

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS
PREVENTIVAS EN LA SALUD BUCAL EN MADRES DE
PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
INICIAL NIÑO JESUS DE PRAGA - CHACHAPOYAS – 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor : Br. Jaime Deyvi Marín Cachay.
Asesor : Mg. Franz Tito Coronel Zubiato.

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, por la vida y todo el amor brindado, por creer en mí, enseñarme grandes valores y ser el pilar para seguir adelante.

A mis hermanos a quienes amo y admiro, por la paciencia y el apoyo incondicional para poder cumplir con mis metas y de esta manera seguir adelante y ser un buen profesional al servicio de la comunidad y ser un orgullo más en mi familia.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes de la escuela académico profesional de estomatología por brindarme y guiarme por el camino del saber y el conocimiento durante todos los semestres académicos y a mis jurados por el tiempo y paciencia en mi trabajo.

A la directora de la Institución Educativa Inicial 01 “Niño Jesús de Praga” de esta ciudad, por el apoyo brindado para poder realizar la investigación en dicha institución.

A todos los padres de familia, por brindarme las facilidades de ingresar a las intimidades de sus saberes y creencias, para así desarrollar esta investigación.

Al Mg. CD. Franz Tito Coronel Zubiato, por el tiempo brindado, apoyo incondicional, los consejos implantados y el asesoramiento durante todo el proceso para la elaboración del proyecto, ejecución y elaboración del informe de tesis.

El autor

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph.D. Dr. Jorge Luís Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

Vicerrectora investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Franz Tito Coronel Zubiato, identificado con DNI N° 40402618 con domicilio legal en el santa lucia Cdra 01 s/n , Docente auxiliar a Tiempo Completo en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas de la Facultad de ciencias de la salud y Escuela Académico Profesional de Estomatología dejo constancia de estar asesorando al estudiante de Estomatología; Jaime Deyvi Marin Cachay, en su proyecto de tesis titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD BUCAL DE LOS PREESCOLARES DEL JARDÍN NIÑO JESUS DE PRAGA - CHACHAPOYAS – 2017”**, así mismo dejo constancia que he revisado las observaciones levantadas por la bachiller, las mismas que fueron señaladas en la revisión previa por los jurados de tesis.

Por lo indicado doy fe y visto bueno.

Chachapoyas, 04 de Julio del 2017.

Mg. C.D. Franz Tito Coronel Zubiato.

DNI N° 40402618

JURADO DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 718– 2017- UNTRM – VRAC/F.C.S.)

Mg. Oscar Pizarro Salazar
Presidente

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Secretario

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
Vocal

ÍNDICE	pág.
Dedicatória.....	i
Agradecimiento.....	ii
Autoridades universitarias.....	iii
Visto bueno del asesor.....	iv
Jurado de tesis.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Índice de anexos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO TEÓRICO	
3.1 antecedentes de la investigación.....	4
3.2 base teórica.....	9
3.4 marco conceptual.....	23
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	
4.1 tipo y diseño de la investigación.....	30
4.2 universo, población, muestra y muestreo.....	31
4.3 métodos técnica e instrumento de recolección de datos.....	32
4.4 procedimiento de recolección de datos.....	33
4.5 análisis de datos.....	33
V. RESULTADOS	34
VI. DISCUSIÓN	43
VII. CONCLUSIONES	46
VIII. RECOMENDACIONES	47
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017.	34
Tabla 02:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	35
Tabla 03:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, en grupos etareos.	36
Tabla 04:	Nivel de conocimiento sobre salud oral en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	38
Tabla 05:	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	39
Tabla 06:	Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 01:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017.	34
Grafico 02:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	35
Grafico 03:	Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, en grupos etareos.	37
Grafico 04:	Nivel de conocimiento sobre salud oral en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	38
Grafico 05:	Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	40
Grafico 06:	Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01: Instrumento de recolección de datos.....	52
Anexo 02: Validez del instrumento.....	57
Anexo 03: Cálculo de valor de P.....	61
Anexo 04: confiabilidad del instrumento.....	62
Anexo 05: Operacionalización de la variable.....	63
Anexo 06: Tabla nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, procedencia...	64
Anexo 07: Tabla cruzada grado académico conocimiento sobre salud oral.....	65
Anexo 08: Tabla cruzada grado académico enfermedades periodontales.....	66
Anexo 09: Tabla cruzada grado académico desarrollo dental.....	67
Anexo 10: Tabla cruzada grupos etáreos conocimiento sobre medidas preventivas...	68

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo, transversal y de análisis univariado, se realizó con el objetivo de determinar “el nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017”

La muestra estuvo constituida por 45 madres de preescolares de la Institución Educativa Inicial Jesús de Praga. Para recolectar los datos se utilizó como instrumento una prueba objetiva de conocimientos, que estuvo estructurada en tres (3) dimensiones (salud bucal, enfermedades bucales, y desarrollo dental), constituido por 20 ítems) cuya validez fue $VC= 5.29 > VT= 1.6449$ y una confiabilidad de 0.5 y máxima confiabilidad de 0.67. Los resultados evidencian que el 15.6 % de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo, mientras que 71.1 % tienen un nivel de conocimiento medio, y el 13.3 % tienen un nivel de conocimiento alto. Se observa que el 4.4% tienen un nivel de conocimiento bajo, el 68.9% tienen un nivel de conocimiento medio, y el 26.7% tienen un nivel de conocimiento alto sobre salud oral; sobre enfermedades bucales se observa, que el 46.7% presenta un nivel de conocimiento bajo, el 46.7% presenta un nivel de conocimiento medio, y el 6.7% presenta un nivel de conocimiento alto sobre enfermedades bucales.

En cuanto a los resultados concluimos que en su mayoría de las madres de preescolares de la institución educativa inicial Jesús de Praga (71.1%) tienen un nivel de conocimiento general sobre medidas preventivas en salud bucal, indicando de esta manera que hay conocimiento sobre la educación e higiene oral a sus menores hijos y de esta manera inducirlos a un mejor aseo bucal de los menores.

Palabras clave: conocimiento, salud bucal, prevención.

ABSTRACT

The present study was a quantitative, descriptive level, observational, prospective, transverse and univariate analysis. The objective of this study was to determine the level of knowledge about preventive measures of oral health in mothers of preschool children. Initial educational institution child Jesus of Prague - Chachapoyas - 2017 " The sample consisted of 45 mothers of preschoolers from the Educational Institution Initial Jesus of Prague. To collect the data, an objective test of knowledge was used as an instrument, which was structured in three (3) dimensions (oral health, oral diseases, and dental development), constituted by 20 items) whose validity was $VC = 5.29 > VT = 1.6449$ And a reliability of 0.5 and maximum reliability of 0.67. The results show that 15.6% of mothers have a low level of knowledge, while 71.1% have an average level of knowledge, and 13.3% have a high level of knowledge. 4.4% have a low level of knowledge, 68.9% have an average level of knowledge, and 26.7% have a high level of knowledge about oral health. As for the results, we conclude that most of the preschool mothers of the initial educational institution Jesus of Prague (71.1%) have a general level of knowledge about preventive measures in oral health, thus indicating that there is knowledge about education And oral hygiene to their minor children and in this way to induce them to a better oral hygiene of the minors.

Key words: knowledge, oral health, prevention.

I INTRODUCCIÓN

En Sao Paulo, sobre la participación de la madre en el cuidado de la salud bucal de su hijo menor de 5 años, acerca de los conocimientos que esta posee sobre la etiología y prevención de la caries dental, así como las prácticas preventivas asociadas, actitudes de la madre frente a la alimentación, higiene bucal y asistencia dental por motivos preventivos de sus hijos, dando como resultado, que la participación de la madre en los cuidados de la salud bucal de sus hijos, constituye un factor de riesgo de los mismos, se observó que los conocimientos y las prácticas de la mayoría de las madres sobre el proceso salud enfermedad de la caries, fueron bajos, siendo esto mucho más crítico en familias de clase social menos favorecidas. (Maciel A. 2014; p. 75)

Mientras que en Medellín- Colombia un programa con el objetivo de elevar el nivel de higiene bucal familiar; para tales efectos se seleccionó a las madres de familia y se les educó con un programa educativo-preventivo, Con esta metodología se consiguió controlar y disminuir las enfermedades bucales en los niños de edad preescolar (caries dental y enfermedad periodontal). Las clases que se impartieron fueron técnicas de cepillado así como una forma casera de aplicación de flúor. (Organización panamericana de la salud). Salud Oral. En el proceso hacia un nuevo enfoque. Puerto Plata. República Dominicana.1984.)

Con el objeto de solucionar el estado deficiente de salud bucal en el Perú, el gobierno peruano emitió la resolución ministerial No 538 – 2005/MINSA del 18 de julio del 2005 considerando que la salud bucal en nuestra población atraviesa una situación crítica debido principalmente a la alta prevalencia de patologías odontoestomatológicas, por lo que en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, es necesario implementar un plan nacional, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención en el campo de la salud bucal. La estrategia de salud bucal como parte de la dirección de salud de las personas desarrolla actividades preventivo promocionales, recuperativas y rehabilitación enfocadas en las etapas de vida más vulnerables como son la etapa de vida niño, adolescente, adulto mayor y mujer gestante dentro de un marco de atención integral de salud. (Ministerio de Salud.2014. p, 87)

En el Perú, la mayoría de los niños no reciben atención odontológica sino hasta que alcanzan los 3 años, edad para la cual más del 30% de los niños de grupos socio económicos bajos, ya presentan caries. A pesar de su alta prevalencia, la caries es una condición prevenible. Los médicos que atienden niños y mujeres embarazadas, están en una situación privilegiada para hacer prevención, detección temprana y remisión precoz, ya que habitualmente son la puerta de entrada al sistema sanitario. Además se estima que un médico de atención primaria atiende en promedio unas 11 veces a un niño normal, en controles rutinarios de salud, durante los primeros 03 años de vida. (Rodríguez, L. 2011; p. 58)

Villavicencio E. en el 2012 Propone un modelo de promoción y prevención en salud oral en el Perú donde el eje articulador sea el niño de 0 a 11 años y su riesgo de caries y/o riesgo a nuevas caries, sugiriendo las intervenciones en promoción y prevención en diferentes edades. Desde su propuesta escalonada el niño debe recibir flúor tópico en diferentes presentaciones de acuerdo a su riesgo de caries y de acuerdo a su edad. El examen estomatológico debe darse cada 6 meses acompañado de la instrucción de la higiene oral, la aplicación de sellantes debe estar circunscrita a la primera molar permanente, sólo en caso de fosas y fisuras profundas. Desde esta plataforma académica espera iniciar el debate respecto al modelo de Promoción y Prevención Oral en el Perú.

En el ámbito local al interactuar con los compañeros en las distintas charlas y campañas odontológicas se pudo evidenciar la falta de conocimiento en lo que respecta a cuidados de salud oral de sus menores niños, esto se ve reflejado en el alto índice de caries dental, enfermedades periodontales y maloclusiones.

En los siguientes capítulos se presentaran la base teórica utilizada para la investigación, materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

I. OBJETIVOS

General:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en madres de preescolares de la institución educativa niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017

Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal.
- Identificar conocimientos de las madres sobre enfermedades bucales
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de acuerdo al grado de instrucción y sus dimensiones.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de los diferentes grupos etareos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Organización Mundial de la Salud (1981). En la Asamblea Mundial la FDI reunida en septiembre de ese año, se aprobó un documento elaborado por un grupo de trabajo mixto OMS/FDI, denominado Metas Globales para la Salud Bucal en el año 2000, a los efectos de ubicar a la odontología en los objetivos y las estrategias destinadas a la Atención Primaria de Salud de toda la población, para lo cual se establecieron 6 metas orientadas todas a la reducción de enfermedades bucales. En cada una de ellas se resalta la importancia de un correcto conocimiento de medidas preventivas de caries y de enfermedad periodontal. En la meta propuesta como número 1 "50% de niños de 5-6 años de edad estarán libre de caries", se resalta que los mejores resultados han sido logrados convenciendo a los grupos de padres de la importancia de una buena dieta y de otras medidas preventivas aplicadas desde el nacimiento en adelante.

Rojas M. (2003) realizó una investigación epidemiológica sobre los factores de riesgo en la producción de caries dental en 100 niños de 6 a 36 meses del AAHH Túpac Amaru de Ate Vitarte, Lima, Perú. Para el estudio fueron evaluados 100 niños y para determinar los hábitos de higiene bucal y hábitos alimenticios se realizó una entrevista a las madres de familia. Se encontró una prevalencia de caries de 36% en el grupo de 6 a 12 meses, 97% en el grupo de 13 a 24 meses y de 100% en el grupo de 25 a 36 meses.

Podadera Zr, Flores H. (2004) evaluaron el nivel de conocimiento de 42 gestantes en el hospital provincial "Abel Santa María" – Cuba; sobre la importancia de la lactancia materna y la función masticatoria en el desarrollo del sistema estomatognático a través de un formulario y concluyó que fue inadecuado en los diferentes tipos de edades y variables bio-psico-sociales estudiadas antes de la capacitación. El grupo de 15-19 años fue el que menos variación experimentó a diferencia del grupo de 25 años donde observó la mayor asimilación del contenido.

Las temáticas que mayor dificultad tuvieron fueron relacionadas con el desarrollo adecuado de la mandíbula, la respiración nasal y la deglución.

Melgarra. (2004) realizó una encuesta a los padres de 200 niños de 0 a 36 meses del Comité de Salud Túpac Amaru – Perú, Encontró que el 48% de los niños no desarrollaba higiene bucal. Sólo el 31% tiene el hábito de cepillarse los dientes y sólo el 47.10% usa otra técnica de higiene bucal, como el uso de tela o gasa. Sólo el 12.50% realiza higiene nocturna. El 93% prueba la comida de su hijo; un 80.5% sopla la comida y un 55% comparte los cubiertos con su hijo durante las comidas.

Murrieta J. (2004) evaluaron el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal con relación a la prevalencia de gingivitis en sus hijos en México. Para determinar el nivel de conocimiento se aplicó un cuestionario dirigido a las madres de familia y se estudió una muestra conformada por 389 escolares. Encontró que sólo el 20.6% de los escolares presentaron gingivitis sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la zona y localización de la mucosa gingival, no así con relación a la calidad de higiene oral y al nivel de conocimiento sobre la salud bucal de las madres, variables que resultaron tener influencia en el 20 evento de estudio. Se confirmó la importancia que tiene la higiene bucal en el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival; también se observó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres se vio reflejado en el riesgo a enfermar mostrado por los niños.

Giraldo M. (2005) evaluaron el conocimiento adquirido en salud bucal de 178 acudientes que asisten al SIPI durante el primer año de vida del niño en una IPS de Medellín, por medio de una encuesta de percepción que constó de 10 preguntas de información personal y acerca del programa, y 10 de conocimientos sobre salud oral. Resultados: La charla educativa se consideró como el método didáctico más utilizado para impartir conocimientos en salud bucal (77%).El 70.9% de los acudientes del grupo de 10–12 meses tuvieron un nivel bueno de conocimientos, el grupo de 7-9 meses presento un nivel de conocimientos buenos (66.6%) y al tiempo el mayor nivel de

conocimientos malos (17.9%). Conclusiones: Los conocimientos adquiridos durante el programa fueron similares independiente del grupo de edad del niño; las respuestas estuvieron basadas en conocimientos previos a la participación del mismo, por ello se le debe dar un mayor protagonismo en el programa al área de salud bucal.

Juárez, Murrieta, Teodosio. (2005) realizaron un estudio observacional y descriptivo en 382 preescolares para determinar la prevalencia y severidad de enfermedad periodontal en niños de edad preescolar de una zona del oriente de la Cd. de México, aplicándose los índices IHOS, IPMA e IP buscando una asociación con factores de riesgo. Presentaron alteraciones periodontales el 70% de los niños. El promedio del IHOS fue de 1.38 ± 0.51 ; IPMA 0.62 ± 0.72 e IP de 0.51 ± 0.42 . Los factores determinantes para enfermedad periodontal fueron la caries y las restauraciones con interferencia cervical, así como los procesos de erupción y exfoliación. La gingivitis crónica leve fue la más observada. Se concluye que es importante promover programas preventivos dirigidos a mejorar los hábitos higiénicos y alimenticios de los preescolares.

Córdova J. (2007) realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio 21 de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007). Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. Se encontró que el rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X = 24$ años, $DS 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%.

Chambi F. (2007) realizó un trabajo de investigación donde midió el nivel de información de las madres sobre medidas preventivas en la salud bucal en el HNDAC del Callao, donde concluyó que el nivel era de regular a malo, por lo que sugiere se creen programas preventivos – promocionales sobre medidas preventivas en salud bucal, así como trabajar con otras especialidades médicas, como gineco – obstetricia y pediatría en el campo de la prevención en la población gestante y del infante.

Valdés N. (2007) realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo con el objetivo evaluar el nivel cognoscitivo y capacitar en salud buco - dental, a una muestra de 79 embarazadas.

Benavente I. (2012) realizaron un estudio analítico, transversal; en diferentes establecimientos del Minsa y de Essalud. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento en salud oral de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y 25 Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad.

Villavicencio E. (2012) Propone un modelo de promoción y prevención en salud oral en el Perú donde el eje articulador sea el niño de 0 a 11 años y su riesgo de caries y/o riesgo a nuevas caries, sugiriendo las intervenciones en promoción y prevención en diferentes edades. Desde su propuesta escalonada el niño debe recibir flúor tópico en diferentes presentaciones de acuerdo a su riesgo de caries y de acuerdo a su edad. El examen estomatológico debe darse cada 6 meses acompañado de la instrucción de la higiene oral, la aplicación de sellantes debe estar circunscrita a la primera molar permanente, sólo en caso de fosas y fisuras profundas. Desde este

plataforma académica espera iniciar el debate respecto al modelo de Promoción y Prevención Oral en el Perú.

Pérez, Benavides, Broche, (2013) realizaron un estudio bibliográfico acerca del nivel de información sobre la importancia de la erupción dentaria en la dentición temporal y permanente; en donde la maloclusión es una enfermedad de las más prevalentes en los distintos países del mundo, inherente a la civilización; este alto índice de esta enfermedad se debe a la heterogeneidad genética de la población.

En Cuba los especialistas en estomatología y medicina general integral y en ortodoncia y los técnicos en general están encaminados a procurar por la salud de los pacientes, buscar el desarrollo armónico del sistema estomatognático y facilitar la normalidad de sus funciones desde una primera infancia con el fomento de actividades de promoción de la salud y de prevención específica encaminadas a evitar la presencia parcial o total de maloclusión. Es importante un diagnóstico para identificar manifestaciones bucales relacionadas con el brote dentario en los niños, así como conocer el nivel de información sobre la importancia de la dentición temporal y permanente en padres y médicos de la familia.

Núñez J. (2013) realizaron un trabajo de investigación en Chile con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización del programa GES (Garantías Explícitas en Salud) odontológico en 200 puérperas atendidas en el servicio integral de la mujer de una clínica privada; en el cual se aplicó un cuestionario compuesto de 24 preguntas relacionadas con el nivel de conocimiento sobre enfermedades orales, prevención, gestación, atención odontológica y desarrollo dentario.

Los resultados que obtuvieron fueron que existe un nivel de conocimientos bueno en un 35% de las puérperas y regular en un 64%, siendo los conocimientos sobre prevención en salud oral los mejores evaluados y el de crecimiento y desarrollo dentario los más deficientes. La relación entre el nivel de conocimientos sobre salud oral y paridad ($p=0,37$), nivel educacional ($p=0,35$) y ocupación ($p=0,39$) no fueron estadísticamente significativas. Las madres con nivel educacional superior o técnico tiene un

4,6% más de conocimiento que las madres con nivel educacional inferior (1 punto de conocimiento; IC95%= 0,3:1,8; p=0.007).

Existe un número importante de mujeres embarazadas que no hacen uso de su garantía GES en atención dental.

La educación en salud oral durante el control prenatal debe ser una tarea prioritaria de los servicios de salud, tanto a nivel de motivación como de formar hábitos saludables para la familia.

2.2. Base teórica

3.2.1 Salud Bucal

La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. La Salud Bucal de la población se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. (Organización Mundial de la Salud .1981.p, 76)

3.2.2. Conocimiento

Es el resultado de proceso de conocer; lo que se saca del sujeto, que conoce, del objeto que es conocido. El hombre como ser racional hace suya la realidad y se apodera mentalmente de sus elementos; los conoce y es capaz de transmitir estos conocimientos a través del lenguaje a sus congéneres de generación en generación. El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información que pueda ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, las clases en la escuela o en la universidad, etc. La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior mental que es el conocimiento. La información de hechos específicos

consiste en recordar unidades de información específica y aislable. Se subrayan los símbolos cuyos referentes son concretos. (Rodríguez. 1994, p. 85)

3.2.3 Factores que Influyen en las Conductas en Salud

Las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información, cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas.

El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta.

Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el “input” recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.

No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. (Almarales, 2014, p.74).

Creencia: Es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

Actitud: Es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un

cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. (Barrios. 2012, p, 54).

3.2.4 Conocimientos de la Fisiología Dentaria

3.2.4.1 Desarrollo Dentario

El desarrollo del diente comienza a partir de la lámina dentaria, espesamiento epitelial que aparece en los sitios de los futuros arcos dentarios. La posición de los dientes temporarios queda determinada en la 6° y la 8° semana de desarrollo embrionario, a medida que la lámina dental prolifera en las localizaciones específicas y brotan los gérmenes dentarios hacia el tejido mesenquimático subyacente.

Los dientes permanentes comienzan a formarse entre la 20° semana de vida prenatal y el 10 mes de desarrollo posnatal; se originan en la lámina dentaria por lingual del germen del diente temporario. El crecimiento de los maxilares permite que la lámina dentaria se extienda por detrás de los molares temporarios y después se inicia la formación de los molares permanentes primero, segundo y tercero. (Koch G, modeer T. 1994. p, 33)

La formación individual de cada diente en esos arcos se realiza según las conocidas fases de iniciación, morfogénesis e histogénesis con la localización de cada pieza, el establecimiento de su forma y la diferenciación celular, para los tejidos duros, esmalte, dentina y cemento, como para los blandos, pulpa y estructuras periodontales. Progresando en las etapas descriptivas de yema, botón y campana. (Escobar. 2004. p, 48).

3.2.4.2 Erupción dental

La superficie alveolar de los maxilares está recubierta, al nacer, por una encía sólida y firme, que puede ejercer una función enérgica durante la alimentación y exploración de objetos.

El arco superior tiene forma de herradura y, aunque hay cambios de tamaño, la forma general es más o menos constante.

El rodete inferior tiene una forma diferente, en “U” o rectangular, de modo que puede dividirse en una zona anterior (inicial) y dos laterales (molares). (Reynaldo de Figueiredo W, Ferelle A. 2000, p.73).

Durante el reposo, la lengua se ubica entre los rodetes en todas las regiones. Al contacto, que ocurre en la zona posterior, se aprecia que el rodete mandibular está retrasado al superior; en 6 milímetros aproximadamente. De esta manera, hay un espacio en la zona anterior durante el cierre, que será utilizado durante la erupción de los incisivos. (Cruz. 2011. p, 59)

3.2.4.3 Fases

La erupción o la aparición del diente en la cavidad bucal, según su proceso donde el diente migra de su posición intagingival, involucrando en el proceso otros tejidos y otros mecanismos fisiológicos y no simplemente la aparición del diente en la cavidad bucal. Esta erupción comienza a ocurrir alrededor de los 6 meses de edad generalmente por los incisivos inferiores.

Dentro del primer año, generalmente los 4 incisivos inferiores y los 4 incisivos superiores estarán erupcionados.

La erupción es el movimiento de los dientes a través del hueso y la mucosa que los cubre, hasta emerger y funcionar en la cavidad bucal. La perforación de la mucosa es entonces sólo un signo clínico del proceso eruptivo que, en general, puede dividirse en tres fases: preeruptiva, eruptiva prefuncional y funcional.

3.2.4.3.1 Fase Preeruptiva: En esta fase se describen los movimientos del diente en crecimiento y desarrollo, antes de la formación radicular.

3.2.4.3.2 Fase Eruptiva Prefuncional: Esta fase empieza con el inicio de la formación radicular y termina cuando el diente toma contacto con su antagonista.

3.2.4.3.3 Fase Funcional: Los principales cambios que ocurren en esta fase se relacionan con la completación de la raíz, desde que hay

contacto oclusal; y a reestructuraciones de los tejidos de soporte durante la vida de la pieza dentaria.

3.2.4.4 Maduración pos eruptiva de los dientes.

Inmediatamente después de la erupción de los dientes son, en varios aspectos, “inmaduros” y los procesos de maduración durarán varios años. Cuando erupciona el diente el esmalte está totalmente formado, pero su superficie es porosa y presenta una inadecuada mineralización. Una mineralización “secundaria” con iones del medio oral, que penetra en la trama de la hidroxiapatita, hace al esmalte más “perfecto” y más resistente a la caries.

La formación de la dentina prosigue durante el resto de la vida. Al erupcionar el diente la dentina es delgada y sus túbulos dentinarios son amplios. La dentina se forma sobre las paredes de la pulpa y también en la pared de los túbulos, lo que hace que la dentina sea más gruesa y menos penetrable, con aumento de su resistencia al avance de la caries. En oportunidad de la erupción el cemento todavía es delgado y al ligamento periodontal lo constituyen fibras relativamente escasas y desorganizadas. Después de la erupción prosigue la producción de cemento y las fibras aumentan en cantidad, se reorganizan y vinculan al diente con el hueso alveolar.

Al erupcionar el diente la parte apical de la raíz está incompleta. La formación radicular y el cierre/estrechamiento del foramen apical demoran varios años en completarse. Este último proceso es causado en parte por la formación de la dentina y en parte por el cemento. (Koch, Modeer. 1994, p.58)

3.2.5 Tipo de dentición

El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

3.2.5.1 Dentición Decidua.- Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares. El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan

importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo cumpla los siete años.

3.2.5.2 Dentición Permanente.- Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores.

Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

3.2.6 Cronología De Erupción Primaria

Dentadura	Dientes superiores		Dientes inferiores	
	Comienza formación Tejido Duro	Erupción	Comienza Formación Tejido Duro	Erupción
Incisivos centrales	4 meses i.u.	7.5 meses	4.5 meses	6 meses
Incisivos laterales	4.5 meses i.u.	9 meses	4.5 meses	7 meses
Caninos	5 meses i.u	18 meses	5 meses	16 meses
Primeros Molares	5 meses i.u	14meses	5 meses	12 meses
Segundos Morales	6 meses i.u	24 meses	6 meses	20 meses

3.2.7 Dieta

Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento,

desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales. (Cruz. 2011. p, 85).

Los hidratos de carbono de la dieta están generalmente asociados a la formación de la caries dental.

Ciertos carbohidratos de la dieta son utilizados por los microorganismos orales (*estreptococo mutans*) formando una matriz pegajosa que facilita la adhesión de los microorganismos a la superficie del diente. Los carbohidratos también sirven en la producción de ácidos orgánicos que inician el proceso de desmineralización del diente. (Stifano. 2014. p. 63)

Los carbohidratos asociados con la presencia de caries son:

3.2.7.1 Lactosa: Disacárido de glucosa y galactosa, el cual favorece la implantación oral de las bacterias cariogénicas, desmineraliza el esmalte dental e incrementa la producción ácida en la placa dental cuando actúa a través de los microorganismos.

3.2.7.2 Sacarosa: O el azúcar común, es un disacárido compuesto de fructuosa y glucosa considerado como el más cariogénico de la dieta humana, siendo un producto fácil de metabolizar para los microorganismos. El nivel de colonización del *estreptococo mutans* está altamente relacionado con los niveles altos de sacarosa.

3.2.7.3 Consumo de azúcar: Tienen relación con la aparición y el progreso de las caries dental, especialmente durante los primeros años de vida, cuando se les considera como los principales responsables de la ocurrencia de caries dental en niños.

3.2.7.4 Fructosa: O denominada también azúcar natural de las frutas. Es responsable de los efectos erosivos sobre el esmalte, se ingesta al consumir frutas.

La sacarosa, lactosa y otros disacáridos poseen bajo peso molecular, en consecuencia son solubles en saliva, propiedad que les permite fácil difusión dentro de la bioplaca, por lo tanto biodisponibles para ser metabolizados a productos finales, como el ácido láctico, por los microorganismos acidúricos presentes en la cavidad oral del niño. Es

importante recordar que la caída del pH a un nivel crítico es inmediata después de la ingesta de sacarosa, pero esta misma puede tomar horas después de la ingesta de almidones, pero esto no quiere decir que los almidones no sean tan cariogénicos, puesto que la amilasa que se encuentra en la saliva es capaz de desdoblar el almidón en glucosa. Hay excelentes estudios en los que se afirma que existe una relación entre la dieta y la caries dental. Existe también evidencias de que el comer entre comidas y la frecuencia con que se come están en relacionados con la incidencia de la caries dental.

3.2.8 Dieta del niño

3.2.8.1 Durante el embarazo.

La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño. Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento. La leche materna es el alimento ideal para el bebé. La lactancia natural es siempre deseable para la satisfacción fisiológica y psicológica de la madre y el bebé. Las necesidades que cubre la lactancia materna incluyen: crecimiento y desenvolvimiento favorable, desarrollo miofacial armónico, por lo tanto, prevención de hábitos nocivos y maloclusiones, protección inmunológica y digestión adecuada. Además, disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar en su contenido. (Díaz, Carrillo. 2001, p. 79).

Los constituyentes principales de la leche humana – grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales – cubren exactamente los requerimientos del bebé, de forma exclusiva, hasta los 6 meses. La cantidad y la composición de la leche segregada varían según el periodo de lactancia, adaptándose progresivamente a las necesidades del niño, las cuales a su vez también evolucionan. Sin embargo, a pesar de que la leche materna es reconocida como el alimento ideal

para el lactante, un gran porcentaje de madres prefiere dar lactancia artificial a sus hijos o por algún motivo biológico no cuentan con leche suficiente, de tal manera que tienen que recurrir a la artificial. La mayoría de las madres suelen agregar azúcar a los biberones. (Fonseca. 1995, p. 49)

Teniendo en cuenta la característica de alto consumo y los relatos clínicos que sugieren la participación de la leche en el desarrollo de caries, diversos estudios han buscado investigar su potencial cariogénico o anticariogénico, habiendo obtenido resultados contradictorios en algunos casos. Para explicar estas diferencias es necesario comprender que la leche es un alimento complejo, teniendo en su composición tanto elementos cariogénicos como no cariogénicos.

Dentro de los elementos de protección de la leche contra la caries, enemos:

Caseína: Es una fosfoproteína, que se encuentra en una concentración de 0,5% en la leche humana. Se une fuertemente a la hidroxiapatita reduciendo su solubilidad. Además dificulta la adhesión de *S. mutans* a la superficie del esmalte, ya que reduce la actividad enzimática de la glucosiltransferasa, con lo cual se inhibe su capacidad de adsorción. Tiene una acción importante sobre el pH ácido de la placa. Junto con sus derivados y otras proteínas, se incorpora a la placa y aumentan su contenido de calcio y fosfato, previniendo así el efecto desmineralizador e incrementando la capacidad amortiguadora (aumento de pH) mediante el desplazamiento de aminoácidos básicos y péptidos necesarios para el catabolismo bacteriano. (Thomson. 1996. p. 82).

Demostraron que la cohesión bacteriana que ocurre en presencia de lactosa es más reversible; en consecuencia, la viscosidad de la placa disminuye, siendo más fácil de remover y más difusible. (Bos I. 1996. p.94).

Demostraron que la leche humana como solución azucarada es capaz de promover la desmineralización del esmalte siempre que se mantenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas. Por otro lado, se sabe que la respuesta acidogénica de la placa microbiana es más acentuada cuando las células son previamente adaptadas al catabolismo de la lactosa. (Thomson L. 1996, p. 90).

El aumento en la respuesta acidogénica de la placa después del frecuente contacto con la leche puede ser la razón para el desarrollo de caries en dientes deciduos después de la alimentación materna prolongada.

Bajo el punto de vista odontológico, la lactancia materna favorece el crecimiento y el avance de la mandíbula, estabiliza la relación entre las bases óseas, auxilia en el proceso de erupción dentaria, ejercita el movimiento de la ATM, previene la respiración bucal, además de representar la primera etapa para el desarrollo del proceso masticatorio. (Birked R. 1993. P, 84).

Las orientaciones relacionadas con la lactancia materna, equilibrio de la dieta e información sobre higiene bucal son fundamentales para la salud del bebé. Siendo así, la falta de información, los factores socioeconómicos y culturales llevan en muchos casos al destete precoz y a la introducción de otras formas de alimentación, en las cuales puede ser adicionada la sacarosa. (Sousa J, Fracasso M. 2010. P, 63)

En general, La lactancia materna tiene ventajas tanto para el niño, como para la madre, tales como protegerlo contra enfermedades, principalmente la diarrea, recibir una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad, no le provoca alergias, se expone menos tratamientos de ortodoncia como los niños que se alimentan con biberón. La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con biberón desarrollará

un reflejo de succión y deglución inadecuado. (Wolfgang Bengel D. Heidemann. 2007. P, 48).

Las ventajas para las madres son ayudar a recuperar más rápido la figura, evita hemorragias después del parto, ahorra dinero, disminuye el riesgo de cáncer mamario, etc.

3.2.8.2 Durante la erupción dentaria

Hasta el momento de erupción de los dientes, los alimentos de elección deben ser líquidos y semilíquidos. La lactancia materna es el mejor método para alimentar al lactante, y a veces constituyen su única fuente de alimentos durante los primeros 4 – 6 meses. Después, la leche materna puede suprimirse con alimentos tipo puré, tanto los caseros como comercializados. La leche materna, complementada con los propios depósitos internos del lactante, basta para satisfacer la mayor parte de los nutrientes necesarios hasta después de los seis meses de vida. La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia, facilita su continuación en etapas ulteriores. Es usual la adición de alimentos diversos, cuando hacen erupción las primeras piezas dentarias. Hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados, que además de nutritivos, sean adecuados para la salud dental. Los alimentos que se comen con los dedos, primeramente frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatina, galletas sin sal, ni queso, son aceptables y hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución, que le permitan ingerir estos nuevos alimentos. (Escribano A, López C, Saenz U. 2008.p, 73)

Estudió e identificó el momento en que los azúcares son introducidos en la dieta y su frecuencia de consumo en un grupo de niños de 0-36 meses de edad. Para ello se aplicó un cuestionario de opciones múltiples a madres de 385 niños bajo control en el Programa de

Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima Perú. En el 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad. Los principales vehículos fueron "líquidos" y la razón principal fue "dar sabor. El 30% de los niños de 0- meses de edad consumían azúcares en un promedio de 2,5 veces al día y el 85% de los niños de 6-11 meses de edad consumían azúcar en un promedio de 3,5 veces por día. Al cumplir el primer año de edad, el 100% de los niños consumían azúcares en un promedio de 4,6 veces al día; este patrón se repitió durante el segundo año de vida (Villena, M. Bernal, J. 1998. P, 63).

3.2.9 Enfermedades Bucales Prevalentes

3.2.9.1 Caries Dental

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, la cual requiere que estén presentes al mismo tiempo múltiples factores, para que la enfermedad se desarrolle:

- 1) Un hospedero susceptible (diente)
- 2) La flora bucal cariogénica (microorganismos)
- 3) Sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta.
- 4) Espacio de tiempo lo suficientemente prolongado en el cuál interactúen los factores antes mencionados.

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continua manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. (Matas J. 2014.p, 59).

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte

y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización. (Pinkham J. 1994.p, 84)

3.2.9.2 caries de infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. (American Academy of Pediatric Dentistry. 2008. P, 70).

3.2.9.3 Medidas preventivas

La odontología moderna se orienta a la prevención y la mayoría de odontólogos actuales comprende sus obligaciones para prevenir la enfermedad y busca estrategias de prevención para asegurar el mantenimiento de una salud bucal en todos sus pacientes. (Podadera Zr, flores H. 2003.p, 81).

La educación genera la prevención. La primera fuente de atención es los padres, que deberán en el proceso de educación, ser concientizados de las necesidades odontológicas de sus hijos, entender y aprender cómo controlarlas, así como aplicar las medidas preventivas que deberán usar en casa y la finalidad es evitar la instalación de la caries dental.

Es más prudente educar y prevenir que tratar de manera invasiva a su vez que algunos autores recomiendan que la educación debe comenzar con las madres en la gestación. (Reynaldo W. Ferelle A, myaki I.2000.p, 58).

La mujer por ser aquella que tiene más contacto con el niño, es la escogida para ser el agente vectorial en la transmisión de educación y hábitos.

Es obvio que en su primer año de vida el niño es un paciente muy deseable desde el punto de vista preventivo, ya que cualquier acción que se realice a favor de la prevención tendrá un efecto que perdurará toda la vida. (Podadera Zr, flores H. 2003.p, 75).

3.2.9.4 Control mecánico de la placa dental o biofilm

3.2.9.4.1 Placa dental o biofilm

Es la una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal. La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro. (Barrios d. 2012.p, 96).

3.2.9.4.2 Control mecánico

Es importante que los padres empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar

la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. (Escribano a, López a, López c, Saenz u. 2008.p, 79).

Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo).

Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener una súper vigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂ O₂ y tres de agua hervida fría) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedal con cepillo suave, que existen en el mercado. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, la madre debe empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. (Podadera Zr, Flores H. 2003.p, 50).

3.3Marco conceptual

3.3.1 Conocimiento

El conocimiento es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de la realidad y en este se presenta un conjunto de

representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad.
(Martínez, 2006 p, 32)

El conocimiento también es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica; porque para conocer es necesario aprender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. (Chesman De Rueda, 2011. P, 65)

Asimismo conocimiento también se puede como sinónimo de información. Por ello se considera en muchas culturas que un individuo que tiene mucha información sabe mucho ello lleva implícita la información de que el conocimiento es independiente de la realidad en la que vive un individuo o una institución. (Belohlavek, 2005. P, 43)

3.3.2 El Conocimiento Empírico

El conocimiento empírico es aquello que se hace todos los días, en observación, olfateando , escuchando, tocando, descubriendo nuevos retos, a través de nuestro diario vivir, ya sea en casa, en el campo laboral, en el parque, en la escuela, en el aula, en alguna fiesta, en un día de campo, o en las famosas vacaciones, en alguna enfermedad psicosomática, u otra enfermedad, si estamos en la lectura, en la escritura, y si nos ponemos a pensar, a jugar, u otra diversión, si se elabora algún mapa mental o un acróstico, etcétera, esto y más es conocimiento empírico. En el vientre de nuestra madre en el embarazo, ahí está aprendiendo el conocimiento empírico, en el instante del nacimiento, se aprende, cuando aprendemos a gatear se retoma el aprendizaje del conocimiento empírico, cuando se llega al preescolar, ya se cuenta con conocimiento empírico, en el momento de ir a la escuela, ya se tiene mucho material del conocimiento empírico, y luego en la secundaria, pues mas conocimiento empírico, y en la preparatoria, y después la universidad, ya para ese nivel tenemos suficiente conocimiento empírico.(Barraza, 2001. P, 23)

3.3.3 El Conocimiento Científico

El conocimiento científico es un saber racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible se caracteriza porque observa la naturaleza y la

realidad social, la conceptualiza y experimenta con ella para tratar de modificarla, produce tecnología, desarrolla modelos y experimentos aplicados que permitan el desarrollo social y el incremento de la cultura, crea modelos interpreta y explica. (Bunge M, Morone, 2008. P, 34)

3.3.4 Teoría del Conocimiento de Kant

En el sucesor inmediato de Kant, Fichte, la teoría del conocimiento aparece por primera vez bajo el título de "teoría de la ciencia". Pero ya en él se manifiesta esa confusión de la teoría del conocimiento y la metafísica, que se desborde francamente en Schelling y Hegel, y que también se encuentra de un modo innegable en Schopenhauer y Eduard von Hartmann. En oposición a esta forma metafísica de tratar la teoría del conocimiento, el neokantismo, aparecido hacia el año setenta del siglo pasado, se esforzó por trazar una separación neta entre los problemas epistemológicos y los metafísicos. Pero puso tan en primer término los problemas epistemológicos, que la filosofía corrió peligro de reducirse a la teoría del conocimiento. El neokantismo desarrolló además la teoría kantiana del conocimiento en una dirección muy determinada. El exclusivismo originado por ello hizo surgir pronto corrientes epistemológicas contrarias. Así es como nos encontramos hoy ante una multitud de direcciones epistemológicas, las más importantes de las cuales vamos a conocer en seguida en conexión sistemática. (Johannes Hessen, 1925. P, 11)

3.3.4.1 estética trascendental de Kant

En la Estética Trascendental se plantea la cuestión de cómo es posible hacer en matemática juicios que sean a la vez sintéticos y a priori. El resultado al que llega es que el espacio y el tiempo son formas a priori de la intuición.

A) Espacio

Kant basa la exposición metafísica del espacio en cuatro puntos:

1. El espacio no es un concepto empírico derivado de la experiencia externa. He aquí un ejemplo de abstracción: varias cosas diferentes comparten la propiedad "rojo". Así la presuposición para formar este concepto es que he observado cosas que son rojas. El abstraccionismo es considerado hoy con escepticismo. Kant para negar que el concepto de espacio pueda ser formado por una abstracción se apoya en que el espacio es necesario para poder

observar cualquier cosa. Toda cosa ha de encontrarse en un lugar, cualquiera que este sea. El espacio no es ni deja de ser un lugar sino que es la condición imprescindible para la verdad.

2. El espacio es una representación necesaria, a priori, que subyace a todas las intuiciones externas. Se puede imaginar que no hay nada en ese espacio, pero no se puede imaginar que no haya espacio. Este no poder es de tipo lógico pues Habría sido imposible pensar sin espacio, no te puedes imaginar un punto sin extensión porque es un absurdo lógico.

3. El espacio es una intuición pura a priori y podemos imaginarlo dividido en diferentes segmentos de varios tamaños.

4. El espacio no es un concepto, sino una intuición a priori. Un concepto puede tener una infinidad de instancias. Sin embargo en el espacio podemos imaginar segmentos, divisiones o partes pero ninguno de estos segmentos o partes son instancias del espacio.

Las instancias de un objeto las puedo dividir y comer, pero no puedo dividir ni comer el concepto. Ricardo Vidal Nuñez, p, 2)

B) tiempo

Al igual que la anterior la exposición que realiza Kant se basa en cuatro puntos:

1. El tiempo no es un concepto empírico. No obtenemos el concepto “tiempo” por abstracción de la experiencia pues no podemos experimentar nada sin presuponer el tiempo. Además el concepto tiempo no es susceptible de ser definido, pues cualquiera que sea el concepto que se utilice en su definición siempre será un concepto en el que se presuponga el tiempo. Todo evento dura un cierto tiempo.

2. El tiempo es una idea necesaria. Mantener que algo ocurre en, por implicación, mantener que ocurre en un punto determinado de tiempo y que ocurre al mismo tiempo, o después que otra cosa.

3. El tiempo no es un concepto discursivo, sino una intuición a priori. El tiempo no está constituido por la suma de unidades temporales discretas, ya que sumar unidades de tiempo significaría que una unidad de tiempo sigue después de otra; pero en el concepto “sigue después que otra” se presupone ya el tiempo. Así pues una proposición sintética a priori referente al tiempo presupone que el tiempo no es un concepto, sino una intuición.

4. Todo segmento individual de tiempo debe considerarse como limitación de aquello de lo cual estas partes o segmentos de tiempo son partes. El tiempo, como algo limitado, es una presuposición necesaria para hablar de lo que está limitado por el tiempo. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 4)

3.3.5 El fenómeno del conocimiento y los problemas contenidos en él.

En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce.
- El objeto conocido.
- La operación misma de conocer.
- Conocimiento.

3.3.5.1 Vista desde el sujeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de este. En el sujeto surge una cosa que contiene las propiedades del objeto, surge una “imagen” del objeto.

3.3.5.2 Visto desde el objeto. el conocimiento se presenta como una transferencia de las propiedades del objeto al sujeto. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 8)

3.3.5.3 Operación cognoscitiva. En la operación cognoscitiva es donde surge el pensamiento acerca del objeto. Es un proceso psicofisiológico necesario para que el sujeto que se encuentra con un objeto, tenga algún pensamiento sobre él. La operación cognoscitiva sólo dura un instante, sin embargo, es necesaria para que se pueda establecer un pensamiento sobre el objeto observado. La operación cognoscitiva es una operación mental que resulta en un pensamiento. Pese a que la operación cognoscitiva es extremadamente breve, el pensamiento resultante perdura en el conocimiento del sujeto durante algún tiempo. Para poder entender esta relación, podemos poner un ejemplo como puede ser la realización de una fotografía. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 10)

3.3.5.4 Pensamiento. El pensamiento es un contenido intramental referido a un objeto. Podemos referirnos al pensamiento como una huella interna cada vez que se conozca un objeto. Esa huella en la memoria proporciona una serie de pensamientos que se evocan cada vez que se vislumbra el objeto. Es una expresión mental del objeto conocido. El objeto, por otro lado, es extramental, existe fuera de la mente del sujeto independientemente de cómo lo haya percibido. Pero también existen objetos intramentales que se producen cuando intentamos enfocar la atención a conocimientos que hemos adquirido previamente. El pensamiento difiere del objeto, ya que es la representación del sujeto del objeto que está percibiendo. No funciona como una fotografía que captura al objeto, sino que es una construcción mental representando al objeto. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 12)

3.3.5 El Racionalismo Sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento sólo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. Esto es, cuando nuestra razón estima que una cosa es como es y que no puede ser de otro modo; y cuando juzga que, por ser como es, debe ser así siempre y en todas partes. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 14)

3.3.6 El Apriorismo. Proviene de la expresión latina A priori, que significa anterior a la experiencia. Viene a decirnos que en nuestro conocimiento existen elementos a priori, como la causalidad, la totalidad, la unidad, es decir, independientes de la experiencia. El Apriorismo nos dice que todos los conocimientos que están en nuestra mente no son contenidos sino que son formas que sirven para organizar, comprender y estructurar lo que recibimos del exterior. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 14)

3.3.7 el dogmatismo. Proviene de la palabra griega dogma, que significa doctrina fijada. Es una posición a la que todavía no se le ha planteado una mínima duda sobre la existencia del conocimiento. El dogmatismo supone absolutamente la posibilidad y la realidad del contacto entre el sujeto y el objeto. Para él por naturaleza, resulta comprensible que el sujeto, la conciencia cognoscente, aprehenda su objeto. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 15)

3.3.8 El subjetivismo y el relativismo. El escepticismo sostiene que no hay verdad alguna. El subjetivismo y el relativismo no son tan radicales. Con ellos se afirma que si existe una verdad; sin embargo, tal verdad tiene una validez limitada. El subjetivismo, como su nombre lo indica, limita la validez de la verdad al sujeto que conoce y juzga. El relativismo afirma que no existe alguna verdad, alguna verdad absolutamente universal, también aquí hay una contradicción ya que una verdad que no sea absolutamente válida es un sinsentido. (Ricardo Vidal Nuñez, p, 17)

3.3.9 Salud Bucal

Para la OMS 1994. La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

3.3.4 Prevención En Salud Bucal.

Acciones dirigidas a reducir la morbilidad de enfermedades bucales. Donde se distinguen tres niveles de prevención, el primario, que incluye un 2 niveles, uno que no es específico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud bucal general del individuo, y el otro nivel que consta de medidas para prevenir la aparición de enfermedades específicas. El nivel de prevención secundario incluye el diagnóstico y tratamientos temprano. Y por último el nivel de prevención terciario, que incluye limitación del daño, que tiene por objetivo limitar el daño producido por la enfermedad, y la rehabilitación tanto física como psicológica. (Organización Mundial de la Salud, 1994. P, 43).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencias. (Supo, José. 2014. p, 37).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describe los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipulan las variables ya que los datos reflejan la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal por que las variables se midieron en una sola ocasión.

El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



Donde:

M = La muestra de estudio (madres de preescolares)

O = Medición de la variable = nivel de conocimiento

4.2 Universo:

Estará conformada por 48 madres de familia que tienen matriculados a sus niños en el Jardín de Niños “Niño Jesús de Praga” de Chachapoyas 2017.

Criterio de Inclusión:

- Todas las madres que deseen ser partícipes de este estudio.

Criterio de Exclusión:

- Madres que no deseen ser parte del estudio.
- Madres que no asistan el día programado para realizar la encuesta.

Muestra:

Estuvo conformada por **45** madres de familia.

Muestreo:**Tipo de muestreo:**

Muestreo probabilístico (aleatorio)

Validez y confiabilidad:

Validez. La validez del instrumento se realizó mediante juicio de expertos (6) y los datos se sometieron a la Prueba Binomial y Z de Gauss. $VC = 5.2909$ es mayor que el $VT = 1.6449$.

Confiabilidad. Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto al 10% de la muestra total y cuyos datos se sometieron al coeficiente Alfa de Cronbach; y para hallar la máxima confiabilidad se aplicó la fórmula de Spearman Brown. Máx. Confiabilidad = 0.67 entonces el instrumento es confiable.

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**Método y técnica****Método:**

Encuesta. (Canales, 1994. p, 37.)

Técnica:

El cuestionario. (Canales, 1994. p, 43.)

El instrumento: para medir la variable de estudio se empleó una prueba de conocimientos de 20 preguntas con alternativa múltiple.

Instrumento de recolección de datos

Se realizó con el instrumento tipo escala de Ordinal, La estructura consta de 04 partes: introducción, instrucciones, datos generales y ítems de evaluación (20 ítems). Los puntajes a evaluar serán los siguientes

Nivel bajo:	0 - 7
Nivel medio:	8-13
Nivel alto:	14-20

Las dimensiones de la variable son las siguientes:

✓ **Conocimiento sobre medidas preventivas en salud oral**

Nivel bajo:	0 - 2
Nivel medio:	3-5
Nivel alto:	6-8

✓ **Conocimiento sobre enfermedades periodontales**

Nivel bajo:	0 - 2
Nivel medio:	3 - 4
Nivel alto:	5-6

✓ **Conocimiento sobre desarrollo dental**

Nivel bajo:	0 - 2
Nivel medio:	3 - 4
Nivel alto:	5 – 6

Procedimiento de recolección de datos

- Se emitió un documento hacia los dirección de la institución educativa inicial solicitando autorización para la ejecución del proyecto que luego será enviado al docentes a cargo del salones de 5 y 6 años para obtener permiso de citar a las madres para realizar dicha encuesta.
- Se coordinó con el docente a cargo de dicha aula una reunión con los apoderados de los menores para informarles sobre el estudio y que los padres firmen el consentimiento informado para que se realizara además se fijara las fechas y horas para la aplicación del instrumento.

- Se les entrego de forma individual una hoja de papel bond y un lápiz y se les explicó los pasos a seguir para que respondan de forma consiente y formal las preguntas de una sola respuesta.
- Al terminar la recolección de datos, se agradeció a las madres de los niños y las autoridades de la institución por su colaboración.
- Se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico con los programas de Microsoft Excel y el programa de SPSS.

4-4Análisis de Datos

La información recolectada fueron codificados y procesados a partir del formato del software estadístico SPSS versión 20 y del programa Excel versión 2013, de los cuales se obtendrán las distribuciones absolutas y porcentuales. Los resultados se mostrarán en tablas simples, además de los gráficos de barra

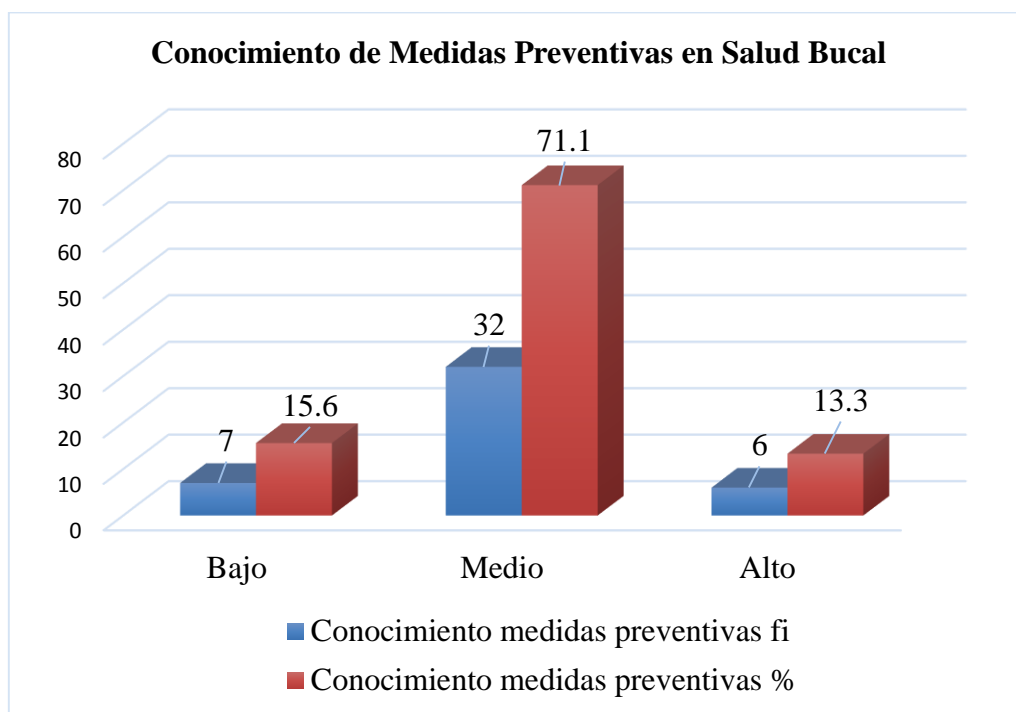
RESULTADOS

Tabla 01 Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017.

Conocimiento medidas preventivas		
	fi	%
Bajo	7	15.6
Medio	32	71.1
Alto	6	13.3
Total	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre prevención en salud bucal

Figura 01: Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017.



Fuente: Tabla 01

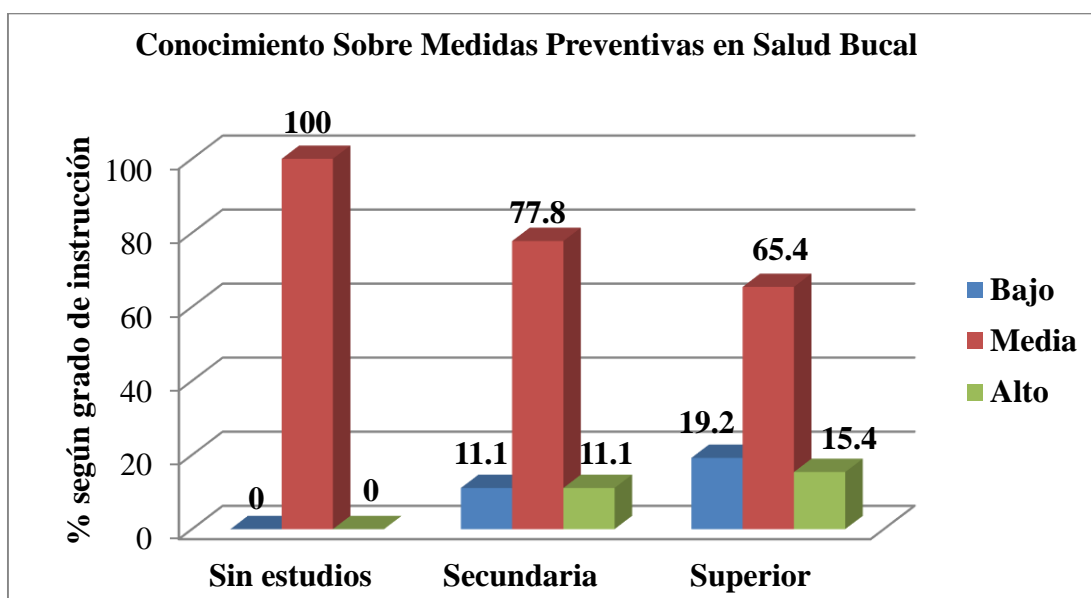
En la tabla y figura 01, se puede observar que del 100 % (45) madres de preescolares del jardín Jesús de Praga un 15.6 % (7) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 71.1 % (32) tienen un nivel de conocimiento, y el 13.3 % (6) tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal.

Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.

Conocimiento Sobre Medidas Preventivas								
Grado de Instrucción	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
Secundaria	2	11.1	14	77.8	2	11.1	18	100
Superior	5	19.2	17	65.4	4	15.4	26	100
Total	7	15.6	32	71.1	6	13.3	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre prevención en salud bucal

Figura 02: Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Tabla 02

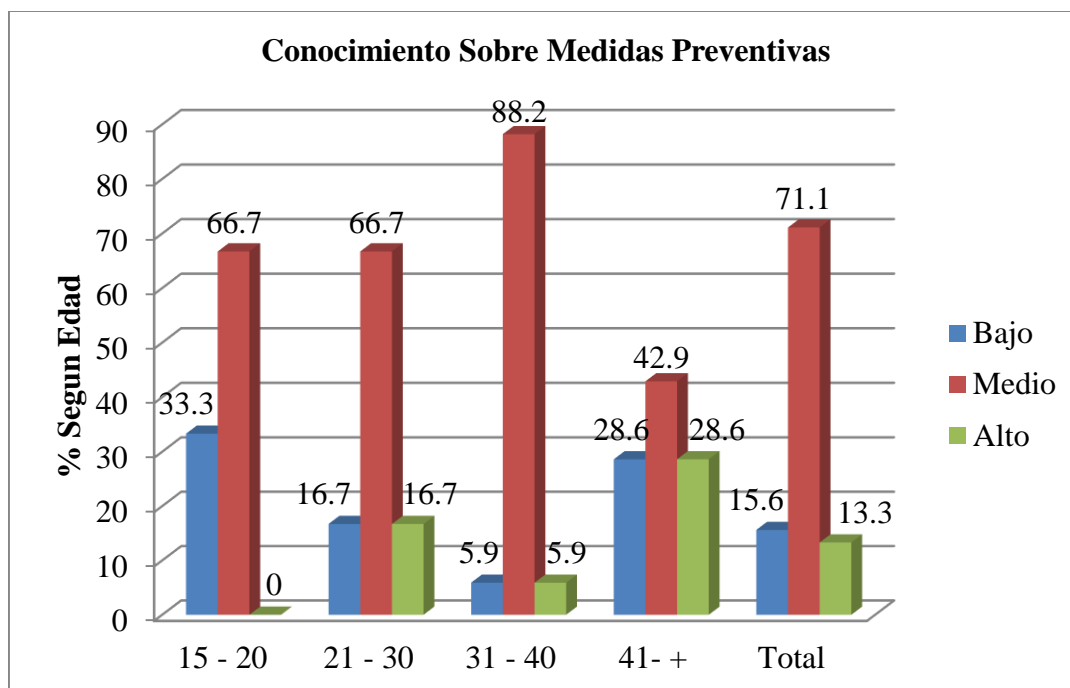
En la tabla y figura 02, se puede observar que en cuanto respecta según el grado de instrucción la mayoría de las madres de preescolares del jardín Jesús de Praga en su mayoría tienen estudios superiores, de aquí los resultados, ay una sola madre que no tiene estudios la cual tiene un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas en salud bucal, de las madres que solo cuentan con estudios de secundaria son 18, de las cuales el 11.1 % (2) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 77.8 % (14) tienen un nivel de conocimiento medio, el 11.1 % (2) tienen un nivel de conocimiento alto, de las madres que cuentan con estudios superiores son 26, de las cuales el 19.2 % (5) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 65.4 % (17) tienen un nivel de conocimiento medio, el 15.4 % (4) tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal.

Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, en grupos etáreos.

Conocimiento Sobre Medidas Preventivas								
Edad	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
15 - 20	1	33.3	2	66.7	0	0.0	3	100
21 – 30	3	16.7	12	66.7	3	16.7	18	100
31 - 40	1	5.9	15	88.2	1	5.9	17	100
41- +	2	28.6	3	42.9	2	28.6	7	100
Total	7	15.6	32	71.1	6	13.3	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre prevención en salud bucal

Figura 03: Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas de salud bucal en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, en grupos etareos.



Fuente: Tabla 03

En la tabla y figura 03, se observa los diferentes grupos etarios en las cuales se encuentran las madres de preescolares de las cuales se aprecia que hay 3 madres que tienen entre 15- 20 años, de las cuales 33.3 % (1) tiene un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 66.7 % (2) tienen un nivel de conocimiento medio, hay 18 madres que tienen entre 21-30 años , de las cuales el 16.7 % (3) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 66.7 % (12) madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 16.7 % (3) tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal, hay 17 madres que tienen entre 31-40 años , de las cuales el 5.9 % (1) madre tiene un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, el 88.2 % (15) tienen un nivel de conocimiento y el 5.9 % (1) tiene un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal, hay 7 madres que tienen entre 41 a más años de las cuales el 28.6 % (2) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas preventivas en salud bucal, 42.9 % (3) tienen un

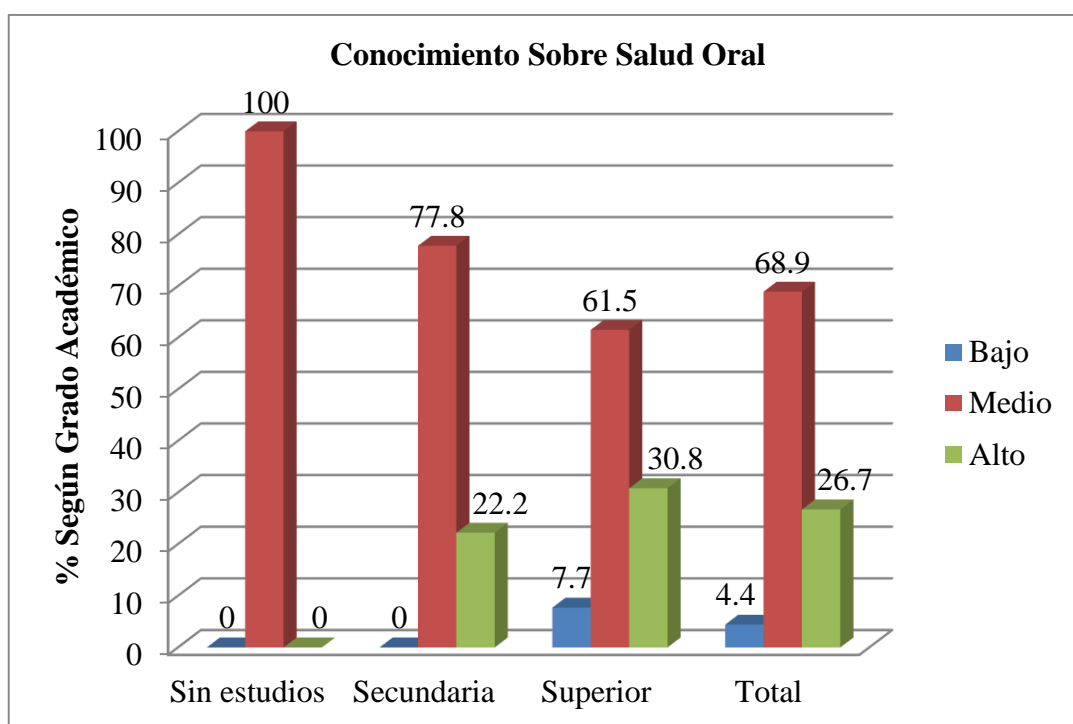
nivel de conocimiento y el 28.6 % (2) tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre salud oral en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.

Conocimiento Sobre Salud Oral								
Grado Académico	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
Secundaria	0	0.0	14	77.8	4	22.2	18	100
Superior	2	7.7	16	61.5	8	30.8	26	100
Total	2	4.4	31	68.9	12	26.7	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre salud oral

Figura 04: Nivel de conocimiento sobre salud oral en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Tabla 04

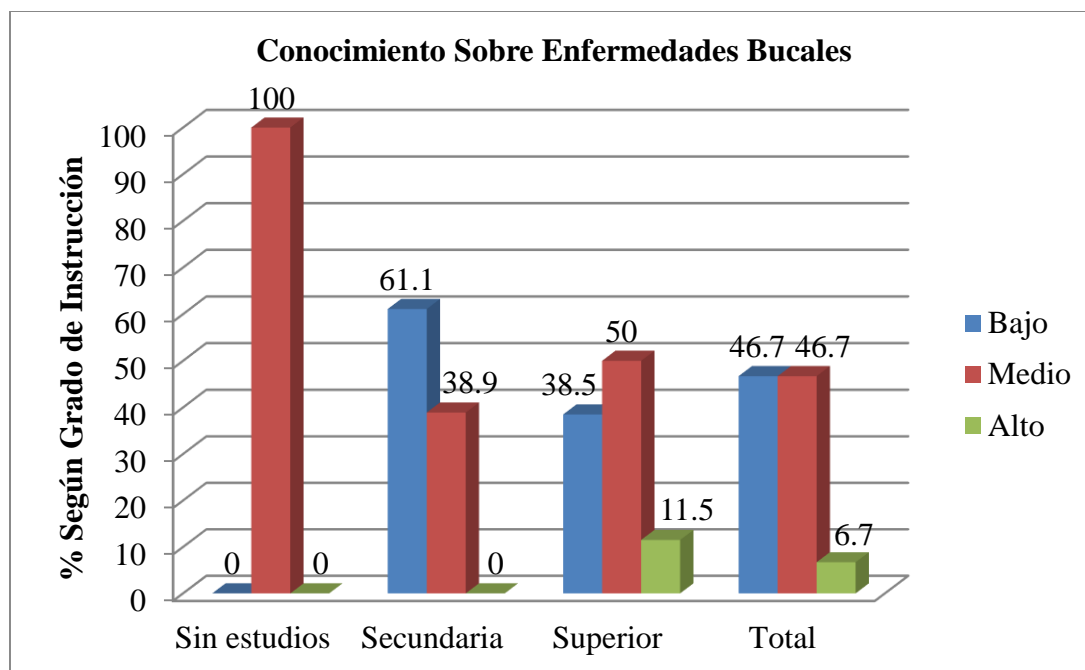
En la tabla y figura 04, se puede observar que en cuanto respecta según el grado de instrucción la mayoría de las madres de preescolares del jardín Jesús de Praga en su mayoría tienen estudios superiores, de aquí los resultados, ay una sola madre que no tiene estudios la cual tiene un nivel de conocimiento medio sobre salud oral, de las madres que solo cuentas con estudios de secundaria son 18, de las cuales el 77.8 % (14) tienen un nivel de conocimiento medio sobre y el 22.2 % (4) tienen un nivel de conocimiento alto sobre salud oral, de las madres que cuentas con estudios superiores son 26, de las cuales el 7.7 % (2) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre salud oral, el 61.5 % (16) tienen un nivel de conocimiento medio y el 30.8 % (8) tienen un nivel de conocimiento alto sobre salud oral.

Tabla 05: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.

Conocimiento Sobre Enfermedades Bucales								
Grado Académico	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	1	100	0	0	0	0	1	100
Secundaria	5	27.8	11	61.1	2	11.1	18	100
Superior	8	30.8	17	65.4	1	3.8	26	100
Total	14	31.1	28	62.2	3	6.7	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre enfermedades bucales

Figura 05: Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Tabla 05

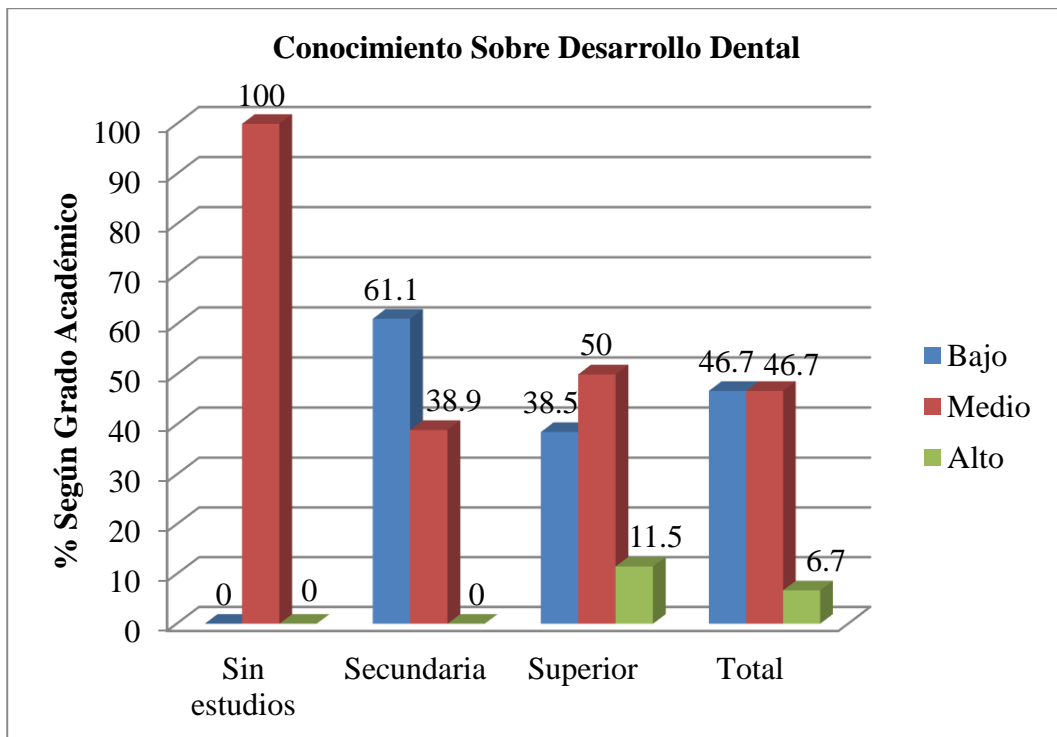
En la tabla y figura 05, se puede observar que en cuanto respecta según el grado de instrucción la mayoría de las madres de preescolares del jardín Jesús de Praga en su mayoría tienen estudios superiores, de aquí los resultados, ay una sola madre que no tiene estudios la cual tiene un nivel de conocimiento bajo sobre enfermedades bucales, de las madres que solo cuentan con estudios de secundaria son 18, de las cuales el 27.8 % (5) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre enfermedades bucales, el 61.1 % (11) tienen un nivel de conocimiento medio y el 11.1 % (2) tienen un nivel de conocimiento alto sobre enfermedades bucales, de las madres que cuentan con estudios superiores son 26, de las cuales el 31.1 % (12) tienen un nivel de conocimiento bajo enfermedades bucales, el 65.4 % (17) tienen un nivel de conocimiento medio y el 3.8 % (1) tienen un nivel de conocimiento alto enfermedades bucales.

Tabla 06: Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.

Conocimiento Sobre Desarrollo Dental								
Grado Académico	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	0	0.0	1	100	0	0	1	100
Secundaria	11	61.1	7	38.9	0	0	18	100
Superior	10	38.5	13	50	3	11.5	26	100
Total	21	46.7	21	46.7	3	6.7	45	100

Fuente: prueba de conocimiento sobre enfermedades bucales

Figura 06: Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en las madres de preescolares de la institución educativa inicial niño Jesús de Praga - Chachapoyas – 2017, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Tabla 06

En la tabla y figura 06, se puede observar que en cuanto respecta según el grado de instrucción la mayoría de las madres de preescolares del jardín Jesús de Praga en su mayoría tienen estudios superiores, de aquí los resultados, ay una sola madre que no tiene estudios la cual tiene un nivel de conocimiento medio sobre desarrollo dental, de las madres que solo cuentan con estudios de secundaria son 18, de las cuales el 61.1 % (11) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre desarrollo dental, el 38.9 % (7) tienen un nivel de conocimiento medio sobre desarrollo dental, de las madres que cuentan con estudios superiores son 26, de las cuales el 38.5 % (10) tienen un nivel de conocimiento bajo desarrollo dental, el 50 % (13) tienen un nivel de conocimiento medio sobre desarrollo dental, el 11.5 % (3) tienen un nivel de conocimiento alto desarrollo dental.

III. DISCUSIÓN

En la tabla y figura 01, Analizando los resultados se puede observar que del 100% (45) madres de preescolares de la institución educativa inicial Jesús de Praga en su mayoría que son el 71.1% (32) madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención en salud bucal, lo que indica que las madres de los preescolares tienen lo necesario para inducir a su hijo a cepillarse los dientes o sabes cuándo los dientes de su niño están sanos o enfermos y mejor aún consultar con un odontólogo, y un 13.3 % (6) tienen un nivel de conocimiento alto sobre medidas preventivas en salud bucal, indicando que las madres tienen un conocimiento más pulido acerca de la importancia del bienestar de sus hijos empezando con una buena higiene bucal.

Comparando con los estudios de Giraldo Mc. (2005) evaluaron el conocimiento adquirido en salud bucal de 178 acudientes que asisten al SIPI durante el primer año de vida del niño en una IPS de Medellín, por medio de una encuesta de percepción que constó de 10 preguntas de información personal y acerca del programa, y 10 de conocimientos sobre salud oral. Resultados: La charla educativa se consideró como el método didáctico más utilizado para impartir conocimientos en salud bucal (77%). El 70.9% de los acudientes del grupo de 10–12 meses tuvieron un nivel bueno de conocimientos, el grupo de 7-9 meses presentó un nivel de conocimientos buenos (66.6%) y al tiempo el mayor nivel de conocimientos malos (17.9%). Conclusiones: Los conocimientos adquiridos durante el programa fueron similares independiente del grupo de edad del niño; las respuestas estuvieron basadas en conocimientos previos a la participación del mismo, por ello se le debe dar un mayor protagonismo en el programa al área de salud bucal.

Comparando dichos resultados nos indica que la percepción de conocimientos científicos no se obtienen como lo son los conocimientos empíricos sino que tenemos que adquirirlos y de varias maneras como son los programas brindados por el MINSA, a través de los estudiantes de salud en las charlas de rutina y también en la red satelital llamada internet. Los conocimientos científicos como su mismo nombre lo dice lo tienen solo personas con un coeficiente intelectual alto.

En la tabla y figura 02 y 03, analizando los resultados se puede observar la diferencia que hace los grados de estudio en una buena higiene y salud bucal, tenemos una madre que no teniendo estudio alguno se encuentra con un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas en salud bucal, tenemos 18 madres con estudios de secundaria de las cuales en su mayoría (14) tienen un nivel de conocimiento medio, indicando de esta manera la importancia de la salud bucal, y con 26 madres que concluyeron sus estudios superiores en su mayoría (17) tienen un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas en salud bucal y (4) madres con un nivel de conocimiento alto, dando importancia más a la necesidad de educación a la población en general sobre medidas preventivas en salud oral.

También se comparó con los resultados de Murrieta J. (2004) evaluaron el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal con relación a la prevalencia de gingivitis en sus hijos en México. Para determinar el nivel de conocimiento se aplicó un cuestionario dirigido a las madres de familia y se estudió una muestra conformada por 389 escolares. Encontró que sólo el 20.6% de los escolares presentaron gingivitis sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la zona y localización de la mucosa gingival, no así con relación a la calidad de higiene oral y al nivel de conocimiento sobre la salud bucal de las madres, variables que resultaron tener influencia en el 20 evento de estudio. Se confirmó la importancia que tiene la higiene bucal en el establecimiento y desarrollo de la enfermedad gingival; también se observó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres se vio reflejado en el riesgo a enfermar mostrado por los niños.

Los resultados de la presente investigación coinciden con Giraldo y Murrieta, 2004. Ya que en ambos la mayoría de la muestra de investigación tienen un nivel de conocimiento medio sin presentar diferencias significativas según la edad, el grado de estudios o la procedencia.

El conocimiento empírico es aquello que se hace todos los días, en observación, olfateando, escuchando, tocando, descubriendo nuevos retos, a través de nuestro diario vivir, ya sea en casa, en el campo laboral, en el parque, en la escuela, en el aula, en alguna fiesta, en un día de campo, o en las famosas vacaciones, en alguna

enfermedad psicosomática, u otra enfermedad, si estamos en la lectura, en la escritura, y si nos ponemos a pensar, a jugar, u otra diversión, si se elabora algún mapa mental o un acróstico, etcétera, esto y más es conocimiento empírico. En el vientre de nuestra madre en el embarazo, ahí está aprendiendo el conocimiento empírico, en el instante del nacimiento, se aprende, cuando aprendemos a gatear se retoma el aprendizaje del conocimiento empírico, cuando se llega al preescolar, ya se cuenta con conocimiento empírico, en el momento de ir a la escuela, ya se tiene mucho material del conocimiento empírico, y luego en la secundaria, pues mas conocimiento empírico, y en la preparatoria, y después la universidad, ya para ese nivel tenemos suficiente conocimiento empírico.(Barraza, 2001. P, 23)

De todo lo que se aprende y se sabe es gracias al conocimiento empírico además que los estudios cuentan mucho más pero poco es o que se aprende sobre salud bucal además que poco es la importancia que tiene esta parte de nuestro cuerpo siendo lo principal para un bienestar saludable.

IV. CONCLUSIONES

1. Luego de analizar los resultados obtenidos de los gráficos podemos concluir que en su mayoría de las madres de preescolares de la institución educativa inicial Jesús de Praga (71.1%) tienen un nivel de conocimiento general sobre medidas preventivas en salud bucal, indicando de esta manera que ay conocimiento sobre la educación e higiene oral a sus menores hijos y de esta manera inducirlos a un mejor aseo bucal de los menores.
2. Analizando resultados de acuerdo a los años de las madres de preescolares de la institución educativa inicial Jesús de Praga, se obtuvo k las madres de menor edad tienen un conocimiento relacionado de bajo y medio de 2 a 1, así como las madres k tienen entre 31- 40 años en su mayoría (88.2%) tienen un nivel de conocimiento medio sobre medidas preventivas en salud bucal.
3. En cuanto a los resultados del conocimiento en general de la prueba relacionado al conocimiento de la dimensión sobre enfermedades bucales las madres con estudios superiores presentaron un déficit en dicha dimensión, encontrándose un (30.8%) en un nivel de conocimiento bajo, y un (65.4%) en un nivel de conocimiento medio sobre la dimensión de enfermedades bucales.
4. En cuanto a los resultados del conocimiento en general de la prueba relacionado al conocimiento de la dimensión sobre desarrollo dental las madres con estudios de secundaria presentaron un déficit en dicha dimensión, encontrándose un (61.1%) en un nivel de conocimiento bajo, y un (38.9%) en un nivel de conocimiento medio sobre la dimensión de desarrollo dental.

V. RECOMENDACIONES

Al ministerio de educación

Los docentes de las diferentes instituciones educativas deben integrar a profesionales especialistas en salud oral en los planes de estudio del nivel inicial, para que puedan desarrollar prácticas de higiene oral en los establecimientos.

A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza

La Facultad de Ciencias de la Salud debe integrar profesionales especialistas en salud oral dentro de la plantilla de docentes de la Escuela Profesional de estomatología.

Incentivar a realizar trabajos de Investigación similares o relacionados con la higiene oral de los preescolares en diferentes ámbitos sin importar la sociedad y el alcance económico.

A La Escuela Profesional de Estomatología

Considerar el tema de la presente investigación sumarse las charlas de medidas preventivas en salud bucal en las diferentes instituciones de la región invitando a las madres, padres autoridades del plantel educativo, niños y estudiantes de las diferentes instituciones.

Capacitar a los futuros profesionales de estomatología con temas sobre salud oral y odontopediatría.

Incentivar a los estudiantes a seguir realizando trabajos de investigación sobre esta línea de estudio.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Martínez y Col, “*Exploración de significados con respecto a la Salud Bucal de un Grupo de Gestantes*”. Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Vol. 23 N°1. 23(1): 76-91 Colombia. Medellín 2011.
2. DOBARGANESA. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Camagüey, Cuba. AMC 2011;15(3):143-145
3. ALMARALES C. *Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas*. Rev Cubana Estomatol 2008; 45(2):44-48.
4. Escobar G, Sosa C, Burgos LM. *Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana*. Medellín, Colombia. Salud Pública Méx 2010; 52(1): 46-51.
5. GONZÁLEZ W. *Conocimientos de las embarazadas del área de salud "Carlos J. Finlay" sobre salud bucal*. Rev Cubana Estomatol 2007;44 (4):21-24.
6. GIRALDO MC. *Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa "SIPI", en una IPS de Medellín, 2005*. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/odontologia/article/viewFile/130/122> (consulta 1 jul 2012)
7. Saldarriaga, Oscar y col. *Conocimientos y Prácticas en salud bucal de las Gestantes vinculadas al Programa de control prenatal en Medellín*. Rev. LILACS 2005. 17(2). (En Línea). (Fecha de acceso 24 de abril del 2012). URL Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-467234>.
8. Enrique Valverde, Raúl Antonio “*Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en multigestas que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital III EsSalud del distrito de Chimbote, provincia del Santa, Dpto. de Ancash-noviembre del 2012*” [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista [Chimbote, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012.

9. Luján Zarsoza, Roberto Germán (2012) “*Nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas menores de treinta años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital de Especialidades Básicas La Noria, Trujillo, La Libertad 2012*” [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista [Trujillo, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012.
10. Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M. *Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 4: 83-99. Recopilación de artículos publicados en inglés en el Bulletin of the World Health Organization, 2000,*
11. Urtecho Sauna, Wigger Kroover (2013) “*Nivel de conocimiento de Salud bucal en las multigestas que acuden a los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Distrital Vista alegre del Distrito de Víctor Larco – Trujillo - La Libertad año 2012*” [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista [Trujillo, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012. Disponible:
12. KANT I. *Crítica de la razón pura, Madrid, Alfaguara, 1978.*
13. Aved B. Meyers. *La salud bucal durante el embarazo. Evidencia basada en profesionales de salud. California Health Care Foundation. California, Febrero 2010.*
14. MARRADES, J. y SÁNCHEZ DURÁ, N. (comps.), *Mirar con cuidado. Filosofía y escepticismo, Valencia, Pre-textos/Dpto. de Metafísica y Teoría del conocimiento de la Univ. De Valencia, 1994.*
15. Al Habashneh R et al. *Encuesta sobre actitudes y conocimientos médicos de la asociación entre la salud oral y los resultados del embarazo médicas. International J Dent Hygiene. 2008.*
16. Ricardo Vidal Nuñez. *Teorías del conocimiento filosófico y si elementos. 1, ed. Noviembre 1996.*

17. Menoli APV, Frossard WT. *Perfil de médicos ginecologistas /obstetras de Londrina con relación a la salud oral de las gestantes*. Semina. Londrina v: 1, ed. Especial Febrero 1997.
18. Johannes Hessen. *Teoría del conocimiento, instituto latinoamericano de ciencias y arte.1, ed. Marzo.2001*.

PAGINAS WEB

19. Alberto Carbajal. *Cuáles son los elementos del conocimiento*:
<https://www.lifeder.com/elementos-del-conocimiento>.
20. Johannes hessen. *Teoría del conocimiento*:
<https://espanol.free-ebooks.net/ebook/Teoria-del-Conocimiento>.
21. Organización Mundial de la Salud. *Promoción y prevención en salud bucal*:
<http://www.cambracclinic.com/tratamientos-dentales/prevencion-en-salud-dental/>
22. Urchedo Sauna. *“Nivel de conocimiento de Salud bucal en las multigestas que acuden a los servicios de Gineco-Obstetricia del Hospital Distrital Vista alegre del Distrito de Víctor Larco – Trujillo - La Libertad año 2012”*:
[https:// www.uladech.com.edu.pe](https://www.uladech.com.edu.pe).

ANEXOS



ANEXO N°1



I. CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD BUCAL DE LOS PREESCOLARES DEL JARDÍN NIÑO JESUS DE PRAGA - CHACHAPOYAS – 2017”

II. INDICACIONES:

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad.

III. INSTRUCCIONES: Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal de las madres, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

IV. DATOS GENERALES:

- EDAD..... (Años cumplidos)
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: () primaria () secundaria () superior
- PROCEDENCIA.....

I. CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL

1. ¿Cuál de estos factores cree Ud. que durante el embarazo puede ocasionar patologías en la boca de su hijo?

- a) La alimentación.
- b) El uso de algunos fármacos.
- c) El consumo de alcohol, cigarros y/o drogas.
- d) El parto antes de los 9 meses.
- e) Los golpes en el vientre

2. ¿Cuándo debe Ud. empezar a limpiar la boca de su hijo?

- a) Desde el nacimiento.
- b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche.
- c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche.
- d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes.
- e) cuando le empiezan a doler los dientes.

3. ¿En qué momento del día Ud. debería limpiar la boca de su hijo?

- a) Sólo en las mañanas.
- b) Sólo en las noches.

- c) Antes de cada comida.
- d) Después de cada comida.
- e) Cuando tenga tiempo.

4. ¿A qué edad debe Ud. empezar a realizar el cepillado de los dientes de su hijo?

- a) A los 2 años de edad aproximadamente.
- b) Al año de edad.
- c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche.
- d) Apenas le aparezca el primer diente de leche.
- e) Cuando el niño quiera.

5. ¿Cuál de estas acciones se recomienda al realizar la higiene bucal de su hijo menor de 3 años?

- a) Echarle bastante pasta dental al cepillo.
- b) Usar enjuagatorios bucales.
- c) Usar el cepillo grande de adulto.
- d) Usar un cepillo pequeño de cerdas suaves.
- e) Usar un cepillo con cerdas gruesas.

6. ¿Por qué es importante la lactancia materna para la boca de su hijo?

- a) Porque hará que tenga dientes más blancos.
- b) Porque ayudará a que se desarrollen bien los huesos y dientes de la boca.
- c) Porque aprenderá a no respirar por la boca.
- d) Porque hablará mejor.
- e) No veo importancia.

7. ¿Hasta qué edad debe recibir su hijo lactancia materna exclusiva?

- a) Hasta los 3 meses.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 9 meses.
- d) Hasta los 12 meses.
- e) Año y medio

8. ¿Hasta qué edad el niño podría hacer uso del biberón?

- a) Hasta el año aproximadamente.
- b) Hasta los 2 años aproximadamente.
- c) Hasta los 3 años aproximadamente.
- d) Hasta que su hijo lo deje solo.

e) Se le quita a las malas.

II CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES

9. Sabe Ud.Cuál es la enfermedad bucal más común en las personas.

a) La periodontitis.

b) La caries dental.

c) La gingivitis.

d) Mal oclusión.

e) Cáncer a la boca.

10.¿Qué indicaría que su hijo presente un problema periodontal?

a) Que tenga oscuras las encías o mucosa.

b) Tener las encías rojas e inflamadas.

c) Que le sangren las encías al realizar la limpieza bucal.

d) Que tenga frenillo largo.

e) dificultad al pronunciar algunas palabras.

11. De las siguientes alternativas ¿Qué afirmación es incorrecta?

a) La gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente en niños.

b) Tener las encías rojas e inflamadas son signos de gingivitis.

c) Las encías sangran sólo por la presencia de caries en los dientes.

d) La placa bacteriana se adhiere sólo a las encías.

e) los dientes de leche se aflojan solo cuando están enfermos.

12. ¿Qué acciones predisponen la aparición de caries dental en su niño?

a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir a su hijo.

b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares.

c) Limpieza bucal deficiente.

d) no consultar con un odontólogo en varios años.

e) Todas las anteriores.

13. ¿Qué acciones pueden contagiar caries dental a su hijo?

a) Darle un beso a la boca de su hijo.

b) Soplar su comida de la cuchara o plato que usa para alimentarlo.

c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.

d) no realizarle el cepillado dental de rutina.

e) Todas las anteriores.

14. Mal oclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la mala forma en que éstos encajan entre sí. ¿Cuál cree usted que sea la razón?

- a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón.
- b) El chuparse el dedo constantemente.
- c) respirar por la boca.
- d) pérdida de dientes antes de los 6 años
- e) Todas las anteriores.

II. CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL

15. ¿A qué edad aproximada empiezan a salir los dientes de su bebe?

- a) Antes de los 6 meses de edad.
- b) Al año de edad.
- c) A los 2 años de edad.
- d) A los 3 años de edad.
- e) nacen con dientes.

16. Sabe Ud. Cómo Actuar ante un golpe en los dientes?

- a) Consultar y medicar para el dolor en una farmacia.
- b) en caso de zafarse un diente guardarlo en leche o saliva y acudir al odontopediatra.
- c) solo deja que pase el tiempo ya que son dientes de leche y algún día cambiaran.
- d) lo lleva al niño o niña al odontólogo.
- e) Sólo alternativas b) y d).

17. ¿sabe Ud. porque su niño o niña no tiene todos los dientes de diferentes formas y tamaños?

- a. Porque así son de todos los niños.
- b. porque cumplen diferente función por grupos.
- c. porque son dientes únicos y ninguno es igual a otro en la boca.
- d. porque así se ven lindos u ordenados.
- e. solo b y c.

18. ¿Qué opina usted sobre los espacios entre los dientes de su bebe?

- a) son malos porque ocasionan que los dientes se aflojen.
- b) son buenos porque mantienen los espacios para los dientes permanentes.
- c) no les toma importancia.
- d) consulta al dentista.
- e) solo b y d.

19. ¿A qué edad terminan de salir en boca todos los dientes de leche de su hijo?

- a) A los 6 meses.
- b) Al año y medio aproximadamente.
- c) A los 3 años aproximadamente.
- d) A los 5 años aproximadamente.
- e) A los 8 años aproximadamente

20. ¿Cuántos dientes de leche en total debe tener su hijo a los 3 años?

- a) 12 dientes.
- b) 16 dientes.
- c) 20 dientes.
- d) 24 dientes.
- e) 32 dientes.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 02

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 5% de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL

1) Hipótesis estadísticas

Ho: $P = 50\%$ versus Ha: $P > 50\%$

Donde:

P = es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (Ha) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 3$ y $P = 0.50$ (50%).

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05$

5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

6) Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se comparara el valor de p con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la columna 7 de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	6	100	0	0	0.0156	**
2	6	100	0	0	0.0156	**
3	6	100	0	0	0.0156	**
4	6	100	0	0	0.09375	
5	5	83	1	17	0.0156	**
6	6	100	0	0	0.0156	**
7	6	100	0	0	0.0156	**
8	6	100	0	0	0.0156	**
9	6	100	0	0	0.0156	**
10	6	100	0	0	0.0156	**
TOTAL	59	100	0	0	5.2909	**

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1) Hipótesis estadística

Ho: $P = 50\%$ versus Ha: $P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (H_a) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “adecuado: Sí” o “inadecuado: No”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \gamma = 0.95 (95\%)$$

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 30, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Donde:

Z se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

p es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

n es el número de jueces consultados (muestra)

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal $V_T = 1.6449$

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/ H_0) y aceptación (RA/ H_0) de la hipótesis nula es:

$$\text{Al } 5\%: \quad \text{RR}/H_0: VC > 1.6449; \quad \text{RA}/H_0: VC < 1.6449.$$

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de: $N = 50$, $P = 50\%$ y $p = 100\%$. De donde resulta que: $VC = 5.2909$

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 5.2909$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

ANEXO 03

CÁLCULO DEL VALOR – P

El valor p, se determina por $p = P(X \geq x \text{ cuando } P = 0.5)$, de la siguiente manera:

Sean:

X = Número de expertos o jueces que califican el ítem como adecuado (éxito).

n = Número de expertos consultados

X ~ B(n, P)

P = probabilidad mínima esperada para que el ítem sea adecuado ($P = 0.5$).

Como se consultaron a 6 expertos ($n = 6$), entonces, $X \sim B(6, 0.5)$.

Luego:

X	f(x)	F(x) = P(X ≤ x)	p = P(X ≥ x)
0	0.0156	0.0156	1
1	0.0937	0.109	0.984
2	0.0234	0.3437	0.8906
3	0.3125	0.656	0.656
4	0.0234	0.8906	0.3437
5	0.0937	0.984	0.109
6	0.0156	1	0.0156

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumentó de medición (prueba objetiva de conocimientos) se establece a través de la fórmula de Split Halves.

Para hallar la máxima confiabilidad se utiliza la formula se Spearman Brown.

El Split Halves se obtiene en base a la varianza de variables individuales de los reactivos y a la varianza de la puntuación total de la prueba de impares. Este se calcula con la fórmula:

Formula: Split Halves

$$rip = \frac{n \sum IP - \sum I (\sum P)}{\sqrt{\{(n \sum I^2 - (\sum I)^2)\} \{(n \sum p^2 - (\sum p)^2)\}}}$$

Luego de aplicar la formula se obtuvo: Rip = 0.5

Máximo valor calculado de la confiabilidad

$$Rip = \frac{2(rip)}{1+rip} = spearman brown$$

Aplicando la formula el valor de confiabilidad del instrumento es:

Rip=0.67

Obteniéndose de esta manera una moderada confiabilidad.

ANEXO 05

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIA		ESCALA
					DIMENNSIONES	TOTAL	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	Es el conocimiento general de salud bucal que tiene la gestante, sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica en periodo gestacional y en crecimiento y desarrollo dental, Se medirá con una encuesta	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> . Conocimientos de medidas preventivas en salud bucal . Frecuencia de citas al odontólogo . Conocimiento sobre cepillado dental . Conocimiento sobre insumos que ayudan a la higiene bucal. 	08	BAJO: 0-2 REGULAR: 3-5 BUENO: 6-8	BAJO 0-7 REGULAR 8-13 BUENO 14-20	Variable de escala ordinal ITEMS: (a) (b) (c) (d) (e) Donde una de estas respuestas es verdadera V=1 F=0
		Conocimiento sobre enfermedades bucales	<ul style="list-style-type: none"> . conocimiento de las repercusiones de los malos hábitos . Conocimiento sobre enfermedades gingivales . Conocimiento sobre enfermedades periodontales 	06	BAJO: 0-2 REGULAR: 3-4 BUENO:4-6		
		Conocimiento sobre desarrollo dental	<ul style="list-style-type: none"> . Conocimiento de tipo de dentición . Conocimiento del tiempo de erupción dental . Conocimiento y cuidado de la primera dentición 	06	BAJO: 0-2 REGULAR: 3-4 BUENO:4-6		

ANEXO 06

Tabla cruzada procedencia, conocimiento medidas preventivas

Tabla 04 nivel de conocimiento general, procedencia

			Conocimiento medidas preventivas			Total
			0-7	8-13	14-20	
procedencia	Chachapoyas	Recuento	7	23	5	35
		% dentro de procedencia	20,0%	65,7%	14,3%	100,0%
	luya	Recuento	0	3	1	4
		% dentro de procedencia	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Mendoza	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de procedencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	pedro Ruiz	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de procedencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Bagua grande	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de procedencia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	7	32	6	45
		% dentro de procedencia	15,6%	71,1%	13,3%	100,0%

ANEXO 07

Tabla cruzada grado académico, conocimiento sobre salud oral

Tabal 05 conocimiento sobre salud oral, grado de instrucción

			Conocimiento salud oral			Total
			0-2	3-5	6-8	
grado académico	Sin estudios	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de grado académico	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de conocimiento salud oral	0,0%	3,2%	0,0%	2,2%
	secundaria	Recuento	0	14	4	18
		% dentro de grado académico	0,0%	77,8%	22,2%	100,0%
		% dentro de conocimiento salud oral	0,0%	45,2%	33,3%	40,0%
	superior	Recuento	2	16	8	26
		% dentro de grado académico	7,7%	61,5%	30,8%	100,0%
		% dentro de conocimiento salud oral	100,0%	51,6%	66,7%	57,8%
Total		Recuento	2	31	12	45
		% dentro de grado académico	4,4%	68,9%	26,7%	100,0%
		% dentro de conocimiento salud oral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 08

Tabla cruzada grado académico, enfermedades periodontales

Tabal 05 conocimiento sobre enfermedades periodontales, grado académico

			Conocimiento enfermedades bucales			Total
			0-2	3-4	5-6	
grado académico	sin estudios	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de grado académico	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de conocimiento enfermedades bucales	0,0%	4,8%	0,0%	2,2%
secundaria		Recuento	11	7	0	18
		% dentro de grado académico	61,1%	38,9%	0,0%	100,0%
		% dentro de conocimiento enfermedades bucales	52,4%	33,3%	0,0%	40,0%
superior		Recuento	10	13	3	26
		% dentro de grado académico	38,5%	50,0%	11,5%	100,0%
		% dentro de conocimiento enfermedades bucales	47,6%	61,9%	100,0%	57,8%
Total		Recuento	21	21	3	45
		% dentro de grado académico	46,7%	46,7%	6,7%	100,0%
		% dentro de conocimiento enfermedades bucales	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 09

Tabla cruzada grado académico, desarrollo dental

Tabal 05 conocimiento sobre desarrollo dental, grado académico

			Tabla cruzada			Total
			Conocimiento desarrollo dental			
			0-2	3-4	5-6	
grado académico	sin estudios	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de grado académico	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de conocimiento desarrollo dental	7,1%	0,0%	0,0%	2,2%
	secundaria	Recuento	5	11	2	18
		% dentro de grado académico	27,8%	61,1%	11,1%	100,0%
		% dentro de conocimiento desarrollo dental	35,7%	39,3%	66,7%	40,0%
	superior	Recuento	8	17	1	26
		% dentro de grado académico	30,8%	65,4%	3,8%	100,0%
		% dentro de conocimiento desarrollo dental	57,1%	60,7%	33,3%	57,8%
Total		Recuento	14	28	3	45
		% dentro de grado académico	31,1%	62,2%	6,7%	100,0%
		% dentro de conocimiento desarrollo dental	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 10

Tabla cruzada grupos etareos, conocimiento sobre medidas preventivas

Tabal 05 conocimiento sobre medidas preventivas vs grupos etareos

			Conocimiento medidas preventivas			Total
			0-7	8-13	14-20	
edad	15-20	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de edad	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de conocimiento medidas preventivas	14,3%	6,3%	0,0%	6,7%
	21-30	Recuento	3	12	3	18
		% dentro de edad	16,7%	66,7%	16,7%	100,0%
		% dentro de conocimiento medidas preventivas	42,9%	37,5%	50,0%	40,0%
	31-40	Recuento	1	15	1	17
		% dentro de edad	5,9%	88,2%	5,9%	100,0%
		% dentro de conocimiento medidas preventivas	14,3%	46,9%	16,7%	37,8%
	41+	Recuento	2	3	2	7
		% dentro de edad	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
		% dentro de conocimiento medidas preventivas	28,6%	9,4%	33,3%	15,6%
Total	Recuento	7	32	6	45	
	% dentro de edad	15,6%	71,1%	13,3%	100,0%	
	% dentro de conocimiento medidas preventivas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	