



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

TESIS

**LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES COMUNES DE
LA CAVIDAD BUCAL EN NIÑOS COMO ESTRATÉGIA DE
SALUD PÚBLICA EN EL DISTRITO DE SAN MARCOS DE
ROCCHAC PROVINCIA DE TAYACAJA, REGIÓN
HUANCAVELICA 2016 Y 2017**

PRESENTADA POR

BACH. JESÚS DANIEL NAVARRO RAYMUNDO

ASESOR

MGR. RICAR CARRIÓN ABOLLANEDA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

MOQUEGUA – PERÚ

2019

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE DE CONTENIDO	iv
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE GRAFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.	1
1.1.1. Problema principal.....	2
1.1.2. Problemas específicos.....	2
1.2. Objetivo de la investigación.	3
1.2.1. Objetivo general	3
1.2.2. Objetivos específicos	3
1.3. Justificación e importancia de la investigación.	3
1.3.1. Justificación	3
1.3.2. Importancia	3
1.4. Variables.	4
1.5. Hipótesis de la investigación	4
1.5.1. Hipótesis general	4
1.5.2. Hipótesis específicas.....	4
CAPITULO II MARCO TEORICO	5
2.1. Antecedentes de la investigación.....	5
2.2. Bases teóricas.	11
2.3. Marco conceptual	18
CAPITULO III MÉTODO	23
3.1. Tipo de investigación.....	23
3.1.1. Tipo de investigación.....	23
3.1.2. Nivel de investigación.	23
3.2. Diseño y método de investigación.....	24

3.2.1.	Diseño de la investigación.....	24
3.2.2.	Diseño de experimento	24
3.2.3.	Método de investigación.....	25
3.3.	Población y muestra.....	25
3.3.1.	Población.	25
3.3.2.	Muestra.	26
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.5.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	27
CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		29
4.1.	Presentación de información.	29
4.1.1.	Tabla consolidada de datos.....	29
4.1.2.	Variable independiente	35
4.1.3.	Variable dependiente:	38
4.2.	Contratación de la Hipótesis.....	40
4.3.	Discusión de resultados	45
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		46
5.1.	Conclusiones.....	46
5.2.	Recomendaciones	47
BIBLIOGRAFIA		48
ANEXOS		50

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	POBLACIÓN	25
TABLA 2	CONSOLIDADA DE DATOS	29
TABLA 3	CONSOLIDACIÓN DE DATOS DE 36 NIÑOS DE 2 CUARTELES.....	30
TABLA 4	CONFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO	31
TABLA 5	GRUPO CONTROL POR SEXO.....	32
TABLA 6	GRUPO EXPERIMENTAL DE NIÑOS POR SEXO.....	33
TABLA 7	EDAD	34
TABLA 8	TENDENCIA CENTRAL PARA LA EDAD.....	34
TABLA 9	ASIGNACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE.....	36
TABLA 10	CANTIDAD DE PARTICIPANTES DE LOS NIÑOS AL CENTRO DE SALUD DE VISITA AL ODONTÓLOGO	37
TABLA 11	CANTIDAD DE PARTICIPANTES DE LOS NIÑOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN	37
TABLA 12	ASIGNACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE.....	38
TABLA 13	INDICADORES DE CARIES INTERVENCIONES	39
TABLA 14	VALOR PARA INDICADOR DE PREVALENCIA	42
TABLA 15	VALOR PARA EL IDENTIFICADOR DE INTERVENCIONES OPERATIVAS	44

INDICE DE GRAFICOS

FIGURA 1 DISEÑO EXPERIMENTAL	24
FIGURA 2 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE LOS DIFERENTES CUARTELES.....	26
FIGURA 3 PROPORCIONALIDAD DE SEXO	31
FIGURA 4 RESULTADOS DE GRUPO CONTROL POR SEXO	32
FIGURA 5 RESULTADOS DE GRUPO EXPERIMENTAL.....	33
FIGURA 6 HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE DISTRIBUCIÓN DE EDADES	35

RESUMEN

Según las últimas investigaciones sobre la sobre la prevención las enfermedades comunes de la cavidad bucal en niños y niñas. La caries dental es una de las afecciones crónicas más comunes de la infancia en la provincia de Tayacaja, la caries dental no tratada puede causar dolor e infecciones que pueden llevar a problemas para comer, hablar, jugar y aprender, la caries dental no tratada es el doble que las familias de bajos recursos. La buena noticia es que la caries es prevenible. Los datos recogidos corresponden a niños de ambos sexos comprendidos en las edades de 6 a 10 años desde la etapa de lactancia hasta la preadolescencia de 36 niños de dos cuarteles las cuales fueron clasificados por sexo y edad, coincidentemente tiene una proporcionalidad perfecta en cuanto a sexo se refiere, es decir 50% de la muestra es masculino y el otro 50% es femenino. Se puede apreciar en el grupo femenino es mayor cantidad alcanzado el 52% de frecuencia en el control por sexo. La prevención en la salud bucal, cuyos indicadores fueron recogidos a través de las dimensiones denominadas programas preventivos promocionales (PPP) estos fueron Programa de fluorización y aplicación de sellantes de fosas y fisuras, Programas promocionales de la salud bucal. Estos programas fueron desarrollados conjuntamente a través de la participación de los niños como estrategia de salud pública en el distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, región Huancavelica 2016 y 2017.

Se experimentó una reducción de 8.36% (de 37.36% a 29%) la prevalencia de caries en los niños a partir de la ejecución de los programas preventivos promocionales.

Palabras claves: Odontología, Salud bucal, Caries, Salud pública, prevención.

ABSTRACT

According to the latest research on the prevention of common diseases of the oral cavity in children. Dental caries is one of the most common chronic conditions of childhood in the province of Tayacaja, untreated tooth decay can cause pain and infections that can lead to problems eating, talking, playing and learning, untreated tooth decay is twice as low-income families. The good news is that tooth decay is preventable.

The data collected correspond to children of both sexes between the ages of 6 to 10 years from the lactation stage to the preadolescence of 36 children from two barracks which were classified by sex and age, coincidentally has a perfect proportionality in terms of sex refers, that is 50% of the sample is male and the other 50% is female. It can be seen in the female group is greater amount reached 52% frequency in the control by sex. Prevention in oral health, whose indicators were collected through the dimensions called promotional preventive programs (PPP) these were fluoridation program and application of sealants of pits and fissures, promotional programs of oral health. These programs were jointly developed through the participation of children as a public health strategy in the district of San Marcos de Rocchac Province of Tayacaja, Huancavelica region 2016 and 2017.

There was a reduction of 8.36% (from 37.36% to 29%) in the prevalence of caries in children from the execution of promotional preventive programs.

Keywords: Odontology, oral health, caries, public health, prevention.

INTRODUCCIÓN

EL CAPITULO I, la investigación se enmarca en el sector público específicamente en la Salud Pública bucal del distrito de distrito de San Marcos de Rocchac provincia de Tayacaja, región Huancavelica 2016 y 2017, teniendo como objeto de la estrategia de prevención a través de programas en la salud pública de Niños, dada la realidad del problema que afecta a niños de 6 a 10 años de edad, siendo una población vulnerable a las enfermedades comunes bucales.

EL CAPÍTULO II, se plantea el desarrollo del marco teórico – conceptual, iniciando con los antecedentes de investigación, sustentación de las fuentes teóricas con relación a cada una de las variables en estudio y finalmente la definición de los términos que se utilizarán a lo largo de la investigación.

EL CAPÍTULO III, planteamientos metodológicos, incluye la metodología de investigación científica aplicada y de campo, llevada a cabo en el distrito de San Marcos de Rocchac, Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica, investigación de tipo experimental donde se determina la influencia de la variable prevención como política en la variable dependiente de salud pública en enfermedades bucales a través de la prevalencia de caries e intervenciones operatorias.

EL CAPÍTULO IV, La información se recogió a través de mecanismos de observación documental, historias clínicas, así como instrumentos estandarizados como odontogramas. El procesamiento se realizó con la ayuda de software especializado SPSS 23, con el cual se efectuó los cálculos estadísticos y los gráficos que se muestran en la presente investigación; por otro lado, también se usó en menor medida la hoja electrónica de Cálculo Excel con la finalidad de organizar los datos a través de registros digitales.

EL CAPITULO V, se llega a las conclusiones de la investigación, planteando sugerencias; además se presenta la bibliografía y la matriz de consistencia como anexo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción de la realidad problemática.

La odontología preventiva es la atención oral que implica la práctica y el tratamiento para mantener los dientes y encías sanas, desde el cepillado diario hasta las limpiezas dentales anuales, ya que estas tareas están diseñadas para evitar la enfermedad de las encías, las caries y el desgaste del esmalte, lo que a menudo conduce a la sensibilidad.

En los niños, la odontología preventiva es muy importante. Todos deben saber que los exámenes y las limpiezas tempranas (antes de que las bacterias se acumulen) pueden garantizar una vida de salud dental.

Según el MINSA 85% de los niños menores a 11 años tiene caries dental, por el inadecuado cuidado bucal, en donde advierten además que muchas pastas dentales ofrecidas en el mercado como “pastas dentales para niños”, no contienen la cantidad suficiente de flúor, ocasionando que no tenga efecto preventivo comprobatorio contra las caries dentales.

Hoy en día, una higiene oral deficiente no solo puede causar caries, mal aliento, y otros, sino también muchas enfermedades relacionadas con la salud bucal, este caso puede ser el origen de las enfermedades cardíacas y/o pulmonares.

En Perú desde hace muchos años se ha implementado un conjunto de tareas vinculadas con la prevención de la salud oral, como parte de estas acciones es el sistema integral de salud (SIS) que es presentado para todas las edades, para poder contar con el seguro integral de salud deberían de ser afiliados al SIS.

Sin embargo, hay que resaltar que la población infantil que accede a los servicios de la salud oral es muy poca. La falta de conocimiento de la población con respecto a las enfermedades bucales, hace que los mismos no tengan interés alguno en realizar controles preventivos y/o conocer como poder prevenir estas enfermedades.

Precisamente, con el propósito de coadyuvar a la solución de este problema, es que se propone aplicar la prevención de las enfermedades comunes de la cavidad bucal en niños como estrategia de salud pública, en el distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 Y 2017.

Definición del problema.

1.1.1. Problema principal

¿Cuál es la relación entre prevención de la salud oral en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac?

1.1.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre las visitas periódicas de los niños al dentista y los programas de salud bucal como política de salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac?

¿Cuál es la relación entre el aseo bucal de los niños y las intervenciones realizadas como política de salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac?

1.2.Objetivo de la investigación.

1.2.1. Objetivo general

¿Determinar el grado de relación que existe entre la prevención de la salud oral en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac?

1.2.2. Objetivos específicos

Determinar la relación existente entre las visitas periódicas de los niños al dentista y los programas de salud bucal del distrito de San Marcos de Rocchac.

Determinar la relación existente el aseo bucal de los niños y las intervenciones bucales como política de salud bucal del distrito de San Marcos de Rocchac.

1.3.Justificación e importancia de la investigación.

1.3.1. Justificación

Esta investigación marcara como objetivo lograr conocer las deficiencias en la prevención las enfermedades de la salud oral en los niños de la provincia de Tayacaja en el bienestar de los niños de dicha provincia. Así mismo no solo podemos encontrar la caries, sino también la gingivitis que se genera por el mal cepillado de los dientes o el consumo del tabaquismo. Con esta esta investigación incentivaremos programas preventivo promocionales de la salud bucal partiendo de la problemática de la salud bucal en la prevención y la promoción.

1.3.2. Importancia

La presente investigación, es muy importante porque los resultados nos darán a conocer exactamente el cuidado sobre la higiene bucal que debe empezar desde una

edad muy temprana para así adecuar al niño para poder continuar su firmeza del aseo bucal cuando este de mayor, con este estudio tratamos también dar a conocer que es muy primordial el aseo bucal para poder evitar numerosas enfermedades bucales con los niños de Huancavelica.

1.4.Variables.

Variable independiente

Prevención en salud bucal

Variable independiente.

Salud pública

1.5.Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existiría una relación positiva significativa entre la prevención de la salud oral en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac.

1.5.2. Hipótesis específicas.

Las visitas periódicas de los niños al dentista mantendrían relación significativa con los programas de salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac.

El aseo bucal de los niños mantendría relación significativa con las intervenciones bucales como política de salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Nivel nacional

El autor (Machaca Apaza , 2015) en su tesis que lleva por título “Estudio epidemiológico de las enfermedades bucales más prevalentes en escolares de 6 a 16 años de la provincia de lampa, 2013”, obteniendo como resultado: Concluye que la prevalencia de caries en los escolares de 6 a 16 años de la provincia de Lampa fue alta (92,9%), en relación al género, no se encontró una diferencia significativa.

En cuanto al índice CPO-D (índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados), se obtuvo un promedio general de 2.23 donde se encontró mayor frecuencia en el género femenino, según la edad se obtuvo un incremento del CPO-D conforme avanza la edad y en relación al índice ceo-d(índice de dientes deciduos cariados, extraído por caries, obturados para la caries dental), se obtuvo un promedio general de 15.47 en relación con el género se encontró mayor ceo-d en el género masculino, según la relación ceo-d y edad se encontró una disminución del ceo-d a medida que aumenta la edad.

La enfermedad periodontal se encontró en más de la mitad de la población evaluada. De las cuales fue el más frecuente el sangrado. En cuanto al género, se obtuvo que el género femenino presenta mayor prevalencia de enfermedad periodontal que el género masculino.

Respecto al índice de maloclusión se encontró que más de la mitad de los estudiantes evaluados presentaron maloclusión, de las cuales el más frecuente fue el estado 2. En relación al género, las mujeres presentaron mayor prevalencia de maloclusión. La enfermedad bucal más prevalente, fue la caries dental la más prevalente presentándose en casi todos los estudiantes evaluados, seguida por la enfermedad periodontal y la maloclusión.

El autor (Villacorta Amaringo, 2016), en su tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 4to de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del distrito de nuevo Chimbote, provincia del santa, región Ancash, año 2015 ”. Llega a las siguientes conclusiones: En general, en conocimiento sobre salud bucal, se encontró un mayor porcentaje de 60% correspondía al nivel regular, seguido por el 40% que corresponde a nivel malo. En conocimiento sobre Medidas preventivas, se obtuvo que el conocimiento mayor fue el nivel regular con 73,33% y en el nivel bueno fue de 26,67%.

En conocimiento sobre Enfermedades bucales se obtuvo que el conocimiento del nivel malo obtiene la mayoría con un 73,33% de estudiantes, mientras que el 26,67% tienen conocimiento regular y con el 0% alcanzan el conocimiento Bueno. En conocimiento sobre Desarrollo dental nos presenta resultados en donde el mayor

porcentaje de estudiantes es de un 93,33%, que poseen un nivel de conocimiento malo, 6,67% con un nivel regular y 0% con un nivel bueno.

El autor (Marconi Bustinza, 2017) en su tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas Puno 2017”, llega a la siguiente conclusión de que : El nivel de conocimiento general sobre salud bucal en multigestas es bueno en 16%, regular 66% y deficiente 18%, en primigestas bueno un 14%, regular 58% y deficiente el 28%, no existe diferencia estadística entre ambos grupos en gestantes que asistieron al Centro de Salud J.A.E de Puno en el 2017.

El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en multigestas fue bueno en 60%, regular 30% y deficiente un 10%, en primigestas bueno un 28%, regular el 32% y deficiente 12%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.853$).

El nivel de conocimiento sobre higiene oral en multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos, presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las madres primigestas. El nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal del futuro bebé, en multigestas fue bueno en 0%, regular 62% y deficiente un 38%, en primigestas bueno un 2%, regular el 46% y deficiente 52%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos. Se determinó la no existencia de relación estadística entre la

edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, tanto en madres primigestas y multigestas.

A nivel internacional

El investigador (Petersen, 2003). En su investigación que lleva como título “Informe mundial de salud bucodental 2003: mejora continua de la salud oral en el siglo XXI: el enfoque del programa global de salud oral de la OMS.” Las enfermedades y lesiones crónicas son los principales problemas de salud en casi todas las partes del mundo. Los patrones de enfermedades rápidamente cambiantes en todo el mundo están estrechamente relacionados con los estilos de vida cambiantes, que incluyen dietas ricas en azúcares, el uso generalizado del tabaco y un mayor consumo de alcohol. Además de los determinantes socio ambientales, la enfermedad oral está muy relacionada con estos factores del estilo de vida, que son los riesgos para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como factores protectores como la exposición adecuada al flúor y una buena higiene oral. Las enfermedades bucales califican como importantes problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y para todas las enfermedades, la mayor carga de enfermedades orales se encuentra en poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas. También se debe considerar el impacto severo en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y efecto en la calidad de vida.

El tratamiento tradicional de las enfermedades bucodentales es extremadamente costoso en varios países industrializados, y no es factible en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos. La estrategia mundial de la OMS para la prevención

y el control de las enfermedades no transmisibles, sumada al enfoque de los factores de riesgo comunes, es una nueva estrategia para gestionar la prevención y el control de las enfermedades bucodentales. El programa de salud oral de la OMS también ha fortalecido su trabajo para mejorar la salud bucodental a nivel mundial mediante enlaces con otros programas técnicos dentro del departamento de prevención de enfermedades no transmisibles y promoción de la salud. Se describen la situación actual de la salud bucodental y las tendencias de desarrollo a nivel mundial y se esbozan las estrategias y los enfoques de la OMS para mejorar la salud oral en el siglo XXI.

Según el autor (Edelstein & Chinn, 2009) en su publicación titulada “Actualización sobre las disparidades en la salud oral y el acceso a la atención dental para los niños de Estados Unidos”, nos indica la siguiente conclusión. Esta contribución actualiza las conclusiones de la encuesta federal sobre la salud bucal y el cuidado dental de los niños desde la publicación de salud oral en américa: un informe del cirujano general en el año 2000. La experiencia de caries dental continuó en niveles altos, impactando al 40% de todos los niños de 2 a 11 años, con una mayor enfermedad y carga de enfermedad no tratada a cargo de niños pobres y de bajos ingresos y minorías raciales / étnicas. Las tasas de caries aumentaron para los niños pequeños (hasta el 28% de los niños de 2 a 5 años en el período 1999-2004) y se mantuvieron estables para la mayoría de las otras edades. El volumen total de caries y caries no tratadas aumentó a medida que aumentó el número de niños. La proporción de niños estadounidenses con visita al dentista aumentó modestamente (del 42% al 45% entre 1996 y 2004), y los mayores aumentos se produjeron entre los niños recién cubiertos por el programa estatal de seguro médico para niños.

Las disparidades en las visitas dentales continuaron siendo evidenciadas por la edad, el ingreso familiar, la raza, etnia y la educación del cuidador. Los informes de los padres sobre la salud bucal y la atención dental de los niños son paralelos a estos hallazgos y también revelan mayores necesidades dentales no satisfechas entre los niños con necesidades especiales de atención médica. Las disparidades raciales y basadas en el ingreso tanto en la salud oral como en la atención dental continúan en la adolescencia y la adultez temprana. Estas disparidades pueden, como en el pasado, agravarse bajo las fuerzas de las crecientes disparidades de ingresos y las tendencias demográficas.

El investigador (Fox, 2011) en su investigación titulado “Epidemia de las enfermedades dentales de los niños: poner los dientes en la ley” tiene como conclusión que: El cuidado preventivo es absolutamente necesario para proteger a los niños de los tratamientos dentales caries y caries. En la actualidad, hay una epidemia de ambas enfermedades en los niños debido a la falla de proporcionar adecuadamente esta atención. Este es un problema inexcusable, ya que los requisitos básicos para el cuidado dental preventivo pediátrico son bien conocidos, generalmente de bajo riesgo y rentable. El problema existe en todos los niveles, con muchos niños incluso de familias de clase media alta que no pueden recibir atención preventiva recomendada. Ciertos grupos identificables de niños son particularmente vulnerables, afectados por esta epidemia, y sufren enfermedades dentales a un ritmo mucho mayor que la general población. Bajos ingresos familiares, identidades raciales o étnicas vulnerables, y la falta de vivienda aumenta el riesgo de un niño. Muchos de estos niños ya llevan un abrumador número de cargas, incluida la mala nutrición y la falta de padres y su participación en sus vidas.

La falta de atención dental preventiva en la infancia exagera estos problemas. En primer lugar, la caries dental y la gingivitis pueden causar dolor. Este dolor solo puede llevar a logros educativos más bajos, pobres socialización e incapacidad de comer alimentos adecuados. Además, sufrir las enfermedades de caries y gingivitis aumentan la vulnerabilidad de un niño a otras infecciones, y en el peor de los casos, conduce a la muerte por infección. Se debe proporcionar atención dental preventiva a los niños en las escuelas, garantizando que la mayoría de los niños lo reciben de manera consistente. Nueva Zelanda actualmente proporciona cuidado dental preventivo a sus hijos de esta manera, teniendo cuidado dental los terapeutas administran la atención en las escuelas para niños hasta la edad de doce años. Este programa ha logrado un tratamiento cercano al universal para estos niños, y es un modelo útil para el desarrollo de un sistema similar en los Estados Unidos.

2.2.Bases teóricas.

Salud pública

La salud pública promueve y protege la salud de las personas y las comunidades donde viven, aprenden, trabajan y juegan. Mientras que un médico trata a personas que están enfermas, aquellos de nosotros que trabajamos en la salud pública intentamos evitar que la gente se enferme o lesione en primer lugar. También promovemos el bienestar fomentando comportamientos saludables.

Desde la realización de investigaciones científicas hasta la educación sobre la salud, las personas en el campo de la salud pública trabajan para garantizar las condiciones en las que las personas pueden estar saludables. Eso puede significar vacunar a niños y adultos para prevenir la propagación de enfermedades. educando

a las personas sobre el alcohol y el tabaco. La salud pública establece estándares de seguridad para proteger a los trabajadores y desarrolla programas de nutrición escolar para garantizar que los niños tengan acceso a alimentos saludables.

La salud pública trabaja para rastrear brotes de enfermedades, prevenir lesiones y arrojar luz sobre por qué algunos de nosotros somos más propensos a sufrir de mala salud que otros. Entre las muchas facetas de la salud pública se incluyen las leyes que promueven el aire interior y los cinturones de seguridad sin humo, difundir información sobre las formas de mantenerse saludable y brindar soluciones científicas a los problemas. (Asociación Americana de Salud Pública, 2014).

Caries dental y factores relacionados con la salud oral en una muestra de niños preescolares

De un total de 950 niños, tanto el examen clínico como los datos del cuestionario estaban disponibles para 804 niños. La media general fue de 1.3 (SD = 3.8). La prevalencia de caries fue del 22,6%, mientras que la presencia de tinción negra fue evidente en el 2,4% de los niños. El acuerdo intraexaminador se estimó con τ_b de Kendall = 0.99. Se usó un modelo lineal generalizado para ajustarse a una regresión de Poisson para el análisis de los datos de resultado del recuento y la regresión logística para los datos de resultado binarios (presencia o ausencia de placa dental visible). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre y la presencia de placa dental visible. Se descubrió que el país de origen y el estado educativo de los padres eran factores importantes. La presencia de mancha negra se correlacionó negativamente.

La media fue menor que los datos anteriores. El país de origen, el estado de educación de los padres y la placa dental visible parecían ser importantes factores de riesgo de caries, mientras que la presencia de tinción negra era un fuerte predictor de resistencia a la caries. (Petersen, 2003)

Diagnóstico de caries adecuado

Este objetivo de este documento es estimular una discusión sobre la dirección de las actividades de detección de lesiones de caries en la práctica clínica dental. Se argumenta que dado que la toma de decisiones relacionadas con la caries del odontólogo dental es una empresa de búsqueda de secuencias de comandos en la que las decisiones clínicas se toman sobre la base del razonamiento “esta lesión necesita este tipo de tratamiento”, los métodos y estrategias empleados para la detección de lesiones de caries deben tener en cuenta este hecho. Esto se puede hacer empleando un método clínico visual-táctil para la detección de lesiones de caries que evalúa los dos aspectos que son cruciales para el manejo apropiado de la caries: actividad de la lesión e integridad de la superficie. Debe evitarse el uso de métodos de diagnóstico que no evalúen estas características directamente, sino que impliquen supuestos sobre el estado de la actividad y la integridad de la superficie. Esto incluye el uso de la radiografía de ala de mordisco para la detección de lesiones de caries proximales, ya que se puede demostrar que la simple dependencia de las radiografías conduce a un sobre tratamiento considerable. Si la odontología clínica debe mantener su estado como una profesión comprometida con el bien, los cambios en las prácticas de diagnóstico en este sentido están garantizados (vibeke, 2010).

Vacuna contra la caries dental.

La demostración de que la caries dental humana es una enfermedad infecciosa, en la que el principal agente etiológico es estreptococos mutan, proporcionó la base para estudios destinados a desarrollar regímenes de inmunización que afectarían la inmunidad de la caries. Esta enfermedad, al igual que la mayoría de las enfermedades infecciosas, ocurre en superficies, específicamente dientes, bañados por secreciones externas, en las que el isotopo de inmunoglobulina principal presente es la secretora. Por lo tanto, los procedimientos de inmunización que dan como resultado la inducción de anticuerpos salival probablemente serían medios eficaces para inducir la inmunidad contra la caries.

Sin lugar a dudas, la evidencia indica la asociación entre estreptococos mutans y caries dental. A pesar de la disminución fenomenal de la caries dental con el uso de enjuagues bucales con fluoruro, barnices y limpieza profesional, millones de niños en el mundo todavía tienen un riesgo de desarrollar caries, particularmente de bajos niveles socioeconómicos. La vacuna contra la caries definitivamente tiene un papel que desempeñar en el futuro ya que interfiere con el metabolismo del principal agente etiológico. La integración de la vacuna contra la caries después de su desarrollo en programas de salud pública podría ser beneficiosa para llevar la caries dental a un nivel mínimo (Arora, y otros, 2018).

Influencias en la salud oral de los niños: un modelo conceptual

Este modelo conceptual representa un punto de partida para pensar sobre la salud oral de los niños. El modelo incorpora muchos de los avances importantes de los epidemiólogos sociales en los últimos 25 años al incluir una amplia gama de

factores de riesgo genéticos, sociales y ambientales; múltiples vías por las cuales operan; una dimensión de tiempo; la noción de susceptibilidad diferencial y resiliencia; y un enfoque multinivel. El estudio de la salud oral de los niños desde una perspectiva global permanece en gran medida en su infancia y está preparado para un desarrollo adicional. Este trabajo puede ayudar a informar la mejor manera de abordar y mejorar la salud oral de los niños. (Fisher-Owens, SA, Gansky, SA, Platt, LJ, Weintraub, JA, Soobader, MJ, Bramlett, MD, y Newacheck, PW, 2005).

Enfermedades dentales comunes en niños y maloclusión

El manejo de la salud bucal, con el objetivo de establecer una dentición saludable y aliviar o evitar la maloclusión desde la erupción del primer diente primario hasta la realización de la dentición permanente joven, es de gran importancia en la población pediátrica. Las caries dentales, las lesiones palpares y periapicales, los traumatismos dentales, la anormalidad del desarrollo y los hábitos orales son enfermedades comunes que se observan en los niños y que dificultan el establecimiento de una oclusión normal. Los problemas discutidos en esta revisión ayudarán a reconocer la influencia de estas enfermedades en los niños sobre la maloclusión y los esfuerzos para prevenirlos, tratarlos y manejarlos se han discutido con los dentistas pediátricos ante estas condiciones. (Zou, Meng, S Law, Rao, & Xuedong, 2018).

Recomendaciones en nutrición, dieta y salud bucal para los niños

Aunque cada niño es único, las ingestas y recomendaciones dietéticas de referencia, proporcionan directrices generales, que aseguran la proporción adecuada de nutrientes y limitan el riesgo de desarrollar caries. Todas las pautas dietéticas

coinciden en recomendar el consumo de una variedad de alimentos de todos los grupos nutricionales.

Los programas de educación para la salud y servicios de alimentación para promover programas nutricionales, son bases claves de las cuales deben beneficiarse los padres de infantes en pleno desarrollo. La investigación, la educación y la legislación apropiada deben trabajar de la mano en el desarrollo de dietas equilibradas que aseguren las características de salud integral en el paciente pediátrico. (Alvear Cordova , 2018).

Factores involucrados en las visitas dentales a edades tempranas

Hoy en día, a más niños se les diagnostica Caries de la Primera Infancia (CPI) que en cualquier otro momento de la historia moderna. Se observa que la caries en la infancia temprana (CPI) es ahora la enfermedad infecciosa más común entre los niños y ocurre 5 veces más que el asma. Teniendo en cuenta la extensión de esta enfermedad, es imperativo determinar la causa y los factores involucrados en el control.

Para comenzar este estudio, primero se deben analizar diferentes pacientes y sus condiciones de vida, junto con la frecuencia de las visitas dentales y la primera visita al dentista. ¿Qué se puede hacer para detener la creciente incidencia de CPI? Para responder a esta pregunta, se llevará a cabo una sesión de entrevista con cuarenta padres de niños de seis años de edad para reunir datos demográficos y de antecedentes. Después de una entrevista detallada con estos padres, el investigador discutirá importantes consejos de cuidado dental en el hogar y explicará la importancia de visitar a un dentista lo antes posible para garantizar la prevención

de caries o trauma. Los resultados de las preguntas demográficas se compararán con los resultados de la entrevista. Una vez que se determina una correlación, el investigador podrá interpretar los hallazgos para su diseminación.

Según los resultados, la edad promedio para la primera visita dental de un niño fue a la edad de cuatro años. La edad de tres años era la edad presente que los padres creían que era la edad apropiada para la primera visita de un niño, así como la edad promedio de la primera visita dental del niño con caries presente. Estos resultados muestran que la mayoría de los padres simplemente desconocen el hecho de que su hijo debe visitar al dentista a la edad de un año. La mayoría de los padres creían que las edades de tres y más eran mejores ya que el niño entendía más de lo que estaría pasando (Brooke McNeal, 2014).

Barreras a la atención y comportamiento del comprador en relación con la higiene oral

¿Qué impacto tienen la publicidad, la lealtad a la marca y el nivel socioeconómico en el conocimiento general de la salud bucal y las compras de productos de cuidado dental de los consumidores? Se distribuyó una encuesta para recopilar datos sobre los antecedentes de los consumidores, los hábitos de compra de higiene bucal y los fundamentos de la toma de decisiones. Se asumió que aquellos con acceso mínimo a la atención y conocimiento mínimo de salud oral comprarían productos basados en precios de venta, o la promesa de una estética mejorada, mientras que los consumidores con mayor acceso a la atención probablemente tomarían sus decisiones de compra en base a las recomendaciones de un profesional dental y estar potencialmente más interesado en probar productos nuevos e innovadores,

independientemente de su precio. Los resultados de este estudio indicaron que, si bien la publicidad tiene un efecto, su influencia no es tan fuerte como se sospechaba originalmente. La lealtad de marca fluctuante, el precio de venta y la influencia familiar se mostraron como los principales motivadores detrás de la elección del producto dental. Otros factores que se observaron fueron los beneficios que se obtendrían al usar productos específicos, siendo el rasgo más deseado la prevención de la cavidad y el rasgo menos deseado es el alivio de la sensibilidad. (McCutchen, 2015)

2.3. Marco conceptual

Maloclusión

Una maloclusión ocurre cuando los dientes no coinciden y la mandíbula causan que una persona tenga una mala mordida. Esto puede provocar dientes torcidos, abarrotados o sobresalientes, e incluso puede ocasionar problemas de encías, enfermedad periodontal, dolores de cabeza intensos y trastornos del sueño.

- **Causas.** La maloclusión a menudo está presente en el momento del nacimiento y se puede manifestar como un espacio entre los dientes, la mandíbula irregular o el tamaño de la boca, o incluso un paladar hendido. Sin embargo, también se puede adquirir a partir de hábitos tales como chuparse el dedo, empujar la lengua, pérdida prematura de dientes de un accidente o enfermedad dental, o afecciones médicas como amígdalas agrandadas y adenoides que conducen a la respiración por la boca.
- **Diagnóstico.** La maloclusión puede ser asintomática o causar dolor debido a un mayor estrés en los dientes o la mandíbula. Se encuentra con mayor frecuencia durante un examen dental de rutina. Cuando se sospecha una

maloclusión, se pueden tomar fotografías y radiografías de la cara y la boca para un estudio posterior. Para confirmar la presencia y el alcance de la maloclusión, el dentista fabrica modelos de yeso, plástico o piedra artificial de los dientes del paciente a partir de impresiones. Estos modelos duplican el ajuste de los dientes y son muy útiles en la planificación del tratamiento.

- **Tratamiento.** La maloclusión generalmente es tratada por un ortodontista que se especializa en corregir dichos problemas. Los frenillos son el remedio más comúnmente utilizado, aproximadamente 4 millones de personas en los Estados Unidos usan aparatos ortopédicos en un momento dado, incluidos 800,000 adultos. Una solución algo más contemporánea es la aplicación de delineadores transparentes que funcionan como aparatos, pero son mucho menos molestos físicamente y son casi invisibles.

Si la sobrepoblación de los dientes ha creado maloclusión, uno o más dientes se pueden extirpar quirúrgicamente. Si un diente aún no ha emergido o se pierde prematuramente, un ortodontista puede insertar un aparato llamado mantenedor de espacio para evitar que los otros dientes se salgan de su posición natural. En casos severos de maloclusión, puede ser necesaria la cirugía, y el paciente sería referido a otro especialista, un cirujano oral o maxilofacial. Una vez que los dientes se han movido a su nueva posición, se retiran las llaves y se usa un retenedor hasta que los dientes se estabilicen en esa posición.

Caries ocultas

Caries ocultas es un término utilizado para describir la caries que se pierde en un examen visual, pero es lo suficientemente grande y se desmineraliza para detectarse

radiográficamente. La tasa de detección de tales lesiones dependerá de la prevalencia de caries en la población y la frecuencia con que se realizan los exámenes radiográficos de mordida. No se sabe si la "caries oculta" es una entidad clínica distinta, que refleja una topografía de fisura anatómica particular o una etiología bacteriana diferente. Es posible que un examen visual mejorado, con una limpieza y un secado cuidadosos de los dientes, pueda mejorar la caries oclusal hasta el punto en que la "caries oculta" ya no exista.

Fluorización

La fluorización del agua de la comunidad es una herramienta de salud pública que beneficia a toda la comunidad al brindar acceso asequible para prevenir la caries dental. Se ha comprobado que es seguro y eficaz durante más de 70 años y fue incluido como uno de los 10 grandes logros de salud pública del siglo XX por los centros para el control y la prevención de enfermedades.

Aunque el acceso fácil a la fluoración de la comunidad ha demostrado beneficios, hay muchas razones por las cuales las comunidades pueden optar por no fluorizar su agua, incluyendo información errónea y mitos sobre los programas actuales, y desafíos para garantizar que su agua fluorada sea óptima una vez que se establezca un programa.

Salud oral

Oral es esencial para la salud general y la calidad de vida. Es un estado de ausencia de dolor bucal y facial, cáncer oral y de garganta, infección oral y llagas, enfermedad periodontal, caries dentales, pérdida de dientes y otras enfermedades y

trastornos que limitan la capacidad de un individuo para morder, masticar, sonriendo, hablando y el bienestar psicosocial. Los factores de riesgo para las enfermedades orales incluyen una dieta poco saludable, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol y una higiene oral deficiente.

Prevención

La prevención del abuso de sustancias está trabajando activamente antes del inicio de un trastorno para prevenir el uso o abuso de sustancias, limitar el desarrollo de problemas asociados con el uso o abuso de sustancias y reducir el riesgo de desarrollar un problema de salud del comportamiento.

Estrategia

Una estrategia es un plan de acción diseñado para lograr un objetivo específico. La estrategia consiste en ganar, o al menos intentar ganar, una posición de ventaja sobre los adversarios o competidores. El mirar hacia adelante siempre implica incertidumbre y riesgo asociados con la decisión de la estrategia.

Caries dental

La caries dental es el término científico para las caries o las caries dentales. Es causado por tipos específicos de bacterias. Producen ácido que destruye el esmalte del diente y la capa debajo de él, la dentina.

Muchos tipos diferentes de bacterias normalmente viven en la boca humana. Se acumulan en los dientes en una película adhesiva llamada placa. Esta placa también contiene saliva, trozos de comida y otras sustancias naturales. Se forma más fácilmente en ciertos lugares. estas incluyen:

- Grietas, hoyos o surcos en los dientes posteriores
- Entre los dientes
- Alrededor de empastes dentales o puentes
- Cerca de la línea de las encías

Las bacterias convierten el azúcar y los carbohidratos (almidones) en los alimentos que ingerimos en ácidos. Los ácidos disuelven minerales en el esmalte duro que cubre la corona del diente (la parte que puede ver). El esmalte erosiona o desarrolla hoyos. Son demasiado pequeños para ver al principio. Pero se hacen más grandes con el tiempo.

El ácido también puede filtrarse a través de los poros en el esmalte. Así es como comienza la descomposición en la capa de dentina más blanda, el cuerpo principal del diente. A medida que la dentina y el esmalte se rompen, se crea una cavidad.

Si la caries no se elimina, las bacterias continuarán creciendo y produciendo ácido que finalmente ingresará en la capa interna del diente. Esto contiene la pulpa suave y fibras nerviosas sensibles.

Las raíces del diente expuestas al retroceder encías también pueden desarrollar caries. La capa externa de la raíz, el cemento, no es tan gruesa como el esmalte. Los ácidos de las bacterias de la placa pueden disolverlo rápidamente.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Tipo de investigación.

El presente trabajo se ha orientado al tipo de investigación descriptiva ya que se describirán las variables, en cuanto a la variable prevención en salud bucal se realizará una experimental a partir del psicopedagógico a través de su previa descripción utilizando el enfoque dialectico que permita una mejor representación de las variables de investigación.

3.1.2. Nivel de investigación.

Para poder comenzar el problema de estudio se formulan el nivel descriptivo y explicativo, por cuanto se describirá y explicará el comportamiento de las variables a lo largo de la investigación en la muestra seleccionada correspondiente a las características de la salud bucal en el Distrito de San Marcos de Rocchac. Y la implementación de los programas preventivos promocionales como estrategia de Política de Salud Pública.

3.2. Diseño y método de investigación

3.2.1. Diseño de la investigación.

La investigación se ejecutará según el diseño de campo, documental ya que es una investigación que se trabajará a partir de casos que obran en San Isidro de Acobamba de la Provincial de Tayacaja, de las que se obtendrán los datos e información de los niños respecto a la Salud Bucal.

3.2.2. Diseño de experimento

El distrito de San Isidro de Acobamba, geográficamente se divide en 4 cuarteles y los programas se realizaron en tiempos diferentes (gradualmente) para esta investigación se utilizaron los datos y resultados del cuartel 1 y el cuartel 2, los mismos que conforman los grupos experimental y control respectivamente.

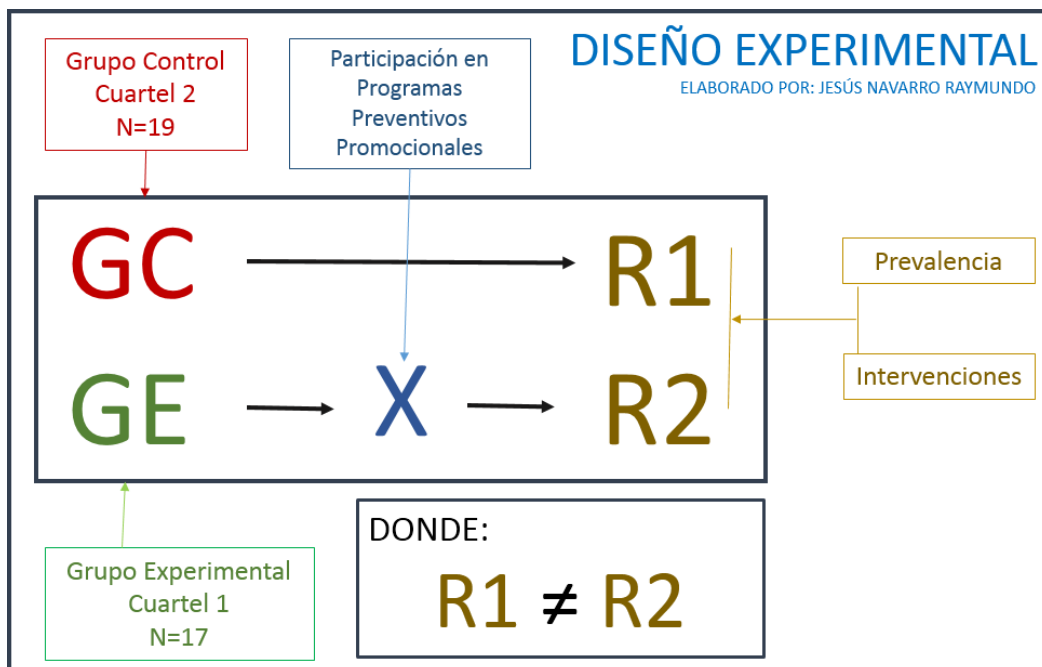


Figura 1: Diseño experimental

3.2.3. Método de investigación.

El método a utilizar es el método científico, así mismo el estudio se realiza con un enfoque deductivo de lo general a lo específico. Se definirán hipótesis de la investigación, iguales que se contrastarán dentro del desarrollo de la investigación.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población.

La población está conformada por los niños de la localidad de San Isidro de Acombaba del Distrito de San Marcos de Rocchac el cual está conformado por 4 cuarteles con la siguiente población de niños:

Tabla 1
Población

N. º	CUARTES	NIÑOS
1	I	17
2	II	19
3	III	15
4	IV	16
	POBLACIÓN	67

Fuente: Elaboración propia

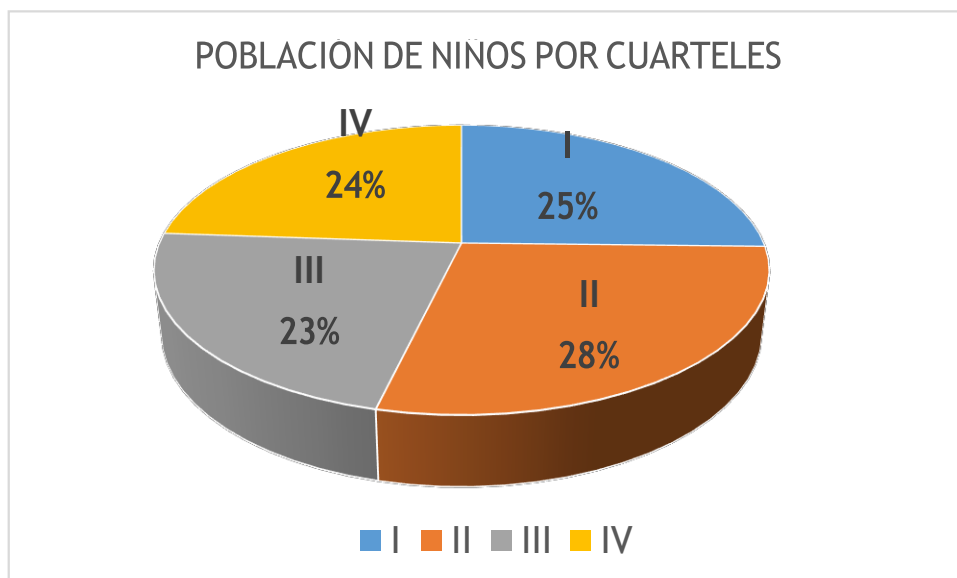


Figura 2: Porcentaje de la población de los diferentes cuarteles

Fuente: tabla 1

3.3.2. Muestra.

La muestra ha sido determinada a través del proceso no probabilístico ya que los casos de manera intensional por ello la muestra está conformada por casos de los niños del distrito de San Marcos de Rocchac y de la localidad de San isidro de Acobamba, de los cuarteles 1 y 2 respectivamente, es decir con 36 niños.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las siguientes técnicas que se utilizaran en este trabajo de investigación son:

a) Técnica de análisis de documentos bibliográficos

Esta técnica que permite obtener información de textos relacionado al tema ya sean bibliografías, artículos científicos, revistas, bases de datos de investigaciones.

b) Técnica de la observación y transcripción

Las observaciones se llevan a cabo utilizando por parte de profesionales Odontólogos calificados que tienen a cargo la ejecución del programa preventivo promocional, sus observaciones fueron transcritas a la tabla de datos que se presenta en el capítulo IV.

c) Odontograma

Es un instrumento que sirve para el registro de la historia clínica del individuo. Se trata, por lo tanto, de una herramienta de identificación. También se registra qué trabajos se realizaron en la boca de la persona en cuestión y establecer comparaciones entre el estado bucal actual y anterior.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Adquisición de datos

La adquisición implica recopilar o agregar a las existencias de datos. Hay varios métodos para adquirir datos:

- Recopilando nuevos datos.
- Usando sus propios datos recolectados previamente.
- Reutilizando datos de otras personas.
- Datos de compras.
- Adquirido de internet (textos, redes sociales, fotos).

Procesamiento de datos.

Una serie de acciones o pasos realizados sobre datos para verificar, organizar, transformar, integrar y extraer datos en un formulario de salida apropiado para su

uso posterior. Los métodos de procesamiento deben documentarse rigurosamente para garantizar la utilidad y la integridad de los datos.

Se utilizó software especializado en estadística como el SPSS 23 de IBM, para la realización de tablas y gráficos, así mismo en menor medida se utilizó el Software de hoja de cálculo Excel.

El análisis de datos

Implica acciones y métodos realizados sobre datos que ayudan a describir hechos, detectar patrones, desarrollar explicaciones y probar hipótesis. Esto incluye garantía de calidad de datos, análisis de datos estadísticos, modelado e interpretación de resultados.

Resultados

Los resultados de la presente investigación servirán para poder inferir en la población total y también servir como un referente para la implementación de otros programas de salud pública.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de información.

4.1.1. Tabla consolidada de datos

Los datos recogidos corresponden a niños de ambos sexos comprendidos en las edades de 6 a 10 años.

Tabla 2
Consolidada de datos

Etapa	Denominación	Rango de edad
Lactante	bebé	es el primer mes fuera del útero hasta completar el año
Infancia	infante	1-5 años.
Niñez	edades	5-10 años
Pre adolescencia	preadolescente	10-13 años

Fuente: Elaboración propia

Tabla consolidada de datos de 36 niños de 2 cuarteles:

Tabla 3*Consolidación de datos de 36 niños de 2 cuarteles*

Cuar tel	Paci ente	Sexo	Edad	PF_Partici paciones	PP_Partici paciones	% Prevalencia de caries bucal	Extraccio nes dentales	Curaciones dentales
1	1	Femenino	7	2	1	34,00	1	4
1	2	Femenino	8	3	1	76,00	3	4
1	3	Masculino	8	2	3	19,00	5	2
1	4	Femenino	9	3	0	29,00	5	5
1	5	Femenino	6	2	1	80,00	0	3
1	6	Masculino	10	0	2	37,00	3	8
1	7	Femenino	9	0	2	16,00	1	8
1	8	Masculino	9	1	2	62,00	2	8
1	9	Femenino	7	3	1	30,00	2	4
1	10	Masculino	9	3	1	25,00	4	6
1	11	Femenino	9	2	1	52,00	1	9
1	12	Masculino	7	0	1	34,00	1	5
1	13	Masculino	10	3	2	67,00	3	9
1	14	Femenino	8	2	0	25,00	2	5
1	15	Masculino	8	2	0	26,00	4	3
1	16	Masculino	8	2	1	29,00	4	4
1	17	Masculino	8	3	0	38,00	1	6
1	18	Femenino	10	0	3	19,00	3	9
1	19	Femenino	6	3	1	12,00	4	0
2	20	Masculino	8	4	4	26,00	0	1
2	21	Masculino	5	1	6	61,00	2	1
2	22	Femenino	10	3	9	16,00	4	2
2	23	Femenino	6	4	0	22,00	2	2
2	24	Masculino	5	2	0	50,00	0	0
2	25	Masculino	8	1	8	25,00	3	0
2	26	Femenino	5	1	2	11,00	0	1
2	27	Masculino	5	2	9	47,00	0	0
2	28	Masculino	7	2	4	24,00	1	1
2	29	Masculino	7	3	3	20,00	2	4
2	30	Masculino	7	5	1	39,00	1	0
2	31	Femenino	7	3	4	17,00	0	0
2	32	Masculino	7	5	1	56,00	1	0
2	33	Femenino	10	4	8	17,00	1	1
2	34	Femenino	5	1	1	17,00	4	4
2	35	Femenino	10	5	7	22,00	2	4

2	36	Femenino	8	1	7	29,00	0	0
---	----	----------	---	---	---	-------	---	---

Fuente: elaboración propia

4.1.1.1.Descripción estadística de la población

A continuación, presentamos la población y su conformación por sexo y edad.

Muestra y su conformación por sexo

Tabla 4

Conformación de la población por sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	18	50,0	50,0	50,0
	Masculino	18	50,0	50,0	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La muestra coincidentemente tiene una proporcionalidad perfecta en cuanto a sexo se refiere, es decir 50% de la muestra es masculino y el otro 50% es femenino, en el gráfico se aprecia con claridad.

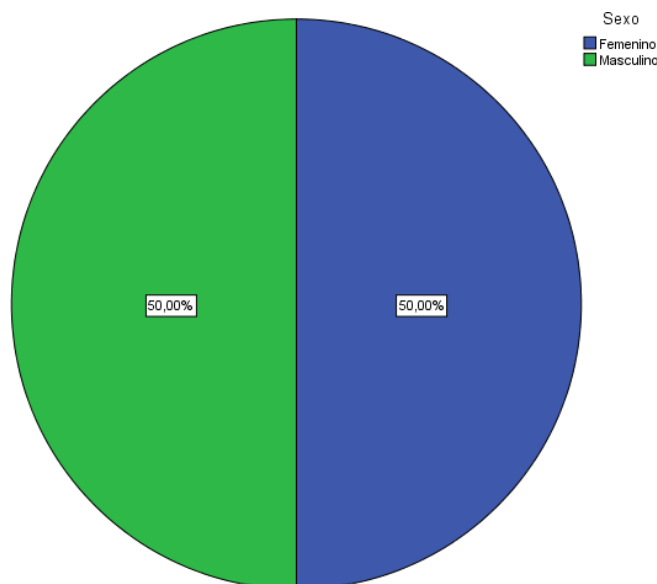


Figura 3
Proporcionalidad de sexo

Sin embargo, no se observa el mismo en los grupos control y experimental, a continuación, se presenta la proporcionalidad de niños por sexo en el grupo control:

Tabla 5
Grupo control por sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Femenino	10	52,6	52,6	52,6
	Masculino	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Es posible apreciar que en este grupo el género femenino es mayor en cantidad alcanzando un 52% en comparación a un 48% del masculino aproximadamente.

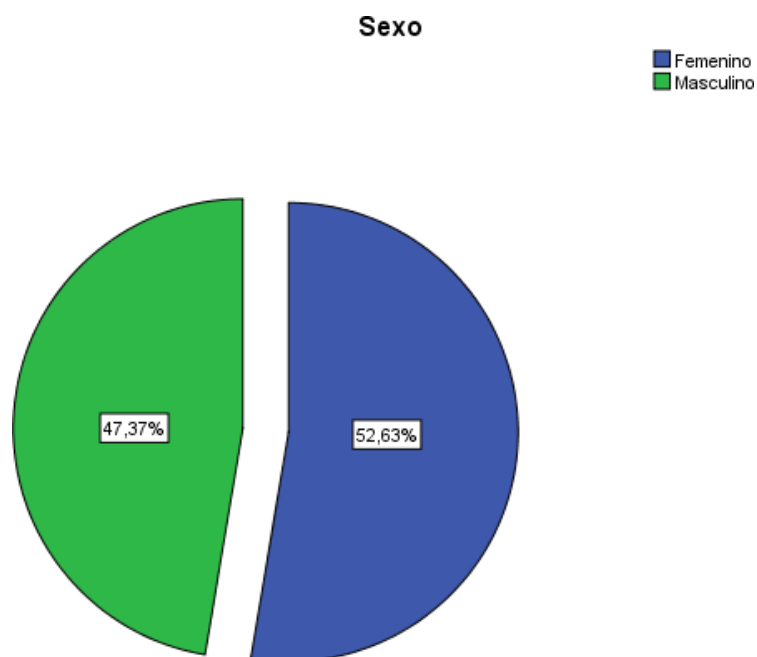


Figura 4
Resultados de grupo control por sexo

Del mismo modo se presenta la proporcionalidad de niños por sexo en el grupo experimental:

Tabla 6

Grupo experimental de niños por sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	8	47,1	47,1	47,1
	Masculino	9	52,9	52,9	100,0
Total		17	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Es posible apreciar que en el grupo experimental el género femenino es menor en cantidad alcanzando un 47% en comparación a un 53% aproximado del masculino.

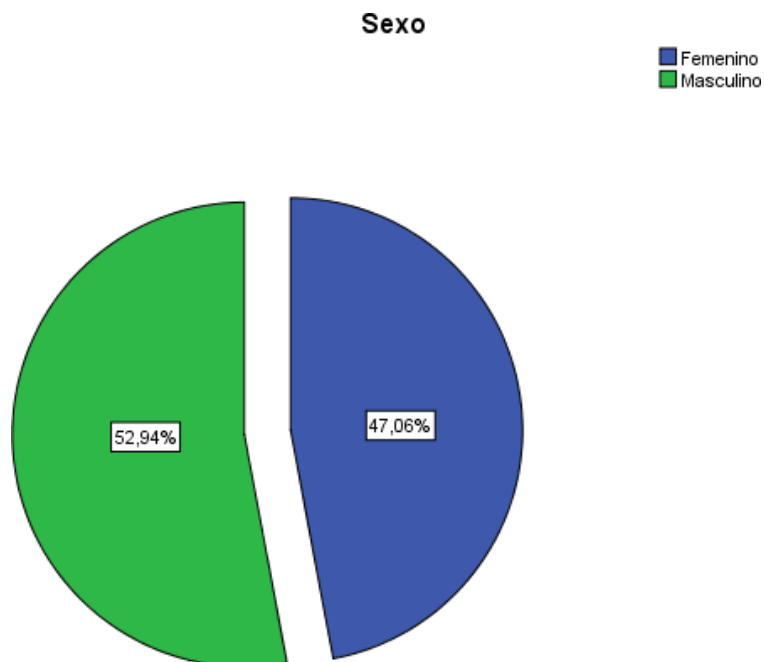


Figura 5: Resultados de grupo experimental

Fuente: Tabla 6

Muestra y su conformación por edad

Tabla 7
Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	5	13,9	13,9	13,9
	6	3	8,3	8,3	22,2
	7	8	22,2	22,2	44,4
	8	9	25,0	25,0	69,4
	9	5	13,9	13,9	83,3
	10	6	16,7	16,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Apreciación de las medidas de tendencia central para la edad.

Tabla 8
Tendencia central para la edad

	Estadísticos	
Edad		
N	Válido	36
	Perdidos	0
Media		7,67
Error estándar de la media		,267
Mediana		8,00
Moda		8
Desviación estándar		1,604
Varianza		2,571
Asimetría		-,166
Error estándar de asimetría		,393
Rango		5
Mínimo		5
Máximo		10
Suma		276

Fuente: Elaboración propia

Es posible apreciar la distribución de edades en el siguiente histograma de frecuencias.

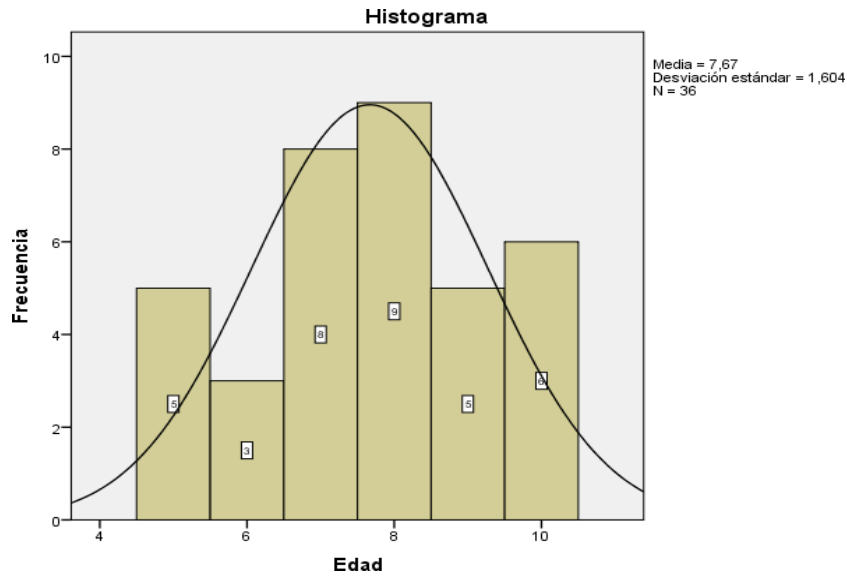


Figura 6
Histograma de frecuencias de distribución de edades

4.1.2. Variable independiente

La prevención en la salud bucal, cuyos indicadores fueron recogidos a través de las dimensiones denominadas programas preventivos promocionales (PPP).

Estos fueron:

- Programa de fluorización y aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
 - Fluorización mediante colutorios.
 - Aplicación de fluoruros por profesionales.
 - Aplicación de sellantes.
- Programas promocionales de la salud bucal.
 - Charlas de Salud bucal en las escuelas, basadas en los factores de riesgo comunes.
 - Charlas comunitarias de Salud bucal, basadas en higiene bucal en el Distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017.

Estos programas fueron desarrollados conjuntamente a través de la participación de los niños como estrategia de salud pública en el distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, región Huancavelica 2016 y 2017.

Tabla 9
Asignación de variable independiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Prevención en salud bucal.	Programas de Fluorización	PF_Participaciones
	Programas Promocionales	PP_Participaciones

Fuente: Elaboración propia

A) Programas de Fluorización

Como parte del programa se realizaron 5 sesiones de fluorización durante el periodo, no obstante, también como rutina se realiza esta acción en el centro de salud para aquellos niños que acuden de voluntad propia (grupo control).

B) Programas Promocionales

Corresponden al conjunto de sesiones consistentes en capacitación, talleres, concientización y prácticas de aseo bucal. En total se desarrollaron 10 sesiones como parte del programa.

A continuación, la siguiente tabla nos muestra la cantidad de participaciones de los niños del grupo control en asistencias al centro de salud de visita al odontólogo por intervención casual.

Tabla 10*Cantidad de participantes de los niños al centro de salud de visita al odontólogo*

Paciente	Sexo	Edad	PF_Participaciones	PP_Participaciones
1	Femenino	7	2	1
2	Femenino	8	3	1
3	Masculino	8	2	3
4	Femenino	9	3	0
5	Femenino	6	2	1
6	Masculino	10	0	2
7	Femenino	9	0	2
8	Masculino	9	1	2
9	Femenino	7	3	1
10	Masculino	9	3	1
11	Femenino	9	2	1
12	Masculino	7	0	1
13	Masculino	10	3	2
14	Femenino	8	2	0
15	Masculino	8	2	0
16	Masculino	8	2	1
17	Masculino	8	3	0
18	Femenino	10	0	3
19	Femenino	6	3	1

Fuente: Intervenciones en la posta de salud

En la tabla siguiente se muestra la cantidad de participaciones de los niños del grupo experimental que fueron incluidos en el programa de prevención, estos corresponden al primer cuartel.

Tabla 11*Cantidad de participantes de los niños en el grupo experimental incluidos en el programa de prevención*

Paciente	Sexo	Edad	PF_Participaciones	PP_Participaciones
1	Masculino	8	4	4
2	Masculino	5	1	6
3	Femenino	10	3	9
4	Femenino	6	4	0
5	Masculino	5	2	0
6	Masculino	8	1	8
7	Femenino	5	1	2
8	Masculino	5	2	9

9	Masculino	7	2	4
10	Masculino	7	3	3
11	Masculino	7	5	1
12	Femenino	7	3	4
13	Masculino	7	5	1
14	Femenino	10	4	8
15	Femenino	5	1	1
16	Femenino	10	5	7
17	Femenino	8	1	7

Fuente: Intervenciones en la posta de salud

4.1.3. Variable dependiente:

En la Salud pública se utilizan algunos indicadores que permiten monitorear su estado, estos indicadores fueron recogidos a través de las dimensiones de derivados del control profesional, entendido como la prevalencia (presencia) de caries y la **cantidad de intervenciones operatorias en niños.**

Tabla 12

Asignación de variable dependiente

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Salud pública.	Presencia de Caries	% de prevalencia de caries
	Intervenciones	# de extracciones dentales, # de curaciones dentales

Fuente: Elevación propia

A) Presencia de Caries

Los indicadores de presencia de caries, son recogidos a través del instrumento denominado Odontograma y se traduce en el total de piezas dentales afectadas dividido entre el número de piezas dentales totales en los niños.

B) Intervenciones.

Los indicadores de Intervenciones operatorias están recogidos teniendo en cuenta la cantidad de piezas dentales removidas (extracciones) y cantidad de piezas obturadas (curadas).

La siguiente tabla muestra los indicadores presencia de caries e intervenciones:

Tabla 13
Indicadores de caries intervenciones

Cuartel	Paciente	Sexo	Edad	% Prevalencia de caries bucal	Extracciones dentales	Curaciones dentales
1	1	0	7	34	1	4
1	2	0	8	76	3	4
1	3	1	8	19	5	2
1	4	0	9	29	5	5
1	5	0	6	80	0	3
1	6	1	10	37	3	8
1	7	0	9	16	1	8
1	8	1	9	62	2	8
1	9	0	7	30	2	4
1	10	1	9	25	4	6
1	11	0	9	52	1	9
1	12	1	7	34	1	5
1	13	1	10	67	3	9
1	14	0	8	25	2	5
1	15	1	8	26	4	3
1	16	1	8	29	4	4
1	17	1	8	38	1	6
1	18	0	10	19	3	9
1	19	0	6	12	4	0
2	20	1	8	26	0	1
2	21	1	5	61	2	1
2	22	0	10	16	4	2
2	23	0	6	22	2	2
2	24	1	5	50	0	0

2	25	1	8	25	3	0
2	26	0	5	11	0	1
2	27	1	5	47	0	0
2	28	1	7	24	1	1
2	29	1	7	20	2	4
2	30	1	7	39	1	0
2	31	0	7	17	0	0
2	32	1	7	56	1	0
2	33	0	10	17	1	1
2	34	0	5	17	4	4
2	35	0	10	22	2	4
2	36	0	8	29	0	0

Fuente: Elaboración propia

4.2. Contratación de la Hipótesis.

En esta investigación para poder contrastar hipótesis de investigación planteada como hipótesis general:

HG	Existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017
----	---

Sera necesario descartar la Hipótesis Nula (Ho)

HG(Ho)	NO existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017
--------	--

En consecuencia, dado que la variable dependiente está compuesta por 2 dimensiones, es decir la Salud Pública fue dividida en Prevalencia e Intervenciones se ha planteado 2 hipótesis específicas las mismas que deben ser contrastadas independientemente.

Prueba estadística paramétrica utilizada

Para compatibilizar el tipo de investigación y el diseño seleccionado, se ha utilizado como método de prueba estadística de la hipótesis, la denominada prueba de “t” de Student, que es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus valores promedio. Su fórmula es:

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Dónde:

\bar{X}_1 = Media del grupo experimental

\bar{X}_2 = Media del grupo de control

S_1^2 = Desviación estándar del grupo experimental elevado al cuadrado

S_2^2 = Desviación estándar del grupo de control elevado al cuadrado

N_1 = Tamaño de la muestra del grupo experimental

N_2 = Tamaño de la muestra del grupo experimental

Contrastando la Hipótesis específica 1:

He1	Existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y la prevalencia de caries bucal del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017
------------	---

Sera necesario descartar la Hipótesis específica Nula 1 (Ho1)

He1(Ho)	NO existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y la prevalencia de caries bucal del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017
----------------	--

Cálculo de valores para el indicador prevalencia

Tabla 14

Valor para indicador de prevalencia

GRUPO	CONTROL	EXPERIMENTAL	
Promedio	37.36	29	
Desviación estándar	20.32	15.33	
Tamaño	19	17	
Valor T=			-1.4
Nivel de Confianza			95%
Significancia			5%
Grados de libertad			34

Fuente: Elaboración propia

Grados de libertad:

$$Gl = (N1+N2) - 2 \dots\dots\dots (19+17) - 2$$

$$Gl = 34$$

El valor t calculado bajo las características planteadas es de - 1.4, Cuando t-valor es negativa indica simplemente una inversión de la dirección del efecto, que no afecta a la significación de la diferencia entre los grupos. El análisis de un t-valor negativo requiere un examen de su valor absoluto es decir podemos decir que el valor 1.4.

Entonces para un nivel de confianza del 95%, una significancia de 5% y con 34 grados de libertad, se obtiene de la tabla t de Student para p de una sola cola. El valor t teórico de 1.68; en consecuencia, al ser mayor el valor calculado que el valor teórico se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir, si existe una influencia significativa inversa entre la prevención de la salud bucal en niños y la prevalencia de caries bucal del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017, a mayor prevención menor prevalencia de caries.

Se experimentó una reducción de 8.36% (de 37.36% a 29%) la prevalencia de caries en los niños a partir de la ejecución de los programas preventivos promocionales.

Para la hipótesis específica 2

He2	Existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y las intervenciones bucales del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017.
------------	--

Hipótesis nula específica 2

He2o	No existiría una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y las intervenciones bucales del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017
-------------	--

Cálculo de valores para el indicador intervenciones operatorias

Tabla 15

Valor para el identificador de intervenciones operatorias

GRUPO	CONTROL	EXPERIMENTAL
Promedio	3.97	1
Desviación estándar	1.29	1.2
Tamaño	19	17
Valor T=		-0.715
Nivel de Confianza		95%
Significancia		5%
Grados de libertad		34

Fuente: Elaboración propia

Grados de libertad:

$$GI = (N1+N2) - 2 \dots\dots\dots (19+17) - 2$$

$$GI = 34$$

El valor t calculado bajo las características planteadas es de -0.715 Cuando t-valor es negativa indica simplemente una inversión de la dirección del efecto, que no afecta a la significación de la diferencia entre los grupos. El análisis de un t-valor negativo requiere un examen de su valor absoluto es decir podemos decir que el valor 0.715.

Entonces para un nivel de confianza del 95%, una significancia de 5% y con 34 grados de libertad, se obtiene de la tabla t de Student para p de una sola cola. El valor t teórico de 1.68; en consecuencia, al ser mayor el valor calculado que el valor teórico se aprueba la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, es decir, si existe influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños

y las intervenciones operatorias bucales en el distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017. Se experimentó una reducción de 2.97 piezas dentales en promedio (de 3.97 a 1) entre remociones dentales y obturaciones dentales a partir de la ejecución de los programas preventivos promocionales.

4.3.Discusión de resultados

La prevención en la salud bucal, cuyos indicadores fueron recogidos a través de las dimensiones denominadas programas preventivos promocionales (PPP) estos fueron Programa de fluorización y aplicación de sellantes de fosas y fisuras, Programas promocionales de la salud bucal. Estos programas fueron desarrollados conjuntamente a través de la participación de los niños como estrategia de salud pública en el distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, región Huancavelica 2016 y 2017. Se experimentó una reducción de 8.36% (de 37.36% a 29%) la prevalencia de caries en los niños a partir de la ejecución de los programas preventivos promocionales

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de haber comprobado (mediante la contratación de la hipótesis) que:

1. Existe una influencia significativa entre la prevención de la salud bucal en niños y la salud pública del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017.
2. Se ha determinado que la prevención de la salud bucal en niños como una estrategia de política de salud pública influye de manera significativa en la reducción de la prevalencia de caries bucal del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017, reduciendo en uno de 8.36% (de 37.36% a 29%) la prevalencia de caries.
3. Se ha podido determinar que la prevención de la salud bucal de niños del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017 reduce considerablemente las intervenciones operatorias (remoción y obturación de piezas dentales), pasando de un valor promedio de 3.97 piezas dentales a 1 pieza dental.

5.2. Recomendaciones

La actividad fundamental sobre la prevención de la salud bucal de niños del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica 2016 y 2017, la creación o formulación de problemas, a partir de cierta situación dada, exige establecer relaciones lógicas entre la información que involucra tal situación y el resultado que tendría el problema propuesto. Así, las prevenciones de la salud bucal de niños según el diagnóstico oportuno formulan correctamente un problema evidencian que son capaces de interpretar una situación, de aplicar nociones y utilizar relaciones aprendidas y, posiblemente, de proyectar procedimientos para su resolución.

1. Efectuar un estudio experimental con una muestra aleatoria a nivel de la del distrito de San Marcos de Rocchac, con el fin de analizar las variables de esta investigación y formular estándares y criterios para la elaboración de un programa de intervención bucal el en distrito San Marcos de Rocchac.
2. Realizar otros estudios similares en otras zonas, para identificar otras variables asociadas a la prevención de la salud bucal de los niños permitan comparar los resultados obtenidos.
3. Implementar un programa para compartir las buenas prácticas para la la prevención de la salud bucal de niños del distrito de San Marcos de Rocchac Provincia de Tayacaja, Región Huancavelica

BIBLIOGRAFIA

- Alvear Cordova , M. (2018). Recomendaciones En Nutrición dieta y salud bucal para los niños . *Odontología Activa Revista Científica*, 1(1), 76-79.
- Arora, B., Vikas , S., Amandeep, K., Mridul , M., Harveen Kaur, S., & Harpreet , S. (2018). Vacuna contra la caries dental , una visión general. *Diario Indio de ciencias dentales*, 10 (2), 121.
- Asociación Americana de Salud Pública. (2014). Salud Publica. *Asociación Americana de salud pública*, 2.
- Brooke McNeal, L. (2014). *Factores involucrados en las visitas dentales a edades tempranas*. Bowling Green: Universidad de Western Kentucky.
- Edelstein, B., & Chinn, C. (2009). Actualización sobre las disparidades en la salud oral y el acceso a la atención dental para los niños de Estados Unidos. *Pediatría académica*, 9 (6), 415-419.
- Fisher-Owens, SA, Gansky, SA, Platt, LJ, Weintraub, JA, Soobader, MJ, Bramlett, MD, y Newacheck, PW. (2005). Influencias en la salud oral de los niños: un modelo conceptual. *Academia americana de pediatría* , 120 (3), e510-e520.
- Fox, J. (2011). La epidemia de las enfermedades dentales de los niños: poner los dientes en la ley. *Escuela policlinica de salud & Etica*, 11 , 223.
- Machaca Apaza , Y. M. (2015). *Estudio epidemiologico de las enfermedades bucales mas prevalentes en escolares de 6 a 16 años de la provincia de lampa, 2013*. Lampa: UNA-PUNO.

- Marconi Bustinza, A. I. (2017). *Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud jose antonio encinas puno 2017*". Puno: UNA.
- McCutchen, A. (2015). *Barreras a la atención y comportamiento del comprador en relación con la higiene oral*. Bowling Green: Universidad de Western Kentucky.
- Petersen, P. E. (2003). Informe mundial sobre salud bucodental 2003: mejora continua de la salud oral en el siglo XXI: el enfoque del Programa global de salud oral de la OMS. *Odontología comunitaria y epidemiología oral*, 3-24.
- vibeke, B. (2010). ¿Qué es un diagnóstico de caries adecuado? *Acta odontologica scandinavica* , 65-79.
- Villacorta Amaringo, M. B. (2016). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 4to de secundaria de la I.E.P. "Ramón Castilla", del distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.*" . Chimbote- del Santa: Universidad Católica de los Ángeles Chimbote.
- Zou, J., Meng, M., S Law, C., Rao, Y., & Xuedong, Z. (2018). Enfermedades dentales comunes en niños y maloclusión. *Revista internacional de ciencias orales*, 10 (1), 7.