



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de: Odontóloga.

Tema:

Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 a 2015.

Autora:

Ena María Zambrano Barberán.

Directora de tesis:

Od. Geomara Dueñas Zambrano.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN

Certifico que la egresada, Ena María Zambrano Barberán, ha culminado su tesis de grado titulada “Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 a 2015, bajo mi dirección y asesoramiento; habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

Od. Geomara Dueñas Zambrano.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada “Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 a 2015”, presentada y realizada por la egresada Ena María Zambrano Barberán, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. G. S.

Directora de la carrera.

Od. Geomara Dueñas Zambrano.

Directora de tesis.

Dr. Wilson Espinosa. Mg. G. S.

Miembro del tribunal.

Dra. Luz Amarilis Martin. Mg. G. S.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 - 2015, pertenece exclusivamente a mi autoría y el patrimonio intelectual de la tesis es a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Sra. Ena María Zambrano Barberán.

Tesista.

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por darme la bendición más grande como es el don de la vida, guiándome siempre en cada uno de mis pasos, permitiéndome llegar hasta aquí.

A mis padres Wilder y Merly por regalarme un hogar, por haber hecho de mí una mujer de bien con valores y respeto por los demás, brindándome su apoyo en cada una de mis decisiones, en mis derrotas y en cada uno de mis triunfos. A mis hermanos Eliana, Wilder, Ehimy y Marisol, por su compañía y ayuda que me brindaron dentro de mi carrera.

A mi esposo Luis Iván quien fue un pilar fundamental dentro de esta etapa de mi vida, acompañándome y brindándome su apoyo día a día en el proceso de formación de mi carrera fundamental.

A mis suegros Don Iván y la Sra. Kathy, que me recibieron como una hija más dentro de su familia, brindándome la oportunidad de poder seguir con mis estudios, y culminarlos con el éxito que hasta ahora he obtenido.

A las demás personas abuelitos Guido y Ena, abuelitos políticos Don Ramón y la Sra. Ana, que de una u otra forma hicieron que el día de hoy este por cumplir una de mis metas como es poder llegar a obtener mi título de Odontóloga.

Ena María Zambrano Barberán.

DEDICATORIA.

Para llegar al éxito es necesario esforzarse, dedicarse y sobretodo tener las ganas de seguir adelante, sin mirar hacia atrás.

La presente investigación se la quiero dedicar en primer lugar a Dios, por darme lo necesario para no desistir y continuar en la lucha, permitiéndome llegar hasta donde he llegado.

A mi hijo Mathew Iván Cedeño Zambrano le dedico este esfuerzo, que gracias a su llegada me regaló las ganas de seguir a delante y lograr mi meta, siendo mi pilar fundamental para no dejar de caminar y trabajar cada día y salir adelante con mis estudios, haciendo que mi voluntad crezca, recibéndolo a él como mi mejor recompensa.

Ena María Zambrano Barberán.

RESUMEN.

La falta de información sobre la importancia que tienen las piezas dentarias temporales dentro de la boca de los niños, es uno de los problemas que hacen que crezca cada vez más el índice de caries desde edades muy tempranas.

Este estudio tuvo como base determinar el índice de caries en los niños y niñas en etapa preescolar que asisten al jardín de infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone. Para poder alcanzar este objetivo se observaron los dientes que se presentaban cariados, exfoliados y obturado de cada uno de los infantes.

Además se obtuvo el nivel de riesgo que presentaba la población en general, y por último el nivel de conocimiento que tenían los padres.

Estos datos me permiten concluir que se debe de empezar a tomar medidas de prevención de caries, aunque el nivel de riesgo que presenta este grupo de población se considera bajo, existe un mayor porcentaje de infantes con caries en algunos de los casos ya en estado avanzando, llegando incluso a la pérdida de las piezas dentales.

Además de esto se suma también la poca importancia que los padres les dan a sus hijos en cuanto al cuidado de la salud bucal.

ABSTRACT.

The lack of information regarding the importance that the temporary dental pieces have inside the children's mouth is one of the problems that increase the rate of cavities at such an early age.

The base of this study was to determine the rate of cavities in boys and girls in the preschool stage that attend The Jardin de Infante Dr. Gonzalo Abad Grijalva in the city of Chone. To be able to reach the objective we observed the teeth with cavities, exfoliated and filled of each infant. We also obtained the risk level that the population in general presented and last but not least the amount of knowledge that the parents had.

This piece of information allows me to conclude that we need to take measures to prevent cavities even if the risk level of this group of population is considered low, there is a great percentage of infants with cavities in some cases with advanced stage, going as far as losing the dental piece.

Besides this the lack of interest that the parents give their kids when it comes to dental health.

ÍNDICE.

Certificación.	I
Certificación del tribunal.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de cuadros.	XV
Índice de gráficos.	XVII
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	3
1.1. Tema.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	5
1.3.1. Preguntas de la investigación.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	6
1.5. Justificación.	6
1.6. Objetivos.	8
1.6.1. Objetivo general.	8
1.6.2. Objetivos específicos .	8

Capítulo II.

2.	Marco teórico referencial y conceptual.	9
2.1.	Categorías fundamentales.	9
2.2.	Desarrollo del marco teórico.	9
2.2.1.	Caries dental.	9
2.2.2.	Etiología.	10
2.2.3.	Clasificación de la caries dental.	11
2.2.4.	Caries de niñez temprana.	12
2.2.5.	Etiología de la caries de infancia temprana.	15
2.2.6.	Epidemiología.	16
2.2.7.	Indicadores epidemiológicos .	16
2.2.8.	Caries como problema de la salud.	17
2.2.9.	Prevención de caries de infancia temprana.	17
2.2.10.	Educación para los padres.	19
2.3.	Unidad de observación y análisis.	21
2.3.1.	Matriz de operacionalización de las variables.	21

Capítulo III.

3.	Marco metodológico.	22
3.1.	Modalidad de la investigación.	22
3.2.	Tipo de investigación.	22
3.3.	Métodos.	22
3.4.	Técnicas.	23
3.5.	Instrumentos.	23
3.6.	Población y muestra.	24

3.7.	Recolección de la información.	24
3.8.	Procesamiento de la información.	24
3.9.	Ética.	24

Capítulo IV.

4.	Marco Administrativo.	26
4.1.	Recursos.	26
4.1.1.	Humano.	26
4.1.2.	Material.	26
4.1.3.	Tecnológicos.	26
4.1.4.	Económicos.	26
4.2.	Presupuesto.	27
4.3.	Cronograma.	28

Capítulo V.

5.	Análisis e interpretación.	29
5.1.	Caracterización sociodemográfica al género y edad.	29
5.2.	Índice de caries.	33
5.3.	Nivel de riesgo de caries grupal.	38
5.4.	Nivel de conocimiento de los padres de familia de los infantes.	37

Capítulo VI.

6.	Conclusiones y recomendaciones.	63
6.1.	Conclusiones.	63
6.2.	Recomendaciones.	64

Capítulo VII.

7.	Propuesta alternativa.	65
7.1.	Identificación de la propuesta.	65
7.1.1.	Nombre de la propuesta.	65
7.1.2.	Entidad ejecutora.	65
7.1.3.	Calificación	65
7.1.4.	Localización.	65
7.2.	Justificación.	66
7.3.	Objetivos.	67
7.3.1.	Objetivo general.	67
7.3.2.	Objetivos específicos.	67
7.4.	Descripción de la propuesta.	67
7.5.	Beneficiarios.	68
7.6.	Diseño metodológico.	68
7.7.	Presupuesto de la propuesta.	69
7.8.	Sostenibilidad.	69
	Anexos.	70

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro No. 1: Presupuesto de la tesis.	27
Cuadro No. 2: Cronograma.	28
Cuadro No. 3: Edad del preescolar.	29
Cuadro No. 4: Género.	31
Cuadro No. 5: Índice de ceo-d.	33
Cuadro No. 6: Nivel de riesgo de caries.	36
Cuadro No. 7: Nivel de parentesco del cuidador con el niño o la niña.	38
Cuadro No. 8: Grado de escolaridad el cuidador.	40
Cuadro No. 9: Educación sobre salud bucal.	42
Cuadro No. 10: Control odontológico en el preescolar.	45
Cuadro No. 11: Tiempo para realizar control odontológico en los preescolares.	48
Cuadro No. 12: Edad de inicio de las prácticas de higiene bucal del preescolar.	51
Cuadro No. 13: Quien realiza el cepillado dental del preescolar.	45
Cuadro No. 14: Cuantas veces al día cepillan los dientes los preescolares.	57
Cuadro No.15: Prevención de caries.	59
Cuadro No.16: Tipos de alimentos consumidos con mayor frecuencia por los preescolares.	61
Cuadro No.17: Presupuesto de la propuesta alternativa.	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico No. 1: Edad del preescolar.	29
Gráfico No. 2: Género.	31
Gráfico No. 3: Índice de ceo-d.	33
Gráfico No. 4: Nivel de riesgo de caries.	36
Gráfico No. 5: Nivel de parentesco del cuidador con el niño o la niña.	38
Gráfico No. 6: Grado de escolaridad el cuidador.	40
Gráfico No. 7: Educación sobre salud bucal.	42
Gráfico No. 8: Control odontológico en el preescolar.	45
Gráfico No. 9: Tiempo para realizar control odontológico en los preescolares.	48
Gráfico No. 10: Edad de inicio de las prácticas de higiene bucal del preescolar.	51
Gráfico No. 11: Quien realiza el cepillado dental del preescolar.	45
Gráfico No. 12: Cuantas veces al día cepillan los dientes los preescolares.	57
Gráfico No. 13: Prevención de caries.	59
Gráfico No. 14: Tipos de alimentos consumidos con mayor frecuencia por los preescolares.	61

INTRODUCCIÓN.

La caries está considerada como una de las causas que provocan la pérdida de las piezas dentales en los niños.

Esta enfermedad infecciosa tiene la capacidad de producir el deterioro de las piezas dentales, el cuál como consecuencia produce dolor, pérdida prematura de las piezas dentales, baja de peso, y falta de concentración. Estas características hacen que sea considerada como un problema de la salud pública.

La complejidad de ésta en los infantes, involucra diversos factores tanto socioeconómicos como culturales, además se la asocia también con el uso prolongado del biberón y el consumo de alimentos cariogénicos.

La caries de infancia temprana, es una de las enfermedades que más afecta a los niños y niñas, es por esto que los padres, pediatra, el odontólogo y todo el personal de salud que atienden a un niño, pueden ayudar en la prevención de caries dental, con la educación y la recomendación de asistir periódicamente a consultas odontológicas.

En el Ecuador existe la necesidad de conocer el índice de Caries de Infancia Temprana, con esta información se puede empezar a tomar medidas preventivas que vayan encaminadas a la disminución de esta afección.

Por lo tanto el objetivo de este estudio fue determinar el índice de caries de infancia temprana en los niños y niñas que asisten al jardín de infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema:

Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 a 2015.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el índice de caries de infancia temprana en los niños y niñas que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone?

1.3. Planteamiento del problema

Según María Saucedá Beltrán¹ (2008). "Uno de los problemas de Salud Pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia e incidencia, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal. (p. 15).

¹ Saucedá, M. C. (2008). *Caries de Biberón en una población escolar del Municipio de Novato, Sinaloa*, (tesis Inédita Doctoral, Universidad de Granada. Republica de México). Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2293/1/17720850.pdf>

Analizando la tesis de Pisconetes² (2010) se puede conocer que:

La caries se ha considerado como la molestia con mayor prevalencia en la morbilidad a nivel mundial. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran medida con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. Aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre el 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta. (p. 10).

Estudiando el artículo ORTODONCIA ws³ disponible en el sitio web ortodoncia revista se puede citar que: “A pesar de existir tecnologías preventivas capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la Odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como única solución”. (parr. 7)

Investigando en la tesis de Saucedo⁴ (2008) se puede conocer que:

La literatura reporta que en México el 95% de la población frecuentemente sufre esta enfermedad. Los estudios sobre esquema de caries dental generalmente se realizan en edad escolar, entre 6 y 12 años, en base a ello se sabe que en esta época el 84% de la niñez está afectada. (p. 23).

Considerando la tesis de Jeanet Barreno⁵ (2011) se puede citar que:

En nuestro país la Prevención y Promoción de la Salud, en especial la Salud Oral no tiene la importancia que debería de tenerla y se ha limitado a establecer programas en su mayoría de tipo preventivo no continuados lo cual

² Pisconetes, E. (2010). *Relación entre la Prevalencia de Caries Dental en Preescolares y el Nivel de Conocimiento de sus Madres Sobre Salud Dental*. (Tesis Inédita de Cirujano Dentista, Universidad Privada Antenor Orrego. República de Perú). Recuperado de: www.cop.org.pe/bib/tesis/EVELYNGIOVANNAPISCONTELEON.pdf

³ *Ortodoncia revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*, disponible en <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art7.asp>

⁴ Saucedo, M. C. (2008). *Caries de Biberón en una población escolar del Municipio de Novato, Sinaloa*, (tesis Inédita Doctoral, Universidad de Granada. República México). Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2293/1/17720850.pdf>

⁵ Barreno, J. (2011). *Proyecto Educativo Para Promover La Higiene Buco – Dental En Los Niños De La Escuela Fiscal Mixta 17 De Julio De La Comunidad Miguicho Adentro*. (Tesis Inédita de Licenciatura en Promoción y Cuidado de la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. República del Ecuador). Recuperado de: <http://dspace.espoche.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>

refleja una preocupante y cruda realidad digna de ser tomada en consideración para realizar intervenciones educativas. (p. 2).

La educación para la salud bucal se inicia en los hogares; sin embargo no todos los padres están dispuestos para desarrollar esta labor correctamente al transmitir conceptos y comportamientos que no son siempre los más adecuados; conjunto a esto tenemos la falta de programas de educación en el cuidado sobre salud buco-dental en el Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es el porcentaje de caries de infancia temprana en los niños y niñas del jardín de infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone?

¿Cuál es el nivel de riesgo de caries de infancia temprana que poseen los niños y niñas?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Ciencia de la salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Caries de infancia temprana.

Espacial: La investigación se desarrolló en el Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone.

Temporal: La investigación se realizó durante el periodo escolar 2014 a en los meses de diciembre del 2014 a enero del 2015.

1.5. Justificación.

Existen investigaciones que argumentan la existencia de factores de riesgo que conllevan a la formación de caries dental de los niños y niñas, por eso he considerado darle la importancia necesaria a dichos factores y así formar una cultura de prevención en este grupo de pre escolares y en sus padres o tutores.

Mediante la información sobre prevención de enfermedades dentales y educación para la salud dental se podría disminuir la prevalencia o incidencia de caries de infancia temprana.

Es por esta razón que dicha investigación trata pautas para el control y prevención de caries dental con la participación de los padres y niños, la cual es necesaria en dicho centro de educación inicial, ya que no existe ningún estudio de este tipo dentro del mismo.

Ante tal situación, el desarrollo de la presente tesis, dará la oportunidad de obtener un estudio sobre el índice de caries de infancia temprana y con esto poder tomar las acciones necesarias para su prevención y tratamiento.

Es necesario desarrollar estrategias educativas dirigidas a los niños, niñas, padres de familia o tutores, proponiendo modificar hábitos o factores que estén predisponiendo a la formación de caries dental.

Este trabajo investigativo es factible porque contribuye al conocimiento y cultura acerca de la salud bucal en los niños y niñas, tomando en cuenta que existe predisposición y apoyo de las autoridades, de los padres de familia o tutores del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva.

1.6. Objetivos:

1.6.1. Objetivo general:

Determinar el índice de caries de infancia temprana en los niños y niñas que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone.

1.6.2. Objetivos específicos:

Establecer las características socio demográficas de acuerdo al sexo y edad de los preescolares que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone.

Determinar el nivel de riesgo de caries que poseen los niños y niñas.

Determinar el nivel de conocimiento de los padres y madres de los preescolares evaluados sobre salud dental.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencia y Conceptual.

2.1. Categoría fundamentales.

Caries dental.

Caries de infancia temprana.

Indicadores epidemiológicos.

Caries de la niñez como problema de la salud.

Prevención de caries de infancia temprana.

Educación para los padres.

2.2. Desarrollo del marco teórico.

2.2.1. Caries dental.

Consultando la obra de Crivello, Guedes, Bonecker, y Delgado ⁶ (2011) se puede referir que: “Varios son los conceptos que se han utilizado para definir la caries dental, tales como enfermedad de origen infecciosa, transmisible, multifactorial, crónica y en general de progresión lenta.” (p. 133).

⁶ Crivello, O., Guedes, A. C., Bonecker, M., Delgado, C. R. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Pablo. Santos.

Considerando la obra de Bordoni, Escobar, y Castillo.⁷ (2010) se conocer que: “El término correcto es caries dental y su definición: enfermedad multifactorial, universal, localizada, de los tejidos duros del diente, por la acción de ácidos orgánicos, resultantes del metabolismo bacteriano de azúcares de bajo peso molecular.” (p. 167).

Estudiando la obra de Cuenca, Baca⁸ (2013) se puede citar que:

El término caries dental se lo ha utilizado para identificar tanto el proceso de la enfermedad de la caries, como las lesiones cariosas (en cualquier estadio de evolución) que se forma como resultado. Se considera como un proceso continuo de enfermedad de diferentes estadios que oscilan desde cambio subclínicos en la subsuperficie del esmalte a nivel molecular hasta la completa destrucción del diente. (p. 93).

Analizando la obra de Crivello, et al⁹ (2011) se puede referenciar que:

La enfermedad caries es una condición crónica, caracterizada por el desequilibrio entre los constantes cambios minerales que ocurren en los tejidos dentarios y el medio fluido bucal. Las lesiones de caries son las señales de ese desequilibrio, cuando hay predominación de la pérdida de minerales del esmalte y de la dentina.

2.2.2. Etiología.

Una de las más importantes características de la enfermedad caries es su carácter multifactorial. Esto significa que un único factor no puede ser indicado como agente etiológico de la enfermedad. Al contrario la ocurrencia de la condición depende de la interacción de diversos factores apuntados como esenciales en la ocurrencia de la enfermedad. (p. 134).

⁷ Bordoni., Escobar., Castillo. (2010). Odontología Pediátrica, *La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires. Panamericana.

⁸ Cuenca., E. Baca., P. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. *Principios, métodos y aplicaciones*. (4° ed.) España. Masson.

⁹ Crivello, O., Guedes, A. C., Bonecker, M., Delgado, C. R. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Pablo. Santos.

Estudiando la obra de Castillo, y et al.¹⁰ (2011) se puede conocer que: “El proceso esencial involucra la desmineralización del esmalte del diente y también las superficies radiculares, por la alta concentración de los ácidos orgánicos producidos por las bacterias en la placa dental, provenientes de los carbohidratos de la dieta.” (p. 94).

2.2.3. Clasificación de la caries dental.

Analizando la obra de Bordini, y et al.¹¹ (2010) se puede citar que:

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

Localización anatómica.

Superficie lisa del esmalte, mancha blanca y lesión cavitada.

Superficie oclusal, en fosas y fisuras.

Caries dental radicular, en cemento o dentina expuesta.

Caries de la niñez temprana.

Caries rampante.

Actividad.

Caries dental activada, en esmalte o dentina.

Caries dental detenida, en esmalte o en dentina. (p. 168).

¹⁰ Castillo, R., & et al. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid. Ripano.

¹¹ Bordini., Escobar., Castillo. (2010). *Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires. Panamericana.

2.2.4. Caries de niñez temprana.

Investigando el artículo de Días, y Gonzáles¹² (2010) se puede conocer que:

La caries se ha considerado como la molestia con más prevalencia en la morbilidad a nivel mundial. Actualmente su aparición se relaciona en mayormente con factores socioculturales, financieros, del ambiente y del conducta. Afecta entre el 60 % y 90% de la población escolar según la OMS.

Considerando la obra de Boj, y Ferreira¹³ (2010) se puede citar que: “Caries precoz de la infancia: lesión de la estructura dentaria con presencia de fistula, por uso de biberón con sustancias azucaradas e insuficiente higiene oral.” (p. 95).

Consultando el artículo de Escobar, et al¹⁴ (2014) se puede referenciar que: “La caries dental constituye la enfermedad crónica más prevalente en niños y debido a su carácter crónico avanza con la edad si no se hace esfuerzo para controlar su progresión.” (p. 20).

Estudiando la obra de Nahás, M. S.¹⁵ (2009) se puede referenciar que:

La caries dental en infantes y niños jóvenes tienen un patrón distintivo. Las primeras definiciones usadas para describir esta condición fueron relacionadas con la etiología, haciendo énfasis en el uso inadecuado de las prácticas de cuidado. La boca de biberón, la caries de biberón, el síndrome del biberón, y las caries de enfermería fueron términos usados previamente. Actualmente a nivel internacional se acepta la definición de que la caries de inicio temprano es caries de niñez temprana (CNT). Esta terminología abarca un significado mucho más amplio, siendo más apropiado comprender que una alimentación desfavorable no es la única causa de la CNT. (p. 64).

¹² Días, S., y Gonzáles, F. (2010). *Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia*. [En línea]. Revista de Salud Pública. V 12 – N° 5 (844).

¹³ Boj, J., y Ferreira, L. (2010). *Atlas de Odontopediatría*. Madrid. Ripiano.

¹⁴ Escobar, G. & et al. (2014, Julio 20) *Experiencia de Caries Dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos*. Medellín. Colombia. 22. Consultado el 14 de febrero, 2015. En: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/504>

¹⁵ Nahás, M. S. (2009). *Odontopediatría en la Primera Infancia*. Sao Pablo. Santos.

Analizando la obra de Boj, et al¹⁶ (2010) se puede referenciar que:

La caries de aparición temprana se define como la presencia de 1 o más dientes afectados por caries (cavitada o no cavitada), perdidos por afección de caries u obturados, en cualquier diente temporal en un niño de 71 meses de edad o más pequeño. En niños más pequeños de 3 años, cualquier afectación por caries de una superficie lisa de los dientes se considera caries temprana severa. Entre las edades de 3 a 5 años, se considera caries rampante severa la presencia de 1 o más dientes cavitados y / o perdidos debido afección por caries u obturaciones en superficies lisas del diente antero superiores o una cifra de caries, por superficie afectada, mayor de 4 a los 3 años, mayor de 5 a los 4 años o mayor de 6 a los 5 años. (p. 316).

Estudiando la obra de Dubón¹⁷ (2010) se puede citar que:

Los criterios propuestos por la OMS y el Instituto Nacional de Investigación Dental y Cráneo-facial (NIDCR) definen a la caries de la infancia temprana como la presencia de caries dental en cualquier superficie de al menos un diente primario en niños menores de tres años. Las lesiones pueden presentarse desde el brote de los primeros órganos dentarios, sigue un patrón similar al de la caries de biberón, la gravedad de las lesiones varían con la edad del paciente.

La Academia de Odontopediatría define a la caries de la infancia temprana.

Caries de la Infancia Temprana es la presencia, en dientes temporales de una o más superficies (cavitadas o no), ausentes u obturados en niños menores de 71 meses de edad.

Caries severa de la Infancia Temprana es la presencia de cualquier signo de caries en niños menores de 3 años. En el grupo 3 a 5 años una o más superficies lisas que estén cavitadas, obturadas o perdidas por caries en órganos dentarios anteriores del maxilar. (p. 4).

¹⁶ Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2010). *Odontopediatría la Evolución del niño al adulto joven*. Madrid. Ripiano

¹⁷ Dubón, G. M. (2010). *Prevalencia de Caries de la Infancia Temprana Relacionada a los Hábitos de Higiene Bucal dental*. (Tesis Inédita de Maestro de Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida). Recuperado de: <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH69/pdf/TMH69.pdf>

Investigando en la obra de Nahás¹⁸ (2009) se puede conocer que:

La caries durante la niñez temprana es una enfermedad multifactorial, y tiene numerosos factores de riesgo biológicos, psicosociales y de comportamiento, que varían de población en población y pueden combinarse con diversos patrones para dar lugar a la lesión cariosa. Los patrones de comportamiento que afectan a la salud dental tal como la higiene bucal y los hábitos dietéticos se establecen temprano en la vida del niño o persisten durante la niñez así como durante la adolescencia.

Hay una fuerte relación entre CNT y el desarrollo posterior de la caries en denticiones primarias y permanentes. En un estudio, los niños de 3 años de edad con lesiones manifestadas de caries experimentaron un incremento de la caries de 4,5 en las superficies dentales a partir de los 3 a 6 años, comparado a 0,9 superficies dentales de los niños de la muestra que no habían presentado ninguna lesión cariosa.

Además hay una fuerte relación entre la caries en la niñez temprana y el desarrollo de caries en la dentición primaria hasta los 10 años de edad y en la dentición permanente hasta la mitad de la adolescencia. (p. 65).

Considerando la obra de Bezerra¹⁹ (2008) se puede citar que:

Los incisivos superiores están entre los primeros dientes a erupcionar, siendo los más afectados, debido a que el flujo salival alrededor de esos dientes es menor, en relación con la fuerza de gravedad y la localización distantes de las glándulas salivales. Además, la musculatura labial del niño no se encuentra desarrollada por completa de tal forma que permita un adecuado sellado labial, lo que promueve que la saliva que envuelve los incisivos superiores literalmente se “evapore”, manteniendo los dientes menos húmedos. (p. 344).

Consultando en la obra de Castillo, et al²⁰ (2011) se referenciar que: “A pesar de los índices de caries están disminuyendo en los países desarrollados, la prevalencia de la CIT alcanza niveles alarmantes en grupos bajos de nivel socio-económicos.” (p. 103).

¹⁸ Nahás.M. S. (2009). Odontopediatría en la Primera Infancia. Sao Pablo. Santos.

¹⁹ Bezerra, L. A. (2008). Tratado de Odontopediatría. Colombia. Amolca.

²⁰ Castillo, R., & et al. (2011). Estomatología Pediátrica. Madrid. Ripano.

Analizando el artículo de Zoror, Pineda, y Orellana²¹ disponible en el sitio web scielo (2011) se puede referenciar que: “A consecuencia de este daño oral, la CIT en los niños puede causar dolor, dificultades funcionales, desórdenes en la salud en general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atención de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida.” (p. 171).

2.2.5. Etiología de la caries de infancia temprana.

Estudiando la obra de Bezerra²² (2008) se puede conocer que:

Los agentes etiológicos de la caries del biberón son los mismos de la caries dental en general y, al ser de esta misma manera, también depende de la interacción por un determinado periodo de tiempo, de 3 factores esenciales: el hospedero, representado por los dientes y la saliva; la microbiota bucal y la dieta consumida. De esta forma la caries de biberón es conocida como multifactorial.

Desde el punto de vista ecológico, la presencia o ausencia de caries de biberón se determina por el equilibrio/desequilibrio entre los agentes agresores, la resistencia del hospedero y el medio ambiente. (p. 349).

Investigando la obra de Cameron y Widmer²³ (2010) se puede citar que:

Largos periodos de exposición al sustrato cariogénico. Si se produce por el biberón, la tetina permanece junto a las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores durante más de 8 horas. No obstante, hábitos como el picoteo son conductas de riesgo, al igual que el uso de botellas de succión y vasos con boquilla, objetos que siempre acompañan a los niños cuando empiezan a andar.

Baja tasa de flujo salival por la noche y taponamientos reducido.

Historia de los padres de caries activa y no tratada, sobre todo en la madre. (p. 49).

²¹ Zoror, C., Pineda, P., & Orellana, J. (2011). Prevalence of Early Childhood Caries and Associated Factors in 2 and 4 Year-Old Chilean Children. *International journal of odontostomatology*, 5(2), 171-177. Recuperado en 23 de febrero de 2015, de <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v5n2/art10.pdf>

²² Bezerra, L. A. (2008). *Tratado de Odontopediatria*. Colombia. Amolca.

²³ Cameron, A. C., & Widmer, R. P. (2010). *Manual de Odontología Pediátrica*. (3ra edición). Barcelona. Elsevier.

2.2.6. Epidemiología.

Analizando la obra de Nahás²⁴ (2009) se puede referenciar que:

La epidemiología se define como el estudio de la distribución y determinantes de estados o de acontecimientos relativos a la salud en poblaciones específicas, y la aplicación del control en los problemas de salud. De esta es obvio que la comprensión y la interpretación de los datos epidemiológicos son parte esencial del manejo del cuidado dental pediátrico.

Más específicamente la epidemiología tiene dos usos importantes en el cuidado dental del niño: describir la distribución de la caries en la población, y describir los cambios en la prevalencia de la caries en cierto periodo de tiempo. (p. 62).

Considerando la obra de Boj, et al²⁵ (2010) se puede citar que: “La caries de aparición temprana constituye un problema de salud serio cuya prevalencia siendo mayor en grupos de bajo nivel socioeconómico no deja de ser significativa en la población en general. (p. 316).

2.2.8. Indicadores epidemiológicos para la caries dental

Consultando en el artículo de Iruretagoyena²⁶ disponible en el sitio web salud dental para todos (2014), se puede describir que:

Índice de ceo-d.

El índice de ceod es la suma de dientes temporales, con predicción de extracción y obturados.

Respecto a su empleo, téngase en cuenta que:

No se considera el índice de los dientes ausentes.

La extracción indicada es la que proviene ante una patología que no responde al tratamiento más frecuentemente usado.

²⁴ Nahás.M. S. (2009). Odontopediatría en la Primera Infancia. Sao Pablo. Santos.

²⁵ Boj, J. R., Catalá, M., García, C., Mendoza, A., Planells, P. (2010). Odontopediatría la Evolución del niño al adulto joven. Madrid. Ripiano

²⁶ Iruretagoyena, M. A. (Abril 2014). Índice epidemiológico para realizar diagnóstico de situación dental. Salud dental para todos. Consultado el 22 de febrero, 2015. En:

<http://www.sdpt.net/ID/cpodcposceod.htm>

La restauración por medio de una corona se expresa como un diente obturado.

Cuando la misma pieza dental esta obturado y cariado, se consigna el diagnóstico más grave

La presencia de selladores no se cuantifica. (párr. 8).

2.2.9. Caries de la niñez como problema de la salud:

Estudiando información de Nahás²⁷ (2009) se puede citar que:

La salud es un estado del bienestar físico, mental y social completo, no simplemente la ausencia de enfermedad y dolencia.

La caries dental tiene impactos en la salud bucal y general, y cuando se deja sin tratar, origina a menudo dolor. Un signo obvio de un diente con dolor es la capacidad reducida de masticar y de comer.

Además, las lesiones profundas constituyen un riesgo de complicación endodóntica y desarrollo de abscesos, las cuales originan a menudo inflamación y adicionalmente dolor y malestar durante la masticación. En relación con los dientes primarios infectados, hay un riesgo de lesiones potenciales en dientes permanentes como opacidades del esmalte, hipoplasia o desarrollo incompleto.

Una consecuencia bien documentada de la caries severa con dolor es la reducción de la calidad de vida del individuo. Trastornos del sueño, problemas de concentración, interrupción del juego y tareas escolares pueden inducir al estrés emocional e irritabilidad.

Las experiencias de dolor durante el tratamiento dental en la niñez se archivan y aumentan el riesgo de desarrollar problemas del manejo de la conducta y ansiedad dental más adelante en la vida (p.61, 62).

2.2.10. Prevención de caries de infancia temprana

Analizando la obra de Koch,y Poulsen²⁸ (2011) se puede referenciar que:

En la erupción de los dientes están saludables, la primera lesión cariosa y su restauración marcan el inicio de una serie de tratamientos que durante el tiempo de vida del diente conducen a restauraciones cada vez más complicadas. Hay hoy suficiente conocimiento científico sobre la etiología de la caries y los factores causantes de este transcurso para que amplíemos tácticas preventivas poderosas.

²⁷ Nahás.M. S. (2009). Odontopediatría en la Primera Infancia. Sao Pablo. Santos.

²⁸ Koch, G. y Poulsen, S. (2011). Odontopediatría abordaje clínico. (2° ed.). Venezuela. Amolca.

No existe pretexto para no utilizar esta idea como intento de controlar la caries. Por ende, la profesión dental y los mandos gubernamentales deben dar una alta preferencia en la prevención de caries.

En contexto, el odontopediatra tiene una responsabilidad muy específica en hacer frente al desafío de mantener a los niños y adolescentes libres de caries. (p. 91).

Estudiando la obra de Bezerra²⁹ (2008) se puede citar que:

Se debe, por lo tanto, instituir programas educativos junto con obstetras, pediatras, guarderías, escuelas y comunidades, una vez que la cooperación interdisciplinaria es condición fundamental para la prevención de la caries dental. Lo ideal es que los pediatras, odontopediatras y personal del área de salud, trabajen conjuntamente en la educación de los padres, con relación a la prevención de la caries de biberón con la finalidad de evitar problemas sintomatológicos, sistémicos, físicos y psicológicos en los niños.

Profesionales en la del área de la salud, cuando son adecuadamente informados, actúan como “multiplicadores” de información a la población. (p. 363).

Analizando la obra de Boj, y Ferreira³⁰ (2010) se puede conocer que: “Dieta cariogénica: en la infancia y adolescencia hay tendencia a consumir muchos alimentos cariogénicos. Es conveniente orientar a los padres sobre algunos ajustes que se pueden hacer en la dieta para disminuir el riesgo de caries.” (p. 55).

Investigando la obra de Castillo, et al³¹ (2011) se puede conocer que:

La llamada caries de aparición temprana ha sido relaciona a varios factores dietéticos.

Biberón después de los 12 meses.

Biberón nocturno.

Biberón con líquidos azucarados.

Taza de entretenimiento con jugos de fruta.

Lactancia materna ad-lib.

Chupones con miel u otros azucares.

Entrecomidas 3-4 veces al día.

²⁹ Bezerra, L. A. (2008). Tratado de Odontopediatría. Colombia. Amolca.

³⁰ Boj, J., y Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatría. Madrid. Ripiano.

³¹ Castillo, R., & et al. (2011). Estomatología Pediátrica. Madrid. Ripiano.

Entrecomidas con comidas o bebidas cariogénicas. (p. 129).
Alimentos cariogénicos.

Hay suficiente evidencia que la sacarosa es el azúcar más cariogénico, no solo porque a partir de ellos las bacterias cariogénicas producen ácidos, sino también porque estos producen glucanos que son los polisacáridos extracelulares que les sirven para adherirse a los dientes. (p. 130).

Considerando la obra de Koch, y Poulsen³² (2011) se puede citar que:

Por una parte, los componentes ácidos de los alimentos, pueden causar desmineralización y erosión. Para ser un peligro viable para el progreso de caries el alimento debe tener carbohidratos fermentantes, que los microorganismos de las placas puedan utilizar en su metabolismo glicólicos para formar ácidos.

Inclusive si la azúcar es el carbohidrato fermentable más abundante comprometido en el proceso de la caries se debe recordar que todos pueden causar la producción del ácido. Esto significa que la mayoría de los bienes y casi todos los aperitivos, dulces y refrescos son constituyentes de riesgo potencial de caries. (p. 96).

2.2.11. Educación para los padres.

Consultando en la obra de Castillo, et al³³ (2011) se puede referenciar que: “Es algo muy importante conseguir que las personas se involucren en el cuidado de su salud y de su familia para cambiar y mejorar los hábitos de alimentación e higiene bucal” (p.106).

Analizando la obra de Contreras, Valdivieso, y Cabello³⁴ (2008) se puede conocer que: “Es por ello que el mantenimiento de la salud oral del infante es una responsabilidad no sólo del odontólogo también de los demás profesionales de la salud que atienden niños (pediatras), médicos generales y enfermeras.” (p. 29).

³² Koch, G. y Poulsen, S. (2011). *Odontopediatría abordaje clínico*. (2º ed.). Venezuela. Amolca.

³³ Castillo, R., & et al. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid. Ripano.

³⁴ Contreras, N., Valdivieso, M., Cabello, E. (2008). *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante* [en línea]. *Estomatológica Herediana*. V 18 – N°1 (29).

Estudiando la obra de Crivello, et al³⁵ (2011) se puede citar que: “Como prácticas de rutina, el profesional debe orientar al núcleo familiar en cuanto a los hábitos alimenticios y de higiene bucal, y al uso racional de flúor.” (p. 61).

Investigando en la obra de Contreras, Valdivieso, y Cabello³⁶ (2008) se puede conocer que:

La atención odontológica del infante debe estar dirigida principalmente hacia una promoción de la salud oral, procurando educar a los padres para un mantenimiento de hábitos saludables, evitando así la instalación de enfermedades bucales, como la caries dental y permitiendo un adecuado desarrollo. (p. 29).

Considerando la obra de Bezerra³⁷ (2008) se puede citar que: “Orientación pre natal, La prevención primaria debe iniciarse en el período pre natal, aconsejando a la gestante. En esta época de la gestación, las futuras madres deben recibir información, en un lenguaje accesible sobre cómo prevenir la ocurrencia de la caries.” (p. 363).

³⁵ Crivello, O., Guedes, A. C., Bonecker, M., Delgado, C. R. (2011). *Fundamentos de Odontología*. Sao Pablo. Santos.

³⁶ Contreras, N., Valdivieso, M., Cabello, E. (2008). *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante* [en línea]. *Estomatológica Herediana*. V 18 – N°1 (29).

³⁷ Bezerra, L. A. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Colombia. Amolca.

Consultando en la obra de Contreras, Valdivieso, y Cabello³⁸ (2008) se puede referenciar que:

La consulta odontológica, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. (p. 29).

2.2. Unidad de observación y análisis:

Padres, madres, niños y niñas que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

2.2.1. Matriz de Operacionalización de las variables:

(Ver anexo 1).

³⁸ Contreras, N., Valdivieso, M., Cabello, E. (2008). *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante* [en línea]. *Estomatológica Herediana*. V 18 – N°1 (29).

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio descriptivo.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio de corte transversal.

3.3. Métodos.

Este estudio se realizó en las instalaciones del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, provincia de Manabí.

Se tuvo como población a los padres, madres, niños y niñas que asisten a la institución con una edad de entre 3 y 4 años durante el periodo del 2014 - 2015.

La población fue sometida a exámenes odontológicos de diagnóstico, para los cuales se utilizó historias clínicas y llenado del odontograma respectivo para cada preescolar. Además el llenado de cuestionarios que se aplicó a padres o madres de los infantes, sobre higiene oral y control odontológico de su representado(a).

Para registrar la experiencia de caries se aplicó el índice de ceo-d propuesto por la OMS.

Investigando en la tesis de Dubón³⁹ (2010) se puede conocer que:

El ceo-d individual resulta de la sumatoria de los órganos dentarios primario cariado, perdido y obturado.

La base para los cálculos del ceo-d será 20, es decir todos los dientes temporales, por lo que su valor puede ir de 0 a 20.

El índice de ceo-d grupal constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Índice de ceo-d g: } \frac{\text{total de dientes cariados, perdidos y obturados}}{\text{Total de la población examinada}}$$

La cuantificación obtenida.

0 - 1.5 muy baja.

1.6 – 2.7 bajo.

2.8 – 4.4 moderado.

4.5 – 6.5 alto.

Mayor a 6.5 muy alto. (p. 26).

3.4. Técnicas.

Observación.

Cuestionarios.

3.5. Instrumentos.

Formulario 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Ver anexo2).

Cuestionarios para padres. (Ver anexo 3).

³⁹ Dubón, G. M. (2010). Prevalencia de Caries de la Infancia Temprana Relacionada a los Hábitos de Higiene Bucal dental. (Tesis Inédita de Maestro de Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida). Recuperado de: <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH69/pdf/TMH69.pdf>

3.6. Población y muestra.

Se trabajó con 169 preescolares legalmente matriculados en el Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone de 3 y 4 años de edad, padres y madres, los cuales aceptaron formar parte de la investigación.

3.7. Recolección de la información.

La información se recogió en historias clínicas basadas en la ficha 033 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador aplicadas a los preescolares del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, y cuestionarios destinados a padres o madres de dichos niños y niñas.

3.8. Procesamiento de la información.

La información se procesó en Microsoft Excel y se representó en tablas y gráficos estadísticos.

3.9. Ética

A cada representante del paciente de la población se le solicitará que firmen un consentimiento informado por escrito, que se efectuará después de haber explicado de forma oral y mediante un documento confeccionado al efecto de los propósitos del estudio y de asegurar que la información obtenida de sus datos no será empleada para ningún otro motivo ajeno a la investigación y que al momento de su uso se mantendrá estricta confidencialidad sobre los mismos.

También se asegurará que en caso de no desear participar en su derecho a recibir atención odontológica adecuada, no se verá afectado en ningún aspecto. (Ver anexo 4).

CAPITULO IV.

4. Marco Administrativo.

4.1 Recursos.

4.1.1. Humanos.

Investigadora.

Director de Tesis.

4.1.2. Materiales.

Instrumental de Diagnóstico Odontológico.

Materiales de oficina.

4.1.3. Tecnológicos.

Internet.

Computadora.

Impresora.

Cámara.

Flash memory.

4.1.4. Económicos.

Esta investigación tendrá un costo aproximado de 516.45 dólares americanos.

4.2. Presupuesto.

Cuadro 1.

Presupuesto de la tesis.

RUBROS.	CANTIDAD.	UNIDAD DE MEDIDA.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Papel bond.	5	resmas	5,00	25,00
Cd.	7	Unidad	0,50	3,50
Pen drive.	1	Unidad	10,00	10,00
Copias.	1700	Unidad	0.02	34,00
Tinta color.	2	Cartucho	35,00	70,00
Tinta negra.	3	Cartuchos	30,00	90,00
Materiales de oficina.	20	Unidad		25,00
Viáticos.		Dólares		50,00
Guantes.	4	Cajas	10,00	40,00
Mascarillas.	2	Cajas	8,00	16,00
Anillados.	3	Unidad	2,00	6,00
Empastados.	4	Unidad	10,00	40,00
Hojas membretadas.	30	Unidad	2,00	60,00
Imprevistos.				46.95
Total.				516.45

Presupuesto de elaboración de tesis. Realizado por la autora: Cap. IV. P. 27.

4.3. Cronograma.

Cuadro 2.

ACTIVIDADES	may-14				jun-14				jul-14				ago-14				sep-14				oct-14				nov-14				dic-14				ene-15				feb-15				mar-15				abr-15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3					
Elaboración de proyecto.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
Corrección de proyectos.																	■	■	■	■																												
Aprobación de proyectos.																					■	■	■	■																								
Preparación de instrumentos recolectores de información.																					■																											
Aplicación de instrumentos de investigación.																					■	■	■	■																								
Sistematización de la información.																													■	■																		
Análisis e interpretación.																																	■															
Elaboración de conclusiones.																																					■											
Elaboración de propuesta.																																									■							
Redacción del borrador.																																									■							
Revisión del borrador.																																									■	■	■	■				
Presentación de informe final.																																													■	■		

CAPÍTULO V.

5. Análisis e Interpretación de los Resultados.

5.1. Caracterización sociodemográfica del grupo de estudio de acuerdo al edad y género.

Cuadro 3.

Edad Del Niño o Niña.

N°	Alternativa	F	%
1	3 Años	79	47
2	4 Años	90	53
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 2 p. 71.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

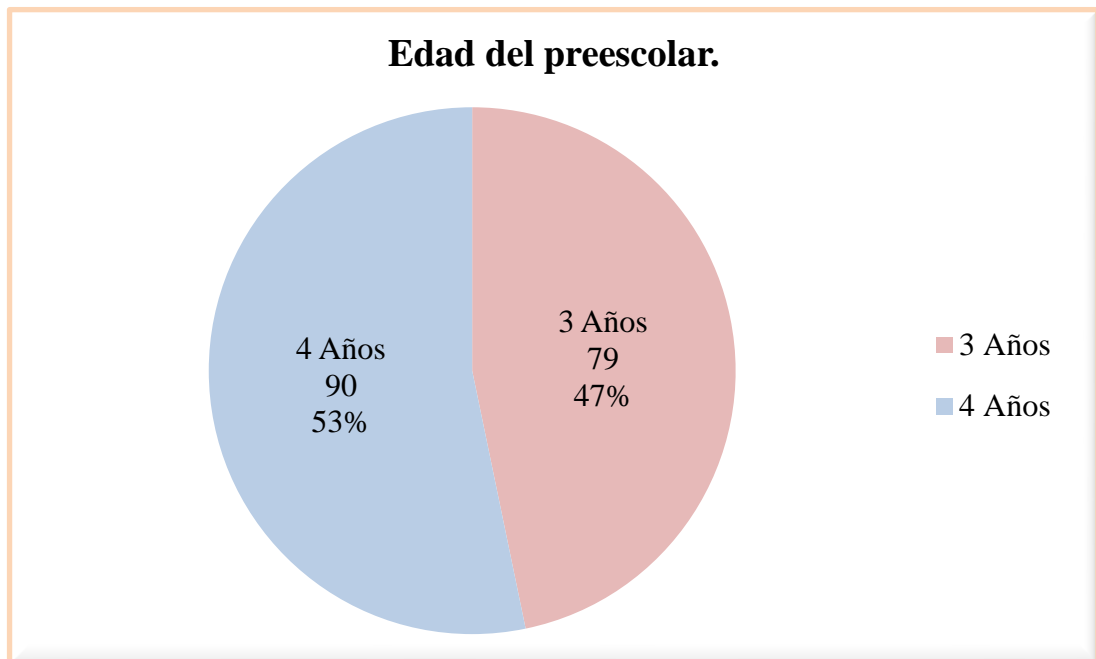


Gráfico N° 1. Edad de los preescolares.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 29.

Análisis e interpretación.

Analizando el cuadro 3 podemos calificar que con una frecuencia de 90 y el 53% de la población son infantes de 4 años de edad, y con una frecuencia de 79 y el 47% pertenecen a los niños y/o niñas de 3 años de edad.

Cuadro 4.

Género de los preescolares.

N°	Alternativa	F	%
1	Femenino	89	53
2	Masculino	80	47
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 2 p. 71.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

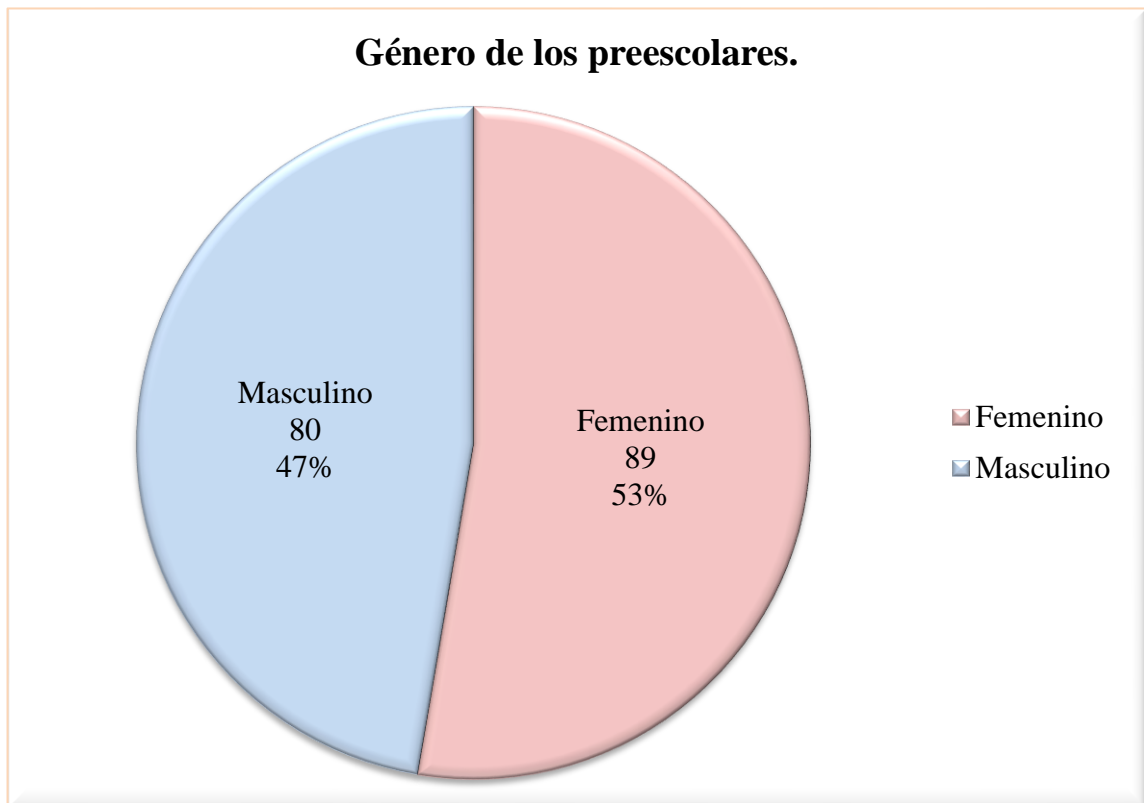


Gráfico N° 2. Género de los preescolares.

Realizado por: Autora de la tesis. Cap. V, p. 31.

Análisis e interpretación.

Calificando los datos obtenidos en la tabulación del cuadro 4 en cuanto al sexo de los preescolares podemos observar que con una frecuencia de 89 correspondiente a la mayor parte de la población del género femenino sienten estas un 53% y del sexo masculino con una frecuencia de 80 y un 47%.

5.2. Índice de Caries.

Cuadro 5.

Índice de caries (ceo-d).

N°	Alternativa	F	%
1	ceo-d	95	56
2	Sanos	74	44
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 2 p. 71

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

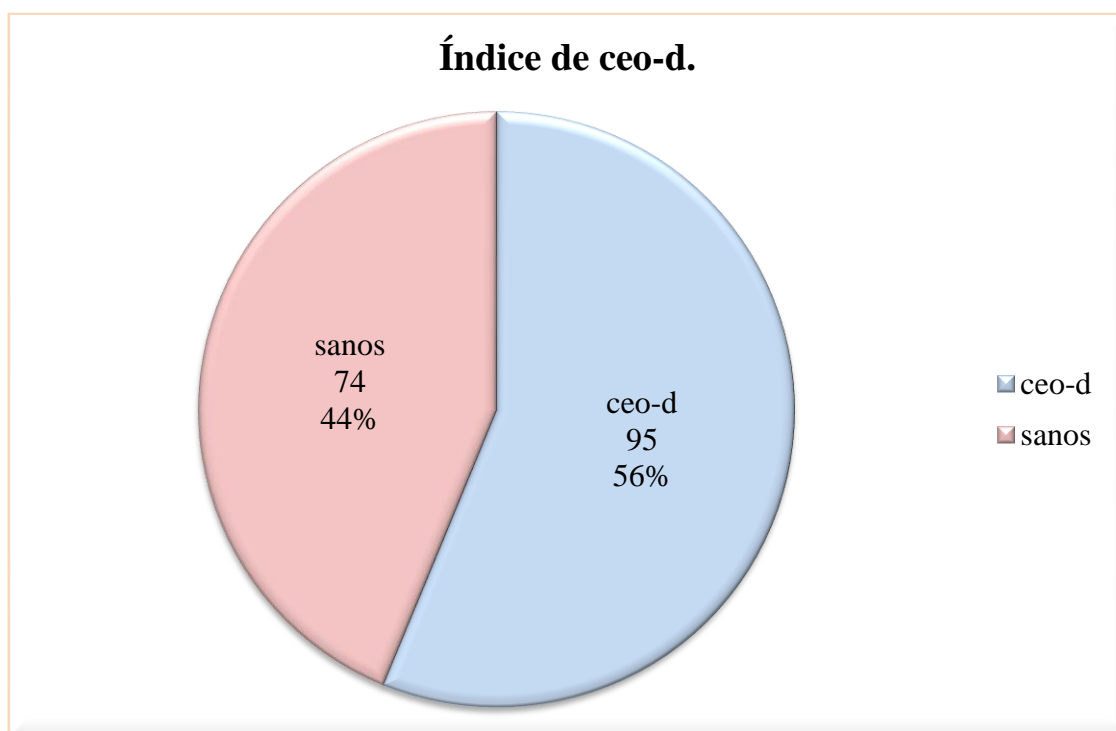


Gráfico N° 3. Índice de ceo-d.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 33.

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en la tabulación de datos la mayor frecuencia es de 95 y se presenta en los infantes con índice de ceo-d elevado siendo así que el 56% de la población se encuentra afectada y el 44% se encuentra en condiciones óptimas de salud bucal.

El índice de ceo-d.

Estudiando la tesis de Ávila⁴⁰

Para las formas de registro de salud dental, se cuenta con parámetros internacionales los cuales son valores numéricos “que describen una situación relativa de salud o enfermedad en una determinada población a través de una escala graduada con límites superiores e inferiores definidos”, llamados índices, y son indicadores de la prevalencia y grado de severidad de alguna enfermedad.

El índice usado para el caso de la dentición temporal es el coe, donde c indica el número de OD temporales cariados sin restauración, la e es el número de los OD temporales seleccionados para ser extraídos, y la o da cuenta de los OD con alguna obturación. (párr. 15).

Analizando el artículo de Iruretagoyena⁴¹ en el sitio web salud para todos (2014), se puede referir que: “El índice de ceod es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

⁴⁰ Avila, B. índice de ceo y necesidad de tratamiento en preescolares de tres estratos sociales del estado de Oaxaca. (Tesis inédita, Universidad de Granada España). Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/23470/1/20167192.pdf>

⁴¹ Iruretagoyena, M. A. (Abril 2014).CPOD, CEOD, CPOS. Salud dental para todos. Consultado el 25 de marzo, 2015. En: <http://www.sdpt.net/ID/cpodcposceod.htm>

Evaluando el índice de ceo-d según la OMS en la población se observa que aunque se encuentran en la primera infancia se encuentra en un valor elevado, siendo motivo de preocupación tanto para los padres como para las autoridades del centro de educación inicial.

5.3. Nivel de riesgo de caries grupal

Cuadro 6.

Nivel de riesgo de caries.

N°	Alternativa	F	%
1	Total de ceo-d	399	2,36
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 2 p. 71.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

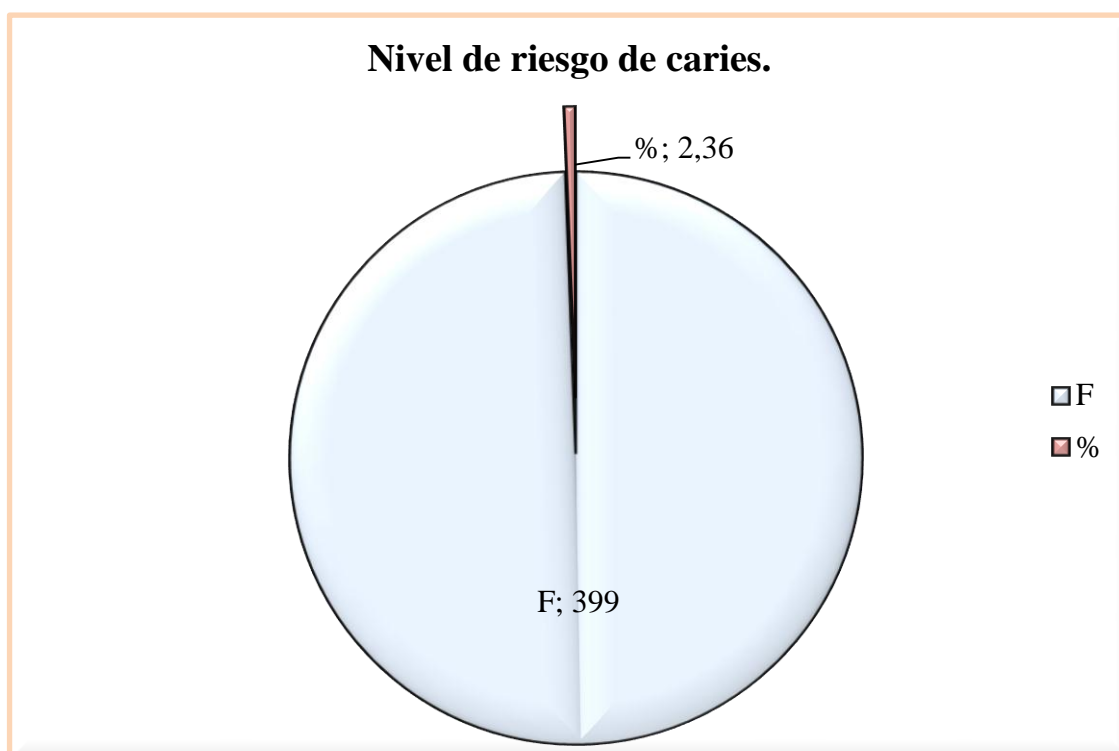


Gráfico N° 4. Nivel de riesgo de caries.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 36.

Análisis e interpretación.

Considerando los datos obtenidos en la tabulación del cuadro 6 de acuerdo con el índice de ceo-d se puede observar que el nivel de riesgo de la población examinada es de 2,36% la cual de acuerdo a la experiencia propuesta por la OMS, da como resultado un riesgo de caries bajo.

Analizando la tesis de Dubón, G.⁴² (2010) podemos citar que:

El ceo-d individual resulta de la sumatoria de los órganos dentarios primario cariado, perdido y obturado.

La base para los cálculos del ceo-d será 20, es decir todos los dientes temporales, por lo que su valor puede ir de 0 a 20.

El índice de ceo-d grupal constituye un promedio que se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Índice de ceo-d g: } \frac{\text{total de dientes cariados, perdidos y obturados}}{\text{Total de la población examinada}}$$

La cuantificación obtenida.

0 - 1.5 muy baja.

1.6 – 2.7 bajo.

2.8 – 4.4 moderado.

4.5 – 6.5 alto.

Mayor a 6.5 muy alto. (p. 26).

Comparando los resultados del índice de caries que se obtuvo en la población, y lo dicho por la OMS, se puede observar que el nivel de riesgo que se presenta en este grupo es bajo, a pesar que el índice de caries que presentan corresponde a más del 50% de la población examinada.

⁴² Dubón, G. M. (2010). *Prevalencia de Caries de la Infancia Temprana Relacionada a los Hábitos de Higiene Bucal Dental*. (Tesis Inédita de Maestro de Odontología Infantil, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida). Recuperado de: <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH69/pdf/TMH69.pdf>

5.4. Nivel de conocimiento de los padres de familia de los infantes

Cuadro 7.

¿Qué nivel de parentesco tiene usted con el niño (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	Madre	105	62
2	Padre	41	24
3	Otros	23	14
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

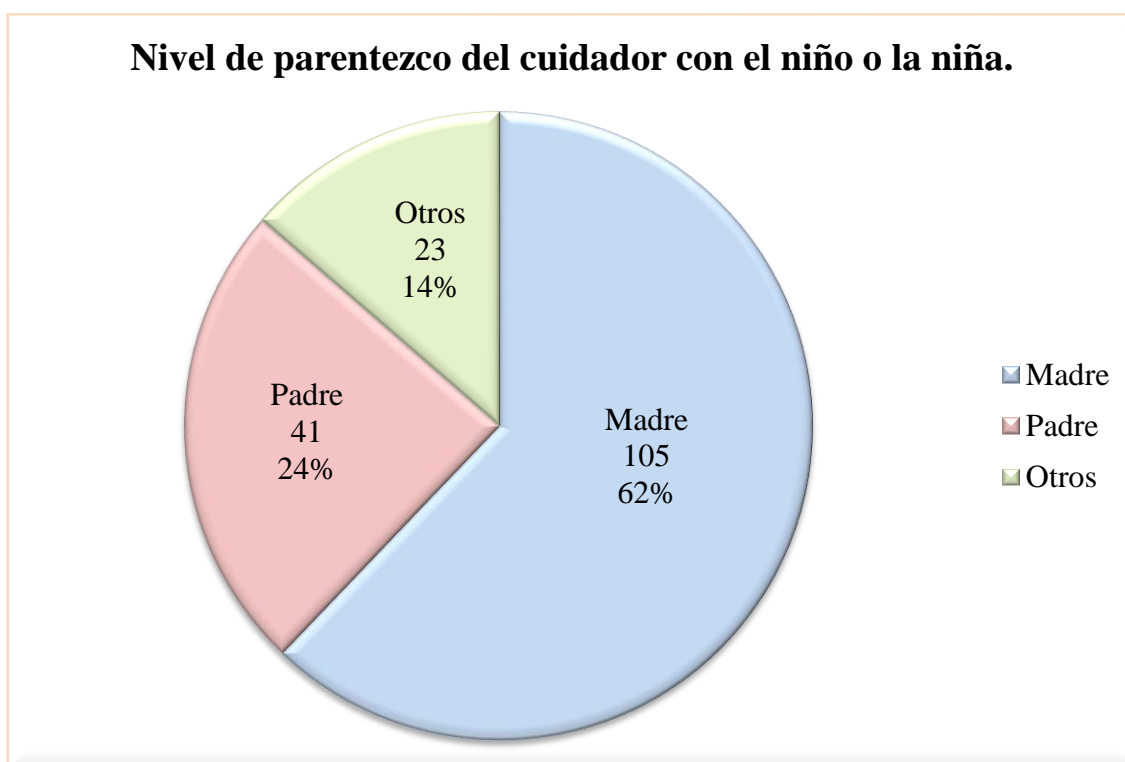


Gráfico N° 5. Nivel de parentesco que tiene el cuidador con el niño y/o niña.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 38.

Análisis e interpretación.

Analizando los datos obtenidos se puede observar que existe una frecuencia absoluta de 105 madres que cuidan a sus hijos, datos que corresponde al 62% de la población; así mismo existe una frecuencia de 41 niños que son cuidados por sus padres siendo estos pertenecientes al 24% de los encuestados, y con una frecuencia de 23 alumnos y 14% son cuidados por otras personas.

Estudiando la tesis de Díaz⁴³ (2010) se puede referenciar que:

En el área materno-infantil, la asociación entre salud y familia es muy evidente y fácil de apreciar, si se considera que a través del proceso de reproducción humana una mujer se transforma en madre y se cumple así una de las tareas básicas de la familia. A su vez los hijos requieren del amparo protector de la familia para cumplir con procesos de crecimiento y desarrollo dada la indefensión que lo caracteriza. (p.28).

De acuerdo a lo referido por los cuidadores existe un mayor porcentaje de infantes que son cuidados y atendidos diariamente por sus madres, comparando esto con lo citado por el autor antes mencionado, vemos la necesidad de la participación que debe tener los miembros de la familia en el cuidado de la integridad de la salud dental de los infantes.

⁴³Díaz, S. (2010). *Prevalencia y severidad de caries dental y factores familiares en niños de una Institución Educativa de la Ciudad de Cartagena de Indias*, (tesis inédita de Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. República de Colombia). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8781/1/598030.2010.pdf>

Cuadro 8.

¿Qué grado de instrucción educativa tiene usted?

N°	Alternativa	F	%
1	Tercer Nivel	65	38
2	Secundaria	48	28
3	Primaria	56	33
4	Ninguno	0	0
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

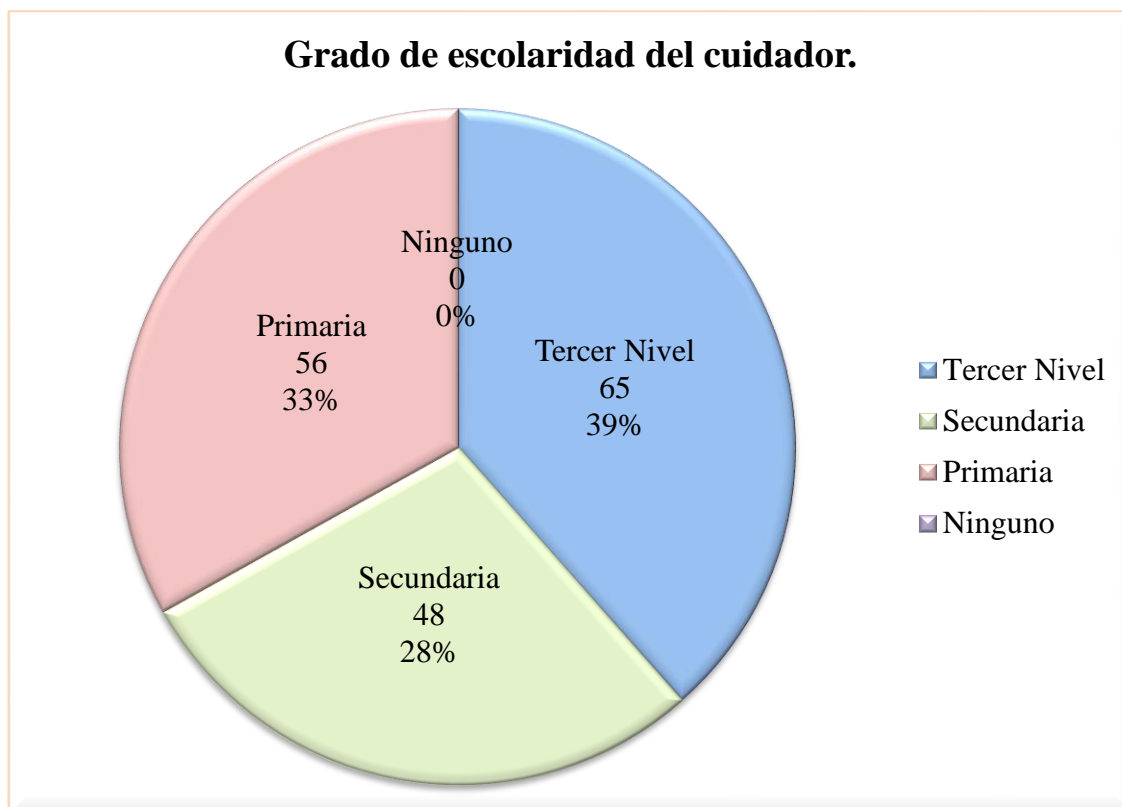


Gráfico N° 6. Grado de escolaridad del cuidador
Realizado por: Autora de la tesis. Cap. V, p. 40.

Análisis e interpretación.

Considerados los datos en lo referente al grado de escolaridad de los cuidadores encuestados con una frecuencia de 65 y el 38 % de la población corresponden al tercer nivel, 48 participantes respondieron que asistieron hasta la secundaria siendo este el 28%, el 33% de los encuestados se encuentran en una primaria de escolaridad, y el 0% describieron que no habían realizado ningún nivel de estudio.

Analizando la tesis de Alvarado⁴⁴ (2005) se puede citar que:

Grado de Instrucción

La deficiencia educativa y el desconocimiento de educación sanitaria son condiciones de alto riesgo de muchas enfermedades y de la mortalidad y morbilidad tanto en el departamento como en todo el país, el nivel educativo de cada individuo, estaría con su capacidad de entender los problemas de salud que los afecten, estando en este caso con desventaja los analfabetos, para recibir los beneficios de salud mediante medidas preventivas convencionales. (p.30).

En el Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone, el mayor porcentaje de los padres de familia han realizado los estudios hasta el tercer nivel, tomando en consideración los datos obtenidos en el índice de caries, observamos que existe un bajo conocimiento de los cuidados de salud dental, refiriendo lo dicho por el autor citado, nos dice que deberían los padres estar capacitados para entender las consecuencias de las caries dental.

⁴⁴ Alvarado, R. (2005). Prevalencia y necesidad de tratamiento de caries dental en la Institución Educativa Reina de España N° 7053 Barranco, Lima, (tesis inédita de Cirujano Dentista, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú). Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2242/1/alvarado_ar.pdf

Cuadro 9.

¿Ha recibido usted educación oportuna sobre el cuidado de la salud bucal de su hijo
(a) por parte de alguna institución?

N°	Alternativa	F	%
1	Programa de Salud Escolar	21	12
2	Odontólogo Particular	46	27
3	Educadores de la Institución	7	4
4	Centros de Salud	59	35
5	Ninguno	36	21
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

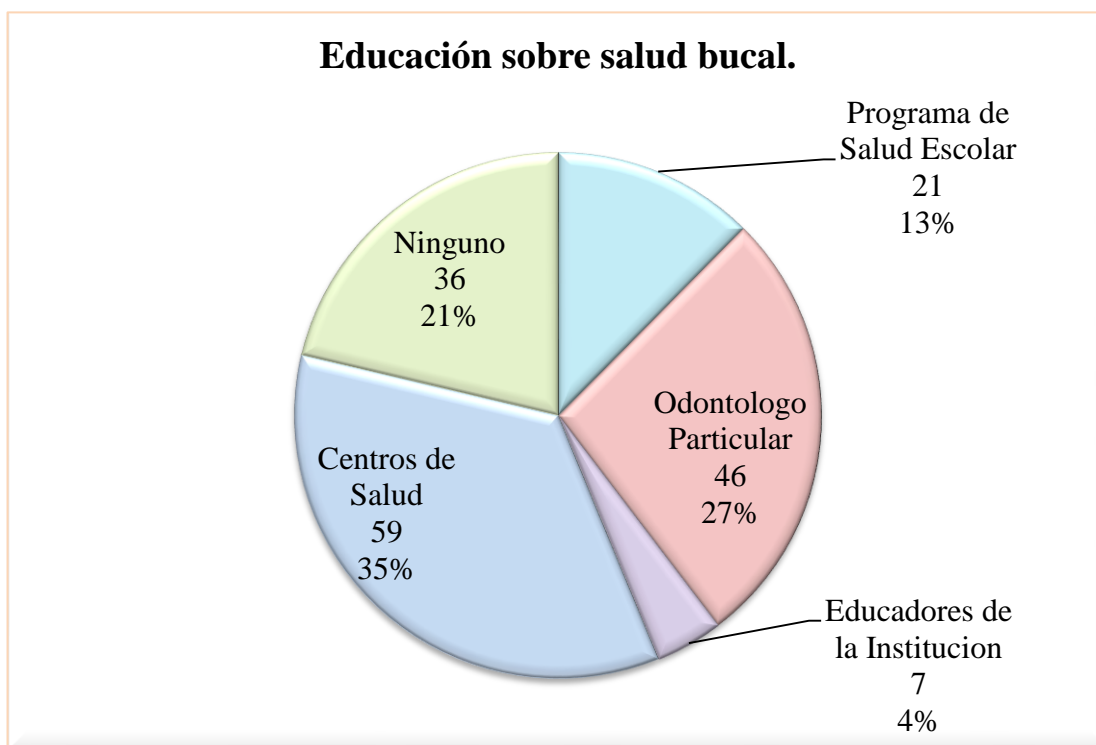


Gráfico N° 7. Educación sobre salud bucal.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 42.

Análisis e interpretación.

En los datos obtenidos en las encuestas sobre la educación que han recibido los padres o madres sobre salud bucal, la mayor frecuencia absoluta es de 59 participantes el cual corresponde a los Centros de Salud u Hospitales con 35%, seguido por una frecuencia de 46 y el 27% de los Odontólogos Particulares, el 21% de los encuestados no han recibido ningún tipo de educación, el 12% han sido incluidos en Programas Escolares y en el menor porcentaje han sido instruidos en la Institución de la investigación.

Considerando la obra de Castillo, et al⁴⁵ (2011) se puede referir que:

Educacionales y de comportamiento.

La educación sobre la CIT es un deber de todo personal de salud, para conseguir la prevención de esta. Algo muy importante es conseguir que las personas se involucren en el cuidado de su salud y de su familia para cambiar y mejorar los hábitos de alimentación y de higiene bucal. (p.106).

Estudiando el artículo de Contreras, Valdivieso, y Cabello⁴⁶ disponible en el sitio web estomatología Herediana (2008), se puede citar que:

La atención odontológica del infante debe estar dirigida principalmente hacia una promoción de la salud oral, procurando educar a los padres para un mantenimiento de hábitos saludables, evitando así la instalación de enfermedades bucales, como la caries dental y permitiendo un adecuado desarrollo. (p. 29).

⁴⁵ Castillo, R., & et al. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid. Ripano.

⁴⁶ Contreras, N., Valdivieso, M., Cabello, E. (2008). *Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante* [en línea]. Estomatológica Herediana. V 18 – N°1 (29).

Considerando el artículo de Teixeira, et al⁴⁷ (2011) se puede conciderar que:

Los hábitos higiénicos son prácticas que provienen de los grupos sociales a los cuales pertenecen las personas. Por ello, una mujer que tiene malos hábitos de higiene dental, repetirá estos patrones en sus hijos y crecerá un círculo vicioso que perpetúa el desarrollo de la caries. Los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido y de sus experiencias. (p. 4).

La educación para la salud dental empieza desde los hogares, siendo los padres los encargados directos en el cuidado de la salud integral de los hijos, es importante que el personal de salud esté capacitado para brindar los conocimientos necesarios a los padres, los datos obtenidos demuestran que el mayor porcentaje han recibido enseñanza sobre el cuidado de los dientes de sus hijos en centros de salud.

⁴⁷ Teixeira, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonso, L., Mao, C., Ferreira, M., Pérez, N., Del Valle, N., Sanabria, D. (2011). *Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo*. 1(1), 4. Extraído el 29 de marzo del 2015 desde: <file:///C:/Users/WILDER/Downloads/10-96-2-PB.pdf>

Cuadro 10.

¿Ha llevado a un control odontológico a su hijo (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	Si	107	63
2	No	62	37
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

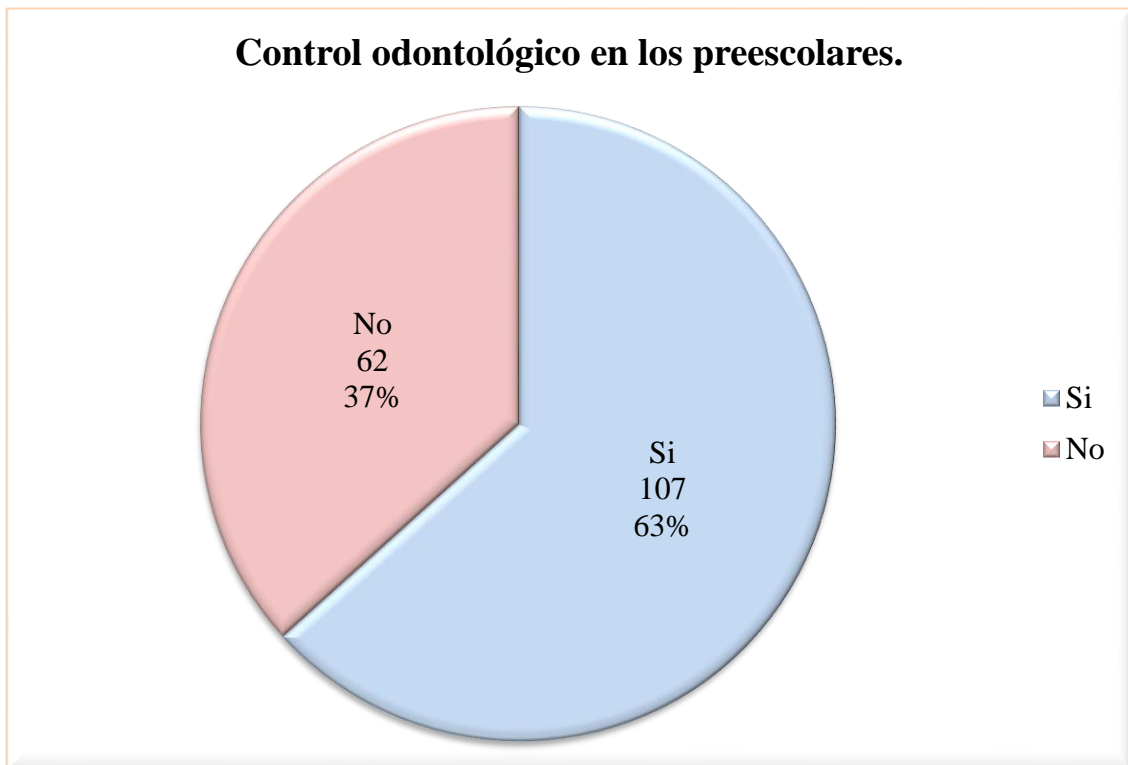


Gráfico N° 8. Control Odontológico en los preescolares.
Realizado por: Autora de la tesis. Cap. V, p. 45.

Análisis e interpretación.

Calificado los datos obtenidos de las encuestas en lo que respecta al control odontológico que realizan los padres a sus hijos tenemos que con una frecuencia absoluta de 107 correspondiente al 63% de la población dijeron que si lo realizan, y en menor cantidad con una frecuencia de 62 siendo este el 37% no han llevado nunca a un control.

Analizando la tesis de Saavedra⁴⁸ (2011) se puede referir que:

El establecimiento temprano de un buen hábito de higiene bucal es un factor muy significativo para la buena salud oral en los niños. Si las instrucciones correctas para conservar la salud dental son dadas desde la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento. (p. 25).

Estudiando el artículo de Contreras, Valdivieso, y Cabello, E.⁴⁹ (2008) podemos citar que:

La consulta odontológica, por lo general, ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. (p. 29).

⁴⁸ Saavedra, N. (2011). Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital “Marino Molina Scippa”, Lima, (tesis inédita, Universidad Privada Norbert Wiener. Republica de Perú). Recuperado de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>

⁴⁹ Contreras, N., Valdivieso, M., Cabello, E. (2008). Nivel de conocimiento y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante [Versión Electrónica]. Estomatológica Herediana. V 18 – N°1 (29).

Analizando lo expresado por los autores conocemos que es necesario brindar a los infantes atención odontológica oportuna, llevándolos a un control a lo largo de su vida, y no cuando esté presente dolor, causando en el infante temor a las atenciones odontológicas, describiendo a los datos de la tabulación obtenida existe un 62% de la población que ha llevado a su hijo o hija a un control odontológico.

Cuadro 11.

¿Cada que tiempo cree usted que debe de llevar a control odontológico a su hijo (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	Cada 6 Meses	120	71
2	1 Vez al año	29	17
3	Cuando presenta dolor	20	12
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

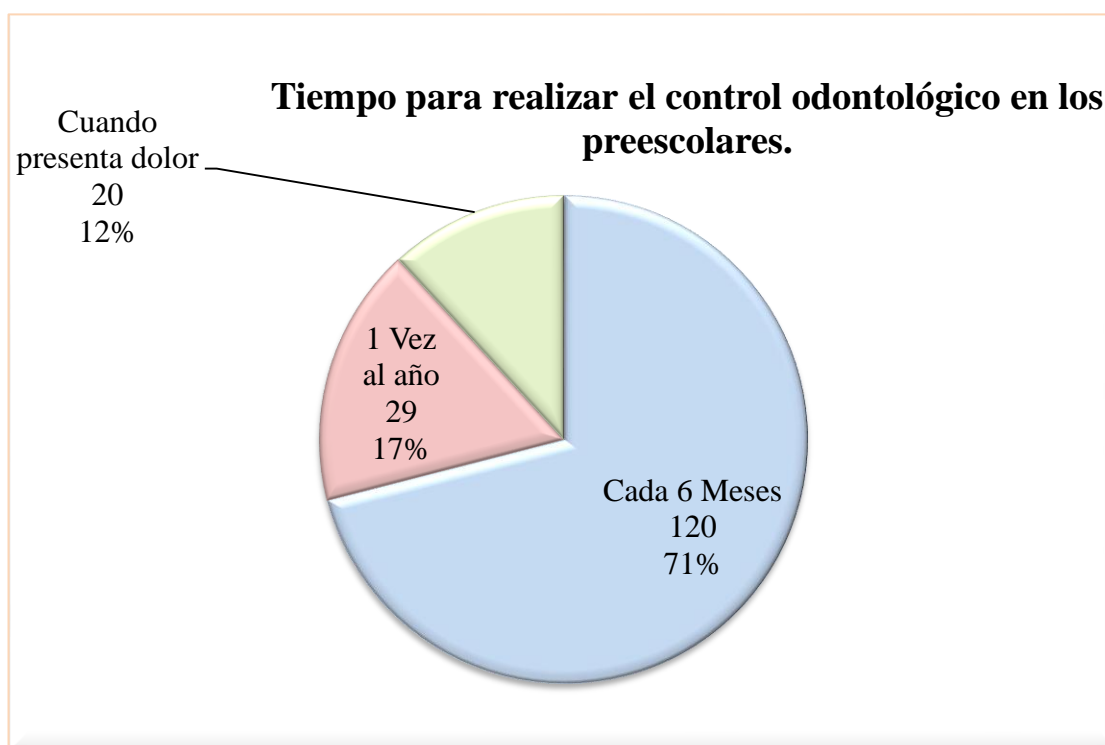


Gráfico N° 9. tiempo para realizar el Control Odontológico en los preescolares.

Realizado por: Autora de la tesis. Cap. V, p. 48

Análisis e interpretación.

Analizando el cuadro 11 podemos observar que la frecuencia absoluta mayor es de 120 correspondiente al 71% de los encuestados creen que deben de llevar cada 6 meses a su hijo (a) a un control con el Odontólogo, seguido de una frecuencia de 29 con un 17% de la población cree que debe realizarse una vez por año y tan solo un 12% dice que debe de ser cuando el infante presente algún tipo de dolor.

Analizando la obra de Teixeira, et al.⁵⁰ (2011) se puede citar que:

La prevención de la caries en bebés empieza con la educación de los padres, quienes generalmente no han accedido a ningún tipo de conocimiento, tanto que llegando sus hijos a la edad escolar, no han accedido a una consulta odontológica y se hallan en avanzado deterioro de las piezas temporales. En las Normas Técnicas de Odontología se recomienda iniciar las consultas a partir de los 6 meses de edad del niño, ya que en promedio, a esa edad inicia la erupción de las piezas dentales temporales.

Analizando la obra de Castillo, et al.⁵¹ (2011) se puede referir que:

Visitas periódicas.

La periodicidad con la que un niño debe asistir a su cita al odontopediatra ha sido determinada clásicamente cada 6 meses, con poco fundamento científico. En la actualidad se cree que las visitas periódicas deben ser espaciadas de acuerdo al riesgo de caries del paciente. Niños con altos niveles de caries tendrán que ser examinados cada 1 o 2 meses, para realizar limpiezas profesionales con más frecuencia además de otros procedimientos preventivos. (p. 114).

⁵⁰ Teixeira, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonso, L., Mao, C., Ferreira, M., Pérez, N., Del Valle, N., Sanabria, D. (2011). *Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo*. 1(1), 4. Extraído el 29 de Marzo del 2015 desde <file:///C:/Users/WILDER/Downloads/10-96-2-PB.pdf>

⁵¹ Castillo, R., & et al. (2011). *Estomatología Pediátrica*. Madrid. Ripano.

Comparando lo dicho por los autores antes citados, no dan como referencia intervalos de 6 meses para controles odontológicos en pacientes sin ningún tipo de afección dental, sin embargo en los que si presentan algún tipo de lección deben de ser los controles de acuerdo al grado de su estadio, comprobando esto, con lo referido por los padres de familia de los infantes vemos que existe mayor porcentaje de la población que conoce el tiempo estimado para consultas con el odontólogo.

Cuadro 12.

¿A qué edad inició las prácticas de higiene bucal su hijo (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	Nunca	10	6
2	Antes de los 6 meses	29	17
3	6 meses a 3 años	98	58
4	Mayor a 3 años	26	15
5	Ninguno	6	4
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

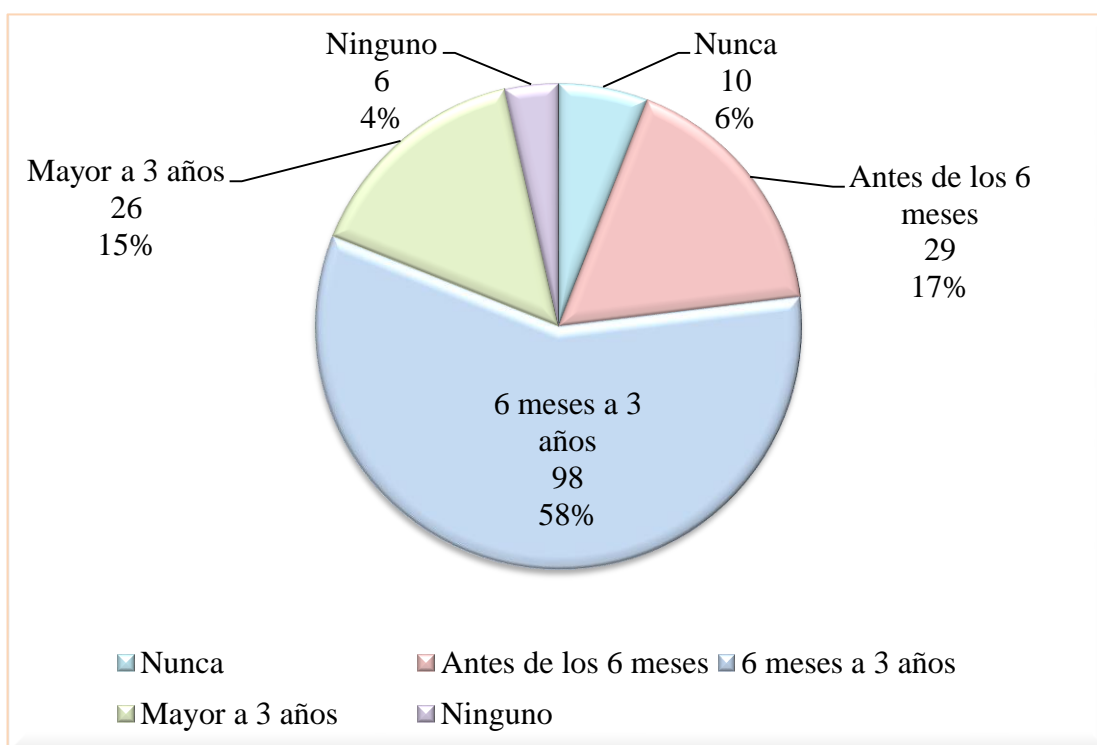


Gráfico N° 10. Edad de inicio de las prácticas de higiene bucal del preescolar.
Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 51.

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro 12, existe una frecuencia absoluta de 98 el cual nos da como resultado que el 58% de los encuestados iniciaron las prácticas de higiene bucal de su hijo (a) de los 6 meses a 3 años de edad, con una frecuencia de 29 dando como resultado el 17% lo hizo desde los 3 meses de edad, la frecuencia absoluta de 26 nos refiere que el 15% lo realizaron desde los 3 años de edad, el 6% no lo ha realizado nunca y el 4% no sabe a qué edad comenzó la limpieza dental.

Investigando la obra de Crivello, et al⁵² (2011) se puede conocer que:

Inicio de higienización

La literatura especializada no aporta ningún relato que indique que la cavidad bucal del bebé se debe higienizar antes de la erupción dental. Aun así si se puede recomendar la realización de la limpieza, tanto para desarrollar en el niño el hábito de higienización bucal como para remover los restos de leche estancada en las comisuras labiales. Esa limpieza con gasa humedecida en agua hervida o solución fisiológica, envuelta en el dedo indicador del responsable. (p. 170).

Estudiando la obra de Boj, y Ferreira⁵³ (2010) se puede citar que:

Se aconseja iniciar el hábito del cepillado dental desde la erupción del primer diente. La técnica debe realizarla un adulto hasta que el niño tenga la capacidad motriz suficiente. (p. 53).

⁵² Crivello, O., Guedes, A. C., Bonecker, M., Delgado, C. R. (2011). Fundamentos de Odontología. Sao Pablo. Santos.

⁵³ Boj, J., y Ferreira, L. (2010). Atlas de Odontopediatria. Madrid. Ripiano.

El 58% de la población estudiada coincidieron con el inicio de la higiene bucal en sus hijos en una edad estimada de 6 meses, no existe una coherente relación entre los datos obtenidos y los referidos por los autores citados, quienes no dan una edad exacta para el inicio de prácticas de hábitos de higiene dental, alegando que no es necesario la aparición de las piezas dentaria para su inicio.

Cuadro 13.

¿Quién realiza el cepillado dental al niño (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	No Realiza	0	0
2	Solamente el Niño	35	21
3	Con Ayuda de un Adulto	134	79
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

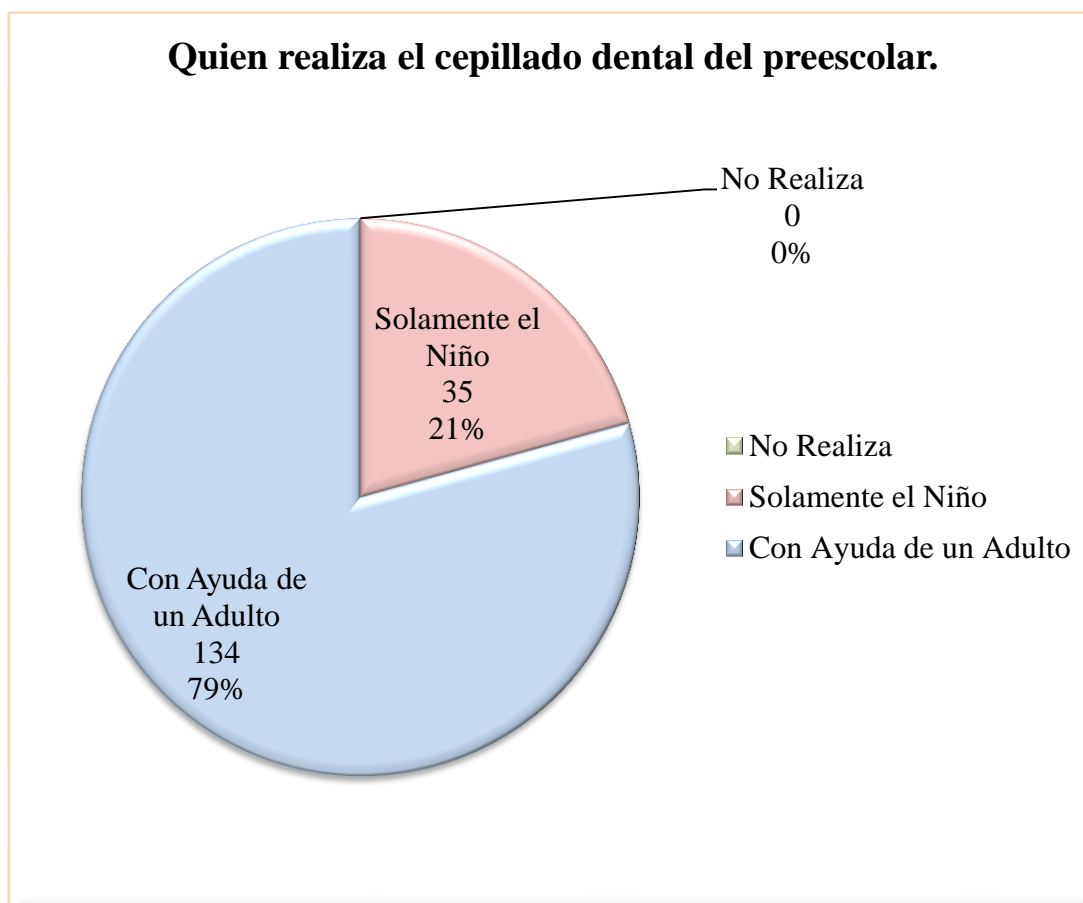


Gráfico N° 11. Quien realiza el cepillado dental de los preescolares.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 54.

Análisis e interpretación.

Una vez realizada la tabulación de los datos referente al cepillado dental del infante observamos que la frecuencia absoluta de 134 pertenecen al 79% de los padres o madres ayudan a su hijo (a) en las prácticas de limpieza dental, con una frecuencia de 35 participantes alcanzando el 21% de los niños o niñas lo realizan ellos solos, y el 0% de los preescolares refirieron los padres que no realizan en cepillado dental.

Considerando la tesis de Saavedra, N⁵⁴ (2011) se puede referir que:

Las medidas preventivas de la caries en niños varían de acuerdo a la edad, así como el papel de los padres. La higiene bucal del recién nacido y del infante está controlada por los padres, especialmente la mamá o el responsable del cuidado del bebé. En esta etapa el énfasis está en medidas preventivas que no requieren la cooperación del niño y brindan el beneficio óptimo a la dentición no erupcionada. (p. 36).

Analizando la tesis de Ponce⁵⁵ (2010) se puede conocer que:

Entre los 3 y 4 años de edad el niño logra cierto progreso psicomotor que le permitirá por sí solo manipular el cepillo, teniendo la supervisión de sus papás al menos una vez al día. La limpieza dental es un excelente medio para disminuir la presencia de placa bacteriana. (p. 42).

⁵⁴ Saavedra, N. (2011). *Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital "Marino Molina Scippa"*, Lima, (tesis inédita Cirujano Dentista, Universidad Privada Norbert Wiener. Republica de Perú). Recuperado de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>

⁵⁵ Ponce, C. (2010). *Prevalencia de Caries Dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal del infante de 06 a 36 meses de edad en el Programa CRED, distrito de Hunter y Sacabaya, Arequipa*, (tesis inédita Cirujano Dentista, Universidad Católica de Santa María Arequipa. República de Perú). Recuperado de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/CAROLCARMENPONCECACERES.pdf>

Es necesario que los padres tengan una participación constante en el cepillado dental de sus hijos, enseñándoles el uso correcto del cepillo, hilo y enjuague bucal, a más de esto deben de considerar la edad apropiada en la que ellos pueden manipularlos y realizar la limpieza bucal de una manera óptima.

Cuadro 14.

¿Cuántas veces al día cepillas los dientes de su hijo (a)?

N°	Alternativa	F	%
1	1 Vez al Día	31	18
2	2 Veces al Día	87	51
3	3 Veces al Día	42	25
4	Nunca lo Realiza	0	0
5	A veces	9	5
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

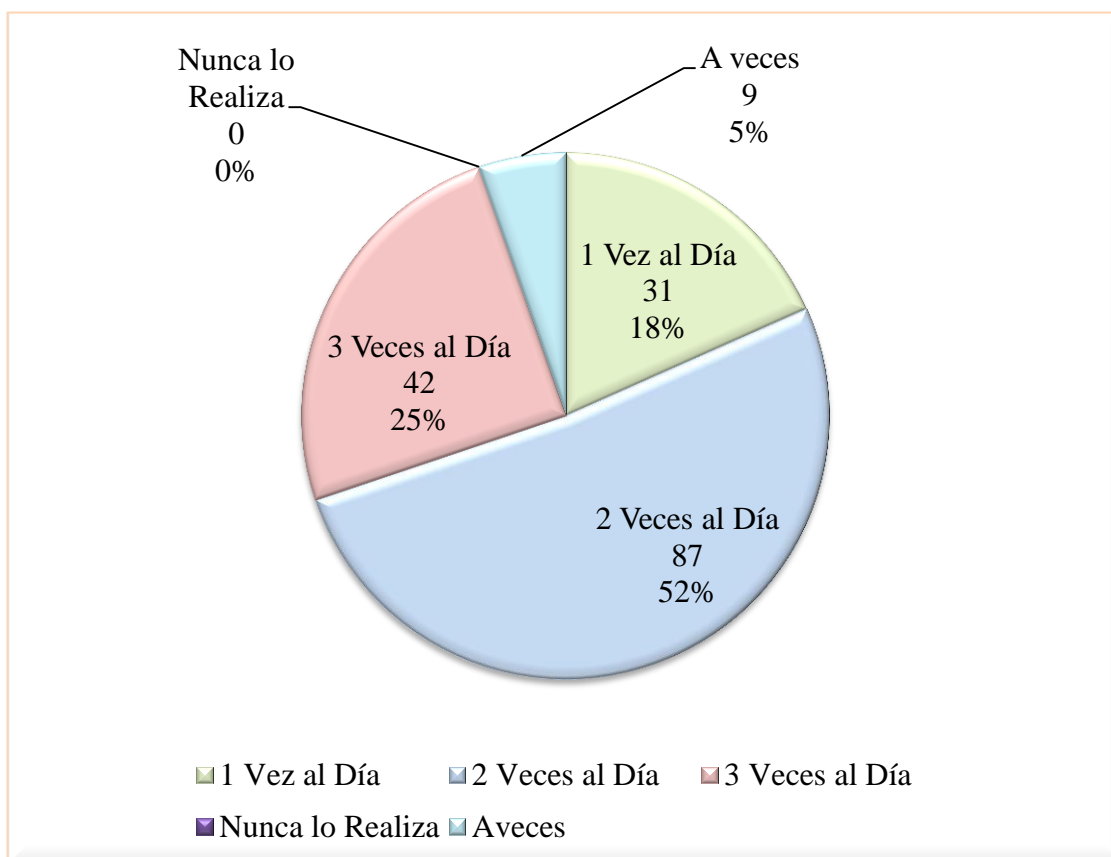


Gráfico N° 12. Cuántas veces al día se cepillan los dientes los preescolares.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 57.

Análisis e interpretación.

Una vez obtenidos y tabulado los datos podemos observar que el 51% de los niños y/o niñas se cepillan los dientes 2 veces al día, seguido de este con 25% refieren realizarlo 3 veces al día, el 18% lo hacen una vez al día, 5% solo a veces practica la higiene bucal y el 0% no realiza la limpieza de sus dientes.

Analizando la tesis de Noriega⁵⁶ (2011) se puede citar que:

El objetivo del cepillado dental es remover la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encías, de modo de impedir que las bacterias nocivas produzcan ácidos que dañan las capas externas de los dientes e inflamen las encías. Para que la higiene bucal sea efectiva, es decir, para que cumpla el objetivo, debe ser bien realizada. Esto es difícil para un niño pequeño, pues la capacidad de manejar sus manos y efectuar movimientos delicados y presión se adquiere con los años y durante la primera infancia esto cuesta. (p.35).

Estudiando la obra de Castillo, et al⁵⁷ (2011) se puede conocer que:

Es importante que los padres sigan tomando parte activa del cepillado dental y/o supervisión del mismo en los primeros años de edad. Se ha demostrado que recién a los 8 años, el niño adquiere las habilidades motoras de un adulto para realizar el cepillado correctamente. (p. 115).

La limpieza dental en niños es importante para ir incentivando hábitos de higiene bucal en los infantes desde edades tempranas, creando una conducta preventiva ellos, respecto a los resultados obtenidos vemos que existe mayor frecuencia y porcentaje en los preescolares que realizan dos cepillados dental al día.

⁵⁶ Noriega, G. (2011). Evaluación de hábitos alimenticios como factor de riesgo cariogénico en preescolares en el “Centro de Educación Inicial N°1 del Ministerio de Educación” en el Periodo Lectivo 2010 – 2011, Quito (Tesis Inédita, Odontóloga, Universidad Central. República del Ecuador). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/354/1/T-UCE-0015-18.pdf>

⁵⁷ Castillo, R., & et al. (2011). Estomatología Pediátrica. Madrid. Ripano.

Cuadro 15.

¿Conoce usted cómo prevenir las enfermedades dentales?

N°	Alternativa	F	%
1	Si	103	61
2	No	66	39
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

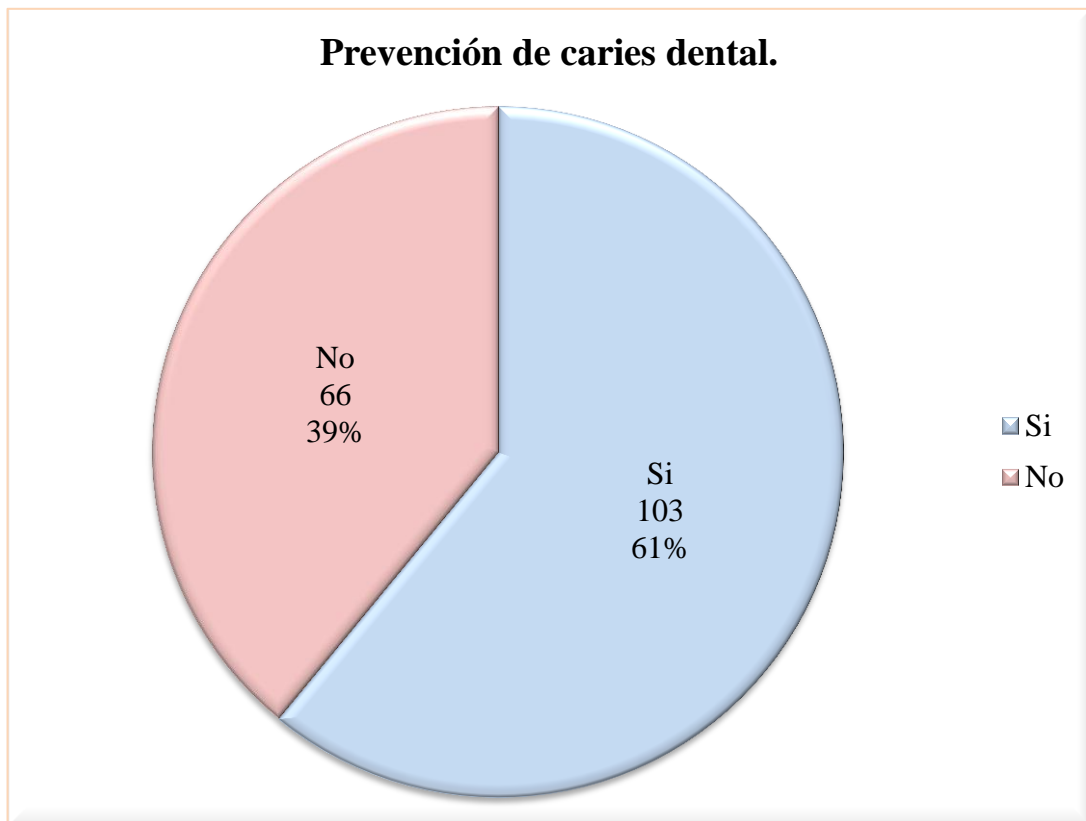


Gráfico N° 13. Prevención de caries dental.
Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 59.

Análisis e interpretación.

Considerando la tabulación de datos en cuanto a la prevención de enfermedades dentales, podemos observar que con una frecuencia de 103 encuestados siendo estos un 61% de la población conoce como prevenirlas y con una menor frecuencia de 66 equivalente al 39% desconoce cómo poder hacerlo.

Estudiando el artículo de Benavente Lipa & et al⁵⁸ (2012) se puede citar que:

La educación para la salud en uno de los ejes que aseguran la preservación de la salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. (p.14).

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (p.15).

Respecto a los conocimientos de prevención dental vemos la mayoría de los padres conocen como prevenir las enfermedades dentales, contrariamente a lo dicho por el autor mencionado vemos que existe poca cultura de higiene bucal en los padres, siendo estos los causantes principales de las enfermedades dentales en la primera infancia.

⁵⁸ Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, E., Ventocilla, M., Castro, A., Huapaya, O., Álvarez, M., Córdova, W., & Espetia, P. (2012). *Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad*. 14 – 15. Extraído el 28 de marzo del 2015 desde <file:///C:/Users/WILDER/Downloads/normas%20APA.pdf>

Cuadro 16.

¿Qué tipos de alimentos consume su hijo (a) con mayor frecuencia?

N°	Alternativa	F	%
1	Proteínas	54	32
2	Golosinas	66	39
3	Frituras	11	7
4	Frutas	38	22
Total		169	100

Fuente: Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone durante el periodo lectivo 2014 – 2015. Anexo 3 p. 72.

Investigadora: Ena María Zambrano Barberán.

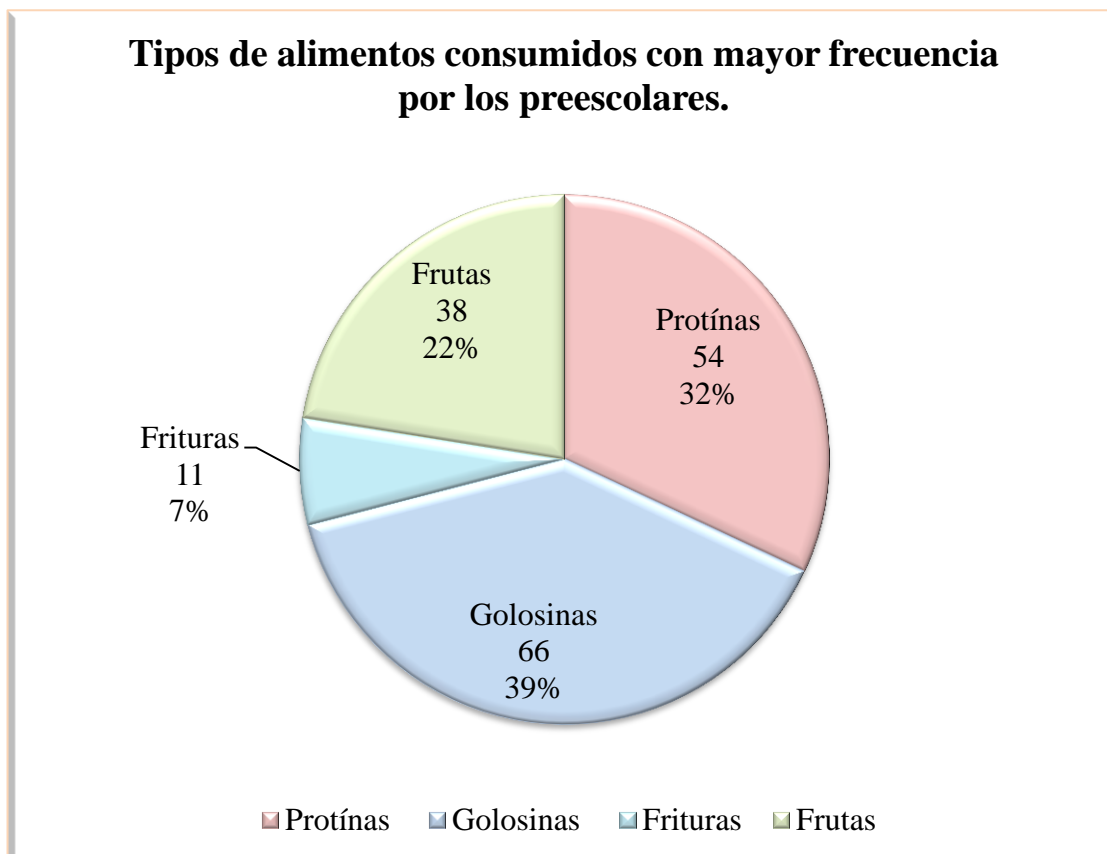


Gráfico N° 14. Tipos de alimentos consumidos con mayor frecuencia por los preescolares.

Realizado por: Autora de la Tesis. Cap. V, p. 61.

Análisis e interpretación.

En lo que respecta a los datos del cuadro 16 podemos observar con una frecuencia absoluta de 66 equivalentes al 39% de la población refirió que los infantes consumen mayores cantidades de golosinas, seguido una frecuencia de 54 participantes que se refiere al 32% que consumen proteínas, así como un 22% de frutas y en menor frecuencia y porcentaje de frituras.

Investigando en la obra de Saavedra⁵⁹ (2011) podemos referir que:

Dieta cariogénica

Los hábitos alimenticios inadecuados resultan importantes para que se desarrolle la caries dental por lo cual cumplen un papel importante en los primeros años de vida. Los ácidos que son producidos por la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos ingeridos en la dieta, instruyen la caries dental. La caries surge debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentante, esto incluye al líquido con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas, gaseosas. La dieta debería de contener menor cantidad posible de azúcar. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son utilizados usualmente por los progenitores y por las amistades como obsequios, como algo bonito o bueno. (p. 32).

Comparando los resultados de la tabulación y lo citado por el autor vemos la relación que existe en el consumo de alimentos que mayormente contienen azúcar y la incidencia de caries que se presentó en la población estudiada.

⁵⁹ Saavedra, N. (2011). *Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital "Marino Molina Scippa", Lima*, (tesis inédita, Universidad Privada Norbert Wiener. Republica de Perú). Recuperado de: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/NORINOEMISAAVEDRAPADILLA.pdf>

CAPÍTULO VI.

6. Conclusiones y Recomendaciones.

6.1 Conclusiones.

Según el índice de ceo-d existe un mayor porcentaje de preescolares que se encuentran con afectación en sus piezas dentales.

Socio demográficamente según el sexo predominante son las mujeres, y de acuerdo a la edad hay mayor número de preescolares de 4 años.

El nivel de riesgo que presentan es considerando como bajo.

Existe un desconocimiento de la forma correcta que deben de tener para el cuidado de la salud bucal de su hijo o hija.

6.2 Recomendaciones.

Enseñar a los niños sobre la importancia de la salud bucal mediante métodos pedagógicos acordes a su edad.

Promover mediante charlas a los padres de familia la odontología preventiva para disminuir el índice de caries y pérdidas dentales prematuras.

Informar al padre y madre del cuidado que deben de tener con su hijo o hija para lograr una buena salud bucal, inculcando en ellos el hábito de limpieza.

Concientizar a los familiares de los niños sobre la importancia de mantener los dientes temporales en la boca.

Orientar al padre o madre para que asistan con el infante al odontólogo periódicamente, para así garantizar un buen cuidado dental y evitar la pérdida prematura de sus piezas dentales deciduas.

CAPÍTULO VII.

7. Propuesta Alternativa.

7.1. Identificación de la propuesta.

7.1.1. Nombre de la propuesta.

Promoción de la salud bucal a los padres o tutores y a los preescolares que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

7.1.2. Entidad Ejecutadora.

Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva del cantón Chone.

7.1.3. Calificación.

Intervención Social.

7.1.4. Localización.

En la ciudad de Chone, en el Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva.

7.2. Justificación.

Para empezar a mejorar la salud bucal en los preescolares es necesario tomar medidas de prevención de caries desde edades tempranas, creando en los infantes un hábito de higiene bucal, ayudando de esta forma a que el índice de caries de infancia temprana vaya disminuyendo.

La educación para la salud bucal es un proceso de comunicación dirigido a facilitar la información que se necesita para un examen crítico de las complicaciones de la salud dental, de la misma manera se logra responsabilizar a los individuos y a la población en general en la toma de decisiones referentes a su estado de salud.

Por tanto la enseñanza para la salud bucal significa algo más que comunicar la realidad a los padres, madres o a los niños o niñas; esto implica ayudar para que comprendan y controlen los principales factores de formación de caries dental.

Aunque el índice de ceo-d que se alcanzó en esta investigación respecto al número de la población fue elevado, dentro del nivel de riesgo de acuerdo a lo dado por la OMS, se obtuvo que esta población se encuentra en un nivel bajo. A pesar de esto es necesario informar a los padres la importancia de la higiene bucal que deben de tener sus hijos o hijas. Además de la alimentación que deben de llevar los niños y niñas a esta edad y con las visitas periódicas al odontólogo para controles y prevención de enfermedades bucales.

7.3. Objetivos.

7.3.1. Objetivo general.

Promover el conocimiento en salud bucal a través de estrategias educativas a los padres o tutores y preescolares que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone.

7.3.2. Objetivos Específicos.

Enseñar a los niños y niñas las consecuencias de las caries dentales mediante gráficos educativos acordes a su edad.

Indicar a los padres la forma correcta del cuidado de los dientes de sus hijos.

7.4. Descripción de la propuesta.

Esta propuesta tiene como objetivo que los niños y niñas, padres, tutores y docentes de los preescolares que asisten al jardín de infantes, tengan un paso en la mejora de la salud bucal.

A los infantes se les enseñó con charlas acorde a su edad las consecuencias de las caries, el uso del cepillo dental y además se les aplicó flúor a cada preescolar.

A los padres se les indicó el cuidado que deben tener con la salud dental de sus hijos.

7.5. Beneficiarios

7.5.1. Directo: Los niños y niñas que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

7.5.2. Indirectos: Los Padres y/o madres de los preescolares que asisten al Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

7.6. Diseño metodológico.

Para la aplicación de esta propuesta se debe de contar con la participación de la Directora y docentes del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone, además de los padres de familia de los preescolares, para que organizadamente, se lleve a cabo la ejecución de esta propuesta.

7.7. Presupuesto de la propuesta.

Cuadro 17

Presupuesto de la propuesta

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Papel bond	Dos	Resmas	5,00	\$10,00
Tinta color	Una	Unidad	\$35,00	\$ 35,00
Tinta negra	Una	Unidad	\$35,00	\$ 35,00
Total				\$ 80,00

Presupuesto de la propuesta de la tesis. Realizado por la Autora de la Tesis. Cap. VII. P. 52

7.8. Sostenibilidad

La propuesta es factible de realizarse ya que los resultados que se obtuvo en la investigación es motivo para preocuparse, tanto para los padres como para las autoridades del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la Ciudad de Chone.

Viendo la necesidad de mejorar esta condición, notamos que la propuesta es sustentable, ya que se contará con los recursos adecuados y acordes a la edad de los infantes, los cuales influyen positivamente y no causan ningún daño en la conducta del preescolar; al contrario, se logrará una mejora en la salud bucal del niño o de la niña.

ANEXOS.

Anexo 1.

Variable.	Tipo de Variable.	Indicador.	Escala de Medición.	Análisis Estadística.
Edad del Niño (a).	Independiente Ordinal.	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha. Edad en meses del niño o niña referidos por el encuestado.	Cualitativa. 3 Años. 4 Años.	Frecuencia. Porcentaje.
Sexo del Niño (a).	Independiente Nominal Dicotómica.	Condición anatómica que diferencia al niño de la niña. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -Femenino. -Masculino.	Frecuencia. Porcentaje.
Parentesco del Cuidador con el niño (a).	Independiente Nominal.	Vínculo natural o por afinidad que hay entre el entrevistado y el niño o niña. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -Madre. -Padre. -Otro. Parentesco.	Frecuencia. Porcentaje.
Escolaridad del Cuidador.	Independiente Ordinal.	Grado de escolaridad cursado por el cuidador. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -Analfabeta. -Primaria. -Secundaria. -Tercer nivel.	Frecuencia. Porcentaje.
Índice de Caries.	Dependiente Ordinal.	Índice ceo-d es el índice para expresar la prevalencia de caries en un grupo, se interpreta como promedio de dientes temporales cariados, con extracción indicada y obturada.	Cualitativa. c: Cariado. e: Exfoliado. o: Obturado.	Frecuencia. Media. Porcentaje.

Nivel de riesgo de caries.	Dependiente Ordinal.	Según la escala de Pitts & Fyffe. Indica el nivel de riesgo de caries según su escala de medición.	Cualitativa. Según la guía de la OMS. -Muy baja (0-1.5). -Bajo (1.6-2.7). -Moderado (2.8-4.4). -Muy alto (mayor de 6.5).	Frecuencia. Media. Porcentaje.
Realiza Higiene Bucal del Niño (a).	Independiente Nominal Dicotómica.	Presencia o ausencia de hábitos del cepillado o limpieza bucal. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -Sí. -No.	Frecuencia. Porcentaje.
Edad en la que inicia el cepillado.	Independiente Ordinal.	Momento del tiempo de vida del niño o niña que comienza a crear la cultura del cepillado. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -Nunca. -Antes de los 6 meses. -5 meses a 3 años. -Mayor de 3 años. -No lo sabe.	Frecuencia. Porcentaje.
Participación del Adulto en el cepillado dental.	Independiente Nominal.	Interacción o intervención de la persona responsable de realizar el cepillado del niño o niña. Lo referido por el encuestado.	Cualitativa. -No realiza. -Solamente el niño (a). -Solamente el Adulto.	Frecuencia. Porcentaje.

Matriz de la operacionalización de las variables. Realizado por: autora de esta tesis. Anexo 1, p. 46 y 47.

Anexo 3.



Encuesta para Padres y/o Madres de los preescolares.

La presente encuesta tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento que poseen los padres y/o madres sobre el cuidado que deben de tener con la salud bucal de su hijo(a), la presente investigación tiene como tema **Índice de caries en niños y niñas en etapa preescolar del Jardín de Infantes Dr. Gonzalo Abad Grijalva de la ciudad de Chone, durante el periodo lectivo 2014 a 2015.**

- 1 ¿Qué nivel de parentesco tiene Ud. con el niño (a)?
 - Madre.
 - Padre.
 - Otro Parentesco

- 2 ¿Qué grado de instrucción educativa tiene Ud.?
 - Tercer nivel.
 - Secundaria.
 - Primaria.
 - Ninguno.

- 3 ¿Ha recibido Ud. Educación oportuna sobre el cuidado adecuado de la salud bucal de su hijo (a) por parte de alguna institución?
 - Programa de salud Escolar.
 - Odontólogo particular.

- Educadores de la institución.
 - Centros de Salud u Hospitales.
 - Ninguno.
- 4 ¿Ha llevado a un control con Odontológico a su hijo (a)?
- Sí.
 - No
- 5 ¿Cada que tiempo cree Ud. que debe de llevar a control Odontológico a su hijo (a)?
- Cada 6 meses.
 - Una vez al año.
 - Cuando presenta dolor
- 6 ¿A qué edad inició las prácticas de higiene bucal del niño (a)?
- Nunca.
 - Antes de los 6 meses.
 - 6 meses – 3 años.
 - Mayor de 3 años.
 - No lo sabe.
- 7 ¿Quién realiza el cepillado dental al niño (a)?
- No realiza.
 - Solamente el niño (a).
 - Ayuda del Adulto.
- 8 ¿Cuántas veces al día cepilla los dientes de su hijo (a)?
- Una vez al día.
 - Dos veces al día.

- Tres veces al día.
- Nunca lo realiza.
- A veces.

9 ¿Conoce Ud. como prevenir las enfermedades dentales?

- Sí.
- No.

10 ¿Qué tipos de alimentos consume su hijo (a) con mayor frecuencia?

- Proteínas (carnes, pollo, pescado.)
- Golosinas (caramelos, chupetes, galletas etc.)
- Frituras (hamburguesas, papas fritas, etc.)
- Frutas (manzana, pera, guineo, uvas, etc.)

Anexo 4.



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Plantilla de Consentimiento Informado.

Doy constancia de haber sido informada y haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación que tiene como Título “ÍNDICE DE CARIES EN NIÑOS Y NIÑAS EN ETAPA PREESCOLAR DEL JARDÍN DE INFANTES DR. GONZALO ABAD GRIJALVA DE LA CIUDAD DE CHONE”, cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los niños y niñas. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto llenar la encuesta y que mi representado (a) sea examinado por la responsable de este trabajo.

.....
Firma del adulto responsable.

.....
Ena María Zambrano Barberán.
Responsable de la investigación.
Estudiante de la Carrera de Odontología.
Universidad San Gregorio de Portoviejo.

FOTOS.



Gráfico 16. Revisión y llenado de historia clínica.
Realizado por: autora de esta tesis.



Gráfico 17. Revisión y llenado de historia clínica.
Realizado por: autora de esta tesis.



Gráfico 18. Revisión y llenado de historia clínica.
Realizado por: autora de esta tesis.



Gráfico 19. Revisión y llenado de historia clínica.
Realizado por: autora de esta tesis.



Gráfico 20. Charlas educativa a los niños y niñas.
Realizado por: autora de esta tesis.