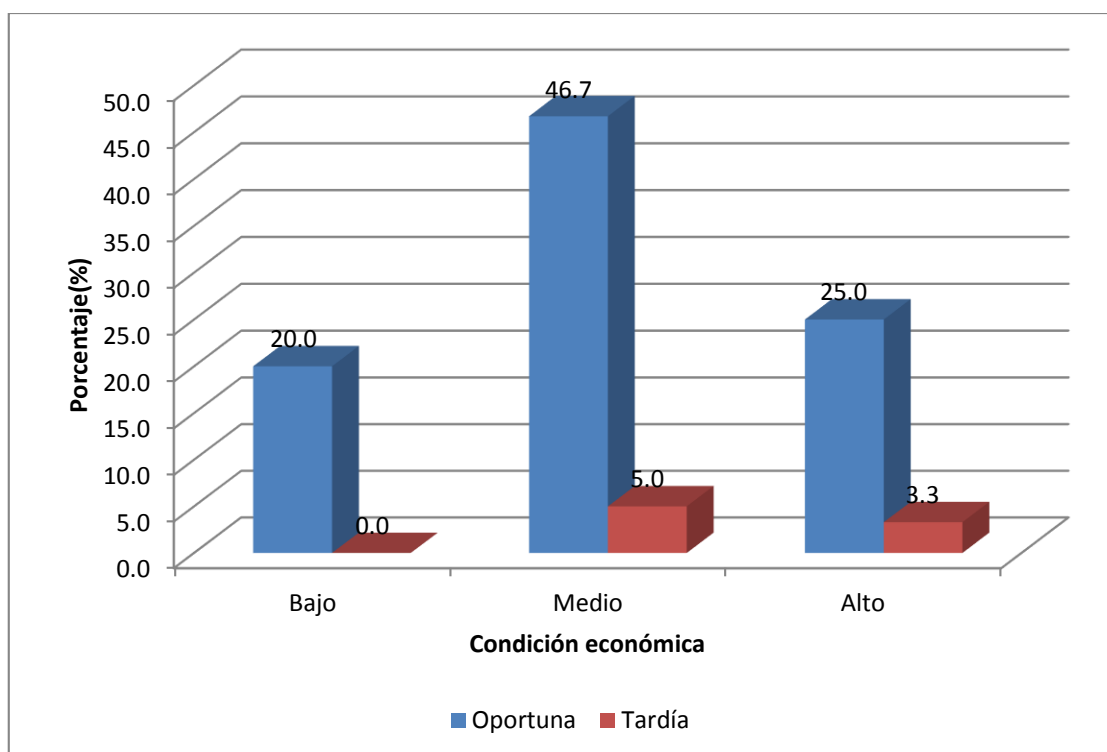
INTERPRETACION:

La Tabla N° 9 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=1.43$) muestra que la condición económica y la consulta odontológica que recibieron los niños menores de seis años no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 46.7% de las familias de los niños menores de 6 años del colegio La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna son de condición socioeconómica media.

GRÁFICO N° 9

RELACIÓN ENTRE LA CONDICIÓN ECONÓMICA Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia

TABLA N°10

RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA

Valor de la consulta	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía			
	N°.	%	N°.	%		
Costosa	9	15.0	3	5.0	12	20.0
Módica	46	76.7	2	3.3	48	80.0
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

$$X^2=5.45$$

$$P<0.05$$

FUENTE: Matriz de datos.

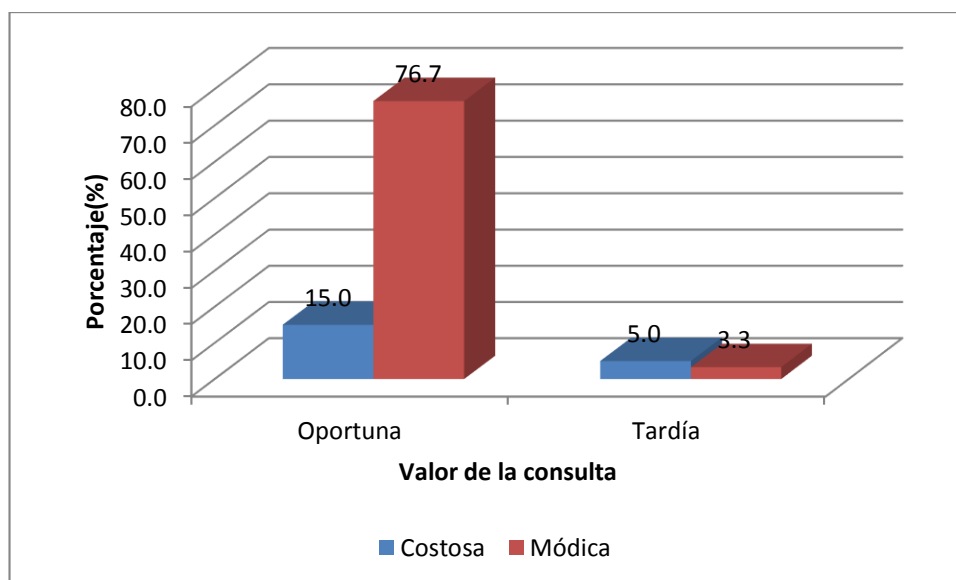
INTERPRETACION:

La Tabla N° 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.45$) muestra que el valor de la consulta y la consulta odontológica que recibieron los niños presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 76.7% de las familias de los niños del colegio parroquial La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna consideran el que valor de la consulta es módica.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE EL VALOR Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE
RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Matriz de Datos

TABLA N°11

**RELACIÓN ENTRE LA TRANSFERENCIA Y LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA**

Fue transferido	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	3	5.0	0	0.0	3	5.0
No	52	86.7	5	8.3	57	95.0
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

 $X^2=0.28$
 $P>0.05$
FUENTE:Matriz de datos.

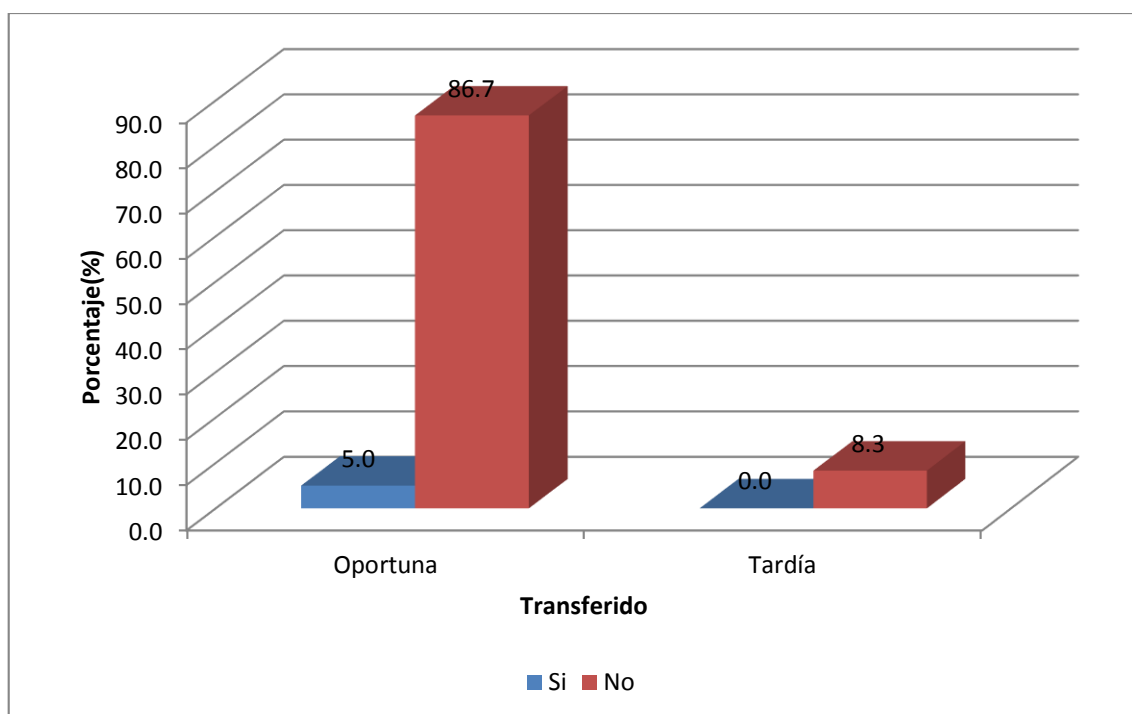
INTERPRETACION

La Tabla N° 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.28$) muestra que la transferencia a otra especialidad y la consulta odontológica que recibieron los niños no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 86.7% de los niños del colegio parroquial La Recoleta recibieron la consulta odontológica oportuna no fueron transferidos a otra especialidad.

GRÁFICO N° 11

**RELACIÓN ENTRE LA TRANSFERENCIA Y LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS DEL COLEGIO LA RECOLETA**



FUENTE: Elaboración propia.

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EDUCACION PARA SALUD BUCAL DE LA FAMILIA Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA

Conocimiento	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Malo	25	41.7	5	8.3	30	50.0
Regular	30	50.0	0	0.0	30	50.0
Bueno	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	55	911.7	5	8.3	60	100

$$X^2=5.45$$

$$P<0.05$$

FUENTE: Matriz de datos.

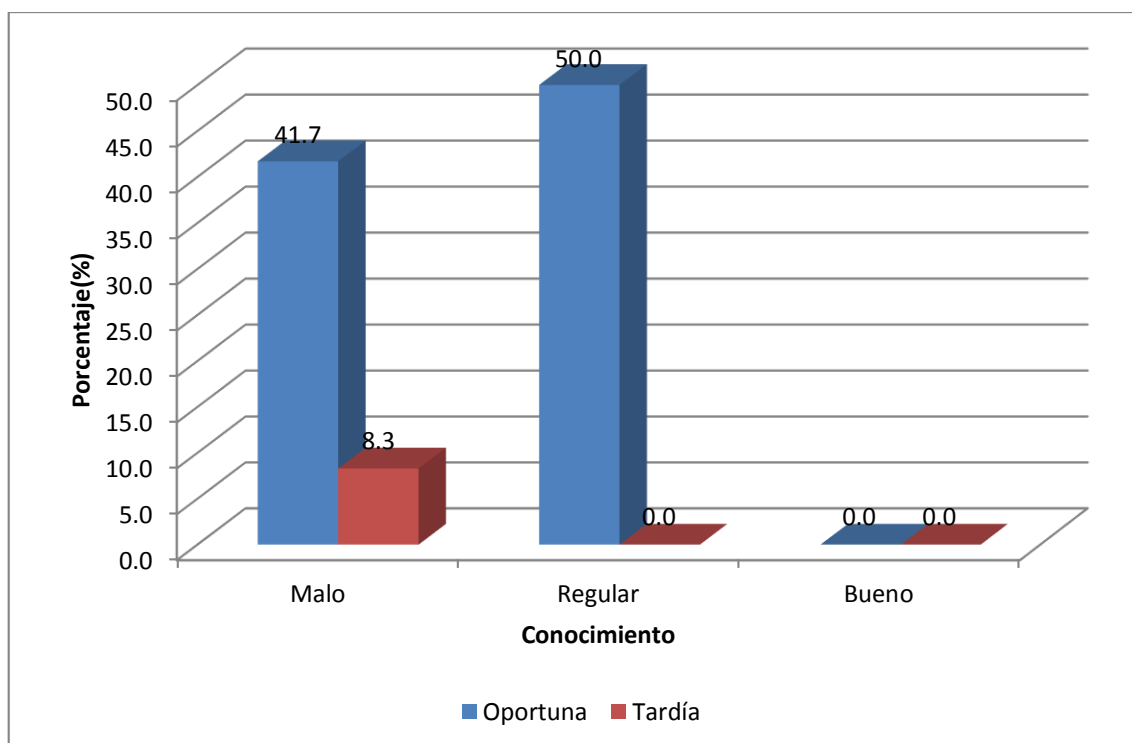
INTERPRETACION:

La Tabla N° 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.45$) muestra que el nivel de conocimiento en salud de la familia y la consulta odontológica que recibieron los niños presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 41.7% de las familias de los niños del colegio parroquial La Recoleta que recibieron la consulta odontológica oportuna tienen un nivel de conocimiento básico en salud oral.

GRÁFICO N° 12

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EDUCACION PARA LA SALUD DE LA FAMILIA Y LA CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia

TABLA N° 13

**RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CARIES Y LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DEL COLEGIO
PARROQUIAL LA RECOLETA**

CEOD	Consulta				TOTAL	
	Oportuna		Tardía		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Bajo	18	30.0	2	3.3	20	33.3
Medio	37	61.7	3	5.0	40	66.7
Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	55	91.7	5	8.3	60	100

$$X^2=0.11$$

$$P>0.05$$

FUENTE: Matriz de datos.

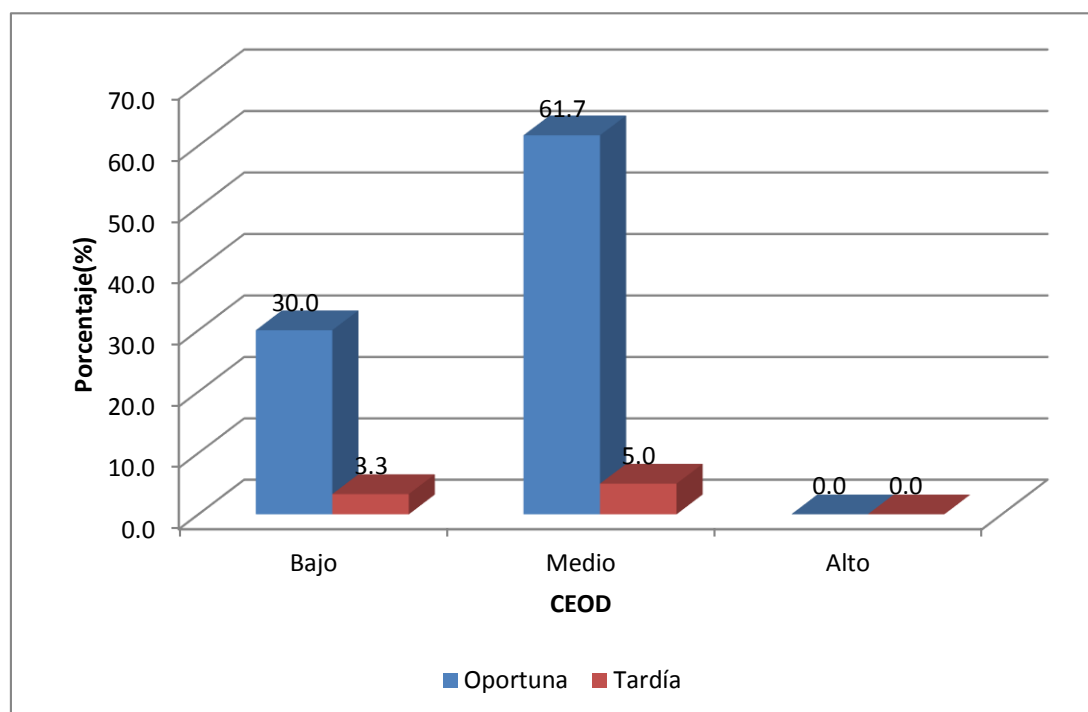
INTERPRETACION:

La Tabla N° 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.11$) muestra que el índice de higiene bucal y la consulta odontológica que recibieron los niños no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 61.7% de los niños menores de 6 años del colegio parroquial La Recoleta que recibieron la consulta odontológica oportuna tienen un índice de CEOD medio.

GRÁFICO N° 13

RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE CARIES Y LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS DEL COLEGIO PARROQUIAL LA RECOLETA



FUENTE: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La condición económica de los padres de familia del Colegio La Recoleta llegan al 51.7% de condición media.

SEGUNDA

El Nivel de Conocimiento en Salud Bucal de los padres de Familia del Colegio La Recoleta es regular.

TERCERA

No se encontró diferencia estadísticamente significativa del factor de riesgo en relación al tipo de demanda en edad y sexo del niño, Grado de instrucción, valor de la consulta, información y transferencia de otro servicio del establecimiento en el 95%.

CUARTA

Se encontró que el 91.7% son atenciones odontológicas oportunas y el 8.3% son atenciones odontológicas tardías .

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Al haberse encontrado relación predominante con la demanda tardía y constituir un factor de riesgo, se recomienda los resultados de este estudio para erradicar la demanda tardía.

SEGUNDA:

Los profesionales odontólogos debemos impartir educación individual a nuestros pacientes para así lograr cambios de actitudes y hábitos.

TERCERA:

Establecer en los centros educativos de condición económica media y baja charlas preventivas promocionales para que las madres lleven a los niños a la consulta odontológica para el control del niño sano y no solamente cuando ya haya patología o sintomatología.

CUARTA

Que el director del centro educativo convoque al ministerio de salud para que haga promoción de salud bucal en el centros educativos del colegio parroquial la Recoleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANGEL MARTINEZ GONZALEZ , Conceptos de Salud Pública y Estrategias Preventiva 2 ° Edición España 2013
2. FIGUEIREDO WALTER L .R.A FERELLE, M ISSAO, Odontología Para el Bebe .1era Ed 2000 editorial d Vinni . Colombia 2000
3. DARIO CARDENAS JARAMILLO, Fundamentos De Odontología, 4ta Edición, Medellín Colombia 2009
4. DE ELENA BARBERÍA LEACHE, Odontopediatria , 2da edición Barcelona 2002
5. DE BERTHAY HIGASHIDA, Odontología Preventiva, 2da Edición, México 2009
6. EMILI CUENCA , Odontología Preventiva Comunitaria Principios Métodos y Aplicaciones 2da edición Barcelona 1999
7. KATZ. SIMON .MCDONALD JAMES L. STOOKEY GEORGE K. Odontología Preventiva En Acción 3ra Edición Editorial Panamericana 1982
8. DE EMILI CUENCA SALA, PILAR BACA GARCIA. odontologia preventiva y comunitaria .principios, métodos y aplicaciones 3ra edición,2010
9. DE NOEMI, ALFONSO ESCOBAR ROJAS, RAMON CASTILLO MERCADO., Odontologia Pediatrica. Salud Bucal del Niño y El adolescente en el mundo actual. 2 da edición,2010

INFOGRAFIA

- Francis De La Cruz, DEMANDA ELASTICA E INELASTICA, 2005
http://www.bloggeruasd.blogspot.pe/2010/04/demanda-elastica-e-inelastica_23.html
- Eduardo Ruiz, MICROCOECONOMIA, 2014
https://www.academia.edu/8423677/Elasticidad_Microeconomia
- Sandra Dominguez, OFERTA Y DEMANDA, 2010
[https://comercialcinco.wikispaces.com/.../LA+OFERTA+Y+LA+DEMANDA%5B1%5D...La oferta y la demanda elementos basicos](https://comercialcinco.wikispaces.com/.../LA+OFERTA+Y+LA+DEMANDA%5B1%5D...La+oferta+y+la+demanda+elementos+basicos)
- Jose Vázquez: FACTORES QUE DETERMINAN LA DEMANDA 2012
<http://deconomiablog.blogspot.pe/2012/11/factores-que-determinan-la-deanda.html>
- FLORA PACHAS BARRIONUEVO, Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad residentes en poblados urbano marginales de lima norte, 2011
WWW.GOOGLE.ACADEMICO.COM.PE
- GILMER RAMOS TORRES, Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana ocasionados a la familia y al estado peruano representado por el instituto nacional de salud del niño. REV. ESTOMATO.HEREDIANA VOL .25.1.LIMA ENERO 2015
WWW.GOOGLE.ACADEMICO.COM.PE



ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO

1. **La edad a la que erupcionan aproximadamente las primeras piezas dentarias en los niños es :**
 - a. Al nacer
 - b. 5-6 meses
 - c. 1año
 - d. 2 años
 - e. Ninguna de las anteriores
2. **¿Cuándo se debe iniciar la higiene bucal en los niños ?**
 - a. Cuando han erupcionado los incisivos (primeros dientes)
 - b. Cuando completa la dentición
 - c. Al año
 - d. A los 2 años
 - e. A los 3 años
3. **El cepillo dental debe ser reemplazado?**
 - a. Al mes
 - b. A los 2 meses
 - c. A los 3 meses
 - d. A los 8 meses
 - e. Al año
4. **Para prevenir la caries es necesario cepillarse?**
 - a. Antes del desayuno
 - b. Después del desayuno y del almuerzo
 - c. Después del almuerzo
 - d. Después del desayuno y de la cena
 - e. No es necesario cepillarse
5. **Para su higiene bucal es necesario?**
 - a. Cepillo y pasta dental
 - b. Gasa
 - c. Cepillo , pasta e hilo dental }
 - d. Enjuagues con agua
 - e. Colutorios
6. **Debemos tener una revisión dental por lo menos :**
 - a. Cada 3 meses
 - b. Cada 6 meses
 - c. Cada 8 meses
 - d. Cada año
 - e. Solo cuando hay dolor
7. **La caries y alteraciones de las encías ocurren por :**

- a. Por comer caramelos
- b. Consumir muchas galletas , panes , etc
- c. Por no cepillarse los dientes
- d. Por tener microbios (placa bacteriana)
- e. Por todas las anteriores

8. La aplicación de flúor en los niños es útil, porque

- a. Endurece el esmalte
- b. No tiene utilidad
- c. Endurece la pulpa
- d. Endurece la dentina
- e. Ninguna es correcta

9. La caries dental en los niños es un problema :

- a. Que no se puede evitar
- b. No se puede prevenir parcialmente
- c. Se puede prevenir totalmente
- d. No tiene ninguna importancia
- e. Ninguna es correcta

10. El cepillado dental sirve para :

- a. Mejorar el mal aliento
- b. No es beneficioso
- c. Lucir buena sonrisa
- d. Eliminar la placa bacteriana
- e. Por ninguna las anteriores

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

1. ¿Su hijo ha ido alguna vez al dentista ?
Si () No ()
2. ¿En que lugar se realizó la atención odontológica?
 - a. Centro de salud
 - b. Hospital publico
 - c. Consultorio particular
 - d. Otros
3. ¿ Cuántas veces llevo a su hijo al dentista en el último año ?
 - a. Ninguna vez al año
 - b. Una vez al año
 - c. Dos veces al año
 - d. veces al año
4. ¿Esta conforme con la atención odontológica recibida ?
Si () No ()
5. ¿ Tuvo dificultades para obtener turno ?
 - a. Si tuvo dificultades
 - b. No tuvo dificultades
6. Su hijo ha evitado sonreír o reír debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales
Nunca ()
Casi nunca ()
En ocasiones ()
A menudo ()
Casi siempre ()
7. Su hijo ha evitado hablar debido a problemas con sus dientes o a tratamientos dentales
Nunca ()
Casi nunca ()
En ocasiones ()
A menudo ()
Casi siempre ()
8. Con que frecuencia los problemas en los dientes de su hijo han causado impacto económico en la familia
Nunca ()
Casi nunca ()
En ocasiones ()
A menudo ()
Casi siempre ()

9. Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultad para dormir debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

10. Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades en la pronunciación de algunas palabras debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

11. Con que frecuencia su hijo ha estado enojado o frustrado debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

12. Con que frecuencia su hijo ha tenido que faltar al jardín , guardería o a la escuela debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

13. Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades en beber bebidas frías o calientes debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

14. Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer ciertos alimentos debido a problemas con sus dientes o tratamientos dentales

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

15. Con que frecuencia usted u otra persona de su familia ha debido faltar al trabajo debido a problemas con los dientes o tratamientos dentales de su hijo

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

16. Con que frecuencia usted u otra persona de su familia se ha sentido molesta debido a problemas con los dientes o tratamientos dentales de su hijo

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

17. Con que frecuencia su hijo ha sentido dolor en sus dientes , boca o maxilares

- Nunca ()
- Casi nunca ()
- En ocasiones ()
- A menudo ()
- Casi siempre ()

Edad de la madre: años

1. Grado instrucción:

Primaria () Secundaria () Técnica () Superior ()

2. Ocupación de la madre:

Trabaja () No trabaja ()

3. Estado civil:

Casada () conviviente () divorciada () soltera ()

4. Marque con una X lo que corresponda:

() Estudio superior

() Trabajo estable

() Ingreso económico mensual de por lo menos 4 salarios mínimos vitales

() Vivienda propia

() Vivienda ubicada en zona urbana

() Vivienda con servicios de agua luz y desagüe

() Vivienda con 3 dormitorios mínimo

() N° mínimo de hijos

5. ¿Cuánto ganan los Padres de Familia?.....

6. Para usted el valor de la consulta es:

Costosa () Mófica ()

7. Recibió información odontológica en otro servicio del establecimiento:

Si () No ()

8. ¿Fue transferido de otro servicio?

Si () No ()

ANEXO N °2

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA – AREQUIPA
CENTRO EDUCATIVO PARROQUIAL LA RECOLETA

FICHA ODONTOLÓGICA

Filiación: _____

Autorización: _____

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Código: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

a) Diagnostico

No Aplicable ☐ Menor de 1 año C. Caries

18	17	16	15	14	13	12	11

Condición

Tratamiento

22	23	24	25	26	27	28	

55	54	53	52	51

61	62	63	64	65

Condición

Tratamiento

48	47	46	45	44	43	42	41

31	32	33	34	35	36	37	38

Condición

Tratamiento

85	84	83	82	81

Índice

de CEO:

71	72	73	74	75

Condición

Tratamiento

ANEXO 3

FOTOGRAFIAS

RECURSOS MATERIALES



- Pinza
- Espejo
- Explorador
- Alcohol
- Guantes
- Bajalenguas
- Algodonero

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con DNI..... padre de mi
menor hijo..... Del colegio parroquial la Recoleta
autorizo para que la bachiller Karen Paola Chambi Herrera pueda acceder a los
exámenes bucales en colaboración a la investigación que plantea la graduante



MATRIZ DE DATOS

Edadniño	Sexo	Edadma dre	edadmadre COD	G.Instruc ción	Ocupac ión	E.Civil	C.econó mica	Ceconomica COD	Valordecon sulta	Fuetransfe rido	CONOCIMIE NTO	conocimiento Codd	CEO	Consul ta
3 años	Masculino	25	24-30	Superior	No trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	8	Regular	Bajo	Oportuna
3 años	Masculino	42	38-45	Superior	Trabaja	Soltera	3	Medio	Modica	No	8	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	33	31-37	Técnica	No trabaja	Casada	3	Medio	Costosa	No	6	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	24	24-30	Superior	Trabaja	Conviviente	2	Bajo	Costosa	No	6	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	26	24-30	Técnica	Trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	6	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	36	31-37	Superior	No trabaja	Casada	2	Bajo	Modica	Si	7	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	30	24-30	Técnica	Trabaja	Soltera	3	Medio	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	37	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	9	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	35	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	4	Medio	Costosa	No	5	Malo	Bajo	Oportuna
3 años	Femenino	28	24-30	Superior	No trabaja	Conviviente	2	Bajo	Modica	No	5	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	34	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	2	Bajo	Modica	No	5	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	34	31-37	Superior	No trabaja	Conviviente	3	Medio	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Masculino	37	31-37	Superior	No trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	31	31-37	Superior	Trabaja	Conviviente	2	Bajo	Modica	No	5	Malo	Medio	Oportuna
3 años	Femenino	30	24-30	Superior	No trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna

3 años	Femeni no	24	24-30	Superior	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	6	Malo	Bajo	Oportu na
3 años	Mascul ino	45	38-45	Técnica	No trabaja	Convivie nte	2	Bajo	Costosa	No	5	Malo	Bajo	Oportu na
3 años	Mascul ino	25	24-30	Secundar ia	No trabaja	Convivie nte	2	Bajo	Modica	No	1	Malo	Med io	Oportu na
3 años	Mascul ino	35	31-37	Superior	Trabaja	Convivie nte	3	Medio	Costosa	No	3	Malo	Med io	Tardía
3 años	Femeni no	25	24-30	Secundar ia	Trabaja	Convivie nte	3	Medio	Modica	No	8	Regular	Med io	Oportu na
3 años	Femeni no	32	31-37	Superior	Trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	6	Malo	Bajo	Oportu na
3 años	Mascul ino	25	24-30	Técnica	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	6	Malo	Bajo	Tardía
4 años	Mascul ino	25	24-30	Superior	Trabaja	Casada	3	Medio	Costosa	No	4	Malo	Med io	Tardía
4 años	Mascul ino	29	24-30	Superior	Trabaja	Convivie nte	4	Medio	Modica	No	6	Malo	Bajo	Oportu na
4 años	Femeni no	35	31-37	Superior	Trabaja	Soltera	2	Bajo	Modica	No	6	Malo	Bajo	Oportu na
4 años	Femeni no	30	24-30	Secundar ia	No trabaja	Convivie nte	1	Bajo	Costosa	No	2	Malo	Bajo	Oportu na
4 años	Mascul ino	36	31-37	Superior	Trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	8	Regular	Med io	Oportu na
4 años	Femeni no	30	24-30	Superior	Trabaja	Casada	5	Alto	Costosa	No	7	Regular	Med io	Oportu na
4 años	Mascul ino	30	24-30	Superior	Trabaja	Casada	6	Alto	Modica	No	7	Regular	Med io	Oportu na
4 años	Femeni no	29	24-30	Superior	No trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	5	Malo	Bajo	Oportu na
4 años	Femeni no	25	24-30	Secundar ia	No trabaja	Convivie nte	3	Medio	Modica	No	6	Malo	Med io	Oportu na
4 años	Mascul ino	43	38-45	Secundar ia	Trabaja	Soltera	3	Medio	Modica	No	8	Regular	Med io	Oportu na

4 años	Masculino	37	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	5	Malo	Medio	Oportuna
4 años	Femenino	35	31-37	Superior	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	6	Malo	Medio	Oportuna
4 años	Masculino	31	31-37	Superior	Trabaja	Soltera	5	Alto	Modica	No	7	Regular	Bajo	Oportuna
4 años	Masculino	43	38-45	Superior	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	7	Regular	Bajo	Oportuna
4 años	Femenino	30	24-30	Superior	Trabaja	Conviviente	1	Bajo	Costosa	No	7	Regular	Medio	Oportuna
4 años	Masculino	43	38-45	Secundaria	Trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	8	Regular	Bajo	Oportuna
4 años	Masculino	33	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	4	Medio	Costosa	No	6	Malo	Bajo	Oportuna
4 años	Femenino	25	24-30	Técnica	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	6	Malo	Medio	Oportuna
5 años	Femenino	25	24-30	Superior	Trabaja	Casada	6	Alto	Modica	No	8	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	30	24-30	Superior	No trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	31	31-37	Superior	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	8	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	27	24-30	Técnica	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	25	24-30	Secundaria	Trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	8	Regular	Bajo	Oportuna
5 años	Masculino	40	38-45	Técnica	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	8	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	36	31-37	Técnica	Trabaja	Casada	1	Bajo	Modica	No	7	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	33	31-37	Técnica	Trabaja	Soltera	3	Medio	Modica	No	5	Malo	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	30	24-30	Técnica	No trabaja	Conviviente	5	Alto	Modica	No	8	Regular	Medio	Oportuna

5 años	Masculino	28	24-30	Superior	No trabaja	Casada	5	Alto	Modica	Si	8	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Femenino	38	38-45	Técnica	Trabaja	Casada	3	Medio	Costosa	No	5	Malo	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	25	24-30	Superior	No trabaja	Casada	4	Medio	Modica	No	9	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	38	38-45	Superior	No trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	6	Malo	Bajo	Oportuna
5 años	Masculino	40	38-45	Superior	Trabaja	Casada	4	Medio	Costosa	No	6	Malo	Medio	Tardía
5 años	Masculino	41	38-45	Superior	Trabaja	Soltera	3	Medio	Modica	No	8	Regular	Bajo	Oportuna
5 años	Masculino	25	24-30	Superior	Trabaja	Casada	3	Medio	Modica	No	4	Malo	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	27	24-30	Superior	No trabaja	Casada	6	Alto	Modica	No	9	Regular	Bajo	Oportuna
5 años	Masculino	25	24-30	Superior	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	Si	8	Regular	Medio	Oportuna
5 años	Masculino	33	31-37	Técnica	No trabaja	Divorciada	2	Bajo	Modica	No	5	Malo	Bajo	Oportuna
5 años	Femenino	31	31-37	Superior	Trabaja	Casada	5	Alto	Modica	No	4	Malo	Bajo	Tardía