

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Odontología**

**RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA PARENTAL PERCIBIDA DE MADRES  
Y EL ÍNDICE CPOD REGISTRADO EN SUS HIJOS DEL 1ER Y 2DO AÑO DE  
NIVEL SECUNDARIO DE LA I. E. E. MANUEL FLORES CALVO EN EL  
DISTRITO DE POCOLLAY TACNA 2013**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. CLAUDIA LIZBETH ASUNTA GAUNA ROJAS**

**Para optar el Título Profesional de:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**TACNA-PERÚ**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Odontología**

**RELACIÓN ENTRE LA COMPETENCIA PARENTAL PERCIBIDA DE MADRES Y EL  
ÍNDICE CPOD REGISTRADO EN SUS HIJOS DEL 1ER Y 2DO AÑO DE NIVEL  
SECUNDARIO DE LA I. E. E. MANUEL FLORES CALVO EN EL DISTRITO DE  
POCOLLAY TACNA 2013**

Tesis

Presentada por:


**Bach. Claudia Lizbeth Asunta Gauna Rojas**

Para optar el Título Profesional de:


**CIRUJANO DENTISTA**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
CD. Milton Saúl Flor Rodríguez  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
CD. Yury Miguel Tenorio Cahuana  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
CD. Roysi Factor Velez Toala  
Asesor

## ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

1.1 EL PROBLEMA .....	3
1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	9

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	26

### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

3.1. DISEÑO DE ESTUDIO .....	47
3.2. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.3. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	49
3.4 ANÁLISIS DE DATOS .....	52
3.5 UNIDADES DE ESTUDIO .....	53

### **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

4.1. DESCRIPCIÓN DEL CAMPO DE TRABAJO.....	56
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE COMPETENCIA PARENTAL.....	59
4.3. DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE CPOD.....	69
4.4. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	71
4.5. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL DE INVESTIGACIÓN....	96
4.6. DISCUSIÓN.....	108

<b>CONCLUSIONES</b>	109
---------------------	-----

<b>RECOMENDACIONES</b> .....	111
------------------------------	-----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	112
---	-----

<b>ANEXOS</b> .....	120
---------------------	-----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N °1

Tabla de conversión a centiles

Tabla N° 2

Formulario de registro OMS

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1	Test de ECPP-P
ANEXO N°2	Ficha Estomatológica
ANEXO N°3	Autorización I. E. E. Manuel Flores Calvo
ANEXO N°4	Modelo autorización de padres
ANEXO N°5	Plantilla de Corrección
ANEXO N°6.	Constancia de realización de exámenes médico odontológico
ANEXO N°7	Fotografías de trabajo de campo
ANEXO N°8	Proyecto

## DEDICATORIA

**“Y que cada año traeríamos a la casa de Jehová las primicias de nuestra tierra y las primicias de nuestra tierra y las primicias del fruto de todo árbol.”**

Nehemías 10: 35

**Para Ti  
El Yo Soy**

**“En el principio existía el verbo, y el verbo estaba con Dios.**

**Desde el principio estaba con Dios.**

**Todas las cosas fueron hechas por él. Y nada de cuanto existe fue hecho sin él.”**

Juan 1: 1-3

## AGRADECIMIENTO

*A*

*A mis abuelos Claudio Rojas M. y Asunta Machaca de Rojas.  
Mi madre Violeta Rojas M.*

*A*

*Sus hermanos, mis Tíos y Tías.*

*A*

*Papá.*

## AGRADECIMIENTO

*A*

*Todos mis profesores y amigos que me apoyaron.*

*Gracias*

*A*

*Mi Asesor C.D. Roysi Factor Velez Toala*

*Bigo. Eddy Valeriano Arocutipa*

*Lic. Maria de Los Angeles Rivera Castro*

## AGRADECIMIENTO

*A*

*Rosario, secretaria de la EAD,*

*gracias a su eficiencia en su trabajo*

## **RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo determinar si existe relación inversa entre la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD (dientes, cariados, perdidos, obturados por caries) registrado en hijos del 1er y 2do secundaria.

Se aplicó el test de evaluación de competencia parental percibida versión padres (E CPP-P) a 76 madres, un mayor porcentaje percibía su competencia muy baja en sus factores; el índice CPOD promedio fue 10,8 muy alto según OMS.

Se concluye: existe una relación inversa baja entre los factores dedicación personal, ocio compartido, asesoramiento y orientación de la E CPP-P y el índice CPOD registrado en hijos. No se evidencia relación entre los factores implicación escolar, asunción del rol de ser madres y el índice CPOD.

## **ABSTRACT**

The present research has goals to determine if there is inverse relationship between perceived parental competence of mothers and the DMFT rate teeth (decayed, missing and filled carious) registered in their children from 1st and 2nd grade at high school.

The test was applied to the assessment of Perceived Parental Competence Parents' version (APPC-P) to 76 mothers in a greater percentage which perceived its competence very low in its factors; the rate DMFT average was 10.8 considered high according to WHO.

It's concluded that there is an inverse low relationship between the factors, personal commitment, shared leisure, advice and guidance of the APPC-P and the rate DMFT registered in children. There is no prove relationship between school factors and involvement assumption of the role being mother with DMFT rate.

## **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caries dental como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad<sup>1</sup>.

Sin embargo la caries dental en una intervención temprana puede tratarse o incluso evitarse<sup>1</sup>. En el caso de niños y adolescentes la prevención y curación recae sobre los padres<sup>2</sup>.

La escala de competencia parental percibida por las madres (competencia en relación a afrontar tareas educativas de los hijos/as de una manera satisfactoria y eficaz), evalúa la competencia de las madres en áreas de salud, educación y vida social de los hijos<sup>3</sup>.

El presente trabajo estudió la relación entre la competencia parental percibida por 76 madres y el índice CPOD registrado en sus hijos, que será para quienes lo lean, un aporte en su crecimiento como familia y después como sociedad.

**CAPÍTULO I**  
**EL PROBLEMA**

## **1.1. EL PROBLEMA**

### **1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Departamento de Estrategia Sanitaria del Ministerio de Salud advirtió que la incidencia de caries dental afecta al 95% de peruanos debido a la falta de buenos hábitos de higiene oral y a la inadecuada alimentación que se basa en hidratos de carbono, harinas y dulces, sobre todo entre los niños.

Los padres tienen la responsabilidad de cuidar de sus hijos. La madre mantiene, generalmente, un rol protector sobre ellos<sup>2</sup>.

La competencia parental percibida (CPP), es la percepción que tiene el padre o madre sobre su propio desempeño como tal<sup>3</sup>. Esta es afectada por diversos motivos como: separación, divorcio, problemas económicos, problemas sociales o debido a aspiraciones personales<sup>4</sup>.

En nuestro país las últimas Encuestas Demográficas y de Salud Nacional (ENDES), muestran que en la última década (2000-2010) los divorcios y separaciones se incrementaron

en un 51,52%, siendo un agravante para lograr una competencia parental óptima o buena<sup>5</sup>.

Para lograr una eficacia en la parentalidad los padres o madres deben tener conocimiento y la motivación suficiente para renunciar a necesidades personales a favor de sus hijos<sup>3</sup>.

En nuestra realidad se ve falta de interés de los padres en la curación de las caries dentales de sus hijos, a pesar de contar con el Seguro Integral de Salud (SIS).

A lo expuesto se plantea la siguiente pregunta:

#### **1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Existe relación entre la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos del 1er y 2do año de nivel secundario de la I. E. E. Manuel Flores Calvo en el distrito de Pocollay?

## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **- OBJETIVO GENERAL**

- a.** Determinar la relación de la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos estudiantes del 1er y 2do año de la I. E. E. Manuel Flores Calvo.

### **- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a.** Determinar el nivel de competencia parental percibida de madres de los estudiantes del 1er y 2do año de nivel secundario de la I. E. E. Manuel Flores Calvo.
- b.** Determinar el índice CPOD registrado en los estudiantes del 1er y 2do año de la I. E. E. Manuel Flores Calvo.
- c.** Determinar la relación entre la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos estudiantes del 1er y 2do año de nivel secundario de la I. E. E. Manuel Flores Calvo.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A través del presente trabajo se conocerá si existe relación entre la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos adolescentes. Será relevante en las siguientes áreas:

- a. Relevancia en el área cognitiva:** Siendo pocos los estudios realizados sobre la competencia parental en nuestra realidad. Permitirá tener información sobre la competencia parental de madres y la relación que pueda tener con el índice CPOD registrado en sus hijos estudiantes del 1er y 2do de secundaria.
- b. Relevancia académica:** Los resultados podrán ser compartidos con aquellos profesionales que estén interesados en la temática, tanto en el área de la odontología como en el ámbito de la psicología y ramas afines al tema en estudio.
- c. Relevancia política:** Los resultados del presente, de ser analizados, podrían llevar a realizar mayores estudios por parte del estado peruano que muestren la realidad familiar de nuestra

sociedad y cómo repercute en la salud integral de cada individuo que la compone.

**d. Relevancia social:** En nuestro país son pocos los estudios realizados sobre competencia parental por lo cual los proyectos o planes de trabajo no responden a la problemática de los padres en su amplitud. El presente trabajo será de gran aporte a nuestra sociedad ya que mostrará, a través de datos estadísticos, las necesidades de la competencia parental de las madres en sus diversos factores y mostrará ciertas recomendaciones para mejorar las mismas.

Por último, será de utilidad a otros investigadores que quieran ahondar en este problema y contribuyan a mejorar la salud integral de cada persona y familia de nuestra sociedad.

#### **1.4 HIPÓTESIS GENERAL**

Hipótesis a verificarse es:

“Existe una relación inversa entre los cinco factores de la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos”.

## 1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CÓDIGOS	NIVELES DE LA EVALUACIÓN
<b>ÍNDICE CPOD</b> (total de piezas cariadas, perdidas y obturadas por caries dental)	C: N° de piezas cariadas. P: N° de piezas perdidas. O:N°de piezas obturadas.	C: 1 y 2. P : 4 O :3	Muy bajo 0,0-1,1 Bajo 1,2-2,6 Moderado 2,7-4,4 Alto 4,5-6,5 Muy Alto >6,6
<b>COMPETENCIA PARENTAL TEST "ECPP"</b> (Es la auto_ evaluación de la competitividad de cada padre )	F <sub>1</sub> Implicación escolar. F <sub>2</sub> Dedicación personal. F <sub>3</sub> Ocio compartido F <sub>4</sub> Asesoramiento y orientación F <sub>5</sub> Asunción del rol de ser padres	1:Nunca o muy rara vez 2:Aveces o de vez en cuando 3:Casi siempre 4:Ocurre siempre	Muy bajo 0 - 20 Nivel bajo 21 - 40 Promedio 41 - 60 Buen nivel 61 - 80 Óptimo 81 -100

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## 2.1.-ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación diversos trabajos realizados:

### a. Antecedentes Internacionales:

- Mei-Ching Wong T. (2008). Relación entre el objetivo parental, la práctica de crianza y la competencia social en los jóvenes adolescentes en Hong Kong. Participaron 395 padres (74 padres y 321 madres) y los adolescentes (190 hombres y 205 mujeres) estudiantes del 7mo grado participaron en el estudio. La edad media de los estudiantes fue de 12,25 años (rango 10-15 años). Los participantes procedían de todas las clases del 7mo grado de tres escuelas secundarias ubicadas en tres distritos diferentes en Hong Kong por muestreo de conveniencia. La competencia social se correlacionó con la competencia social autopercebida por los adolescentes ( $r=0,13$ ,  $p<0,05$ ) y la competencia académica ( $r=0,158$ ,  $p<0,01$ ). El 43,5% de los padres estaban orientando a objetivos sociales, el 38,2% de padres orientados a objetivos académicos. El estudio reveló que la competencia social de los adolescentes, según la calificación de los padres y adolescentes mismos, fueron similares. La valoración de la competencia no

fueron significativamente relacionados con el objetivo parental percibido de los padres relacionados. Un análisis de varianza (ANOVA) reveló un efecto significativo de los estilos de crianza de los hijos en varias medidas de competencia social<sup>8</sup>.

- Urzúa A., Godoy J., Ocajo K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. De corte transversal se describe y analiza la relación existente entre los autoreportes de competencias parentales y calidad de vida. Se evaluó a 1130 niños/as y adolescentes chilenos entre 8 y 18 años de edad de establecimientos públicos, subvencionados y privados, a través del cuestionario de Calidad de Vida KIDSCREEN-52 en 10 dimensiones; la Escala Competencias Parentales ECPP-h en 3 dimensiones: Implicancia Escolar (IE), Resolución de Conflictos (RC) y Consistencia Disciplinar (CD). Se observaron diferencias en las dimensiones de calidad de vida y en las competencias parentales dadas por el sexo y el tipo de establecimiento educacional. La implicancia escolar y el control parental se hallan vinculados a diversos dominios de la calidad de vida, independientemente del rango de edad. Se llegó a la conclusión

que el involucramiento de los padres en asuntos escolares de los niños/as y adolescentes promueve el éxito escolar es percibido por los menores como positivo en cuanto su evaluación de bienestar, aportando información con el objeto de mejorar la calidad de vida de los niños/as y adolescentes<sup>9</sup>.

- Contreras Fernández, V. (2013) Competencia parental y discapacidad intelectual: un estudio comparativo de familias. Se llevó a cabo en dos escuelas de educación primaria y secundaria, y dos centros de educación especial, todas pertenecientes a la comunidad de Madrid-España. Esta investigación es de tipo ex post facto prospectivo simple. El total de la muestra es de 353 personas, de los cuales 187 pertenecen al grupo “padres” y 166 a la muestra denominada “hijos”. A su vez, la muestra “padres” se divide en dos submuestras: padres de hijos con discapacidad (PHCD) que equivalen a 113 personas y padres de hijos sin discapacidad (PHSD) que suman 74 personas. La muestra denominada “hijos”, también se divide en dos submuestras: hijos con discapacidad (HCD) e hijos sin discapacidad (HSD), con 92 y

74 personas respectivamente. La presencia de discapacidad intelectual (DI) muestra relación con el factor “asunción del rol de padres”, mientras que el resto de los factores muestra relación más bien con las características socio – demográficas de la familia. La variable “ocupación” muestra un nivel de significación con los factores de “ocio compartido” (F3) y “asesoramiento y orientación”. El nivel educativo de los padres interviene de manera significativa en el factor de “asesoramiento y orientación” (F4)<sup>10</sup>.

- Tapias Ledesma M., Martín Pero L., Hernández V., Jiménez R., Gil de Miguel A., (2003). Prevalencia de caries en una población escolar de 12 años, realizado en la ciudad de Móstoles. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de caries en una población escolar de 12 años y factores asociados a la misma. Estudio transversal en 452 escolares de 12 años edad de Móstoles-Madrid. Se efectuó la exploración odontológica siguiendo los criterios de la OMS. La prevalencia en dentición permanente es del 28,8% (IC 95%). El índice CAOD es del 0,61

(IC 95%: 0,48-0,73) y el índice cod 0,33 (IC 95%: 0,24-0,42). El índice SiC es de 1,82 (IC 95%: 1,55-2,09). Se concluyó que la prevalencia de caries en la población de 12 años de Móstoles ha disminuido. Un 71% de los escolares con dentición permanente está libre de caries<sup>11</sup>.

#### **b. Antecedentes Nacionales:**

- Valdez Dawson, R. (2013). Estrés y competencias parentales en madres de hijos con síndrome de Asperger. Se realizó en 33 madres de hijos con síndrome de asperger, en la ciudad de Lima; se observó una correlación significativa inversa y mediana entre la subescala “refuerzo” del parental stress index (PSI) y la escala “asesoramiento y orientación” de la ECPP ( $r_s=-.47$ ;  $p<.01$ ), se encontró también una correlación significativa, directa y mediana entre la subescala “humor” del PSI y la escala asunción del rol de ser madre de la ECPP ( $r_s=.39$ ;  $p<.05$ ), también se encontró una correlación significativa, directa y mediana entre la subescala

“adaptabilidad” del PSI y la escala “dedicación personal” de la ECPP ( $r_s=.37$ ;  $p<.05$ )<sup>7</sup>.

- Carranza Quiroz, A. (2011). Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Un total de 112 niños (N= 112), fueron seleccionados de manera aleatoria. El 58% (n= 65), fueron del género femenino, mientras que el 42% (n=47) del género masculino, la prevalencia de caries usando el índice de CPOD fue el 100% con alto riesgo generalizado, en donde el promedio de dientes cariados fue de 6,3; se llegó a la conclusión que el regular nivel de conocimientos de los padres sobre la caries dental y sus actitudes deficientes con respecto a la higiene oral, se reflejaron en los altos índices encontrados. Los padres no muestran interés ni supervisión del cuidado oral de sus hijos. Se encontró una alta frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos y una deficiente higiene oral generalizada. El índice de higiene oral (IHO-S) malo mostró que la

población estudiada muestra claramente la diferencia entre el nivel de conocimientos y actitudes de los padres<sup>12</sup>.

- Benavente Lipa L., et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación; con el estado de salud bucal del niño de 5 años de edad. Estudio analítico transversal. La muestra estuvo constituida por 143 madres con sus niños de 5 años de edad que acuden a establecimientos hospitalarios del MINSA y ESSALUD. Los niños en estudio presentaron una media de tres dientes afectados por caries dental, 13 dientes sanos y 2,7 no erupcionados; lo que significa que en promedio tienen un índice ceod moderado, un índice higiene bucal de 1,9 (malo). El puntaje promedio de conocimiento de las madres fue de 37,8 (regular). Se concluyó que hubo una ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal, que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años<sup>13</sup>.
- Castañeda Mostro M., Maita Veliz L., Romero Valverde M., Caries e higiene bucal en pacientes atendidos en la clínica del niño de la

facultad de odontología de la Universidad Mayor de San Marcos. Este se realizó en una población de 399 pacientes, la mayor población fue la de niños complejos pacientes con diversas patologías estomatológicas (20,8%), al igual que los pacientes bebés (20,8%). El mayor índice CPOD-ceod promedio de 5,21 en niños complejos y los niños discapacitados con 4,23 se encontró en el grupo de pacientes complejos y el menor índice promedio se encontró en bebés 2,26. Se concluyó que estos tres grupos se consideraron en riesgo, debido al alto índice mostrado en los pacientes complejos y discapacitados y en el caso de pacientes bebés por su salud bucal futura<sup>14</sup>.

### **c. Antecedentes regionales:**

- Cayo Sucasaca, R. (2011). Índice de higiene oral simplificada e índice de caries dental en alumnos de 6 a 12 años del nivel primario de la I. E. Gran Libertador Simón Bolívar del distrito de José Luis Bustamante y Rivero –Arequipa 2011. El tipo de investigación fue de campo, descriptivo; se realizó en 80 alumnos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el IHO-S fue de 1,37 el mismo que puede interpretarse como regular; el índice CPOD fue 1,7 considerado bajo según los criterios de la OMS, el índice ceod en dentición decidua fue de 4,92 valor alto según los criterios de la OMS<sup>15</sup>.
- Ángulo Ramírez, C. (2011). Perfil Epidemiológico bucal en escolares de 12 a 17 años de edad del nivel secundario de la I. E. 40061 estado de Suecia Cerro Colorado-Arequipa. Este estudio tuvo como objetivo obtener el perfil epidemiológico bucal en el distrito de Cerro Colorado específicamente en la I. E. 40061 estado de Suecia nivel secundario. Esta investigación se aplicó a

100 alumnos, se obtuvieron los siguientes resultados; el IHO-S fue de 1,5 considerado regular, el índice periodontal de Rusell 0,5 indica que se encuentra dentro de los parámetros de un periodonto normal, el índice CPOD fue de 10 que es categorizado como muy alto según los criterios OMS, además, se observó mayor frecuencia de apiñamiento en ambos maxilares<sup>16</sup>.

- Mendoza Subia, M. (2011). Perfil epidemiológico aplicado a los alumnos de 12 y 13 años de la I. E. S. Carlos José Echavarry Osacar del distrito de Tiabaya-Arequipa. La institución Carlos José Echavarry Osacar se encuentra en un distrito alejado y presenta recursos limitados, participaron 82 alumnos, el tipo de estudio fue de tipo transversal, descriptivo y de campo, se obtuvieron los siguientes resultados: IHO-S fue de 1,27 categorizado como regular, el índice periodontal de Rusell 1,22 periodonto normal, índice de caries dental CPOD 0,12 categorizado como bajo, resalta la prevalencia de arcos alineados del maxilar superior e inferior<sup>17</sup>.

- Abarca Concha, J. (2012). Interrelación del nivel socioeconómico e índice de caries en estudiantes de la I. E. E. 40062 Estación Vitor y en la I. E. P. San Fernando La Joya Arequipa 2012. El objetivo fue estudiar la caries dental en dos instituciones educativas distintas de Arequipa, La Joya donde existe la falta de servicios básicos y las características económicas deficientes. La investigación fue observacional, prospectiva, transversal, analítica de campo, se utilizó una cédula de entrevista, para recolectar los datos del NSE y la ficha odontológica (odontograma) los resultados mostraron que la mayoría de los alumnos (96,16) corresponden al NSE medio, el índice de caries (índice CPOD) promedio fue 4,2. El nivel socioeconómico (NSE) está relacionado con el Índice de caries en los estudiantes<sup>18</sup>.

**d. Antecedentes locales:**

- Sánchez Macchiavello, Alonso F. (2002), Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad y factores higiénico – dietético asociados en los colegios del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2002. Participaron 500 estudiantes de los centros educativos nacionales; Viñani, Gerardo Arias Copaja, Enrique Pallardelli y Jorge Chávez. Estudio observacional, de corte transversal. Se encontró un CPOD de 7,1 elevado debido a la poca frecuencia de higiene oral y al consumo de hidratos de carbono fermentables a la hora del recreo de los colegios, los hábitos de higiene oral en los niños de este distrito, según el índice simplificado de Greene y Vermillón, es malo y sus hábitos alimenticios fueron malos<sup>19</sup>.
- Valdez Romero, L. Comparación del flujo y pH salival en niños de 6 a 12 años con caries del centro educativo José Rosa Ara de la ciudad de Tacna 2004. Este estudio tuvo como objetivo comparar el flujo salival en escolares de 6 a 12 años que

presentan caries y que no presentan caries. Se tuvo la hipótesis si existe en la cavidad bucal un flujo salival aumentado y un pH normal la incidencia de caries será menor. El tipo de investigación fue analítico, operativo, prospectivo, y comparativo, en el grupo experimental se observó el ceod/CPOD promedio de 7,8<sup>20</sup>.

- Roque Ccantuta, S. (2005). Estudio comparativo de la influencia del nivel socioeconómico en los factores de riesgo de la caries dental en niños de 6 a 12 años, entre el C. E. P. San Agustín y el C. E. N. Gerardo Arias Copaja de la ciudad de Tacna, 2005. Este estudio compara y determina la influencia del nivel socioeconómico sobre los factores de riesgo de la caries dental en dos centros educativos de diferentes niveles socioeconómicos C. E. P. San Agustín y el C. E. N. Gerardo Arias Copaja de ambos sexos. Se concluyó los factores de riesgo en el nivel socioeconómico D (clase baja inferior); los niños presentan un porcentaje significativo en casi todos los factores de riesgo. La prevalencia de caries en niños del colegio

nacional es del 93,60 % encontrando un ceod elevado 7,23 y un CPOD de 4,11. La prevalencia de caries del colegio particular fue de 65,60% encontrando un ceod elevado de 4,38 y un CPOD de 2<sup>21</sup>.

- Quiroz Huarachi, D. (2007). Estudio y determinación de concentración de fluoruros en aguas de consumo humano en relación con la caries dental en escolares de 6 a 14 años del distrito de Calana. Participaron 194 escolares de 6-14 años de los centros educativos Victor Mayuri Claussen, Aurelia Arce Vildoso y el C.E. Santa Rita, los resultados fueron; El índice CPOD fue 1,62 y el índice ceod fue de 1,96 al realizar el análisis del agua fue de 0,99 ppm que se encuentra dentro de los parámetros normales según OMS. Existe una relación directa entre la concentración de fluoruros presente en el agua de consumo humano y la caries dental. El índice CPOD promedio fue de 1,62, la prevalencia de caries fue de 78,8 % en la población escolar<sup>22</sup>.

- Medina Chahuares, J. (2005). Prevalencia de caries dental en relación al índice de higiene oral en escolares de 6 a 12 años de edad de las instituciones educativas nacionales de la jurisdicción del distrito de Ciudad Nueva del departamento de Tacna en el año escolar 2005. El presente estudio se realizó en las instituciones educativas; Mariscal Cáceres, Manuel A. Odría, César Coahíla Tamayo, Simón Bolívar, participaron 2333 alumnos. La investigación fue de campo, correlacional. El índice ceod fue 3,81 nivel moderado y el índice CPOD global fue de 2,31 correspondiendo a un nivel bajo según criterios OMS. Se pudo concluir que existe cierto grado de relación entre la prevalencia de caries dental y el índice de higiene oral<sup>23</sup>.

## **2.2.-BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS**

### **2.2.1.-COMPETENCIA PARENTAL**

La Competencia Parental (CP) Es una forma para referirse a las capacidades y prácticas para cuidar, proteger y educar a los hijos y de esa manera asegurarles un desarrollo sano<sup>3</sup>.

Ser padre es una tarea compleja que requiere preparación, aprendizaje y varía según las necesidades del niño tal como lo cita la Dra. Sandra Azar<sup>4</sup>: “Ser padres es una tarea cognitiva compleja. A menudo, nos limitamos a decir: Ser padre es tener instinto de padre, ser padre es un trabajo”.

Varios investigadores coinciden que la competencia parental de los padres se ve afectada por tres áreas importantes; la primera el entorno de crianza; la segunda área es el niño, la tercera área son los padres. En el mundo actual, hay muchas decisiones que tomar sobre la paternidad y las exigencias impuestas a los padres por la sociedad son mayores<sup>4, 24, 25,26</sup>.

En el entorno de crianza incluye a los familiares más próximos como abuelos, tíos y escuela, pueden ser un apoyo para los padres o no, en términos más amplios, la Dra. Azar<sup>4</sup> hace la

diferencia entre las exigencias para el padre si este vive en un barrio con alto porcentaje de criminalidad, que si vive en una zona residencial<sup>4, 26</sup>.

El área del niño; Serán diferentes estrategias y retos de crianza que se espera para un niño con necesidades especiales, un niño adoptado, un hijo de crianza, o un hijo de un matrimonio anterior de su cónyuge<sup>4,26</sup>.

Si se habla de los padres, cabe mencionar el medio donde se desenvuelve el niño o adolescente que es la familia, que viene a ser el primer marco de referencia que tienen los hijos e hijas. En su entorno establecen los primeros vínculos afectivos y crean bases para su identidad y el desarrollo de la autoestima. Dentro de este sistema los padres juegan un papel fundamental en su desarrollo<sup>27</sup>.

Los padres tienen su propia historia, cargan con un pasado con carencias afectivas y en su presente pueden presentar dificultad para establecer relaciones de intimidad con su pareja también está la falta de habilidades sociales, estudios incompletos que no le permite acceder a un empleo con facilidad y la obtención

estable de recursos económicos, escasas redes de apoyo social, etc., de esta manera afrontan la tarea de ser padres, tal vez demasiado pronto y con escasos recursos personales y sociales<sup>4,25, 26</sup>.

Varios autores describen la necesidad del aprendizaje de habilidades. La Dra. Sandra Azar y sus colegas las dividen en las siguientes áreas<sup>4, 25, 27</sup>:

- La resolución de problemas.
- Habilidades cognitivas sociales, incluyendo control de los impulsos o autocontrol.
- El manejo del estrés, y las habilidades sociales como la empatía.

Dentro de estas o relacionada con ellas se encuentra la resiliencia<sup>29</sup>, esta ayudará a direccionar la elección de un estilo de crianza óptimo, que abarca la manera de corrección y relacionamiento de padres e hijos, es así como el niño o adolescente adquiere habilidades, motivaciones, actitudes y comportamientos que son necesarios para el éxito de una familia y cultura<sup>27, 28,29</sup>.

Los objetivos que debe tener un padre según Houghughí serían<sup>3</sup>:

- Cuidar (conociendo las necesidades físicas, sociales y emocionales de los hijos, protegerles de enfermedades evitables, de daños accidentes o abusos).
- Controlar (fijando y haciendo cumplir límites adecuados).
- Desarrollar (qué deben adquirir, aprender los niños o adolescentes en varias esferas y dominios de la vida).

Para lograr estos objetivos el padre debe tener<sup>3</sup>:

- Conocimiento, cómo los niños deben ser cuidados, cómo detectar posibles peligros y daños etc.
- Motivación para renunciar a necesidades personales a favor de los hijos.
- Recursos materiales y personales.
- Oportunidades como tiempo, espacio.

La escala de la competencia parental percibida por los padres (ECP) es la evaluación de competencia auto percibida de los padres y de las madres en relación a afrontar las tareas

educativas de sus hijos/as de una manera satisfactoria y eficaz<sup>3</sup>.

### **2.2.3.-ESCALA DE COMPETENCIA PARENTAL PERCIBIDA VERSIÓN PADRES (ECP-p)**

Es una herramienta, objetiva, validada y eficaz (en su dimensión social, educativa y de la salud).

Este material hace un balance de los aspectos positivos y negativos, así como resaltar los cambios que deben existir en el futuro.

#### **2.2.3.1.-COMPOSICIÓN FACTORIAL**

**F<sub>1</sub> Implicación escolar:** Los ítems 11, 21, 4, 13, y 15. Atendiendo a su contenido, este factor está midiendo la “Implicación escolar” de los padres. Este factor evalúa la participación de los padres en el proceso de aprendizaje de sus hijos y su implicación en las tareas que realizan en el colegio.

**F<sub>2</sub> Dedicación personal:** Los ítems; 10, 12, 9 ,5 y 20. Evalúa en qué medida los padres dedican sus tiempos y espacios para conversar, aclarar dudas etc. con sus hijos /as.

**F<sub>3</sub> El factor ocio compartido:** Analiza a la familia como un agente sociabilizador; es decir, se trata de una institución importante para que los hijos aprendan a conocer el medio en

que viven y a integrarse a él. En este aspecto las familias tienen una responsabilidad ineludible en la educación y formación de los hijos y el ocio forma parte de este proceso, en virtud del cual se forma la personalidad. Ítems; 6, 7, 8, 19.

**F<sub>4</sub> El asesoramiento y la orientación:** Está compuesto por los ítems 16, 14, 18 y 17. Está midiendo el asesoramiento y la orientación que proporcionan los padres a sus hijos y destaca la capacidad de diálogo y comunicación de los padres ante las demandas y necesidades de los hijos.

**F<sub>5</sub> Asunción del rol de ser padres:** Está compuesto por los ítems. 2, 22, 3 y 1, pretende medir hasta qué punto los progenitores se han adaptado a las circunstancias que conlleva el nacimiento de un hijo.

La Puntuación Directa (PD) de cada factor fue convertida en centiles (tabla N°1).

- Escala percentil:

Nivel muy bajo	00-20
Nivel bajo	21 - 40
Promedio	41 - 60
Buen nivel	61 - 80
Óptimo	81-100

Tabla N°1: Tipo de encuesta cumplimentada aplicada a mujeres

Conversiones a puntuación centil<sup>3</sup>.

<b>MUJERES</b>						
<b>P.D.</b>	<b>F<sub>1</sub></b>	<b>F<sub>2</sub></b>	<b>F<sub>3</sub></b>	<b>F<sub>4</sub></b>	<b>F<sub>5</sub></b>	<b>P.D.</b>
<b>4</b>	-	-	0,26	0,26	0,25	<b>4</b>
<b>5</b>	0,51	0,25	0,64	0,64	0,51	<b>5</b>
<b>6</b>	1,02	0,51	1,40	1,15	0,76	<b>6</b>
<b>7</b>	1,40	0,76	2,42	1,67	1,02	<b>7</b>
<b>8</b>	1,90	1,01	5,87	2,56	1,27	<b>8</b>
<b>9</b>	2,41	1,27	12,50	5,51	1,78	<b>9</b>
<b>10</b>	4,44	1,52	22,19	11,03	2,42	<b>10</b>
<b>11</b>	8,50	1,90	34,18	18,46	4,20	<b>11</b>
<b>12</b>	14,59	2,41	48,21	30,26	9,80	<b>12</b>
<b>13</b>	23,48	3,67	64,80	46,41	20,87	<b>13</b>
<b>14</b>	34,77	6,84	80,36	64,74	37,66	<b>14</b>
<b>15</b>	46,70	11,90	91,20	80,77	58,65	<b>15</b>
<b>16</b>	59,39	19,49	97,58	93,59	84,99	<b>16</b>
<b>17</b>	70,43	33,16	-	-	-	<b>17</b>
<b>18</b>	80,33	50,63	-	-	-	<b>18</b>
<b>19</b>	90,74	68,73	-	-	-	<b>19</b>
<b>20</b>	97,72	89,24	-	-	-	<b>20</b>

#### **2.2.4.-ÍNDICE CPOD**

Las enfermedades bucales más comunes son la caries dental y la enfermedad periodontal<sup>30</sup>.

La caries dental es una enfermedad infecciosa que puede ocurrir cuando las bacterias cariogénicas colonizan una superficie de diente en la presencia de carbohidratos en la dieta especialmente azúcares refinados. Las bacterias metabolizan los hidratos de carbono, la producción de ácido láctico, que con el tiempo desmineraliza la estructura del diente<sup>2</sup>. Lo padecen entre el 60% al 90% de escolares de todo el mundo<sup>30</sup>.

La OMS utiliza el índice CPOD para registrar la ocurrencia de caries en la vida de una persona<sup>1, 30</sup>.

El índice CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1938) durante un estudio sobre el estado y la necesidad de tratamiento dental en niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown (Maryland, EEUU); registra la experiencia de caries pasada y presente en 28 dientes (se excluyeron los terceros molares) considerando los dientes con lesiones cariosas cavitarias y los tratamientos realizados. Se obtiene mediante la

sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados presentes e incluye las extracciones indicadas<sup>31</sup>.

Los datos se obtienen de manera sencilla y objetiva, es reconocido por la OMS en función de la vigencia que tiene por ser utilizado actualmente por profesionales e instituciones de todo el mundo <sup>31, 32</sup>.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son: 5-6, 12,15, 18, 34-44, 60-74 años<sup>32</sup>.

El índice CPOD a los 12 años es generalmente utilizado en las investigaciones referidas al estado dentario de los niños/as ya que permite el análisis comparado entre grupos, países o regiones<sup>31, 32</sup>.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porcentaje o promedio. Esto es muy importante al comparar poblaciones<sup>32</sup>.

Se lo utiliza en la dentición permanente, escribiéndoselo en letras mayúsculas.

**Signos:**

- **C**= Caries
- **O**=Obturaciones
- **P**=Perdidos

El Índice CPOD Individual es la sumatoria de los dientes cariados (C), obturados (O), perdidos (P), en cada individuo;

$$\text{Índice CPOD (individual)} = \text{Cariados} + \text{Obturados} + \text{Perdidos}$$

Cuando se aplica sobre una población resulta del promedio de la sumatoria de los CPOD individual sobre el total de los individuos.

$$\text{CPOD (grupal)} = \frac{\text{Sumatoria de Índices individuales}}{\text{Número de Examinados}}$$

La OMS en 1997 publicó la cuarta edición del texto “encuestas de salud bucodental, métodos básicos”<sup>21</sup>, este material permite comparar la realidad de salud oral de diferentes grupos étnicos.

Usa un formulario para el registro de índices de OMS (Tabla N°2).El índice de dientes, carizados, perdidos y obturados (CPOD) se puede calcular a partir de la información que se obtiene a través de este registro. El componente “C” incluye todos los dientes cuyo código es 1 o 2. El componente “P” abarca los de código 4 en los sujetos menores a 30 años, y los de código 4 o 5 en los sujetos de 30 años o más, es decir, los dientes perdidos por caries o por cualquier otro motivo. En el componente “O” sólo se incluyen los dientes del código 3. El CPOD se calcula respecto a 32, esto es, el número total de dientes permanentes, incluidos los terceros molares. Los dientes codificados con el número 6 (sellante) o 7 (soporte de puente, corona especial o funda/implante) no son incluidos en los cálculos de CPOD (OMS, 1997)

Los niveles para el índice CPOD son:

Muy bajo 0,0-1,1

Bajo 1,2-2,6

Moderado 2,7-4,4

Alto 4,5-6,5

Muy Alto >6,6

**Tabla N°2** Formulario para el registro del índice CPOD (OMS) <sup>32</sup>

<b>CÓDIGO</b>		<b>CONDICIÓN/ESTADO</b>
<b>DIENTE PERMANENTE</b>		
<b>CORONA</b>	<b>RAÍZ</b>	
<b>0</b>	0	Sano
<b>1</b>	1	Cariado
<b>2</b>	2	Obturado con caries
<b>3</b>	3	Obturados, sin caries
<b>4</b>	-	Perdido por caries
<b>5</b>	-	Perdido, por cualquier otra razón
<b>6</b>	-	Sellante de fisura
<b>7</b>	7	Pilar de puente
<b>8</b>	8	Diente sin erupcionar (corona)/raíz cubierta
<b>T</b>	-	Trauma (fractura)
<b>9</b>	9	No registrado

**2.2.4.1.-Criterios para el diagnóstico y la codificación (entre paréntesis los códigos)<sup>32,33</sup>:**

- **Sano (0):** Cuando no hay evidencia de caries clínica o que no haya sido tratada por caries. Deben excluirse los estados de caries que preceden la cavitación, como también otras condiciones similares a caries incipientes. Por lo tanto, se codifican como sana:

- Manchas blancas
- Manchas blancas o rugosidades descoloridas que no son blandas al examinarlas.
- Puntos y fisuras teñidas en el esmalte que no tienen signos visuales de esmalte socavado o reblandecimiento de piso o paredes identificado.
- Áreas puntuales, oscuras, brillantes de esmalte en un diente que presenta signos moderados o severos de fluorosis.
- Lesiones que, en base a su distribución o historia, a examen visual/táctil, parecen ser debidas a abrasión.

- **Raíz sana:** Se registra una raíz como sana cuando está cubierta y no presenta signos de caries clínica tratada o sin tratar (las raíces cubiertas se codifican con el cód. 8).

- **Corona cariada (1):** Se registra caries cuando una lesión en un punto o fisura tiene una inequívoca cavitación, esmalte socavado, o piso pared reblandecidos. Un diente con obturación provisoria o sellante (código 6) pero cariado debe ser incluido en esta categoría. En caso que la corona ya ha sido destruida por caries y solamente persiste la raíz, se considera que la caries se ha originado de la corona y por lo tanto, se codifica como diente cariado.

**Raíz cariada:** Es registrada cuando la lesión se observa reblandecida o correosa. Si la caries de la raíz está separada de la presente corona y requiera de un tratamiento separado, debe registrarse como caries de raíz. En el caso de lesiones de caries únicas que afectan tanto a la corona como a la raíz, se registra como cariado el origen probable de la lesión. Si no

es posible determinar el origen se registran como cariadas tanto la corona como la raíz.

- **Corona obturada, con caries (2):** Se considera que una corona esta obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que están cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.

**Raíz obturada con caries:** Se considera que una raíz esta obturada y con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas cariadas, sin diferenciar la caries primaria de la secundaria. En cualquier restauración que comprenda tanto la corona como la raíz con caries secundaria, se registra como obturado por caries, la localización más probable de la caries primaria. Cuando es imposible decidir el origen de la caries primaria, se registra la corona y la raíz como obturadas por caries.

- **Corona obturada sin caries (3):** Se considera que una corona está obturada sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con un diente con una corona colocada debido a una caries anterior. Se aplica el código 7 a un diente que presenta una corona por cualquier motivo distinto a la caries por ej. El pilar de un puente.

**Raíz obturada sin caries:** Se considera que una raíz esta obturada, sin caries, cuando se encuentran una o más restauraciones permanentes y no hay caries en ninguna parte de la raíz. En cualquier restauración que comprenda tanto la corona como la raíz, se registra como obturada la localización más probable de caries primaria. Cuando es imposible decidir el origen, se registran la corona o la raíz como obturadas.

- **Diente perdido como resultado de caries (4).** Son los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries incluyendo el registro en el estado de la corona. Para dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de la ausencia. En algunos grupos de edad puede ser difícil diferenciar entre los dientes sin erupcionar (código 8) y los dientes perdidos (código 4 ó 5). No debe utilizarse el código 4 para los dientes que se consideran perdidos por motivo distinto a caries.

- **Diente permanente perdido por cualquier otro motivo (5):**

Este código se utiliza para los dientes permanentes que se consideran ausentes de modo congénito o que se han extraídos por motivos ortodóncicos, periodontales, traumatismos, etc.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1.- DISEÑO DE ESTUDIO**

El diseño de la investigación es básica, correlacional, y de corte transversal.

### **3.2.- RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el caso de las madres se utilizó el test de Escala de Competencia Parental Percibida versión padres.

En los niños. Se utilizó la técnica de observación clínica intraoral, se verificó la presencia de caries con la utilización de un explorador para el registro de ocurrencia de caries dental en la ficha epidemiológica.

Ambos instrumentos serán descritos a continuación:

#### **a. TEST DE ESCALA DE COMPETENCIA PARENTAL:** (Anexo N° 1)

Para la evaluación de la competencia Parental percibida de las madres se utilizará “Escala de Competencia Parental Percibida” (E CPP-p) versión padres (Bayot, et, al), mide la percepción que los padres tienen respecto a sus actitudes, conductas y habilidades parentales y su participación activa en sus diferentes ámbitos de la relación filial. Cuenta con un tipo de escala Likert, según el nivel de frecuencia con el que ocurre en la actualidad cada uno de los 22 ítems, distribuidos en cinco escalas o factores; implicación escolar, dedicación personal, ocio

compartido, asesoramiento y orientación, asunción del rol de ser padre. La consistencia interna a través del Alfa de Cronbach es alta ( $\alpha=0,86$ ). Muestra validez discriminante para distinguir a los participantes en función del sexo, la profesión, el grado de instrucción. El coeficiente de homogeneidad, todos los ítems mantienen una correlación corregida entre 0,22 y 0,60 con la puntuación total de la escala.

#### **b. FICHA ESTOMATOLÓGICA CON LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN OMS**

Para la evaluación del índice CPOD se utilizó la “FICHA ESTOMATOLÓGICA” con los criterios de evaluación, clasificación establecidos por la OMS (Anexo N° 2) la última publicación en 1997.

### **3.3.- PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Previa solicitud se recibió autorización por parte de la I. E. E. Manuel Flores Calvo para realizar proyecto de tesis (Anexo N° 3).
- Se explicó el proyecto a los padres, se envió una esquila de autorización (Anexo N° 4).
- Los exámenes odontológicos se realizaron en horas libres o de tutoría.
- Se preparó un lugar especial en el aula. Se explicó personalmente a cada participante sobre lo que se realizaría, adoptando medidas de bioseguridad, se procedió a realizar el examen odontológico, realizado por cuadrantes, se terminó con una verificación, conjuntamente se llenaron las fichas odontológicas.(Anexo N° 7)
- Durante el procedimiento se utilizaron: pinza para algodón, explorador y espejo bucal, solo en piezas con caries evidentes y profundas con destrucción coronaria, se evitó el uso del explorador para evitar el dolor o alguna molestia.
- Al finalizar, el instrumental utilizado fue transportado y desinfectado fuera de las instalaciones del colegio, se terminó con el proceso de esterilización en la clínica odontológica de la UNJBG.

- Los resultados, de dientes cariados, perdidos, obturados por sus respectivos códigos, se llenaron en la parte inferior de la misma ficha.
- La aplicación del Test ECPP-P. Con una previa capacitación, se aplicó el test de manera individual, a un total de 96 participantes durante 2 meses.
- Teniendo ambas fichas epidemiológicas se procedió a la depuración según los criterios de exclusión establecidos.
- Con la muestra de 76 participantes, obtuvo el índice CPOD grupal. Clasificando los resultado según los niveles establecidos por la OMS.

Los niveles para el Índice CPOD son:

- Muy bajo 0,0-1,1
- Bajo 1,2-2,6
- Moderado 2,7-4,4
- Alto 4,5-6,5
- Muy Alto >6,6

- La corrección del test de competencia parental percibida se realizó de manera manual e individual con la planilla de corrección indicada (Anexo N°5), procediendo luego a convertir en percentiles los resultados obtenidos de cada factor, utilizando la tabla de conversión correspondiente a mujeres.
- Los resultados por factor fueron interpretados según la escala para percentil

Escala percentil:

- Nivel muy bajo 00 - 20
- Nivel bajo 21 - 40
- Promedio 41 - 60
- Buen nivel 61 - 80
- Óptimo 81-100

### **3.4. Técnica de análisis de datos**

#### **- Procesamiento:**

- El vaciado de la información se realizó en el programa Excel 2010 XP y todo procesamiento de datos fue computarizado.

#### **- Análisis estadístico:**

- El paquete estadístico que se utilizó fue SPSS versión 18.
- Para la correlación de las variables se utilizó el programa de correlación PEARSON.

### 3.5.- UNIDADES DE ESTUDIO

#### 3.5.1.-POBLACIÓN

Las madres y sus hijos estudiantes con edades comprendidas 11 y 14 años del 1er y 2do año de la I. E. E. Manuel Flores Calvo.

#### 3.5.2.- MUESTRA

Se trabajó con una muestra 76 madres y sus respectivos hijos.

$$n = \frac{Z^2 NPQ}{\varepsilon^2 (N - 1) + Z^2 PQ} = 76,2297847 = 76$$

Donde:

N=100  
Z=1,96  
P=0,5  
Q=0,5  
E=0,055

### **3.5.3.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Estudiantes del 1er y 2do año de educación secundaria de la I.E. E. Manuel Flores Calvo con sus respectivas madres.
- Que acepten participar del estudio.
- Estudiantes entre las edades de 11 a 14 años 11mese o que cumplan 15 años durante el periodo de la investigación.

### **3.5.4.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Madres que rechacen participar del estudio.
- Estudiantes adolescentes que tengan carga familiar o sean independientes.
- Madres divorciadas, que durante el periodo de la investigación no vivan de manera permanentemente con sus hijos

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO**

La muestra está conformada por 76 estudiantes del 1er y 2do año de educación secundaria de la I.E.E. Manuel Flores Calvo, con sus respectivas madres, en el cual se aplicó un “Test de Escala de Competencia Parental Percibida (ECP-p)” de autoría de Agustín Mestre, Hernández Viadel y Colaboradores. Validada en España y estandarizada en Perú (Anexo N° 1), y a la vez se realizó una evaluación de índice de CPOD a cada estudiante. Las características de la muestra según el sexo se presentan en el siguiente cuadro:

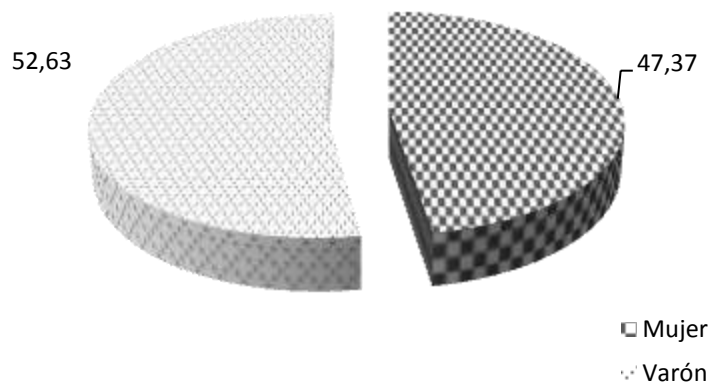
**Cuadro 1. Distribución de estudiantes, según el sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Mujer</b>	36	47,37
<b>Varón</b>	40	52,63
<b>Total</b>	76	100,00

**Fuente:** Test de competencia parental.

### **Interpretación**

En el cuadro se observa, el 52,63% son varones, mientras que el 47,37% son mujeres, lo cual establece que el número de niños y niñas son aproximadamente equiparables.



Fuente: Cuadro 1.

**Figura 1.** Distribución porcentual de estudiantes, según el sexo.

#### 4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE COMPETENCIA PARENTAL

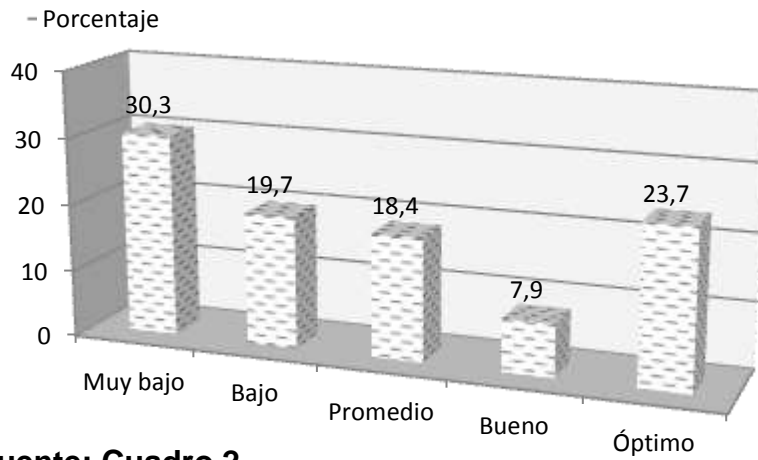
**Cuadro 2. Niveles de competencia parental en la dimensión  
“Implicación escolar”**

<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Muy bajo</b>	23	30,3	30,3
<b>Bajo</b>	15	19,7	50,0
<b>Promedio</b>	14	18,4	68,4
<b>Bueno</b>	6	7,9	76,3
<b>Óptimo</b>	18	23,7	100,0
<b>Total</b>	76	100,0	

**Fuente:** Test de competencia parental.

#### **Interpretación**

En el cuadro se observa, el 30,3% de los niños y niñas tienen una participación de las madres en el proceso de aprendizaje y su implicación en las tareas que realizan en el colegio muy baja, seguida por: el nivel óptimo con un 23,7%; nivel bajo 19,7%; nivel promedio 18,4% y el nivel bueno por 7,9%.



**Fuente: Cuadro 2.**

**Figura 2.** Niveles de competencia parental en la dimensión “Implicación escolar”.

**En conclusión,** se observa que no hay una tendencia común participativa de las madres a sus hijos y por lo tanto las actitudes percibidas en la encuesta pueden o no tener una implicación escolar

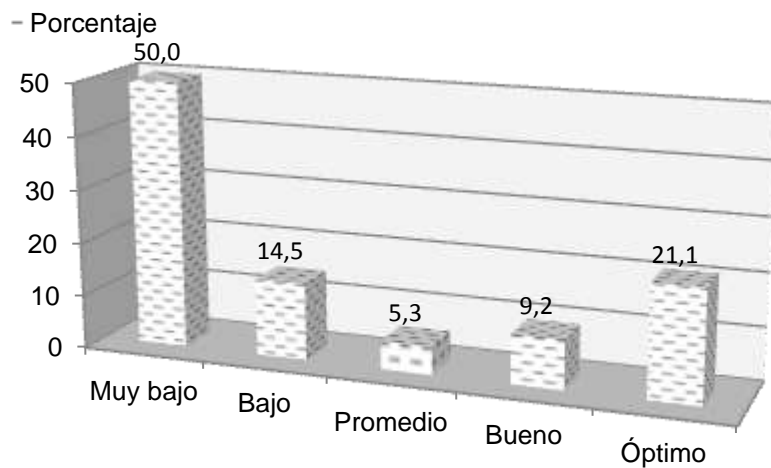
**Cuadro 3. Niveles de competencia parental en la dimensión  
“Dedicación personal”**

<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Muy bajo</b>	38	50,0	50,0
<b>Bajo</b>	11	14,5	64,5
<b>Promedio</b>	4	5,3	69,7
<b>Bueno</b>	7	9,2	78,9
<b>Óptimo</b>	16	21,1	100,0
<b>Total</b>	76	100,0	

Fuente: Test de competencia parental.

**Interpretación**

Según el cuadro se observa que la mitad (50%) de los intervenidos, muestran un nivel muy bajo, seguida por: el nivel óptimo en un 21,1%; el nivel bajo con un 14,4%; el nivel bueno con un 9,2% y el promedio con un 5,2%.



**Fuente: Cuadro 3.**

**Figura 3.** Niveles de competencia parental en la dimensión "Dedicación personal".

**En conclusión,** se observa que hay una tendencia mayoritaria negativa en la dedicación de las madres en sus tiempos y espacios para conversar, aclarar dudas, etc., con sus hijos /as.

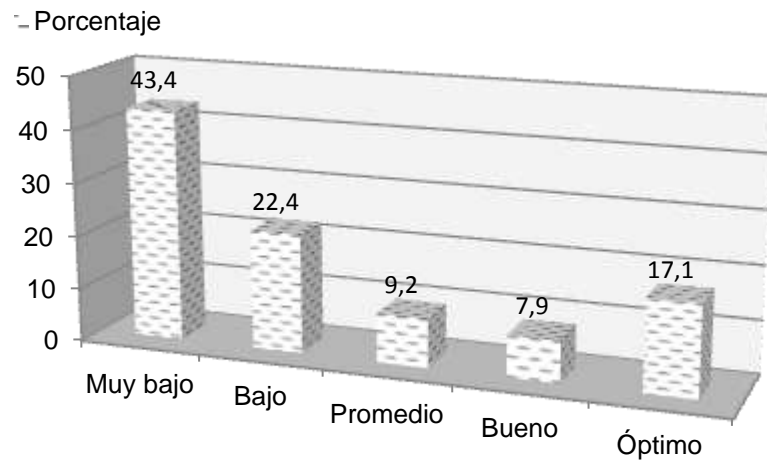
**Cuadro 4. Niveles de competencia parental en la dimensión  
“Ocio compartido”**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bajo	33	43,4	43,4
Bajo	17	22,4	65,8
Promedio	7	9,2	75,0
Bueno	6	7,9	82,9
Óptimo	13	17,1	100,0
Total	76	100,0	

Fuente: Test de competencia parental.

### **Interpretación**

Se observa que el 43,4% tienen un nivel muy bajo en la dimensión “ocio compartido”, seguida por: el nivel bajo en un 22,4%; el nivel óptimo con un 17,1%; el nivel promedio con un 9,2% y el bueno con un 7,9%.



**Fuente: Cuadro 4.**

**Figura 4.** Niveles de competencia parental en la dimensión "Ocio compartido".

**En conclusión,** se observa mayoritariamente en los intervenidos que no existe un compartir de comentarios y análisis del medio en que viven para que influya positivamente en la debida integración de los hijos/as en nuestra sociedad.

**Cuadro 5. Niveles de competencia parental en la dimensión**

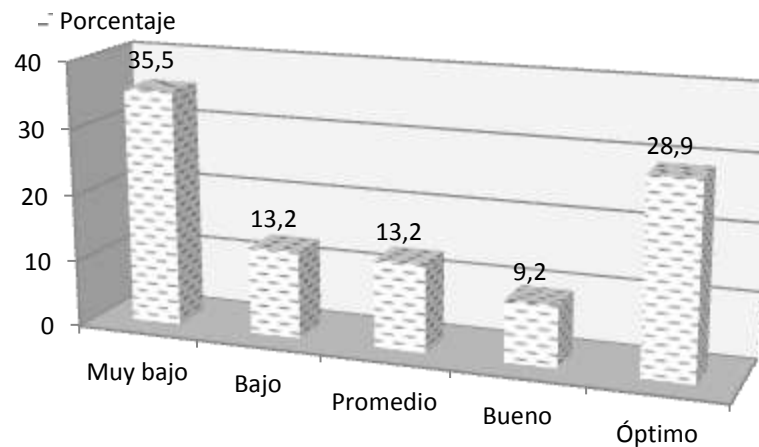
**“Asesoramiento y orientación”**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bajo	27	35,5	35,5
Bajo	10	13,2	48,7
Promedio	10	13,2	61,8
Bueno	7	9,2	71,1
Óptimo	22	28,9	100,0
Total	76	100,0	

Fuente: Test de competencia parental.

**Interpretación**

En el cuadro se observa que el 35,5% tienen un nivel muy bajo en la dimensión “asesoramiento y orientación”, seguida por: el nivel óptimo en un 28,9%; el nivel bajo y promedio con un 13,2% y el bueno con un 9,2%.



**Fuente: Cuadro 5.**

**Figura 5.** Niveles de competencia parental en la dimensión "asesoramiento y orientación".

**En conclusión,** se observa que no hay una tendencia claramente marcada a los extremos negativos o positivos de la dimensión en análisis, por lo cual permite deducir que el asesoramiento y la orientación que proporcionan los padres a sus hijos/as, no destacan la capacidad de diálogo y comunicación de manera regular o permanente.

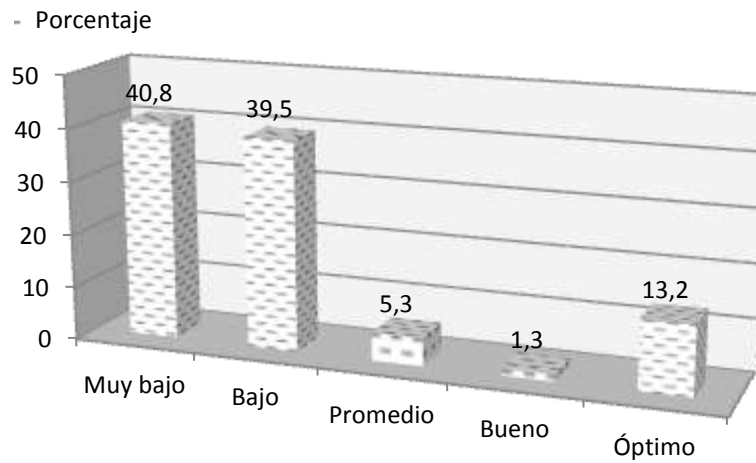
**Cuadro 6. Niveles de competencia parental en la dimensión  
“Asunción del rol de ser madre”**

<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Muy bajo</b>	31	40,8	40,8
<b>Bajo</b>	30	39,5	80,3
<b>Promedio</b>	4	5,3	85,5
<b>Bueno</b>	1	1,3	86,8
<b>Óptimo</b>	10	13,2	100,0
<b>Total</b>	76	100,0	

**Fuente:** Test de competencia parental.

### **Interpretación**

En el cuadro se observa que el 40,8% tienen un nivel muy bajo en la dimensión “Asunción del rol de ser madre”, seguida por: el nivel bajo en un 39,5%; el nivel óptimo en un 13,2%; el nivel promedio en un 5,3% y el bueno con un 1,3%.



**Fuente: Cuadro 6.**

**Figura 6.** Niveles de competencia parental en la dimensión “asunción del rol de ser madre”.

**En conclusión,** se observa que no hay una adaptación mayoritaria de las madres a las circunstancias que conlleva el nacimiento de un hijo.

#### 4.3. DESCRIPCIÓN DEL ÍNDICE DE CPOD

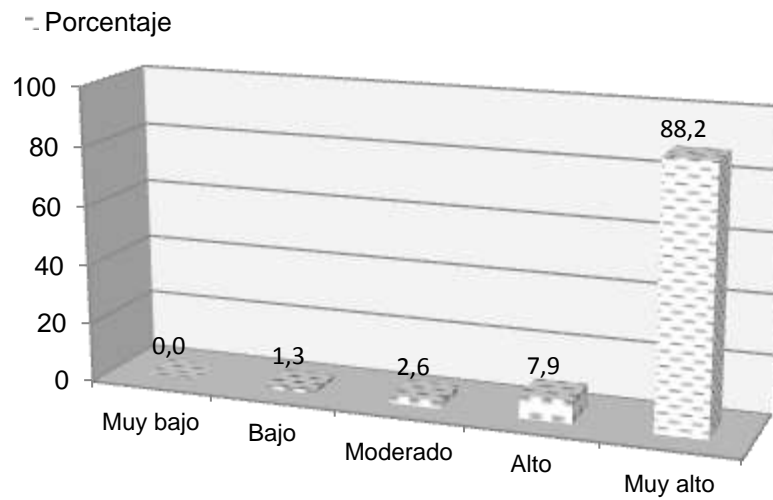
Los resultados del índice CPOD se han categorizado en diferentes niveles cuyos resultados se presentan a través de cuadros y gráficos.

**Cuadro 7. Niveles de índice de CPOD**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bajo	0	0,0	0,0
Bajo	1	1,3	1,3
Moderado	2	2,6	3,9
Alto	6	7,9	11,8
Muy alto	67	88,2	100,0
Total	76	100,0	
CPOD	$\bar{x}=10,8$		

**Fuente:** Evaluación propia.

En el cuadro se observa que el 88,2% tienen un nivel muy alto de índice de CPOD, seguida por: el nivel alto en un 7,9%; el nivel moderado en un 2,6% y el nivel bajo con un 1,3%.



**Fuente: Cuadro 7.**

**Figura 7.** Niveles de índice de CPOD.

**En conclusión,** se observa que hay una alta presencia de dientes permanentes cariadas, perdidas y obturadas.

#### 4.4.CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Para la comprobación de la hipótesis, que presenta cinco factores, previamente se formularon hipótesis estadísticas que se contrastaron, como a continuación se muestra:

- **HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 1**

La primera hipótesis estadística planteada es contrastar que: A una menor competencia parental percibida en la dimensión “implicación escolar” por las madres se observará que el registro del índice CPOD será mayor en hijos.

**i. Formulación de hipótesis estadística**

**Hipótesis nula (Ho):** No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Implicación escolar” y el registro del índice CPOD.

$$H_0: \rho > 0$$

**Hipótesis alternativa (Ha):** Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Implicación escolar” y el registro del índice CPOD.

$$H_0: \rho < 0$$

ii. Nivel de significación:  $\alpha = 0,05$

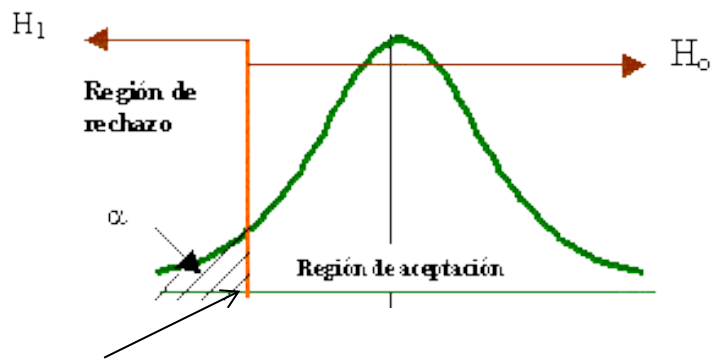
iii. Estadígrafo de prueba

Se aplica la fórmula de la prueba de t de Student con (n-2) grados de libertad.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{donde: } -1 \leq r_s \leq 1$$

$$t = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r_s^2}{n - 2}}}$$

#### iv. Zona de aceptación y de rechazo



$$T_t = -1,76$$

Zona de aceptación :  $< -1,76; \infty >$

Zona de rechazo :  $< -\infty; -1,76 >$

**v. Resultados de la aplicación del estadígrafo de prueba**

Hallando el valor de  $T_c$ , se tiene:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} = -0,169$$

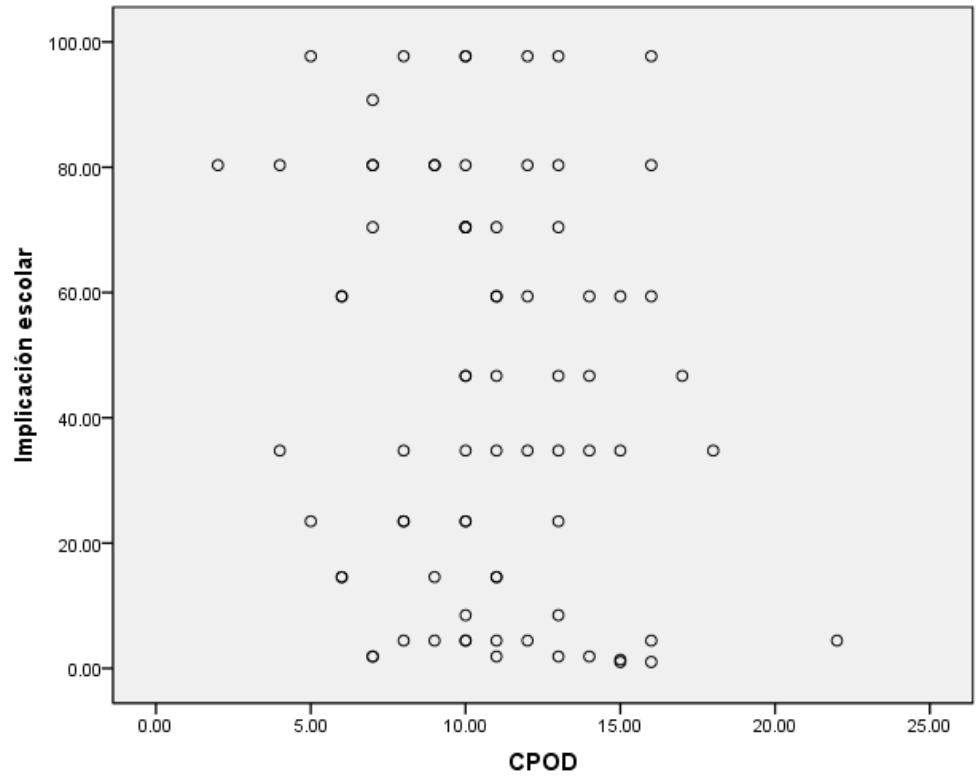
$$T_c = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}} = -1,475$$

**vi. Regla de Decisión**

Como  $T_c = -1,475 \in < -1,76; \infty >$ , entonces se acepta  $H_0$ .

**Conclusión**

“No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Implicación escolar” y el registro del índice CPOD, con un nivel de significación del 5%”.



**Fuente:** Índice CPOD y encuesta aplicada.

**Figura 8.** Diagrama de dispersión de la dimensión implicación escolar y el índice CPOD.

## - HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 2

La segunda hipótesis estadística planteada es contrastar que:  
A una menor competencia parental percibida en la dimensión “Dedicación personal” por las madres se observará que el registro del índice CPOD será mayor en hijos.

### i. Formulación de hipótesis estadística

**Hipótesis nula (Ho):** No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Dedicación personal” y el registro del índice CPOD.

$$H_0: \rho > 0$$

**Hipótesis alternativa (Ha):** Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Dedicación personal” y el registro del índice CPOD.

$$H_0: \rho < 0$$

### ii. Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

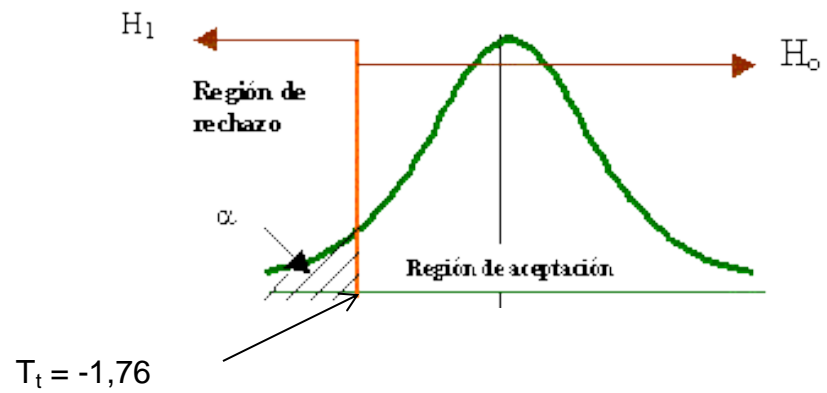
### iii. Estadígrafo de prueba

Se aplica la fórmula de la prueba de t de Student con (n-2) grados de libertad.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{donde: } -1 \leq r_s \leq 1$$

$$t = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}}$$

#### iv. Zona de aceptación y de rechazo



Zona de aceptación :  $< - 1,76; \infty >$

Zona de rechazo :  $< -\infty; -1,76 >$

## v. Resultados de la aplicación del estadígrafo de prueba

Hallando el valor de  $T_c$ , se tiene:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} = -0,202$$

$$T_c = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}} = -1,77$$

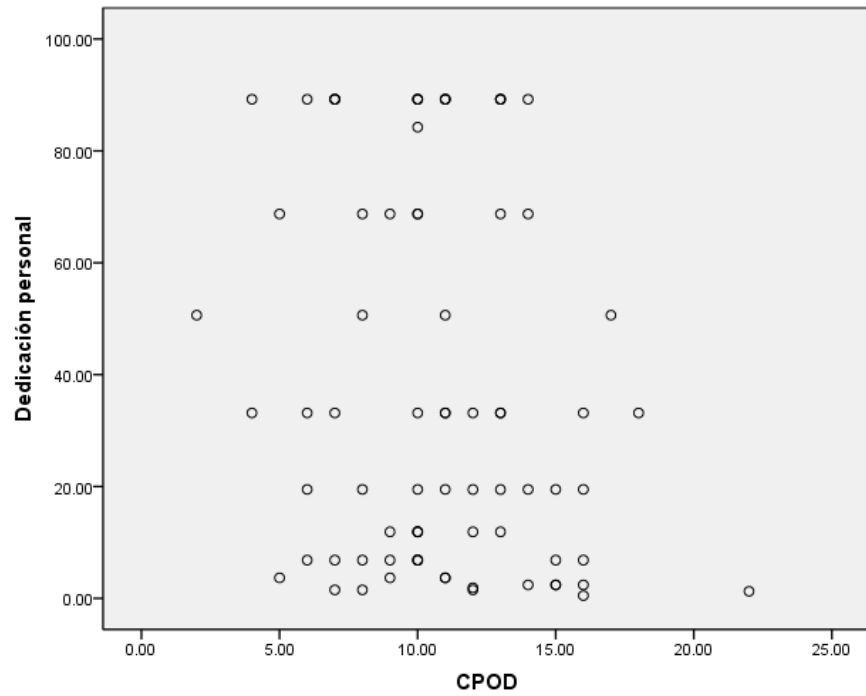
## vi. Regla de Decisión

Como  $T_c = -1,77 \notin < -1,76; \infty >$ , entonces se rechaza

$H_0$ .

## Conclusión:

“Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Dedicación personal” y el registro del índice CPOD, con un nivel de significación del 5%”.



Fuente: Índice CPOD y encuesta aplicada.

**Figura 9.** Diagrama de dispersión de la Dimensión dedicación personal y el índice CPOD.

### - HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 3

La tercera hipótesis estadística planteada es contrastar que: A una menor competencia parental percibida en la dimensión “ocio compartido” por las madres se observará que el registro del índice CPOD será mayor en hijos.

#### i. Formulación de hipótesis estadística

**Hipótesis nula (Ho):** No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Ocio compartido” y el registro del índice CPOD.

$$Ho: \rho > 0$$

**Hipótesis alternativa (Ha):** Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Ocio compartido” y el registro del índice CPOD.

$$Ho: \rho < 0$$

#### ii. Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

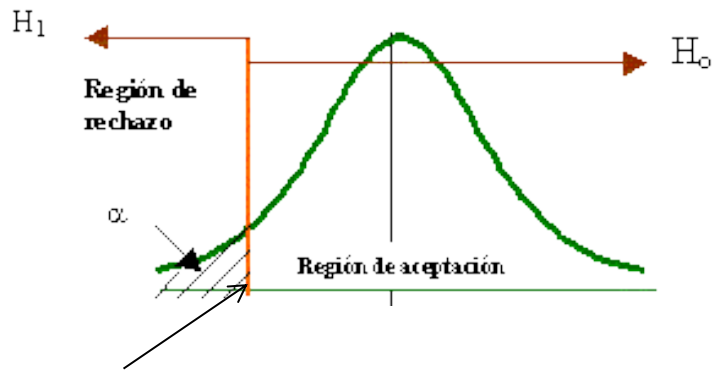
### iii. Estadígrafo de prueba

Se aplica la fórmula de la prueba de t de Student con (n-2) grados de libertad.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{donde: } -1 \leq r_s \leq 1$$

$$t = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}}$$

iv. Zona de aceptación y de rechazo



$$T_t = -1,76$$

Zona de aceptación :  $< -1,76; \infty >$

Zona de rechazo :  $< -\infty; -1,76 >$

**v. Resultados de la aplicación del estadígrafo de prueba**

Hallando el valor de  $T_c$ , se tiene:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} = -0,279$$

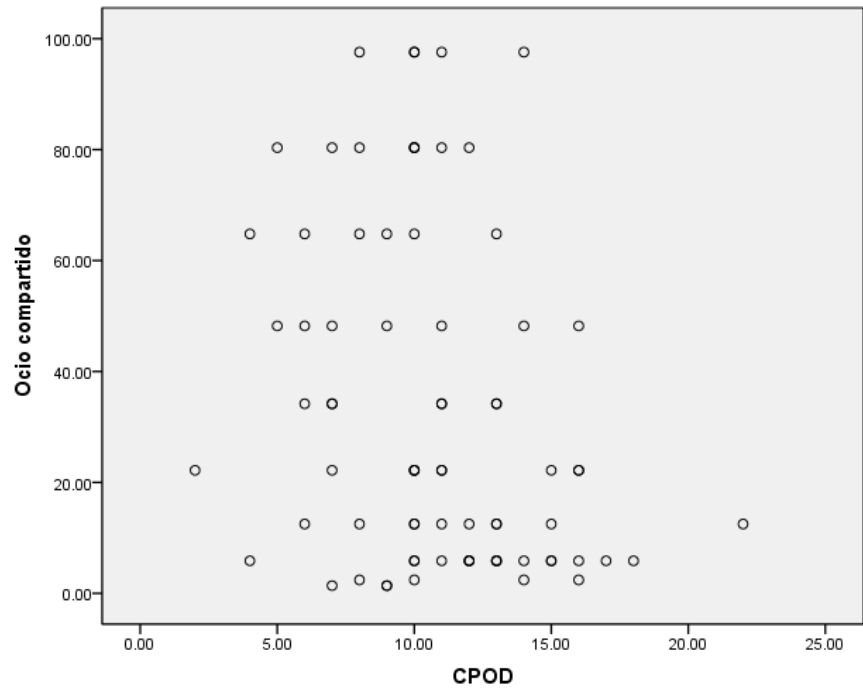
$$T_c = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}} = -2,4992$$

**vi. Regla de Decisión**

Como  $T_c = -2,4992 \notin < -1,76; \infty >$ , entonces se rechaza  $H_0$ .

**Conclusión:**

“Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “ocio compartido” y el registro del índice CPOD, con un nivel de significación del 5%”.



Fuente: Índice CPOD y encuesta aplicada.

**Figura 10.** Diagrama de dispersión de la dimensión ocio compartido y el índice CPOD.

#### - **HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 4**

La cuarta hipótesis estadística planteada es contrastar que: A una menor competencia parental percibida en la dimensión “Asesoramiento y orientación” por las madres se observara que el registro del índice CPOD será mayor en hijos.

##### **i. Formulación de hipótesis estadística**

**Hipótesis nula (Ho):** No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “asesoramiento y orientación” y el registro del índice CPOD.

$$\text{Ho: } \rho > 0$$

**Hipótesis alternativa (Ha):** Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “asesoramiento y orientación” y el registro del índice CPOD.

$$\text{Ho: } \rho < 0$$

##### **ii. Nivel de significación: $\alpha = 0,05$**

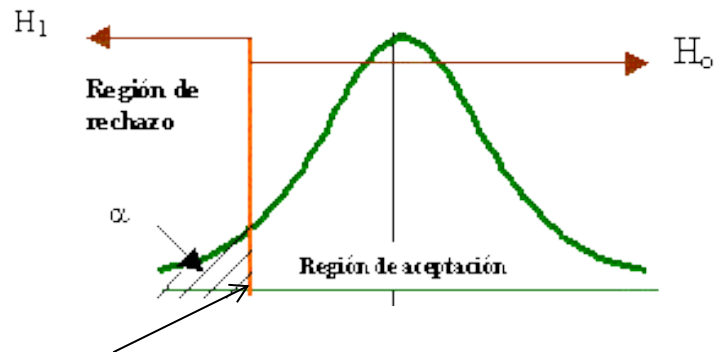
### iii. Estadígrafo de prueba

Se aplica la fórmula de la prueba de t de Student con (n-2) grados de libertad.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{donde: } -1 \leq r_s \leq 1$$

$$t = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}}$$

iv. Zona de aceptación y de rechazo



$$T_t = -1,76$$

Zona de aceptación :  $< -1,76; \infty >$

Zona de rechazo :  $< -\infty; -1,76 >$

**v. Resultados de la aplicación del estadígrafo de prueba**

Hallando el valor de  $T_c$ , se tiene:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} = -0,281$$

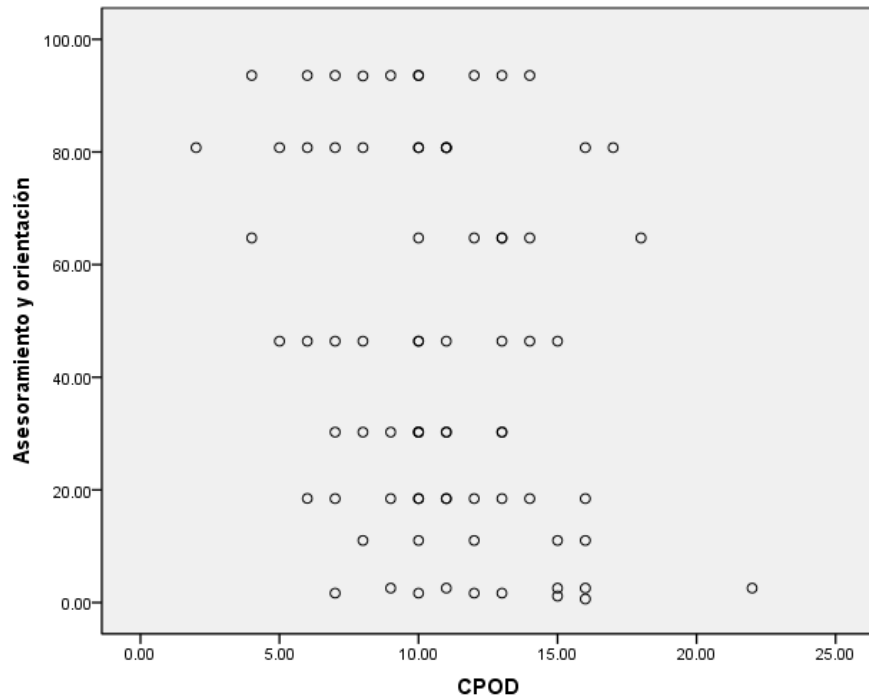
$$T_c = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}} = -2,52$$

**vi. Regla de Decisión**

Como  $T_c = -2,52 \notin < -1,76; \infty >$ , entonces se rechaza  $H_0$ .

**Conclusión:**

“Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “asesoramiento y orientación” y el registro del índice CPOD, con un nivel de significación del 5%”.



**Fuente:** Índice CPOD y encuesta aplicada.

**Figura 11.** Diagrama de dispersión de la dimensión asesoramiento y orientación y el índice CPOD.

## - HIPÓTESIS ESTADÍSTICA 5

La quinta hipótesis estadística planteada es contrastar que: A una menor competencia parental percibida en la dimensión “Asunción del rol de ser madre” por las madres se observara que el registro del índice CPOD será mayor en hijos.

### i. Formulación de hipótesis estadística

**Hipótesis nula (Ho):** No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Asunción del rol de ser madre” y el registro del índice CPOD.

$$H_0: \rho > 0$$

**Hipótesis alternativa (Ha):** Existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Asunción del rol de ser madre” y el registro del índice CPOD.

$$H_a: \rho < 0$$

### ii. Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

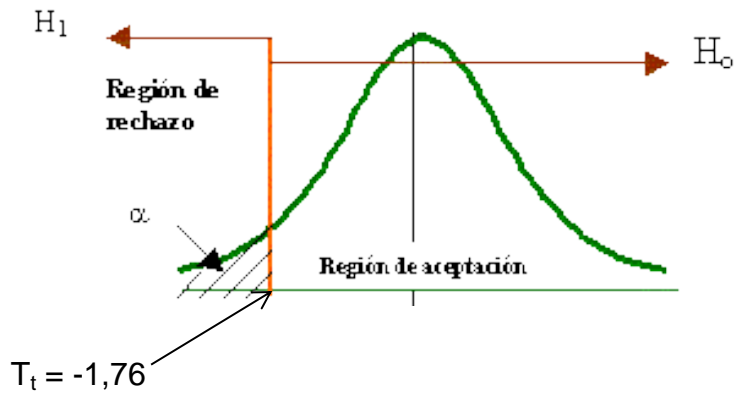
### iii. Estadígrafo de prueba

Se aplica la fórmula de la prueba de t de Student con (n-2) grados de libertad.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} \quad \text{donde: } -1 \leq r_s \leq 1$$

$$t = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}}$$

iv. Zona de aceptación y de rechazo



Zona de aceptación:  $< -1,76; \infty >$

Zona de rechazo :  $< -\infty; -1,76 >$

**v. Resultados de la aplicación del estadígrafo de prueba**

Hallando el valor de  $T_c$ , se tiene:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^k (x_i - y_i)^2}{n(n^2 - 1)} = -0.145$$

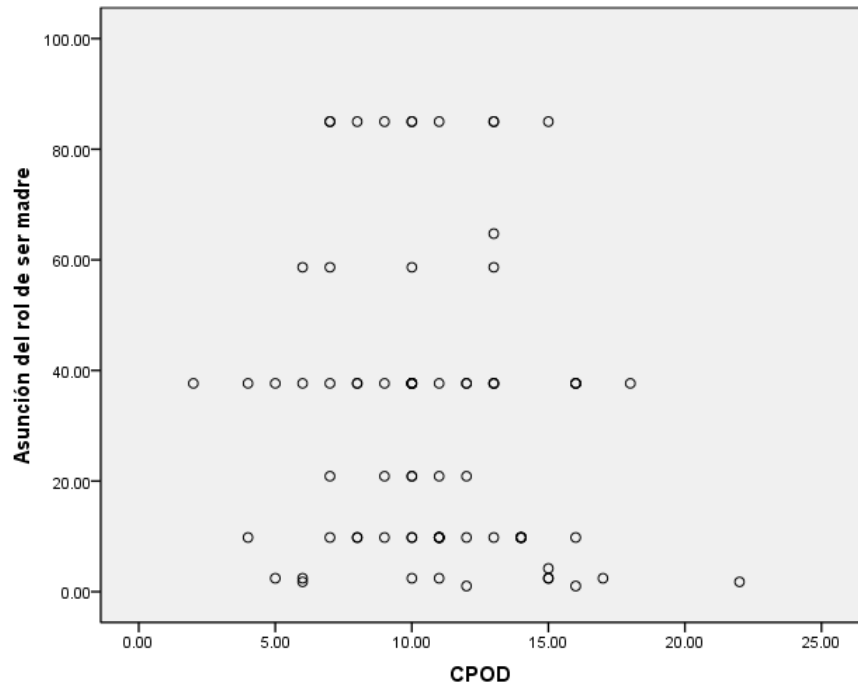
$$T_c = \frac{r_s}{\sqrt{\frac{1 - r^2}{n - 2}}} = -1,26$$

**vi. Regla de Decisión**

Como  $T_c = -1,26 \in < -1,76; \infty >$ , entonces se acepta  $H_0$ .

**Conclusión:**

“No existe una relación negativa entre la competencia parental percibida en la dimensión “Asunción del rol de ser madre” y el registro del índice CPOD, con un nivel de significación del 5%”.



**Fuente:** Índice CPOD y encuesta aplicada.

**Figura 12.** Diagrama de dispersión de la dimensión “asunción del rol de ser madre” y el índice CPOD.

#### **4.5. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL DE INVESTIGACIÓN.**

La hipótesis planteada es: “Existe una relación inversa entre los cinco factores de la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos”.

Para verificar la hipótesis planteada compuesta por cinco factores, en el cual se ha establecido que existe una relación inversa entre los cinco factores de la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos. Los resultados muestran; que existe una relación inversa baja, en las dimensiones: “dedicación personal”, “factor ocio compartido” y “asesoramiento y la orientación”, mientras que en la dimensión “implicación escolar” y “asunción del rol de ser madre” no resultaron existir la relación planteada. Con ello se puede asumir que hay una tendencia mayoritaria, según las dimensiones contrastadas estadísticamente que a una menor competencia parental, existe un mayor índice de CPOD.

#### **4.5. DISCUSIÓN:**

- En el presente estudio se utilizaron instrumentos validados; Ficha Epidemiológica para el Índice CPOD utilizado por la OMS, y ECPP-p validada en España. Se encontraron limitaciones debido al poco tiempo que disponían las madres para participar del proyecto en la aplicación del test en forma colectiva, que finalmente se realizó de manera individual lo que demandó mayor tiempo para la aplicación del instrumento y un mayor esfuerzo por parte del investigador.
- Los resultados del presente estudio dan a conocer la realidad de la población estudiada, no puede ser aplicada o generalizada a otras personas fuera de nuestro estudio.
- Participaron 76 madres con sus respectivos hijos. Del total de niños que participaron el 52,63% (40) fueron varones y 47,37% (36) mujeres, el índice CPOD registrado fue de 10,8 categorizado como nivel muy alto (OMS) y. En lo referido a la Escala de Competencia Parental Percibida. Se observaron los siguientes resultados; la mayoría de madres percibe niveles muy bajos en las 5 dimensiones o factores (entre 30,3%-50%); en contraste con un grupo de madres que se percibe en un nivel óptimo se

mantiene constante cerca de 20% (17,1%-28,9%). Tal como lo muestra el siguiente cuadro:

DIMENSIONES	MUY BAJO	BAJO	PROMEDIO	BUENO	OPTIMO
F <sub>1</sub>	30,3	19,7	18,4	7,9	23,7
F <sub>2</sub>	50,0	14,5	5,3	9,2	21,1
F <sub>3</sub>	43,4	22,4	9,2	7,9	17,1
F <sub>4</sub>	35,5	13,2	13,2	9,2	28,9
F <sub>5</sub>	40,8	39,5	5,3	13	13,2

- En el presente trabajo, en la evaluación de la escala de competencia parental percibida. observamos que las dimensiones; “implicación escolar” y “asunción del rol de ser madres” no muestran una relación negativa con respecto al índice CPOD registrado en los niños, las dimensiones “dedicación personal”, “factor ocio compartido” y “asesoramiento y la orientación”, presenta una relación negativa con el índice de CPOD.
- No se encontraron estudios sobre la competencia parental percibida de madres relacionadas con el índice CPOD registrado en sus hijos,

pero se cuentan con diversos estudios referidos a las variables motivo de estudio.

Con respecto a la variable índice CPOD encontramos los siguientes trabajos:

- Castañeda Mostro M., Maita Veliz L., Romero Valverde M., Caries e higiene bucal en pacientes atendidos en la clínica del niño de la facultad de odontología de la Universidad Mayor de San Marcos. Este se realizó en una población de 399 pacientes. El mayor índice CPOD-ceod promedio de 5,21 en niños complejos.
- El primero de ellos realizado por Andrea Carranza Quiroz, donde estudia un total de 112 niños entre 6 a 12 años de edad con sus respectivos padres, donde el índice CPOD grupal fue de 6.3, llegó a la conclusión que el regular nivel de conocimiento de los padres sobre la caries dental y sus actitudes deficientes con respecto a la higiene oral sobre sus hijos se evidenciaban en un nivel elevado del índice CPOD obtenido. Se encuentra una similitud

en cuanto a los resultados obtenidos en el presente trabajo se obtuvo también un nivel elevado del índice CPOD de 10,8.

- Los trabajos realizados en diferentes distritos de la ciudad de Arequipa se encontraron diferencias en cuanto a los resultados del índice CPOD encontrados, también se encuentran diferencias en la edad de los estudiantes con la edad de los estudiantes de la presente investigación **de 11 a 14 11 meses** donde encontramos a medida que crecen mayor porcentaje de dentición permanente, los trabajos fueron:

- Índice de higiene oral simplificada e índice de caries dental en alumnos **de 6 a 12 años** del nivel primario de la I. E. Gran Libertador Simón Bolívar del distrito de José Luis Bustamante y Rivero –Arequipa 2011. Realizado por Cayo Sucasaca El tipo de investigación fue de campo, descriptivo; se realizó en 80 alumnos, el índice CPOD fue 1,7 considerado bajo según los criterios de la OMS.

- Perfil Epidemiológico bucal en escolares de **12 a 17 años** de edad del nivel secundario de la I. E. 40061 estado de Suecia Cerro Colorado-Arequipa. Realizado por Ángulo Ramírez, C. en el año 2011. Este estudio tuvo como objetivo obtener el perfil epidemiológico bucal en el distrito de Cerro Colorado específicamente en la I. E. 40061 estado de Suecia nivel secundario. Esta investigación se aplicó a 100 alumnos, el índice CPOD fue de 10 que es categorizado como muy alto según los criterios OMS
- Perfil epidemiológico aplicado a los alumnos de **12 y 13 años** de la I. E. S. Carlos José Echavarry Osacar del distrito de Tiabaya-Arequipa. Realizado por Mendoza Subia, M. en el año 2011. La institución Carlos José Echavarry Osacar se encuentra en un distrito alejado y presenta recursos limitados, participaron 82 alumnos, el tipo de estudio fue de tipo transversal, descriptivo y de campo, el índice CPOD 0,12 categorizado como bajo, resalta la prevalencia de arcos alineados del maxilar superior e inferior.
- Interrelación del nivel socioeconómico e índice de caries en estudiantes de la I. E. E. 40062 Estación Vítor y en la I. E. P. San

Fernando La Joya Arequipa 2012. Realizado por Abarca Concha, J. El objetivo fue estudiar la caries dental en dos instituciones educativas distintas de Arequipa, La Joya donde existe la falta de servicios básicos y las características económicas deficientes. La investigación fue observacional, prospectiva, transversal, analítica de campo, el 96,16% de los alumnos corresponden al NSE medio, el índice de caries (índice CPOD) promedio fue 4,2.

- En los estudios locales en los diferentes distritos de la ciudad encontramos diferencias entre los hallazgos del índice CPOD, además se encuentran diferencias en la edad de los estudiantes con la edad de los estudiantes de la presente investigación **de 11 a 14 11 meses**, a medida que crecen será mayor el porcentaje de dentición permanente, los trabajos realizados fueron:
  - Prevalencia de caries dental en niños **de 6 a 12 años** de edad y factores higiénico –dietético asociados en los colegios del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2002. Realizado por Sánchez Macchiavello, Alonso F. Participaron 500 estudiantes. Estudio

observacional, de corte transversal. Se encontró un índice CPOD de 7,1 elevado debido a la poca frecuencia de higiene oral y al consumo de hidratos de carbono fermentables a la hora del recreo de los colegios.

- Comparación del flujo y pH salival en niños **de 6 a 12 años** con caries del centro educativo José Rosa Ara de la ciudad de Tacna 2004. Valdez Romero, L. Este estudio tuvo como objetivo comparar el flujo salival en escolares de 6 a 12 años que presentan caries y que no presentan caries. El tipo de investigación fue analítico, operativo, prospectivo, y comparativo, en el grupo experimental se observó el ceod/CPOD promedio de 7,8.
- Roque Ccantuta, S. Estudio comparativo de la influencia del nivel socioeconómico en los factores de riesgo de la caries dental en niños **de 6 a 12 años**, entre el C. E. P. San Agustín y el C. E. N. Gerardo Arias Copaja de la ciudad de Tacna, 2005. Este estudio compara y determina la influencia del nivel socioeconómico sobre los factores de riesgo de la caries dental en dos centros educativos de diferentes niveles socioeconómicos C. E. P. San Agustín y el C.

E. N. Gerardo Arias Copaja de ambos sexos. Se concluyó los factores de riesgo en el nivel socioeconómico D (clase baja inferior); los niños presentan un porcentaje significativo en casi todos los factores de riesgo. La prevalencia de caries en niños del colegio nacional es del 93,60 % encontrando un ceod elevado 7,23 y un CPOD de 4,11. La prevalencia de caries del colegio particular fue de 65,60% encontrando un ceod elevado de 4,38 y un CPOD de 2.

- Estudio y determinación de concentración de fluoruros en aguas de consumo humano en relación con la caries dental en escolares de 6 a 14 años del distrito de Calana. Realizado por Quiroz Huarachi, D. en el año 2007. Participaron 194 escolares **de 6-14 años** de los centros educativos. El índice CPOD fue 1,62 y el índice ceod fue de 1,96 al realizar el análisis del agua fue de 0,99 ppm que se encuentra dentro de los parámetros normales según OMS. Existe una relación directa entre la concentración de fluoruros presente en el agua de consumo humano y la caries dental. El índice CPOD promedio fue de 1,62, la prevalencia de caries fue de 78,8 % en la población escolar.

- Medina Chahuares, J. Prevalencia de caries dental en relación al índice de higiene oral en escolares **de 6 a 12 años** de edad de las instituciones educativas nacionales de la jurisdicción del distrito de Ciudad Nueva del departamento de Tacna en el año escolar 2005. Participaron 2333 alumnos. La investigación fue de campo, correlacional. El índice ceod fue 3,81 nivel moderado y el índice CPOD global fue de 2,31 correspondiendo a un nivel bajo según criterios OMS. Se pudo concluir que existe cierto grado de relación entre la prevalencia de caries dental y el índice de higiene oral.
  
- Con respecto a la variable Competencia parental
  - En el estudio sobre competencias parentales y calidad de vida realizado por Urzúa Alfonso, Godoy B y Ocayo K. durante el 2011 en 1130 niños/as en sus tres dimensiones se encontró que la competencia parental percibida por las madres estuvo vinculada en dos dimensiones, “implicación escolar” y “control parental”, con la calidad de vida de los niños/as, con la conclusión que el involucramiento de los padres en asunto escolares de los niños/as

era percibido como favorable por los hijos. En nuestro estudio se encontró una relación inversa baja en 3 de los 5 factores de la competencia parental que son; “dedicación personal”, “asesoramiento y orientación”, “ocio compartido” y el índice CPOD registrado en sus hijos con la diferencia la aplicación del test fue en madres.

- El estudio realizado por Contreras Fernández, V. en el 2013. Competencia parental y discapacidad intelectual: un estudio comparativo de familias. El estudio presenta diferencias con el trabajo realizado su realización como su ubicación, en España, el tipo de investigación que fue ex post facto prospectivo simple, el total de la muestra es de 353 personas, los hijos presentan discapacidad intelectual (DI), los resultados muestran una relación entre la DI con el factor “asunción del rol de padres”, mientras que el resto de los factores muestra relación más bien con las características socio – demográficas de la familia. La variable “ocupación” muestra un nivel de significación con los factores de “ocio compartido” (F3) y “asesoramiento y orientación”. El nivel educativo de los padres interviene de manera significativa en el

factor de “asesoramiento y orientación” (F4), las similitud se da en el tipo de instrumento que fue el test ECPP-P, encontrándose una relación inversa baja entre los factores “asesoramiento y orientación”, “ocio compartido”, “dedicación personal” y el índice CPOD encontrado en sus hijos.

- Valdez Dawson, R. en el 2013. Estrés y competencias parentales en madres de hijos con síndrome de Asperger. Este estudio se realizó en 33 madres de hijos con síndrome de asperger, en la ciudad de Lima. Se utilizó el mismo instrumento para la variable “competencia parental percibida de madres”, se realizó en nuestro país, en los resultados se observó una correlación significativa inversa y mediana entre la subescala “refuerzo” del parental stress index (PSI) y la escala “asesoramiento y orientación” de la ECPP ( $r_s = -.47$ ;  $p < .01$ ), se encontró también una correlación significativa, directa y mediana entre la subescala “humor” del PSI y la escala asunción del rol de ser madre de la ECPP ( $r_s = .39$ ;  $p < .05$ ), también se encontró una correlación significativa, directa y mediana entre la subescala “adaptabilidad” del PSI y la escala “dedicación

personal” de la ECPP ( $r_s=.37$ ;  $p<.05$ ) . Los resultados muestran una mayor relación entre los factores debido al síndrome de Asperger que presentan los hijos.

## **CONCLUSIONES**

- 1.** La ECPP es de nivel muy bajo en la mayoría de las madres (30%-40,8), por lo que indica que las madres perciben una baja participación en las actividades escolares, dedicación personal y tiempo libre con sus hijos así como una baja adaptación a las nuevas responsabilidades que conlleva el ser madre.
- 2.** Se observa un grupo de madres (13% a 28%) constante en el nivel óptimo, se puede interpretar que la percepción que tienen las madres sobre su participación en las actividades escolares, dedicación personal y tiempo libre con sus hijos es positiva; y tienen una buena adaptación en las actividades escolares que conlleva el ser madre.
- 3.** Se ha encontrado en los alumnos del 1er y 2do año que participaron el índice CPOD de 10,8 que corresponde a un nivel muy alto, según los niveles establecidos por la OMS. Estos resultados indican en promedio los alumnos del 1er y 2do año del total de piezas dentarias 10 fueron afectadas por un proceso de caries dental.

4. Existe una relación inversa, baja entre los factores “Dedicación personal”, “Ocio Compartido”, “Asesoramiento y Orientación” con el índice CPOD.
  
5. No se evidencia relación entre los factores “Implicación Escolar”, “Asunción del Rol De Ser Madre” con el índice CPOD.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda al Estado peruano a través de las entidades correspondientes implementar programas referidos al tema. Tal como lo vienen haciendo otros países.
- Se realicen nuevos trabajos de investigación relacionando la Competencia Parental otras variables relacionadas con la salud.
- Realizar programas de información y motivación en los colegios para dar a conocer a los sobre la importancia de la Competencia Parental y su relación e influencia en la salud de los escolares. (Anexo N° 8)
- A las madres se recomienda mejorar la capacidad de dialogo, participar y preocuparse por las actividades escolares y momentos libres que tienen sus hijos y adaptarse a las nuevas circunstancias que conlleva el ser madre.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WHO, The etiology and prevention of dental caries Report of a WHO Scientific Group, Geneva 1972.
2. Bordoni N., Escobar Rojas A., Castillo Mercado, La Salud Oral del Niño y del Adolescente en el Mundo, 1ra Edición, Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana, 2010.
3. Bayot Mestre A., Hernandez Viadel J., Evaluación de la Competencia Parental Percibida, Madrid: Editorial CEPE.2008.
4. Reviews by McCarrol PhD, Newby J., the Social-Cognitive Theory of Parenting: A Brief Review of the Work of Sandra T. Azar; Family Violence Research, Assessment And Interventions: Looking Back, Looking Ahead; Joining Forces Joining Families 2005.
5. INEI Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar 2012 Nacional y Departamental, Gob. Perú, Lima, 2012.
6. MINSA, Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis de esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8,10, 12 y 15 años Perú 2001- 2002. OGE, Lima, 2005.

7. Valdez Dawson R., Estrés y competencias parentales en madres de hijos con síndrome de Asperger, Ricardo ,2013 Lima Perú [Tesis].
8. Mei-ching Wong T., Parental Goal Parenting Practice and Social Competence of Early Adolescents in Hong Kong, [tesis Mag.], The University of Hong Kong Pokfulam Road Hong Kong.2008.  
  
Disponible: <http://hdl.handle.net/10722/55082>
9. Urzúa M Godoy B.J. Ocayo T., Competencias Parentales y Calidad de Vida., Versión Issn Rev Chil. [Internet]; Pediatr., 2011, Vol. 82 (4).
10. Contreras Fernández Valentina L. Competencia parental y discapacidad intelectual: un estudio comparativo de familias 2013. Madrid-España.
11. Tapias Ledesma M.A., Martín Pero L., Hernández V., Jiménez R., Gil de Miguel A. Prevalencia de caries en una población escolar de 12 años. Móstoles, Madrid-España, 2003.
12. Carranza Quiroz A., Relación Entre Conocimientos Y Actitudes De Los Padres Sobre La Caries Dental Y Sus Factores De Riesgo Con La Historia De Caries Dental De Sus Hijos De 6 A 12 Años 2011 tesis.

13. Benavente Lipa L., et al., Nivel de Conocimientos en Salud Bucal De las Madres Y Su Relación; con el estado de Salud Bucal Del Niño de 5 Años de Edad, 2012, Rev. O.S. [Internet]; Vol. 15(1), pág. 14-18.
14. Castañeda Mostro M., Maita Veliz L., Romero Valverde M., Caries E Higiene Bucal En Pacientes Atendidos En La Clínica Del Niño De La Facultad De Odontología De La Universidad Mayor De San Marcos 2006, Rev. OS [Internet]; Vol. 12(1) pág. 18-21.
15. Cayo Sucasaca Ruth E. Índice de higiene oral simplificada e índice de caries dental en alumnos de 6 a 12 años del nivel primario de la I. E. Gran Libertador Simón Bolívar del distrito de José Luis Bustamante y Rivero –Arequipa 2011.
16. Ángulo Ramírez Cecibeth M. Perfil Epidemiológico bucal en escolares de 12 a 17 años de edad del nivel secundario de la I. E. 40061 estado de Suecia Cerro Colorado-Arequipa 2011.
17. Mendoza Subia Milagros Perfil epidemiológico aplicado a los alumnos de 12 y 13 años de la I. E. S. Carlos José Echavarry Osacar del distrito de Tiabaya-Arequipa 2011.

18. Abarca Concha Julio C. Interrelación del nivel socioeconómico e índice de caries en estudiantes de la I. E. E. 40062 Estación Vítor y en la I. E. P. San Fernando La Joya Arequipa 2012.
19. Sánchez Macchiavello Alonso F. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad y factores higiénico –dietético asociados en los colegios del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2002.
20. Valdez Romero Luis G. Comparación del flujo y pH salival en niños de 6 a 12 años con caries del centro educativo José Rosa Ara de la ciudad de Tacna 2004.
21. Roque Ccantuta S., Estudio comparativo de la influencia del nivel socioeconómico en los factores de riesgo de la caries dental en niños de 6 a 12 años, entre el C. E. P. San Agustín y el C. E. N. Gerardo Arias Copaja de la ciudad de Tacna, 2005.
22. Quiroz Huarachi D., Estudio y determinación de concentración de fluoruros en aguas de consumo humano en relación con la caries dental en escolares de 6 a 14 años del distrito de Calana.
23. Medina Chahuare Janeth V. Prevalencia de caries dental en relación al índice de higiene oral en escolares de 6 a 12 años de edad de las

instituciones educativas nacionales de la jurisdicción del distrito de Ciudad Nueva del departamento de Tacna en el año escolar 2005

24. Pérez Padilla J., Lorence Lara B., Menéndez Álvarez-D.; Estrés Y Competencia Parental: Un Estudio Con Padres Y Madres Trabajadores (2010), Rev. SP [Internet]; Vol.17 (1), págs. 47-57.

Disponible:<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/444/383>

25. López J., Martín Quintanilla J. C., Cabrera Casimiro E., Maiquez Chaves L. (2009) Las Competencias Parentales En Contextos De Riesgo Psicosocial. Rev. REDALYC [Internet]; Vol. 18(2)113-120.

26. Bronfenbrenner U., Contextos de Crianza del Niño Problemas y perspectivas, Infancia y Aprendizaje.1985, pág. 29, 45, 55.

27. Pautas de Socialización Parental: Conceptualización y Medición, Comenzana S. Martínez A., Calidad De Vida Inclusión Social y Procesos De Intervención, Bilbao, Deusto Digital, 2012.

28. Cloninger S.C., Fernández Molina A, Teorías De La Personalidad, Pearson Education, 3ra Ed, México 2003 (Págs. 10, 11, 12).

29. Barudy Jorge, (2010) Los Buenos Tratos Y La Resiliencia Infantil En La Prevención De Los Transtornos Del Comportamiento “conferencia del Dr. Barudy 2010”.
30. Petersen Poul Erik, Burgués Denis, Ogawa Hiroshi, Estupiñán-Day Saskia, Ndiaye Charlotte. La carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud oral. Bull World Health Organ [revista en la Internet]. 2005 Sep [citado 2013 Mar.18]; 83 (9): 661-669.
- Disponible en:
- [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862005000900011>.
31. Arana Sunohara A. Bernabé Ortiz E., Salazar Silva F., Cap. 10 El diagnóstico Epidemiológico de la Caries dental, Henostroza Haro Gilberto, et. al., Principios y procedimientos para diagnóstico, Editorial Multi impresos, 2007.
32. WHO, Oral health surveys, basic methods. 4ta ed. Geneva; World Health Organization. 1997.

33. Poviano S, Squassi A., Bordoni N. Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental, Rev. FO.UBA Vol. 25(58), 2010.
34. Bradshaw J, On: The Family, 1996. (Pág. 58, 81, 82).
35. Chaij E, Como Vivir Con Optimismo, 1ra Ed. Argentina: Casa Editora Sudamericana 2012 (Págs. 64-68).
36. Clifford M; Studervant; T M, Roberson; HO, Heymann, Studervan j, Operatoria Dental Arte y Ciencia, Madrid: Editorial Mosby 1995 (pág. 75).(22/01/2013)
37. Gómez Ríos N I, Morales García MH, Determinación De Los Índices CPO-D E IHOS En Estudiantes De La Universidad Veracruzana, México. Rev. Chil.S.P. 2012, Vol. 16 (1):16-31.
38. Golombok S., Modelos De Familia ¿Qué Es Lo Que De Verdad Cuenta?1ra Ed, España: Editora GRAO De IRIF 2006 (Pags.164, 165, 166).
39. Hadad Arrascue, N, Castillo López, CE; Determinantes Sociales De La Salud Y Caries Dental. Rev. Odntopedrat [Internet] 2011, jun16, Vol. 10(1), Lima.
40. Quintanilla Madero Beatriz, Personalidad Madura Temperamento Y Carácter, México, Publicaciones Cruz O.,2003

41. Yncio Lozada S., Prevalencia De Caries Dental En Relación Con El Nivel De Conocimiento Sobre Medidas De Higiene Oral En Primigestas Y Multigestas Que Se Atendieron En el policlínico Francisco Pizarro ESSALUD-Rimac de marzo a mayo 2008. Tesis.
42. Vergara Ventura G., Índice CPOD y ceod en la población Escolar de Centros de Educación Básica Especial De La Provincia De Tacna en el periodo 2007 [Tesis Pregrado].
43. Mamani Mamani Edgard, correlación entre hábitos de higiene bucal, motivación e índice de caries en pacientes atendidos en la clínica odontológica docente asistencial de la UNJBG de Tacna durante el periodo 2004, 2005 y 2006 [tesis pregrado]
44. Van Pelt Nancy, 2004, Como Formar Hijos Vencedores La Formación Del Carácter Y Personalidad, 3ra Edición Casa Editora Sudamericana (Págs. 44, 45, 55).
45. Manual Para El Promotor De La Salud –Plan De Actividades Promocionales En Salud Gobierno De Chile 2012.
46. Montoya Castilla I.; Muñoz Iranzo I. (2009) Artículo Habilidades Para La Vida .Compartim Revista De Formatio Del Profesorat [Internet] Vol. N° 4 California [Http://Www.Edu.Gva.Es/\(Visitsdo](http://Www.Edu.Gva.Es/(Visitsdo) (09/08/2012).

47. Relación Entre La Percepción De Los Padres Sobre El Tratamiento Odontológico Y Sus Hábitos De Higiene Oral, Con La Historia De Caries En Sus Hijos, Entre 3 Y 5 Años De Edad, Rev. CES-O [Internet]. Vol. 15(1) 2002

48. Vitoria Miñana, I. Promoción De La Salud Bucodental. En Recomendaciones Previnfad / Papps [Internet]. Actualizado Marzo De 2011. [Consultado: 24/10/13].

Disponible En: [Http://Www.Aepap.Org/Previnfad/Dental.Htm](http://www.aepap.org/Previnfad/Dental.Htm)

49. Norma Técnica 2005, Dirección Regional De Salud- Tacna.

50. ElComercio. [Http:Elcomercio.Pe/Economía/1349597/Noticia-Peru-Lidera-Crecimiento-Sudamerica-2012](http://Elcomercio.Pe/Economía/1349597/Noticia-Peru-Lidera-Crecimiento-Sudamerica-2012)(Visitado 13/06/2012).

51. EUFIC:EUROPAN FOOD; INFORMATION COUNCIL 2012, REILY A. [Noviembre del 2012] Comida Hábitos Dietéticos Y Salud. Disponible: <http://www.eufic.org/page/en/diet-related-diseases/dental-care/>

## **ANEXOS**

## **ANEXO N° 1**

**DATOS DEL NIÑO:**

NOMBRE DEL HIJO(A):.....AÑO Y SECCION:.....

**ESCALA DE COMPETENCIA PARENTAL PERCIBIDA****DATOS DEL PADRE O MADRE:**

NOMBRES Y APELLIDOS:..... EDAD..... ESTADO CIVIL:.....

OCUPACION:.....NIVEL DE ESTUDIOS: .....

EDAD EN LA QUE FUE PADRE POR PRIMERA VEZ: .....

NUMERO DE HIJOS E HIJAS Y EDAD DE LOS MISMOS:

Nº	EDAD	SEXO	Nº	EDAD	SEXO
1			4		
2			5		
3			6		

Instrucciones: A

continuación encontrara

una serie de frases relacionadas con la función de ser madre. Lea cada una de ellas detenidamente y conteste según su grado de acuerdo con cada frase, empleando para ello una escala de 4 puntos:

Si no le ocurre NUNCA o muy rara vez anote.....1

Si le ocurre A VECES o de vez en cuando anote.....2

Si le ocurre CASI SIEMPRE anote.....3

Si le ocurre SIEMPRE.....4

Por favor, **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**, no emplee demasiado tiempo en cada una de las frases, tenga en cuenta que **no hay respuestas BUENAS ni MALAS**, sea muy sincero al contestar. **Muchas gracias por su colaboración.**

HOJA DE RESPUESTA	1	2	3	4
1. Felicito a mis hijos /as cada vez que hacen algo bien.				
2. Respaldo en casa las reglas, normas y expectativas de conducta de la escuela.				
3. En casa fomento que cada uno exprese sus emociones.				
4. Consulto con la maestra el avance de mis hijos(as) en el colegio.				
5. Conozco los deberes y tareas que les ponen en el colegio a mis hijos.				
6. Acudo a lugares donde hay más niños (as) en actividades extraescolares.				
7. Veo con mis hijos(as), ciertos programas de TV. Y los comento después.				
8. Me preocupo por incluir a mis hijos en actividades extraescolares.				
9. Colaboro en las tareas del hogar.				
10. Ayudo a mis hijos(as) a establecer una rutina diaria en cuanto a hábitos de higiene.				
11. Mantengo un contacto frecuente con la escuela para estar al tanto de cualquier información referente a los programas y recursos para las familias.				
12. Mantengo organizado una serie de archivo de mis hijo/as donde incluyan :datos médicos , escolares, fotos, documentación legal, etc.				
13. Tengo una personalidad positiva y abierta al conversar con el personal de la escuela.				
14. Respondo a las encuestas escolares que busquen averiguar los intereses y habilidades de mis hijos/as.				
15. Establezco conjuntamente con el maestro/a , las metas y expectativas del niño/a.				
16. Existe una hora fija en la que mis hijos/as tengan que estar acostados y levantados.				
17. Dedico un tiempo al día para hablar con mis hijos e hijas/as.				
18. Ayudo a mis hijos /as a establecer una rutina diaria en lo referido al estudio.				
19. Hago pequeñas excursiones con la familia al zoológico , al parque , a la playa , etc.				
20. Dispongo de suficiente tiempo para atender a mis hijos(as)				
21. Asisto regularmente a las reuniones que se establecen en el colegio salón de clases				
22. Soy muy consciente del cambio que ha experimentado mi familia con la llegada de los hijos(as).				

## **ANEXO N° 2**



## **ANEXO N° 3**



## INSTITUCION EDUCATIVA "MANUEL FLORES CALVO"

Av. Francisco A. de Zela S/N Teléfono 052-576998  
CODIGO MODULAR ED. PRIMARIA : 0321117  
CODIGO MODULAR ED. SECUNDARIA: 0309898  
CODIGO LOCAL: 488374



"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"  
"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú 2007 - 2016"

## AUTORIZACION

La Directora de la I.E. MANUEL FLORES CALVO, del distrito de Pocollay, quien suscribe,

### AUTORIZA

A la Srta. CLAUDIA LIZBETH GAUNA ROJAS, identificada con D.N.I. N° 41794710, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Jorge Basadre Grohmann.

Para la realización de proyecto de tesis: *"Relación entre la Competencia Parental Percibida de las Madres y el índice CPOD Registrado en sus Hijos del 1er. y 2do. Año Nivel Secundario de la I.E. Manuel Flores Calvo en el distrito de Pocollay Tacna 2013"*.

Consistirá en Exámenes Odontológicos a los alumnos del 1er. y 2do. Año Nivel Secundario y aplicación del Test "ECPD" a sus respectivas madres, facilitando las instalaciones del plantel y la coordinación con padres de familia para dicho propósito.

Pocollay, 03 de mayo del 2013.



*Clara Calderón Barja*  
Clara Calderón Barja  
DIRECTORA

## **ANEXO N° 4**

## **AUTORIZACION**

Para realizar el examen odontológico sin costo y posterior entrega de los resultados a las madres de familia,

Si Ud. da su consentimiento con participar de este proyecto, le pedimos llenar los siguientes datos:

-----  
Yo \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_  
madre                      de                      familia                      del                      alumno:

\_\_\_\_\_  
Del \_\_\_\_\_, sección \_\_\_\_\_.

autorizo el examen odontológico a mi menor hijo.

FIRMA

## **ANEXO N° 5**

# PLANILLA DE CORRECCION

F1	F2	F3	F4	F5	1	2	3	4	
				<input type="text"/>					1
				<input type="text"/>					2
				<input type="text"/>					3
<input type="text"/>									4
	<input type="text"/>								5
		<input type="text"/>							6
		<input type="text"/>							7
		<input type="text"/>							8
	<input type="text"/>								9
	<input type="text"/>								10
<input type="text"/>									11
									12
	<input type="text"/>								13
<input type="text"/>									14
<input type="text"/>				<input type="text"/>					15
									16
									17
									18
									19
		<input type="text"/>							20
<input type="text"/>	<input type="text"/>								21
				<input type="text"/>					22

	+		+		+		+		=	
--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

## **ANEXO N° 6**

## CONSTANCIA

LA DIRECCION DE LA I. E. MANUEL FLORES CALVO DEL DISTRITO DE POCOLLAY DEJA CONSTANCIA QUE LA SRTA...

### **CLAUDIA LIZBETH ASUNTA GAUNA ROJAS**

Egresada de la UNJBG –Tacna Facultad de Ciencias de la Salud ha realizado en esta institución educativa EXÁMENES MÉDICO ODONTOLÓGICOS, a los alumnos del 1er y 2do año Nivel Secundario y aplicación de test “ECPP” a sus respectivas madres durante los meses de Julio y Agosto del presente año.

Demostrando eficacia y responsabilidad en las tareas encomendadas.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

Tacna, Octubre 2013



*Susana Calderon Barja*  
SUSANA CALDERON BARJA  
DIRECTORA

## **ANEXO N° 7**

## FOTOGRAFIAS DEL TRABAJO DE CAMPO







## **ANEXO N° 8**

## **PROYECTO**

En base a la tesis “Relación entre la competencia parental percibida de madres y el índice CPOD registrado en sus hijos del 1er y 2do año del nivel secundario de la I. E. E. Manuel Flores Calvo en el distrito de Pocollay Tacna 2013” se plantea el presente proyecto que tiene como finalidad mostrar a los padres la importancia de su participación en las diversas áreas que implica la competencia parental y la necesidad de prevenir la caries dental en sus hijos.

### **OBJETIVOS**

- Motivar en los padres el cuidado de la salud bucal de su familia.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Brindar conocimientos necesarios sobre alimentos saludables.
- Determinar el nivel de competencia parental percibida por los padres.
- Brindar orientación sobre la competencia parental y como mejorar las capacidades.
- Realizar charlas de orientación a los padres sobre la higiene bucal, como evitar las caries dentales.

## **ESTRATEGÍAS**

- Con ayuda de profesionales en psicología se plantea la capacitación a estudiantes en la evaluación de la competencia parental percibida de padres y orientación para padres, así mejorar su competencia parental.
- Realizar conjuntamente con estudiantes de la escuela de medicina, charlas de orientación para una dieta saludable.
- La Escuela Académico Profesional de Odontología a través de sus estudiantes debe brindar información sobre la necesidad de prevenir la caries dental, mantener una higiene oral saludable, mostrando las consecuencias de no hacerlo y la necesidad de la consulta odontológica.
- Adjunto diseño de tríptico basado en el tema presentado por la investigadora.

# LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL



DEPENDE DE USTED

Padre/ madre



PAPÁ, MAMÁ TU PUEDES  
Cuidar, proteger y  
educar a los hijos y de  
esa manera asegurarles  
un desarrollo sano .

ENSEÑÁNDOLES :

- 
- ◆ CEPILLARSE LOS DIENTES.
- ◆ ALIMENTOS SANOS.
- ◆ LLEVANDOLE AL DENTISTA .

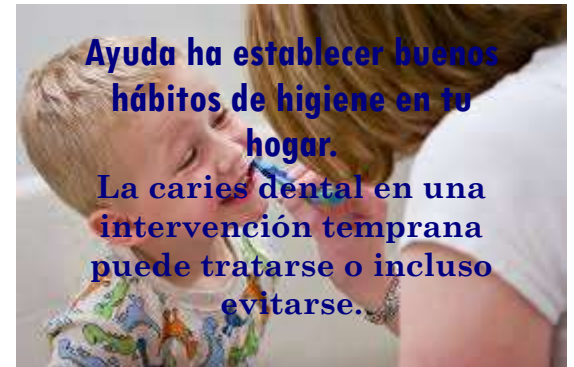
Sonríe de  
felicidad sin  
caries



MAS INFORMACIÓN ACUDE  
AL CENTRO DE SALUD MAS  
CERCANO

Ayuda ha establecer buenos  
hábitos de higiene en tu  
hogar.

La caries dental en una  
intervención temprana  
puede tratarse o incluso  
evitarse.





## Padre tu ayuda a evitar la aparición de caries dental en tu hijo

### Caries dental



especialmente azúcares refinados

Las bacterias metabolizan los hidratos de carbono, la producción de ácido láctico, que con el tiempo desmineraliza la estructura del diente.

Lo padecen entre el 60% al 90% de escolares de todo el mundo.

En el caso de niños y adolescentes la prevención y curación recae sobre los padres.

**Competencia parental**  
Es una forma de referirse a las capacidades y prácticas para cuidar, proteger y educar a los hijos y de esa manera asegurarles un desarrollo sano.



**CUANDO LE ENSEÑAS A CEPILLARSE LOS DIENTES**



Llevando a tus hijos al dentista dos veces al año, como mínimo

**Alimentación saludable**

