



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE MEDIDAS
PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0- 36 MESES DE
EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHANCAY DE NOVIEMBRE –
DICIEMBRE 2015”**

BACHILLER:

Zamora Gallardo, Juana Andrea

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

“CIRUJANO DENTISTA”

Asesor: Cd. Esp. Panana Gavedia, Juan Paulo

HUACHO-PERU

2016

DEDICATORIA:

A mis padres Andrés y Bremilda por su apoyo incondicional y desinteresado, a mis hermanos Efraín, Imelda y Bertha y a todas aquellas personas que hacen posible que este escalón profesional se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por terminar una etapa de mi vida llena de alegrías y momentos que me hicieron crecer y madurar como persona

Al Director CD. Javier Ramos De los Ríos por estar siempre presente y velar por el bienestar de la Escuela Profesional de Estomatología.

Al C.D. Esp. Panana Gavedia, Juan Paulo por ser mi asesor en la elaboración de esta tesis

Agradezco a mi familia por la oportunidad que me brindaron en total libertad de estudiar.

A los profesores, que han forjado en mí la disciplina y pasión por la Odontología.

INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	VII
Abstrac	VIII
Introducción	IX

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	3
1.3 Delimitación de la Investigación.....	3
1.3.1. Delimitación Espacial.....	<u>3</u>
1.3.2. Delimitación Temporal.....	3
1.3.3. Delimitación Social.....	3
1.3.4. Delimitación Conceptual.....	3
1.5 Objetivos de la Investigación.....	<u>3</u>
1.5.1. Objetivo General.....	<u>3</u>
1.5.2. Objetivos Específicos.....	<u>3</u>
1.6 Justificación e Importancia de la Investigación.....	<u>4</u>
1.6.1. Justificación.....	<u>4</u>
1.6.2. Importancia.....	4
1.7 Limitación de la investigación.....	<u>5</u>

CAPÍTULO II: MARCO TERÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	<u>6</u>
2.2. Bases Teóricas.....	<u>10</u>
2.2.1 Medidas Preventivas en Salud Bucal.....	11
2.2.1.1 Amamantamiento y alimentación.....	11
2.2.1.2 Hábitos Bucales.....	12
2.2.1.3 Higiene Oral.....	14
2.2.1.4 Desarrollo y Erupción Dentaria.....	17
2.2.1.5 Flúor.....	19
2.2.1.6 Visita al Dentista.....	25

2.3. Identificación de variables	<u>25</u>
2.4. Definición de Términos Básicos.....	<u>26</u>
2.5 Operacionalización de Variables.....	<u>29</u>
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Diseño de la Investigación	<u>30</u>
3.2. Tipo de Investigación.....	<u>30</u>
3.3. Nivel de la Investigación	<u>30</u>
3.4. Métodos.....	<u>30</u>
3.5. Procedimiento	<u>31</u>
3.6. Población y Muestra de la Investigación:	<u>31</u>
3.6.1. Población.....	<u>31</u>
3.6.2. Muestra	<u>32</u>
3.6.3. Criterios de Inclusión	<u>32</u>
3.6.4 Criterios de Exclusión	<u>32</u>
3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Dato	<u>33</u>
3.7.1. Técnicas	<u>33</u>
3.7.2. Instrumento.....	<u>33</u>
CAPITULO IV: ADMINISTRACION DEL PLAN DE INVESTIGACION	
4.1 Asignación de Recursos.....	<u>34</u>
4.1.1 Recursos Humanos.....	<u>34</u>
4.1.2 Recursos Materiales.....	<u>34</u>
4.2 Presupuesto	<u>34</u>
4.3 Cronograma.....	<u>35</u>
CAPITULO V: RESULTADOS.....	<u>36</u>
CAPITULO VI: DISCUSION.....	<u>55</u>
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	<u>56</u>
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	<u>57</u>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	<u>58</u>
ANEXOS.....	<u>61</u>
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	<u>61</u>
ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	<u>63</u>
ANEXO 03: SOLICITUD DE PERMISO.....	<u>64</u>
ANEXO 04: CUESTIONARIO.....	<u>65</u>

ANEXO 05: VALIDACION DE LA ENCUESTA METODO ESTIDISTICO V AIKEN.....	67
ANEXO 06: FOTOS.....	68

RESUMEN

La presente investigación responde a un estudio descriptivo, transversal y prospectivo.

Objetivo, Evaluar el Nivel de conocimientos de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal de los niños entre 0-36 meses de edad que asistieron al servicio de CREDE del niño, en el Hospital Regional de Chancay en los meses de noviembre a Diciembre del 2015.

Material y métodos; La muestra consta de 66 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 18 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como amamantamiento y alimentación, higiene oral, hábitos bucales, erupción dentaria, aplicación de flúor, visita al dentista.

Resultados obtenidos, según respuestas se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el **51.5%** de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el **25.87%** y del nivel bueno con el **23.8%**.

Palabras clave: *nivel de conocimiento, salud bucal*

ABSTRACT

The following research is a response to a descriptive, transversal, and prospective study.

Objective: To evaluate the mother's knowledge level about preventive oral health measures on children aged 0 - 36 months who attended to Child Growth and Development Service at Regional Hospital of Chancay between the months of November to December, 2015.

Material and Methods: The sample consists of 66 mothers of children aged 0 - 36 months, a 18-questions poll was applied to collect information about the mother's knowledge level, which the following topics were included: breast-feeding and feeding itself, oral hygiene, oral habits, tooth eruption, fluoride application, visits to the dental office. The answers were grouped in a good - fair - bad scale. **Results:** It was found that the most predominant knowledge level group was the fair level which is 51.5% of respondent mothers, followed by bad level which is 25.85%, and finally the good level: 23.8%.

Keywords: *level of knowledge, oral health*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Ministerio de salud muestra la alta prevalencia de enfermedades bucales en nuestra población, así como la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres¹.

La salud bucal es parte integral de la salud, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. Por ello es importante que en la etapa de gestación es considerada la ideal para poder realizar programas preventivos y promocionales en el campo de salud bucal, ya que las madres serán informadas, tomaran conciencia y se los transmitirá a sus hijos¹⁸.

Es por eso que la promoción de la salud bucal en los tres primeros años de vida en el niño es importante, para conservar la salud oral y prevenir la caries dental, diversos trabajos se dirigen a las madres ya que durante esta etapa el niño imita y aprende de ellas, pero muchas veces los padres no están preparados para realizarlo correctamente ya que transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados muchas veces perjudicial para el niño.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

A pesar de las grandes mejoras experimentadas por la salud bucodental a nivel mundial sigue siendo un problema. La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población de bajos recursos, además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental son deficientes y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres,

En el Perú, según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia;

según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%¹, así como la prevalencia de caries aumenta con la edad esto nos indica la importancia de realizar acciones preventivas desde el nacimiento del niño para evitar y disminuir estas enfermedades mediante la capacitación de la madre.

En el 2015, se realizó un estudio epidemiológico del departamento de Servicio Integral del Hospital Regional de Chancay, donde evaluaron a 6 instituciones educativas con un promedio de 1436 niños evaluados teniendo en cuenta que la prevalencia de caries asciende a un 86.7% .

En salud bucal, diversas investigaciones han determinado una asociación entre la mala condición de salud bucal de los niños y el desconocimiento o conocimiento inexacto de los padres sobre medidas preventivas en salud oral, así como con la falta de orientación y supervisión de hábitos en sus hijos². A su vez, este bajo conocimiento acerca de las medidas favorables a la salud bucal ha sido asociado con un bajo grado de instrucción de los padres, un panorama limitado frente a las necesidades de salud de su familia y a un mayor número de hijos³.

Es por ello que la promoción de la salud bucal en los tres primeros años de vida en el niño es importante para conservar la salud oral y prevenir la caries dental, es por ello que diversos trabajos se dirigen a las madres durante la etapa de gestación ya que es considerada la ideal para realizar programas preventivos – promocionales en el campo de salud bucodental, así las madres serán concientizadas y lo transmitirán a sus hijos.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0-36 meses de edad en el Hospital Regional de Chancay periodo Noviembre – Diciembre 2015?

1.2.2 Problemas secundarios

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre hábitos bucales de los niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral de los niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de información de las madres sobre la erupción dentaria de los niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el uso y aplicación del flúor en los niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las visitas al odontólogo del niño de 0 a 36 meses de edad?

1.3 Delimitación de la Investigación

1.3.1. Delimitación Espacial

La investigación se llevara a cabo en el Hospital Regional de Chancay.

1.3.2. Delimitación Temporal

La investigación de llevar a cabo en el período Noviembre - Diciembre 2015

1.3.3. Delimitación Social

El grupo social a estudiar serán las madres que acudirán al servicio de CREDE en el Hospital Regional de Chancay.

1.3.4. Delimitación Conceptual

Se considera la siguiente variable:

- Medidas preventivas en salud bucal

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0-36 meses de edad en el Hospital Regional de Chancay en el período de Noviembre – Diciembre 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre hábitos bucales de los niños de 0 a 36 meses de edad.
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral de los niños de 0 a 36 meses de edad.
- ✓ Evaluar el nivel de información de las madres sobre la erupción dentaria de los niños de 0 a 36 meses de edad.
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre el uso y aplicación del flúor en los niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre las visitas al odontólogo del niño de 0 a 36 meses de edad.

1.5 Justificación e Importancia de la Investigación

1.5.1. Justificación

Esta investigación tiene como propósito, determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la salud bucal de sus hijos menores de 5 años la información obtenida será valiosa y relevante en nuestro medio, porque permitirá la promoción y prevención de la salud bucal en niños, lo que permitirá mejorar su calidad de vida.

Todos los profesionales de la salud en el Perú, deben tener en consideración estos aspectos para la implementación de nuevos programas de salud bucal y la mejora continua de los mismos, estableciéndose programas preventivo bien elaborados, y a su

vez un sistema de vigilancia y de monitoreo que pueda evaluar la evolución de estos programas a lo largo de los años. La disminución en la prevalencia de enfermedades bucodentales no solo implica mejorar la calidad de vida de las personas, sino que involucra toda una cadena de beneficios para el país, al reducir los costos en tratamientos y por ende el presupuesto que el gobierno asigna para la salud. Ya que la salud es fundamental para el bienestar humano.

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA: La presente investigación se justifica por que aportará el nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas, la cuál será alternativa de prevención y tratamiento en la cavidad oral.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA: Los resultados de este estudio beneficiaran a los profesionales para seguir mejorando en cuanto al conocimiento que se le debe de dar a los padres sobre medidas preventivas en salud bucal para sus hijos.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA: En la investigación generaremos nuevos conocimientos sobre los que ya se conoce, para dar paso a futuras investigaciones.

1.5.2. Importancia

Este trabajo es de mucha importancia ya que determinara el nivel de conocimiento de las madres que serán las encargadas de iniciar y ejecutar a temprana edad las diferentes medidas preventivas de salud bucal para sus hijos.

Y sobre todo es de mucha importancia realizarlas en el periodo de formación de la dentición decidua, debido a que sus hijos son dependientes totalmente de ellas.

Además esto nos permitirá obtener un buen diagnóstico sobre el conocimiento que tienen las madres y de esta manera mejorar los programas educativos en los hospitales.

1.6 Limitación de la investigación

- ✓ Madres que se niegan a colaborar con la encuesta
- ✓ Madres con alguna discapacidad física
- ✓ Madres analfabeta

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

INTERNACIONALES:

2.1.1 Judit Martínez Abreu, et al (CUBA, 2013)⁴ Realizo una investigación cuyo objetivo fue identificar los conocimientos sobre salud bucal de embarazadas y madres con niños menores de un año. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el municipio Matanzas de 2010 a 2012. El universo fueron todas las embarazadas y madres con niños menores de un año. Se seleccionó una muestra no probabilística con las primeras 126 gestantes captadas y 126 madres que acudieran a puericultura, que dieron su consentimiento informado. Se aplicó la encuesta de conocimientos del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población y una lluvia de ideas para identificar los conocimientos favorables o no a la salud bucal, en relación a cuatro temas: caries dental, periodontopatías, brote dentario y maloclusiones. Se consideró el nivel de conocimientos bajo (menos de 70 puntos), medio (entre 71 y 89 puntos) y alto (más de 90 puntos). Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente, se usó el porcentaje como medida de resumen. **Resultados:** entre los

conocimientos favorables a la salud bucal estuvieron los relacionados con las medidas preventivas de caries dental y periodontopatías, como el cepillado, con 85,7 % en embarazadas y 95,2 % en madres con niños menores de un año. Los conocimientos desfavorables fueron los relacionados con el brote dentario con 96 % en embarazadas y 94,4 % en madres con niños menores de un año. Las madres con niños menores de un año, mostraron nivel de conocimientos medio (70,6 %), mientras que las embarazadas, mostraron nivel bajo (65,9 %).

2.1.2 Pablo Teixeira G, et al (PARAGUAY, 2013)⁵ Realizo una investigación cuyo Objetivo es describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. Resultados: La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. Conclusión: El conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud.

2.1.3 Farith González, et al (COLOMBIA 2011)⁶ Realizo una investigación cuyo Objetivo es Describir conocimientos en salud oral de padres y cuidadores. **Material y métodos.** Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba χ^2 para significancia. La

información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. **Resultados.** En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. **Conclusiones.** Los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.

NACIONALES:

2.1.4 Ana Cúpe (PERU 2015)⁷ El estudio tiene como objetivo principal es validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. **Resultados:** La obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los resultados obtenidos con la prueba estadística Alfa de Cronbach. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. **Conclusión:** El instrumento es seguro y confiable en la medición de los

conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial.

2.1.5 Lourdes Benavente et al (PERU 2012)⁸ El estudio tuvo el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos Hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas. 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 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 (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.

2.1.6 Nori Saavedra Padilla (PERU 2011)⁹ El estudio tuvo como objetivo el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital “Marino Molina Scippa”, Lima 2011. La muestra estuvo

conformada por 180 niños de 0 a 36 meses de edad y a todas las madres de los niños evaluados (180) se les realizó una encuesta sobre nivel de conocimientos en salud bucal. Los resultados encontrados determinaron en relación al nivel de conocimiento de las madre evaluadas, el 50.8% tiene un nivel de conocimiento bajo, el 49.2% presenta nivel de conocimiento regular y el 0% presenta un buen conocimiento sobre salud bucal. Se apreció una tendencia en el incremento del porcentaje de madres con nivel de conocimiento regular según se incrementa el nivel educativo. Se observó una asociación significativa entre el número de hijos y el nivel de conocimientos de las madres, donde observamos que las madres primerizas (con un hijo) tienen un menor porcentaje en el nivel de conocimiento regular (38.14%), mientras que para quienes tuvieron 2 y 3 o más hijos el porcentaje fue de 58.51% y 53.33% respectivamente. significativa (p menor a 0.05). De los 180 niños el 38.33% (69) presentaron al menos una pieza dental con caries y el 61.7% (111) no presenta caries. La presencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses, los resultados fueron que de 0 a 12 meses (5%) ,13 a 24 meses (36.67%) ,25 a 36 meses (73.33%). Se encontró una asociación entre la prevalencia de caries y la edad del niño, observamos que en los grupos de mayor edad la prevalencia de caries en ellos incrementa, dicha asociación es estadísticamente significativa.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Medidas Preventivas en Salud Bucal

Según define la OMS, la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus consecuencias. Su definición está basada en el concepto de “historia natural de la enfermedad”¹⁰.

La odontología moderna se orienta a la prevención y la mayoría de los 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 pacientes¹¹.

A pesar de la preocupación de algunos autores, en cuanto a los cuidados odontológicos en niños de corta edad (bebés), esos cuidados comenzaron a recibir mayor atención por parte de cirujanos dentistas, en Brasil y en otras partes del mundo.

En Inglaterra, 1963, Robinson; Naylor afirmaron que lo referente a métodos preventivos en niños de edad escolar estaba bien documentado, pocos eran los que destacaban el control de hábitos alimenticios como medio de prevención de caries en bebés, o sea, se daba mucho énfasis al daño causado por el uso indiscriminado de carbohidratos en niños de edad escolar y poco en bebés.

Persson y col.(1985), relataron que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el Servicio Público de Salud Dental donde las orientaciones son transmitidas a los países, como procedimiento principal, cuando el niño tiene 6 meses de edad y repetido a los 18 meses¹².

2.2.1.1 Amamantamiento y Alimentación

No existe ninguna restricción sobre la alimentación materna y lo mismo el amamantamiento nocturno cuando él bebe es menor de seis meses (desdentado), pues el amamantamiento materno es importante tanto para el desarrollo físico y emocional del niño en esta edad.

Un niño que mama pecho hasta los 6 meses de edad tiene una posibilidad menor de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, que aquellos que son amamantados con biberón.

Después de la erupción de los primeros dientes la alimentación y el amamantamiento nocturno deben ser controlados para que al final del amamantamiento ocurra alrededor de los 12 meses, donde los incisivos ya están erupcionados y el niño inicia la fase de masticación¹².

2.2.1.2 Hábitos Bucales

Los hábitos que más llaman la atención en el niño son la succión no nutritiva: chuparse el dedo y el chupón.

Los hábitos de succión en el bebé tienen relación directa con el amamantamiento de pecho y biberón, la presencia de estos hábitos por periodos prolongados lleva a una alteración de la oclusión. Estos hábitos comienzan después de los 2 años de edad¹².

Chuparse el dedo y el uso de chupón

Muchas veces este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con la inseguridad o deseos de llamar la atención, generalmente se inician a partir de los 2 años y suelen terminar a los 3 o a los 4 años de edad^{13,14}. Los efectos de este hábito pueden causar diversos cambios dentales, ya que en algunos casos, su incidencia es muy escasa, y por el contrario puede producir una mordida abierta, estos cambios dependerá de

- Intensidad, es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.
- Duración, la cantidad de tiempo que succiona el dedo
- Frecuencia, número de veces que realiza el hábito durante el día^{11, 13,14}.

Al educar a los padres, el profesional debe dirigir la educación con respecto a los hábitos y alertarlos de que hasta los 2 años de edad los hábitos de succión pueden hacer parte de vida del niño pues ellos están en fase oral de desarrollo. Después de esta edad ellos deben interferir e intentar retirar el hábito, que si el hábito alcanza el estadio de la dentición mixta, irremediamente deberá ser utilizada una terapia de ortodoncia¹².

Respirador bucal

La respiración normal, conocida como respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con cierre inmediato de la boca, originándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se proyecta contra el paladar ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. La respiración bucal es un hábito muy común en pacientes en edad de desarrollo, a causa de obstrucciones de las vías aéreas respiratorias, desvío del tabique nasal¹¹. Durante la respiración bucal, el aire transita por la cavidad bucal, y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión intrabucal. El paladar se deforma y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoidea¹⁵.

Deglución Atípica

Deglución atípica también llamada interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores, esto quiere decir que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y otras

estructuras durante la fase bucal y faringolaríngea de la deglución¹⁶.

Esto se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua, causando así problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: d, t, l, n, r¹⁷.

Las características de la persona con deglución atípica: labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, realiza movimientos como elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente, y hacer ruidos al tragar causando así la falta de sellado labial, labios disminuidos, lengua hipotónica cuando la lengua se interpone entre los incisivos¹⁸.

2.2.1.3 Higiene Oral

La higiene oral es uno de los componentes más importantes en cualquier programa de prevención¹⁹, y en la eliminación de la placa dental debe ser planteada como una actividad rutinaria en la vida de la persona¹³, ya que es considerada un factor etiológico determinante de la caries dental y de las enfermedades periodontales; teniendo en cuenta esto, se puede entender la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la salud bucal²⁰, en edades tempranas, los padres son los encargados de su eliminación y son estos los primeros en desarrollar un hábito, la limpieza de los dientes se sus hijos, que más tarde le transmitirán¹³.

A. Lactantes (0- 1 año)

Durante el primer año de vida, es importante iniciar algún procedimiento básico de higiene oral. Por lo general, las actividades para la eliminación de la placa dental deben comenzar

antes de la erupción de los primeros dientes deciduos^{12, 20, 21}. Se recomienda una limpieza y masaje de las encías antes de dicha erupción, para ayudar así a que aparezca en una flora oral adecuada y también para una correcta erupción de los dientes, este procedimiento es realizado por los padres utilizando un paño o gasa humedecida²⁰, primero se mezcla una cucharada sopera de agua oxigenada 10 volúmenes, más 3 cucharadas de agua hervida¹², luego la gasa embebida es envuelto en el dedo del padre realizando un masaje suave en los dientes y en los tejidos gingivales.

Esto debe realizarse una vez al día²⁰ y principalmente en la noche después de la última succión mamaria, esa limpieza deberá seguir hasta los 18 meses de edad y cuando se complete la erupción de los primeros molares, se deberá iniciar el cepillado para limpiar las superficies oclusales de esos dientes.

Dentro del primer año es común la aparición de una serie de sintomatologías, considerados como resultantes de la erupción o simplemente coincidentes, como lo afirma la mayoría de los pediatras. Los síntomas más encontrados son la salivación abundante, diarrea, el sueño agitado y fiebre. Y el tratamiento para esas pequeñas alteraciones puede ser hecho a través de masaje digital sobre los rodetes, así como el uso de mordedores plásticos enfriados¹².

B. Niños (1 y medio - 3 años)

A partir de los 18 meses debe iniciarse el cepillado para poder eliminar la placa dental y con el dentífrico hacia los 2 años²¹, ya que los niños son incapaces de esputar y existe el peligro de ingestión de flúor, debe usarse muy poca cantidad de pasta, más o menos al tamaño de un guisante^{12,20}. A la mayoría de los niños les gusta imitar a sus padres, por lo que les resultara fácil

cepillarse los dientes²¹. Sin embargo si el niño presenta interés en cepillar sus dientes, los padres deben motivarlo, como todavía no consigue una efectiva remoción de la placa dental, los adultos deberán reforzar el cepillado, lo ideal sería que los padres realicen el cepillado en presencia de los niños²⁰.

C. Tipo de Cepillo

El cepillo es uno de los instrumentos necesarios para eliminar la placa dental¹³. Para el niño con dentición temporal, el cepillo blando es el más adecuado, ya que se asocia a la disminución de daño a la encía¹³, aquel con cabeza pequeña; 2-25cm y cerdas sintéticas cortas y puntas redondeadas paralela al margo²². Generalmente las mejores posiciones son:

✚ Posición de Starkey (atrás y adelante)

La posición indicada por Starkey es considerada ideal, ya que será para niños que cuenten con poca habilidad manual, y consiste en que el niño permanezca de pie al frente y a la espalda la madre o la persona que ejecutara el cepillado, apoyando la cabeza contra el abdomen. Starkey recomienda que la mano izquierda de las madres estabilice la mandíbula del niño y la mano derecha sujete firmemente el cepillo para ejecutar los movimientos del cepillado. Es esencial estabilizar la mandíbula del niño para evitar daños a la encía y obtener éxito en el cepillado.

✚ Técnica de Fones

Esta técnica es recomendada para niños que no presenten mucha habilidad, que sean menos motivados o también cuando se cuenta con poco tiempo disponible para la enseñanza. Esta técnica todavía no es muy aceptada por algunos dentistas, sin embargo es bastante recomendada en la clínica infantil por su simplicidad²⁰. En esta técnica se realiza con los dientes en

oclusión y el cepillado será efectuando movimientos circulares amplios²².

Los movimientos en las caras vestibulares, linguales y palatinas deben ser realizadas en media 15 veces por veces por área con el propósito de remover la placa bacteriana que pueda estar presente sobre las superficies²⁰.

2.2.1.4 Desarrollo y Erupción Dentaria

Desarrollo

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 entre la 6^a y la 8^a semana de desarrollo embrionario, a medida que la lámina prolifera en localizaciones específicas y brotan los gérmenes dentarios hacia el tejido mesenquimático subyacente. Los dientes permanentes comienzan a formarse entre la 20^a semana de vida prenatal y el 10^o mes de desarrollo posnatal. 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 tercero²³.

La formación individual de cada diente en esos arcos se realiza según las conocidas fase de iniciación, morfogénesis e histogénesis son la localización de cada pieza, el establecimiento de su forma y diferenciación celular, para los tejidos duros de esmalte, dentina y cemento, como para los tejidos blandos, pulpa y estructuras periodontales. Progresando en las etapas descriptivas de yema, botón y campana²².

Erupción Dentaria

La erupción es el momento en que el diente aparece en boca, los rodetes gingivales recubiertos por su epitelio oral, van a sufrir una serie de transformaciones que darán lugar a la aparición en primer lugar, de la dentición decidua o temporal, que progresivamente y tras la reabsorción de su raíz se verá sustituida por sus homónimos permanentes¹⁴.

Moyer distingue 3 fases de la erupción

Fase Pre eruptiva

Durante esta fase el germen dentario realiza pequeños movimientos de inclinación y giro¹³, en diferentes direcciones para mantener su posición en hueso que se expande ya que los maxilares están creciendo en ancho, alto y largo²². En esta etapa, completada la calcificación de la corona se inicia la formación de la raíz.

Fase Eruptiva prefuncional

En esta fase el diente está presente en boca sin establecer contacto con el antagonista.

Fase Eruptiva funcional

En esta fase el diente ya establece su oclusión con el antagonista y los movimientos que ocurren van a durar toda la vida¹⁴.

Cronología de la dentición decidua¹¹.

Diente	Empieza la formación de tejido duro	Erupción	Raíz completa
Dentición primaria superiores			
Incisivo central	4 meses in útero	7.5 meses	1.5 años
Incisivo lateral	4.5 meses in útero	9 meses	2 años
Canino	5 meses in útero	18 meses	3 años 3 meses
primer molar	5 meses in útero	14 meses	2.5 años
segundo molar	5 meses in útero	24 meses	3 años
Dentición primaria Inferiores			
incisivo central	4.5 meses in útero	6 meses	1.5 años
incisivo lateral	4.5 meses in útero	7 meses	1.5 años
Canino	5 meses in útero	16 meses	3 años 3 meses
primero molar	5 meses in útero	12 meses	2 años 3 meses
segundo molar	6 meses in útero	20 meses	3 años

2.2.1.5 Flúor

El flúor es el más electronegativo de los elementos y es tan intensamente reactivo que no se le encuentra prácticamente en estado puro, sino en compuestos. El interés por el estudio de sus propiedades se incentivó en el decenio 1930-40 por su influencia en la dentadura. La concentración óptima del flúor en agua potable es alrededor de 1ppm (1mg/1), se debe ajustar según la temperatura ambiente promedio de la región.

✓ **Metabolismo del flúor**

Es un proceso de absorción de simple difusión de la pared gastrointestinal, proceso rápido que permite detectar en la orina, en 3 o 4 horas, 20 a 30 de la dosis ingerida. El flúor es importante para el desarrollo de los diente y la dosis terapéutica de flúor es de 0,05 mg/kilo de peso corporal. El flúor puede incorporarse en cualquier etapa; en la mineralización, y durante el periodo de maduración, pre post eruptiva²².

✓ **Administración de Flúor**

Existen una variedad de métodos que se utilizan para inhibir el progreso de la lesión de caries según su vía de administración se clasifica: sistémico y local.

a. Flúor Sistémico

- **Flúor en el Agua**, el agua se constituyó como el primer vehículo de suministro masivo de flúor¹⁹, que después de ser ingerida, el flúor es rápidamente absorbido, entra al torrente sanguíneo, saturándose en los huesos y apareciendo en la cavidad bucal a través de la saliva y del flujo gingival²⁰. El

principal requerimiento para la fluorización del agua en una comunidad es la presencia de un sistema de acueducto central y bien establecido. Desafortunadamente muchos países, en donde la caries continua en aumento no existe un sistema centralizado de distribución de agua.

- **Flúor en Sal**, la sal fluorada es similar a la del agua, y esto permite que la población elija individualmente su utilización. para recomendar la fluorización de la sal se basan en un consumo de sal por persona de 1 g/día que provee 0.25 mg de flúor.
- **Flúor en la leche**, para los países en desarrollo se ha propuesto la leche como un vehículo para el flúor que tiene la ventaja de combinar el beneficio nutricional y dental para el niño en crecimiento. La unión de flúor al calcio o proteínas de la leche no se considera un problema, sin embargo el efecto tópico del flúor en la boca podría ser menor que el del flúor en el agua. La fluorización de la leche ha sido introducida en comunidades escolares de algunos países, en las cuales se le adiciona 5mg de flúor en litro de leche, donde cada niño recibe 200ml de leche fluorada diariamente en el colegio cerca de 200 días al año¹⁹.

En el Perú, los intentos por adicionar flúor al agua de consumo se inician a finales de los 50', con experiencias piloto en pequeñas zonas urbanas de Lima y Chimbote (provincia al norte de Lima) que tuvo una duración de escasos cinco meses, después de lo cual se abandonaron los intentos por problemas técnicos²⁴. Al cabo de diez años, el país adopta la aplicación de flúor sistémico a través de la sal de consumo humano, como parte del impulso de este modelo en la región²⁵. Posteriormente se crea el Programa Nacional de Fluorización de la Sal. Entre los años 89 y 90, el programa suscribe convenios con dos empresas privadas de elaboración de sal de

consumo humano. En los mismos, el Ministerio de Salud (MINSA) se comprometía a entregar equipos para la adición de flúor a la sal, con la condición de que estas empresas elaboren sal fluorada en el país²⁶. Los intentos por fortalecer la fluorización de la sal de consumo, se dieron en forma irregular durante los años posteriores, donde se desconocía si las empresas productoras cumplían con la adición de fluoruro a la sal (200 ppm)²⁷.


En 1999, se inició un proyecto de fluorización de la leche, en un distrito de la ciudad de Trujillo. El proyecto se asociaba al programa gubernamental del “vaso de leche” y estuvo dirigido a niños menores de 6 años de edad. La leche fue suplementada con 0,25 mg de fluoruro y era preparada y distribuida en los “clubs de madres” del distrito. En el 2004, el proyecto fue detenido²⁸. El año 2001, el MINSA publicó la norma que regula la adición de fluoruros a las cremas dentales y enjuagatorios. El uso de cremas dentales fluoradas, fue fomentado por iniciativa de las empresas productoras. A esto se sumó un convenio suscrito entre el Colegio Odontológico del Perú (COP) y una empresa privada fabricante de cremas dentales, mediante el cual, esta última hacía entrega de 100 000 kits dentales anuales (crema y cepillo dental) y el COP se comprometía a distribuir dichos productos en todo el país. Convirtiéndose de esa forma la entrega de los kits en la principal actividad “preventiva” desarrollada por el COP, durante los siguientes 15 años^{29,30}.

- Y también es interesante la suplementación bajo la forma de tabletas o gotas cuando la región no es abastecida por agua fluorada, la indicación en:

Tabletas

De 0 a 2 años de edad: disolver una tableta en un litro de agua, utilizándola para beber o preparar los alimentos.

De 2 a 3 años de edad: media tableta diaria.

 **Gotas;** pueden ser encontradas algunos productos en el comercio con una indicación propia:

Disolver 221mg de fluoruro de sodio en 20 ml de agua destilada: administrar una gota de esta solución en niños de 0 a 2 años de edad.

De 2 a 3 años de edad: 2 gotas

A partir de 4 años de edad: 4 gotas

b. Flúor tópico

Este método es más utilizado e importante cuando es necesario el fluoruro de manera constante en la cavidad dental, dentro de los métodos tópicos, están incluidos: dentífricos, soluciones para enjuagues, aplicaciones de geles o barnices, entre otras.

✚ Los **dentífricos** actualmente son considerados uno de los medios más eficaces de mantener los fluoruros constantemente en la cavidad bucal en pequeñas concentraciones. Dependiendo de la edad, el niño todavía no presenta un desarrollo neuromotor que evite la deglución, pudiendo ingerir el dentífrico de manera excesiva, para evitar esa posibilidad de intoxicación crónica, se debe utilizar una pequeña cantidad de dentífrico sobre los cepillos ya que en la actualidad existe una controversia en relación a cuál sería la menor cantidad de dentífrico a ser indicada y colocada en el cepillo de niños pequeños. Se han sugerido en niños menos de 3 años, colocar una cantidad de dentífrico semejante a la de una arvejita. Otro consiste en presionar las cerdas del cepillo sobre la cavidad de la pasta dental consiguiendo depositar una pequeña cantidad de dentífrico en el cepillo.

✚ Los **enjuagatorios**, son usados de manera complementaria en la prevención, este método es utilizado en niños con actividad de caries medio o alta, con el

propósito de aumentar la permanencia de los fluoruros en la cavidad bucal. Es recomendado durante un minuto después de realizado el cepillado y antes de dormir ya que en este momento el niño no ingerirá ningún tipo de alimento, con la prescripción de este método, el odontólogo debe verificar si el niño ya presenta la capacidad para realizar el enjuague y escupir; de lo contrario se orienta a los padres o responsables para que le apliquen la solución con hisopos sobre las superficies dentarias.

✚ La aplicación tópica de fluoruros bajo la forma de gel utilizada comúnmente, **el Flúor Fosfato acidulado** es de fácil aplicación y es efectivo. Este gel no debe ser utilizado sobre dientes restaurados con resina y sobre sellantes. Y su aplicación se debe realizar con el hisopo o la torunda de algodón es más indicada para niños, ya que existe un menor riesgo de ingestión, esto es aplicado durante 1 a 4 minutos y se recomienda no ingerir o comer nada durante los próximos 30 minutos. Con respecto al uso del **Barniz fluorada** se debe indicar en casos de pacientes con alta actividad de caries con manchas blancas generalizadas, en caso contrario, el barniz debe ser utilizado en superficies específicas de remineralización, y se deja sobre la lesión por 4 minutos. El niño no debe recibir higiene durante las próximas 24 horas²⁰.

✚ Fluorosis Dental

Cualquier medio de uso de flúor, sea sistémico o tópico en prevención de caries en pacientes infantiles, resulta en ingestión y absorción de flúor en la circulación sanguínea, pudiendo afectar la mineralización de los dientes que se encuentran en formación, es una cuadro clínico conocido

como Fluorosis. Esta se refleja en porosidad de la superficie y subsuperficie adamantina, lo cual se observa como opacidad. Los signos clínicos representan un proceso continuo de cambios, que van de unas líneas coronarias leves blanquecinas, opacas, recorriendo la corona dentaria, a coronas completamente afectadas, en los último casos el esmalte suele estar tan poroso que se fractura en la fase posteruptiva y la región porosa subsuperficial queda expuesta y el esmalte se tiñe²².

2.2.1.6 Visita al Dentista

La época ideal para el inicio de la atención odontológica debe ser alrededor de los 6 meses de edad, coincidiendo con la erupción de los primeros dientes. La atención estaría volcada a la realización de procedimientos educativos, dirigidos a los padres, y preventivos aplicados en los bebés a través de la enseñanza de maniobras de limpieza dental, control de azúcar, aplicación precoz de flúor¹².

2.3. Identificación de variables

Variable independiente

- Nivel de conocimiento

2.4. Definición de Términos Básicos

Deglución atípica, consiste en la colocación inadecuada de la lengua en el momento de tragar el alimento. La lengua presiona contra los incisivos superiores o inferiores durante la deglución

Diferenciación celular, La diferenciación celular es el proceso por el cual las células de un linaje celular sufren modificaciones en su expresión génica, para adquirir la morfología y las funciones de un tipo celular específico y diferente al resto de tipos celulares del organismo.

Facie adenoidea, aspecto característico de la cara de algunos niños que consiste en mirada ausente, boca entre abierta, cara alargada, se presenta en niño que tienen dificultad en la respiración nasal.

Fluorización, es el procedimiento por el que se aplica Flúor sobre los dientes con el fin de prevenir la aparición de caries.

Fluorosis dental, es una anomalía de la cavidad oral, en especial de las piezas dentales originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor.

Histogénesis, Conjunto de procesos implicados en la formación y desarrollo de los tejidos.

Mineralización, es el proceso en que ciertos tejidos acumulan grandes cantidades de minerales y forman cristales complejos, esto otorga rigidez a los huesos y dientes.

Morfogénesis, es el proceso por el cual un grupo de embriones determinan el desarrollo de los órganos del organismo de los seres vivos.

Neutralización, proceso químico mediante el cual una sustancia o un compuesto químico pierde sus propiedades ácidas o básicas.

Remineralización, es un proceso natural que tiende a neutralizar las lesiones cariosas incipientes.

2.5 Operacionalización de Variables.

VARIABLES	TIPOS	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA DE ESCALA	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal en niños	Cuantitativa	Conocimiento sobre hábitos bucales	Cuestionario sobre medidas preventivas en salud bucal	Bueno (16 – 18) Regular (11- 15) Malo (0 – 10)	Ordinal	Cuestionario de preguntas. (Prueba estadística de V Aiken)
		Conocimiento sobre higiene oral				
		Conocimiento sobre erupción dentaria				
		Conocimiento sobre el uso de flúor				
		Conocimiento sobre visita al odontólogo				

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la Investigación

La investigación corresponde a un diseño **No Experimental**.

3.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es

- **Descriptivo**, describe fenómenos sociales en una circunstancia temporal
- **Transversal**, Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.
- **Prospectivo**, Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación

3.3. Nivel de la Investigación

El nivel de investigación es **descriptivo**, describe fenómenos sociales en una circunstancia temporal y geográfica delimitada.

3.4. Métodos

Los métodos, aplicados en el presente trabajo de investigación son los siguientes:

- **Encuestas**, se caracteriza por utilizar cuestionarios de preguntas cerradas, para registrar las respuestas de los sujetos, que tiene como finalidad la descripción de opiniones y de conocimientos.

3.5 Procedimiento

- Se solicitó la autorización del departamento de AIS, para el servicio de CRED, para ejecutar este proyecto de investigación. (ANEXO N°)

- Se recolectara los datos mediante la aplicación de una encuesta sobre datos generales y adicionales:

Dicha encuesta se basó en 18 ítems; con 3 preguntas de datos personales y 15 preguntas sobre lactancia materna, higiene bucal, cepillado, hábitos bucales, uso de la pasta dental, flúor y visita al dentista.

- Se trabajó en el servicio de CREDE, en el 1° piso, las madres estaban ubicadas en los asientos correspondientes esperando su turno de hacer atendidas y se pasó a encuestar a las madres.
- Se entregaron los cuestionarios a las madres, se les dio pautas para su correcto desarrollo, y durante la ejecución del cuestionario no se le facilitó ayuda para su resolución. Se le brindó un tiempo aproximado de 30 minutos para el desarrollo y luego se procedió a recogerlos dándole las gracias por el apoyo brindado.
- Una vez reunidos todos los cuestionarios se procedió a crear una base de datos en la computadora, y se analizó mediante el Software del SPSS.
- El total de preguntas fueron 18, en donde se dio una valoración de 1 punto por pregunta correcta y 0 a cada pregunta no respondida

correctamente. Los resultados de calificación de los niveles de información se agruparon en las siguientes escala:

BUENO	16 - 18 preguntas correctas
REGULAR	11- 15 preguntas correctas
MALO	0 – 10 preguntas correctas

3.6. Población y Muestra de la Investigación:

3.6.1. Población

El universo está compuesto por 80 pacientes, de sexo femenino y con criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. Durante el período de Noviembre - Diciembre del 2015.

3.6.2. Muestra

La muestra está integrada por 66 pacientes madres de familia atendidos en el Hospital Regional de Chancay Noviembre - Diciembre 2015. (Aleatoria simple)

Fórmula para obtener la muestra:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.645^2$ (si la seguridad es del 95% test unilateral)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Resolviendo:

$$n = \frac{80 \times (1.645)^2 (0.05) (0.95)}{(0.3)^2 (80-1) \pm (1.645)^2 (0.05) (0.95)} = \frac{80 \times 3.29 \times 0,475}{0.6 \times 79 \pm 3.29 \times 0.475} = 66$$

3.6.3. Criterios de Inclusion

- Ser mayor de 13 años de edad
- Madres con niños menores de 5 años
- Madres que acepten participar en el estudio

3.6.4 Criterios de Exclusion

- Madres odontólogas
- Madres analfabetas
- Madres con alguna enfermedad mental
- Madres con discapacidad física

3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.7.1. Técnicas

3.7.1.1. **Encuesta:** El cuestionario se aplicará de manera escrita (auto administrado) bajo supervisión en caso de dudas por parte de la paciente.

3.7.2. Instrumento

3.7.2.1. Cuestionario

Consta de 18 ítems, sobre datos generales como edad, grado de instrucción, número de hijos, asistencia a charlas de prevención, lactancia materna, higiene oral, cepillado, erupción dentaria.

CAPITULO IV

ADMINISTRACION DE PLAN DE TRATAMIENTO

4.1 Asignación de Recursos

4.1.1. Recursos Humanos

- Asesor
- Investigador
- Madres de familia

4.1.2 Recursos Materiales

- Encuestas
- Lapiceros

4.2. Presupuesto

PARTIDAS Y SUB PARTIDAS	IMPORTE EN S/.
A. PERSONAL	
Honorarios al asesor	S/. 900.00
B. BIENES	
Lapiceros	S/. 5.00
C. SERVICIOS	
Impresiones y fotocopias	S/.10.00
Pasajes	S/. 70.00
Total	S/. 985.00

4.3 Cronograma

Meses	Agos	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Actividades	8	9	10	11	12	1	2
Elaboración del proyecto	X	X	X				
Corrección del proyecto			X	X			
Aprobación del proyecto				X			
Ejecución del proyecto				X	X		
Presentación de la tesis						X	
Fecha de sustentación							X

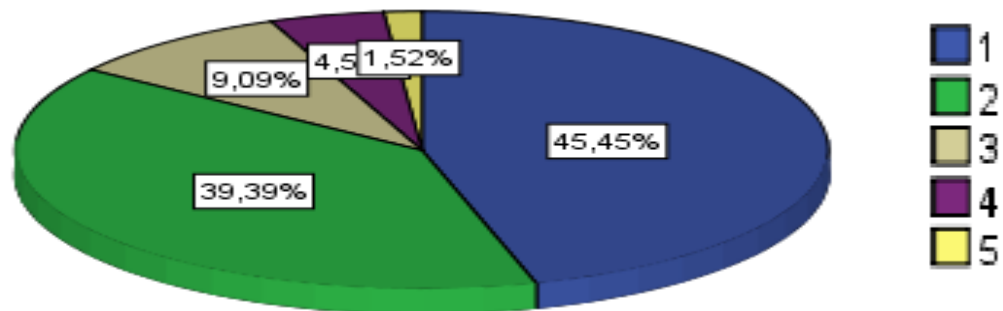
CAPITULO V:

RESULTADOS

La muestra está integrada por 66 pacientes madres de familia atendidos en el Hospital Regional de Chancay Noviembre – Diciembre 2015 (aleatoria simple).

Tabla N° 1:

		¿Cuántos hijos tiene usted?	¿Cuál es su edad?
N	Válido	66	66
	Perdidos	0	0
Media		1,77	27,95
Mediana		2,00	28,00
Mínimo		1	16
Máximo		5	53

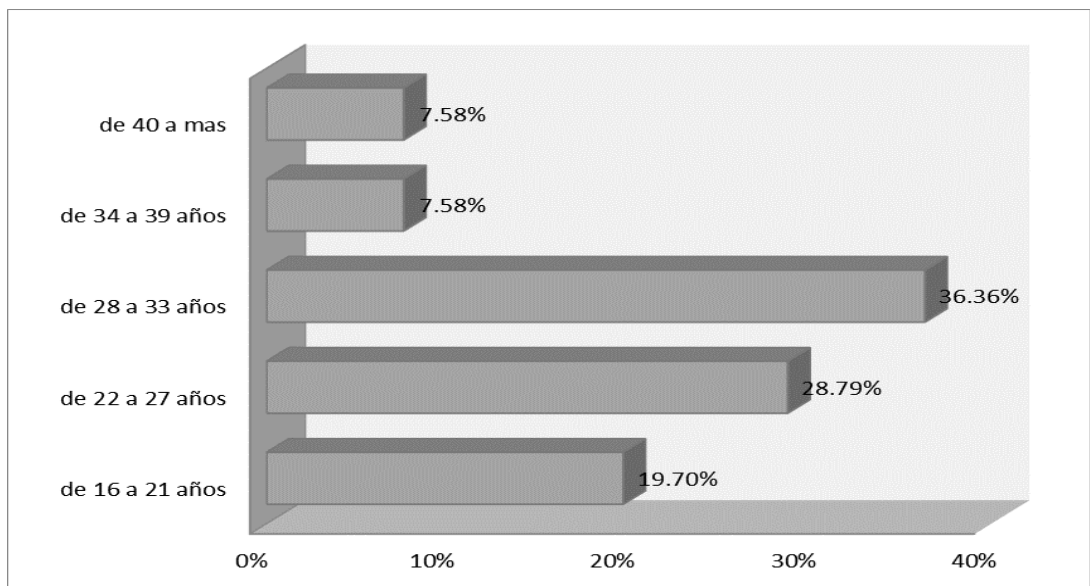


Al analizar las edades se obtuvieron los estadísticos siguientes: una media de 27.95, mediana 28.00 mínimo de 16 y máximo 53, con respecto a los hijos una media de 1.77, mediana 2.00, mínimo 1, máximo 5. Los porcentajes en cantidades de hijos 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente son 45.5%, 39.39%, 9.09%, 4.5% y 1.52%, siendo la madre que tenía hijo único con mayor porcentaje. (Tabla N° 1, Grafico N°1)

Tabla N° 02: Edad de las madres evaluadas en los meses de noviembre a diciembre del 2015

Edad de las Madres	Frecuencias	Porcentajes
de 16 a 21 años	13	19.70%
de 22 a 27 años	19	28.79%
de 28 a 33 años	24	36.36%
de 34 a 39 años	5	7.58%
de 40 a mas	5	7.58%
Total	66	100%

Edad minima	Edad maxima	Media
16	53	27.95



Se observa que el intervalo de edad que mayor frecuencia presento fue el de 28 a 33 años con 36.36%. La edad promedio fue 28 años, donde el mínimo es 16 años y el máximo 53 años.

Cuadro N° 03
Relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción

		Nivel de conocimiento de las madres						Total
		Bueno		Regular		Malo		
		N°	%	N°	%	N°	%	
¿Cuál es su grado de instrucción?	Primaria completa	1	12.50%	5	62.50%	2	25.00%	8
	Primaria incompleta	0	0.00%	2	50.00%	2	50.00%	4
	Secundaria completa	5	23.81%	10	47.62%	6	28.57%	21
	Secundaria incompleta	2	15.38%	8	61.54%	3	23.08%	13
	Superior universitario completo	6	54.55%	3	27.27%	2	18.18%	11
	Superior universitario incompleto	1	11.11%	6	66.67%	2	22.22%	9
Total		15	22.73%	34	51.52%	17	25.76%	66

Se observa que en todos los grados de instrucción el nivel de conocimiento con mayor frecuencia es regular con un 51.52%, seguido del nivel malo con 25.76% y el nivel bueno con 22.73

Tabla N° 3: GRADO DE INSTRUCCION

¿Cuál es el grado de instrucción?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria completa	8	12,1	12,1	12,1
	Primaria incompleta	4	6,1	6,1	18,2
	Secundaria completa	21	31,8	31,8	50,0
	Secundaria incompleta	13	19,7	19,7	69,7
	Superior universitario completa	11	16,7	16,7	86,4
	Superior universitario incompleta	9	13,6	13,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

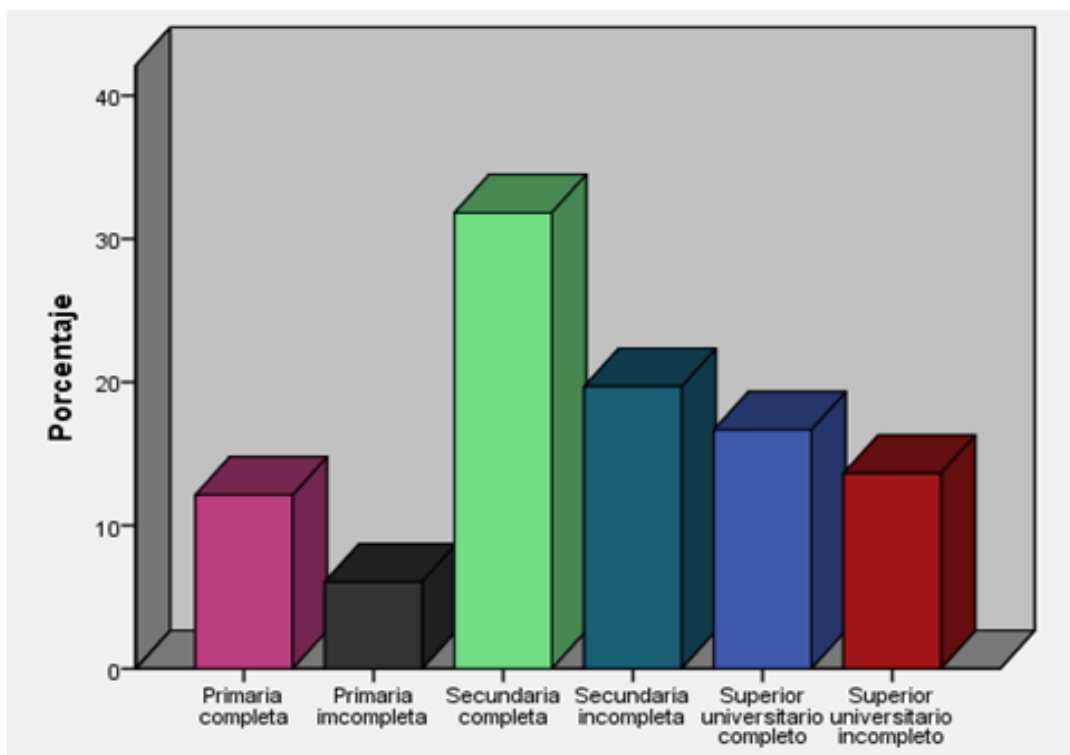


Grafico N° 3: Al analizar el grado de instrucción de las madres encuestadas, se obtuvieron los siguientes resultados: primaria completa (12.1%), primaria incompleta (6.1%), secundaria completa (31.8%), secundaria incompleta (19.7%), superior universitario completo (16.7%) y superior universitario incompleto (13.6%). Siendo secundaria completa el grado de instrucción con mayor porcentaje en las madres encuestadas.

Tabla N° 4

¿Ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal en su etapa de gestación?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	41	62,1	62,1	62,1
	No	25	37,9	37,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

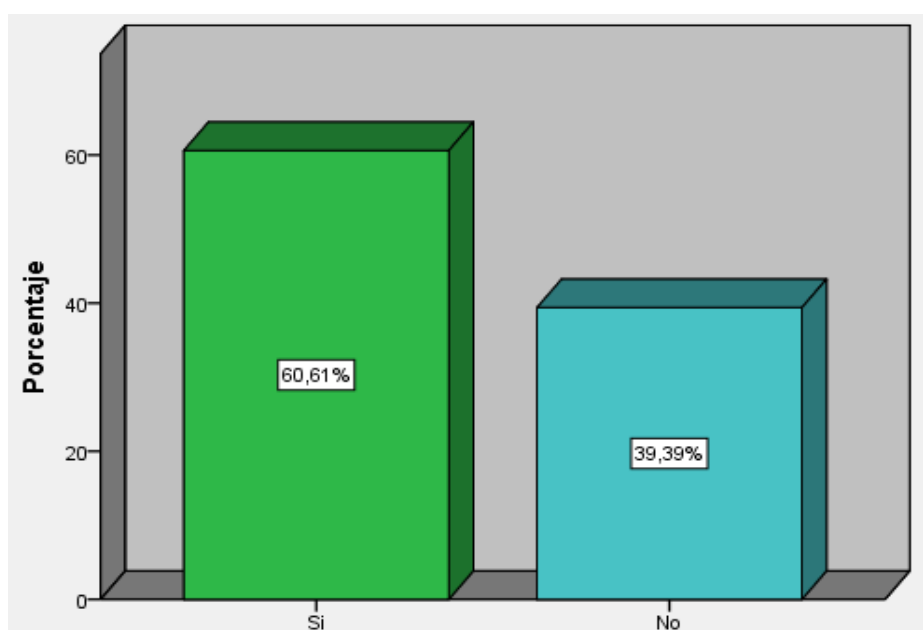
Tabla N° 5

¿Ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal para su bebe?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	40	60,6	60,6	60,6
	No	26	39,4	39,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Grafico N° 5

¿Ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal para su bebe?



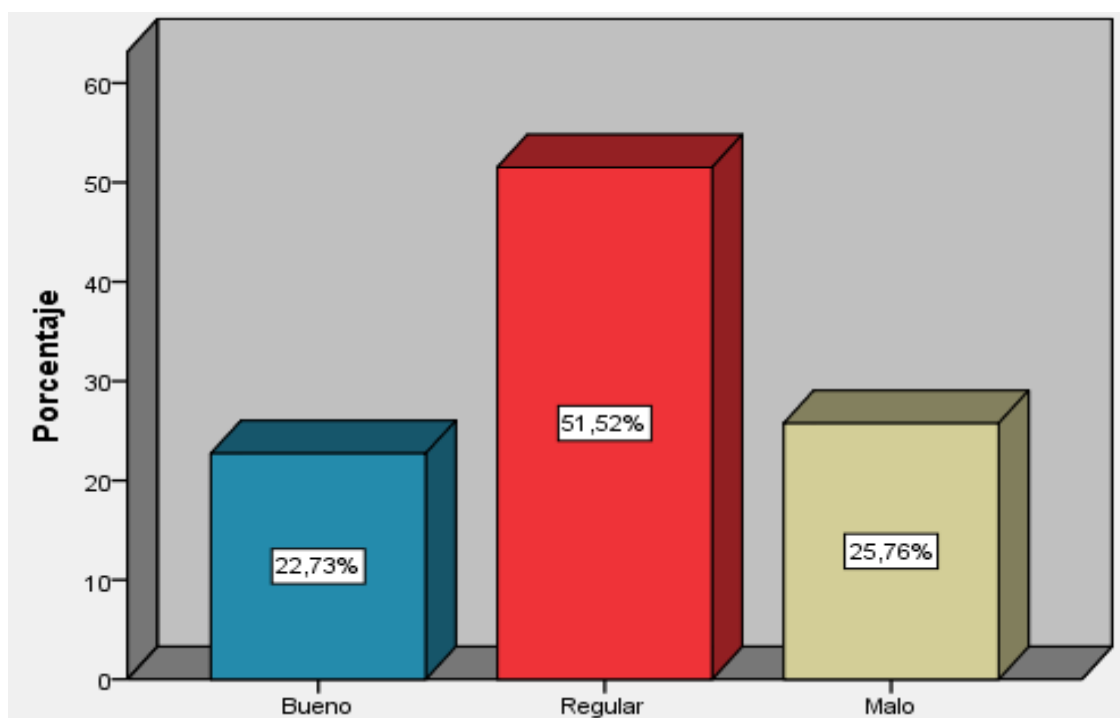
Al analizar las preguntas ¿ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal en su etapa de gestación? y ¿ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal para su bebe? Se obtuvieron los siguientes resultados con respecto a la primera pregunta respondió “SI” (62.1%), “NO” (37.9%); la segunda pregunta respondió un “SI” (60.6%), “NO” (39.4%), interpretamos que hay un ambiente positivo que las madres atendidas tuvieron charlas sobre salud bucal en la etapa de gestación y para su bebe. (Tabla N° 4 y 5, Grafico N° 5).

Tabla N° 06: Nivel de conocimiento de las madres encuestadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	15	22,7	22,7	22,7
	Regular	34	51,5	51,5	74,2
	Malo	17	25,8	25,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento es regular con 51.5%, seguido por el nivel de malo con 25.8%. El nivel de menor frecuencia es el bueno con 23.8%.

Gráfico N° 06: Nivel de conocimiento de las madres encuestadas



Cuadro N° 07: Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	31	47,0	47,0	47,0
	Regular	15	22,7	22,7	69,7
	Malo	20	30,3	30,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento bueno con 47.0%, seguido por el nivel de malo con 30.3%. El nivel de menor frecuencia es el regular con 22.7%.

Gráfico N° 07: Nivel de conocimiento sobre hábitos bucales

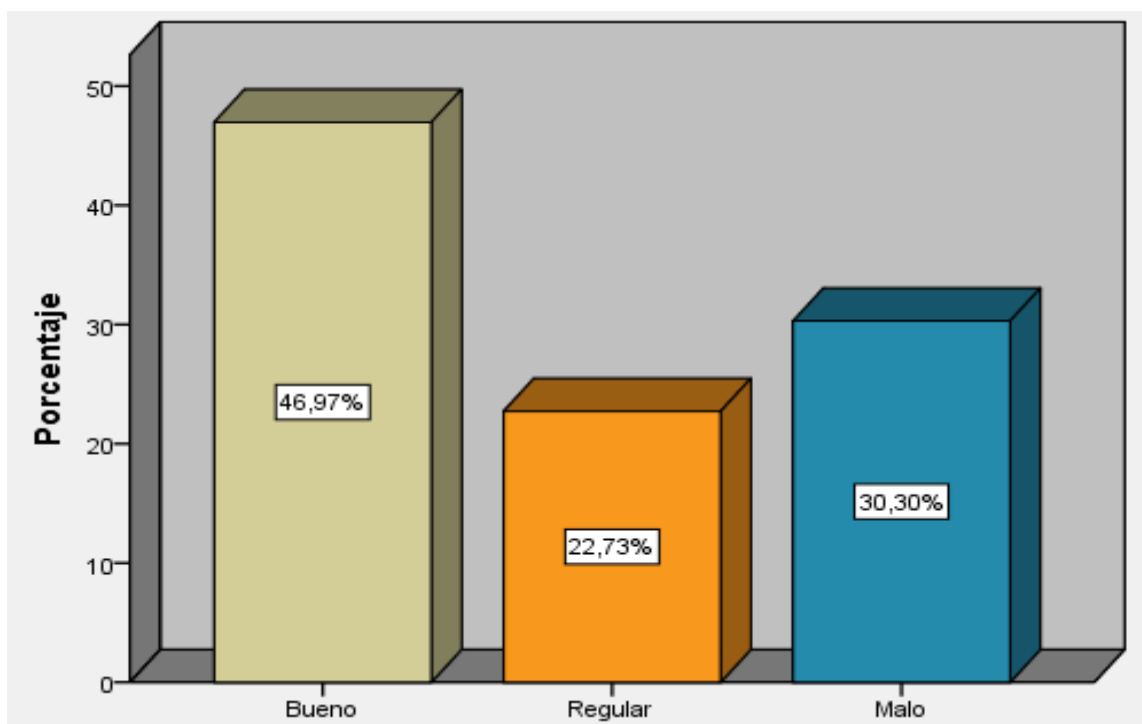
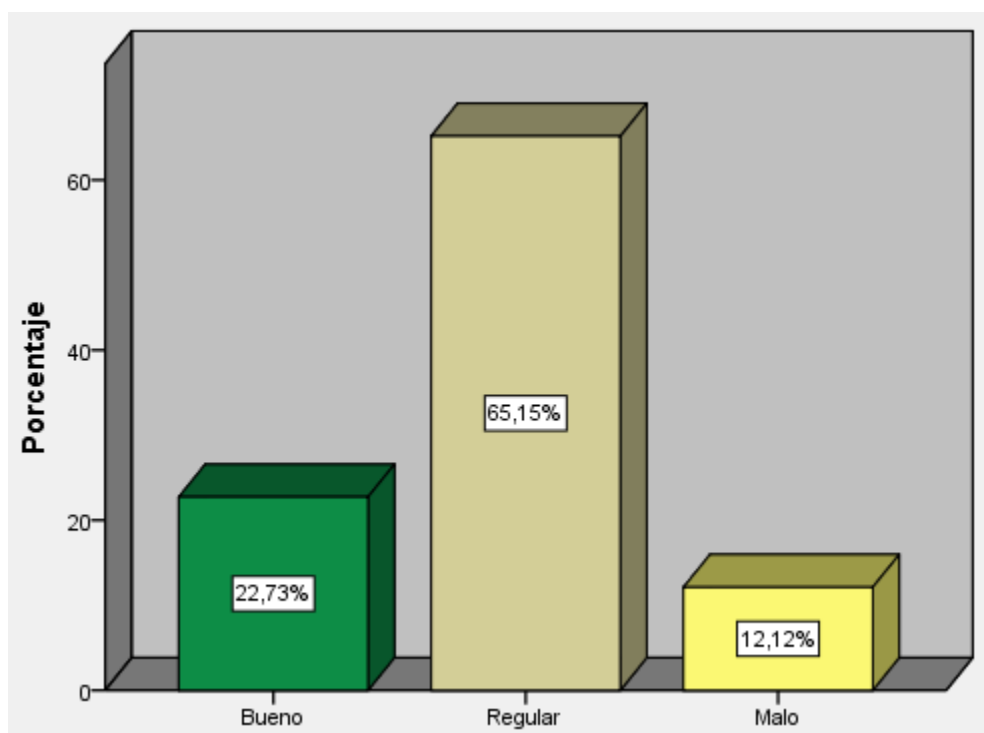


Tabla N° 08: Nivel de conocimiento sobre higiene oral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bueno	15	22,7	22,7	22,7
Regular	43	65,2	65,2	87,9
Malo	8	12,1	12,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento regular con 65.2%, seguido por el nivel de bueno con 22.7%. El nivel de menor frecuencia es el malo con 12.1%.

Grafico N° 08: Nivel de conocimiento sobre higiene oral

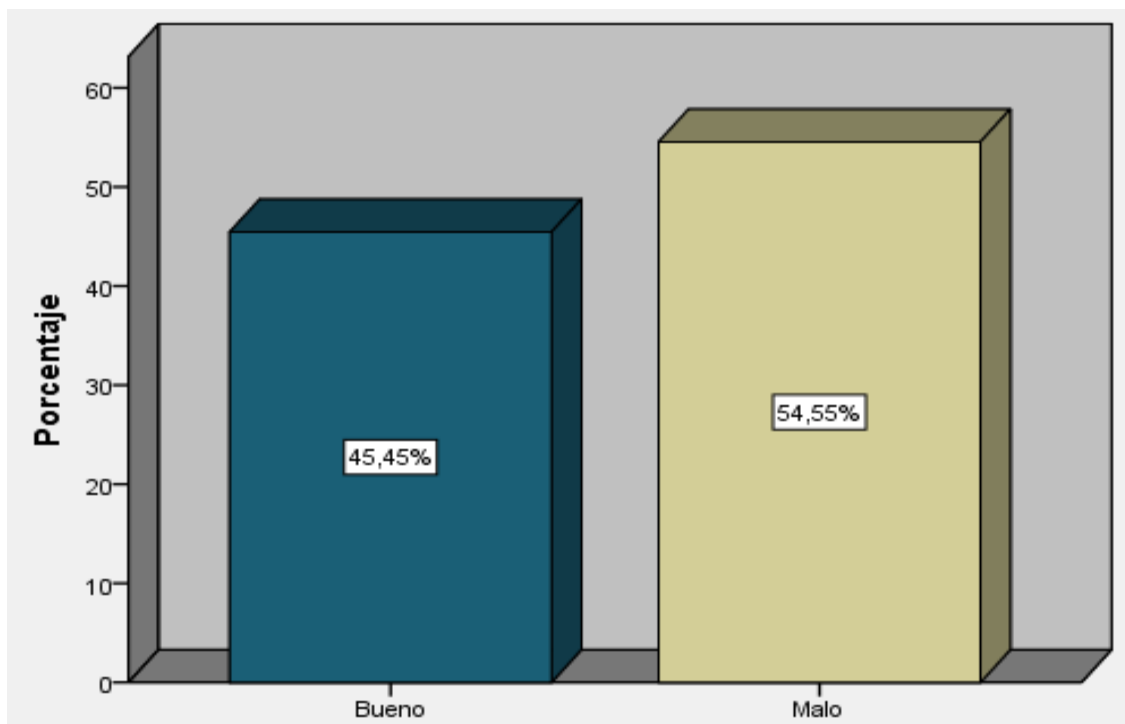


Cuadro N° 09: Nivel de conocimiento sobre erupción dentaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	30	45,5	45,5	45,5
	Malo	36	54,5	54,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento malo con 54.5%, seguido por el nivel de bueno con 45.5%.

Gráfico N° 09: Nivel de conocimiento sobre erupción dentaria



Cuadro N° 10: Nivel de conocimiento sobre aplicación de flúor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	27	40,9	40,9	40,9
	Regular	1	1,5	1,5	42,4
	Malo	38	57,6	57,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento malo con 57.6%, seguido por el nivel de bueno con 40.9%. El nivel de menor frecuencia es el regular con 1.5%.

Gráfico N° 10: Nivel de conocimiento sobre aplicación de flúor

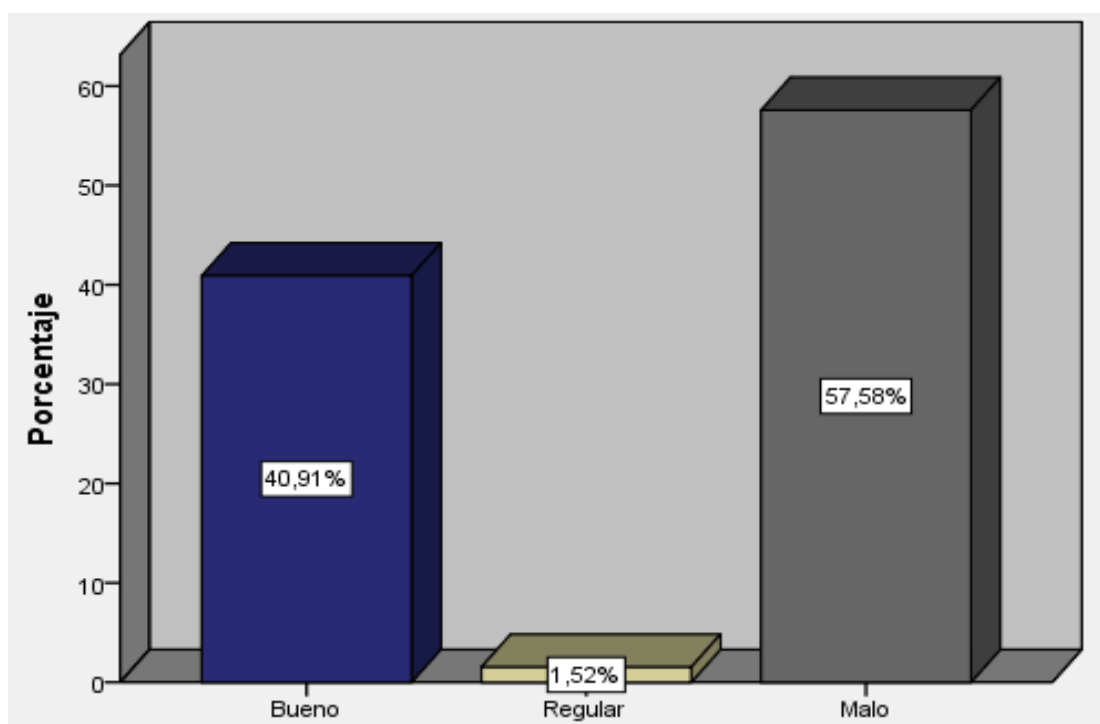


Tabla N° 11
Nivel de conocimiento de visita al doctor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	28	42,4	42,4	42,4
	Regular	23	34,8	34,8	77,3
	Malo	15	22,7	22,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La mayor frecuencia se presenta en el nivel de conocimiento bueno con 42.4%, seguido por el nivel de regular con 34.8%. El nivel de menor frecuencia es el malo con 22.7%.

Grafico N° 11
Nivel de conocimiento de visita al doctor

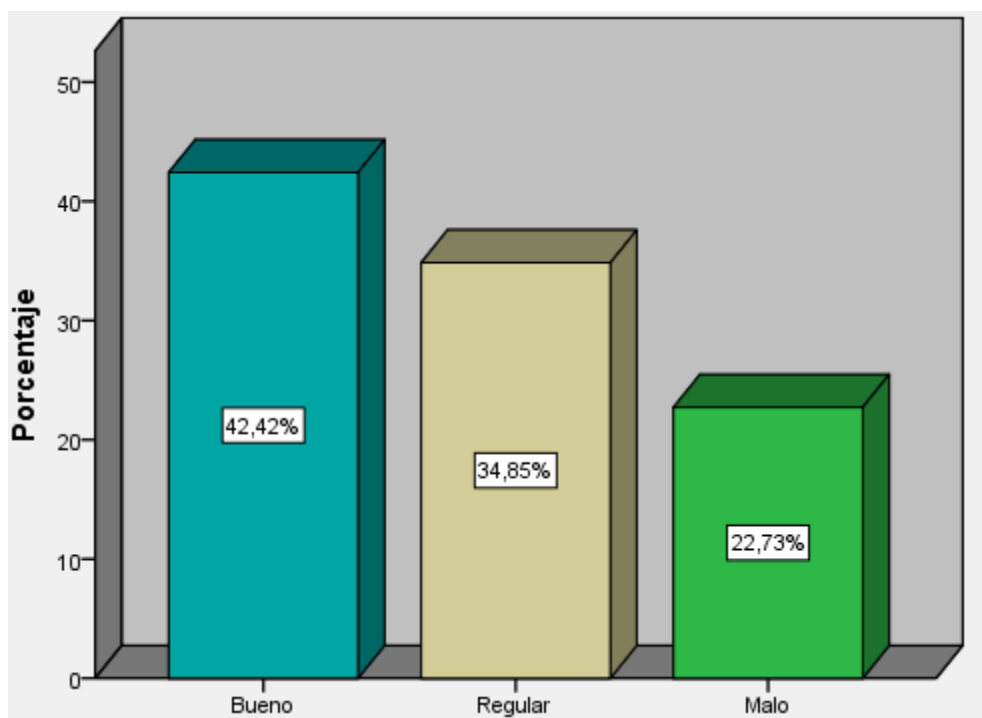


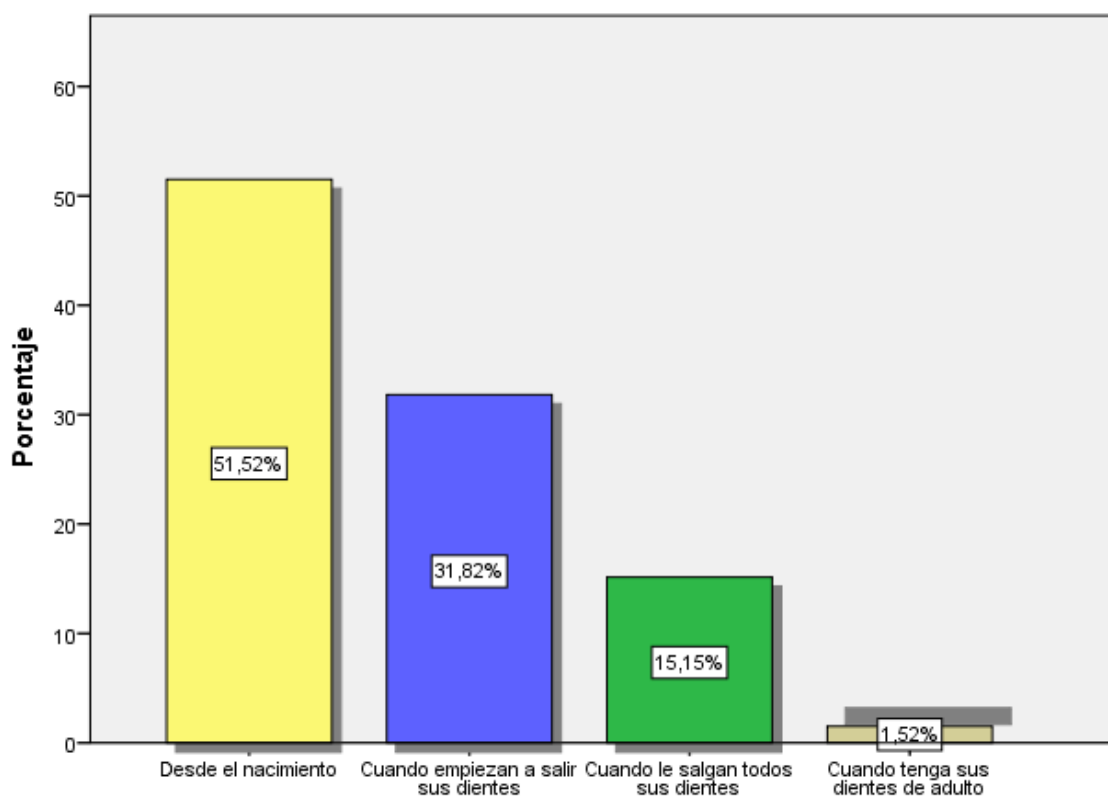
Tabla N° 12

¿Cuándo debes empezar a limpiar la boca de tu hijo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desde el nacimiento	34	51,5	51,5	51,5
	Cuando empiezan a salir sus dientes	21	31,8	31,8	83,3
	Cuando le salgan todos sus dientes	10	15,2	15,2	98,5
	Cuando tenga sus dientes de adulto	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Grafico N° 12

¿Cuándo debes empezar a limpiar la boca de tu hijo?

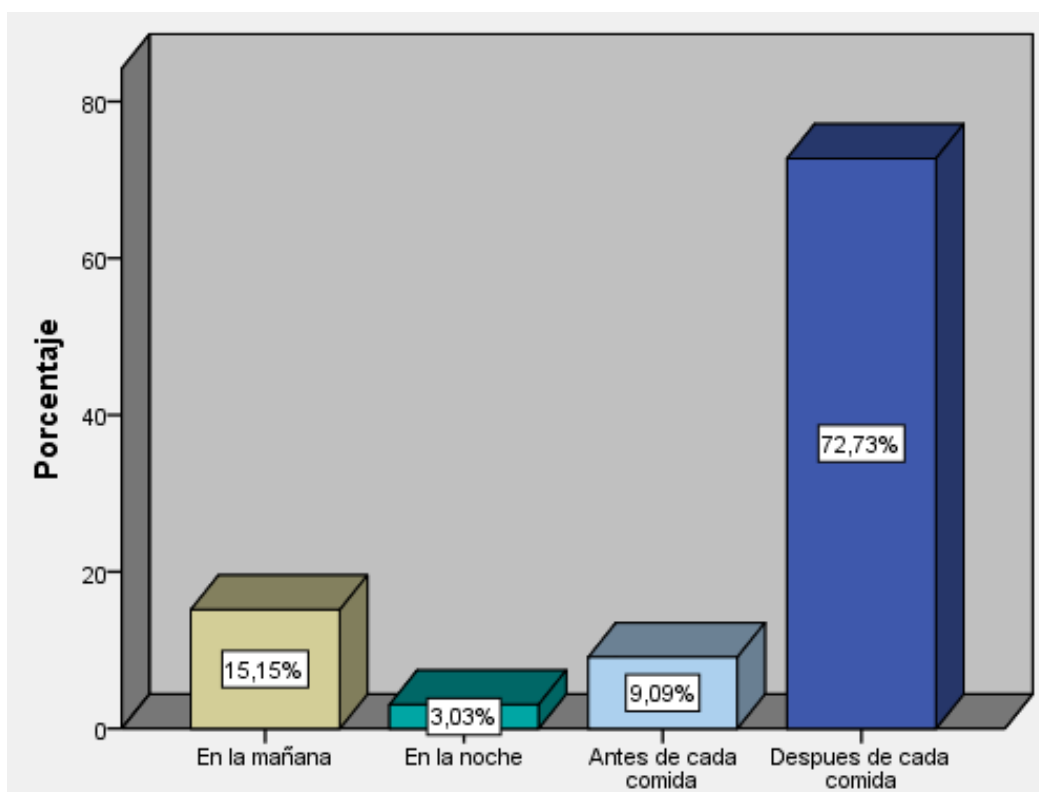


Al analizar la pregunta obtenemos los siguientes resultados, en la primera pregunta “desde el nacimiento” (51.5%), “cuando empiezan a salir sus dientes” (31.8%), “cuando le salgan todos sus dientes” (15.2%) y “cuando tenga sus dientes de adulto” (1.5%). podemos interpretar la evaluación de conocimiento de las madres sobre higiene oral de manera positivo.

Tabla N° 13
¿En qué momento debes limpiar la boca de tu hijo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido En la mañana	10	15,2	15,2	15,2
En la noche	2	3,0	3,0	18,2
Antes de cada comida	6	9,1	9,1	27,3
Después de cada comida	48	72,7	72,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Grafico N° 13
¿En qué momento debes limpiar la boca de tu hijo?



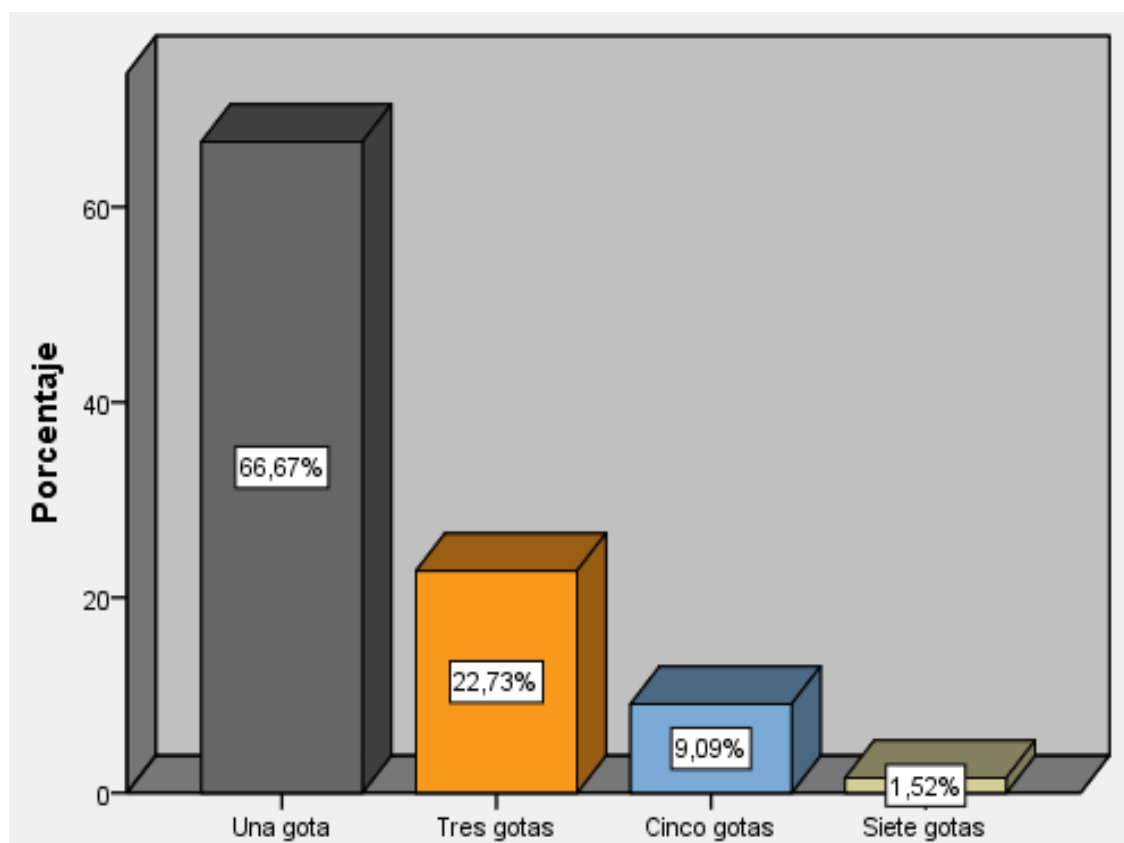
Al analizar en la pregunta obtendremos que en la mañana (15.15%), “en la noche” (3.03%), “antes de cada comida” (9,09%) y “después de cada comida (72.73%). Donde podemos que más del 50% de las madres tiene una respuesta correcta.

Tabla N° 14

¿Qué cantidad de pasta dental debe colocar al cepillo de tu hijo menor de tres años?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una gota	44	66,7	66,7	66,7
	Tres gotas	15	22,7	22,7	89,4
	Cinco gotas	6	9,1	9,1	98,5
	Siete gotas	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

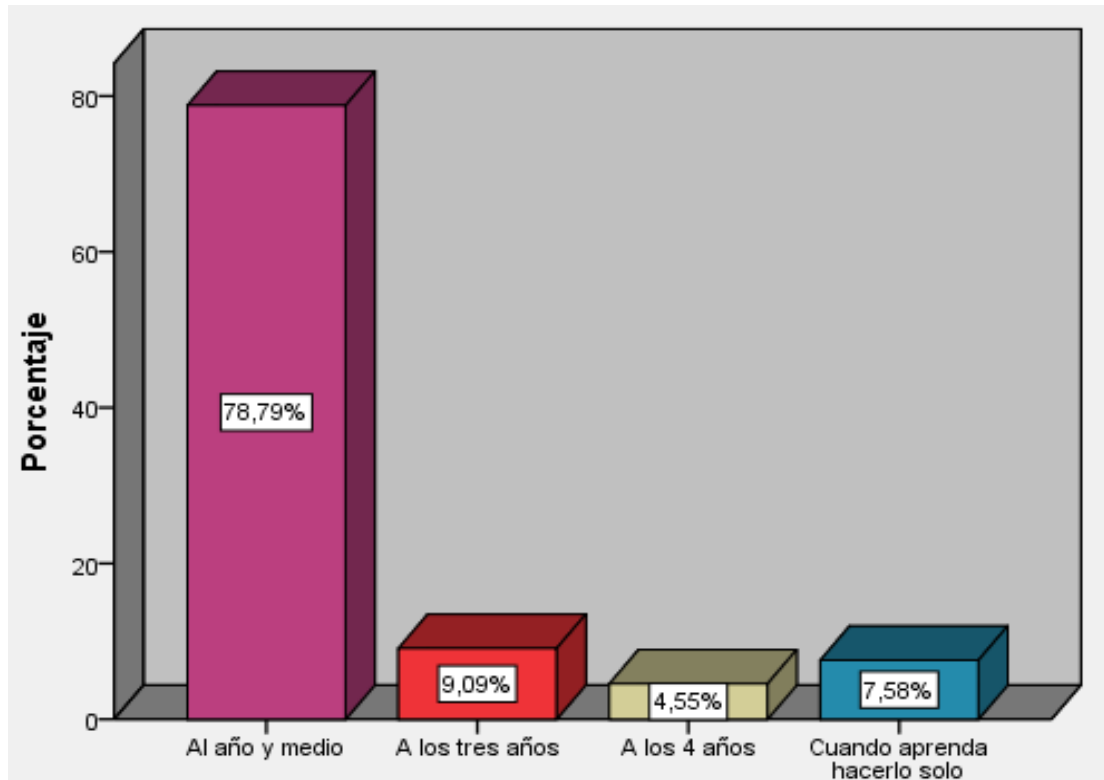
Grafico N° 14



Al analizar la pregunta obtendremos que la cantidad de pasta dental que colocan es de una gota con un 66.67%, seguido de tres gotas con 22.73%, seguido con cinco gotas de 9.09%, Donde podemos ver que el 66.67% de las madres coloca solo una gota al cepillo de sus hijos.

Grafico N° 15

¿A qué edad debes empezar a realizar cepillado de los dientes de tu hijo?



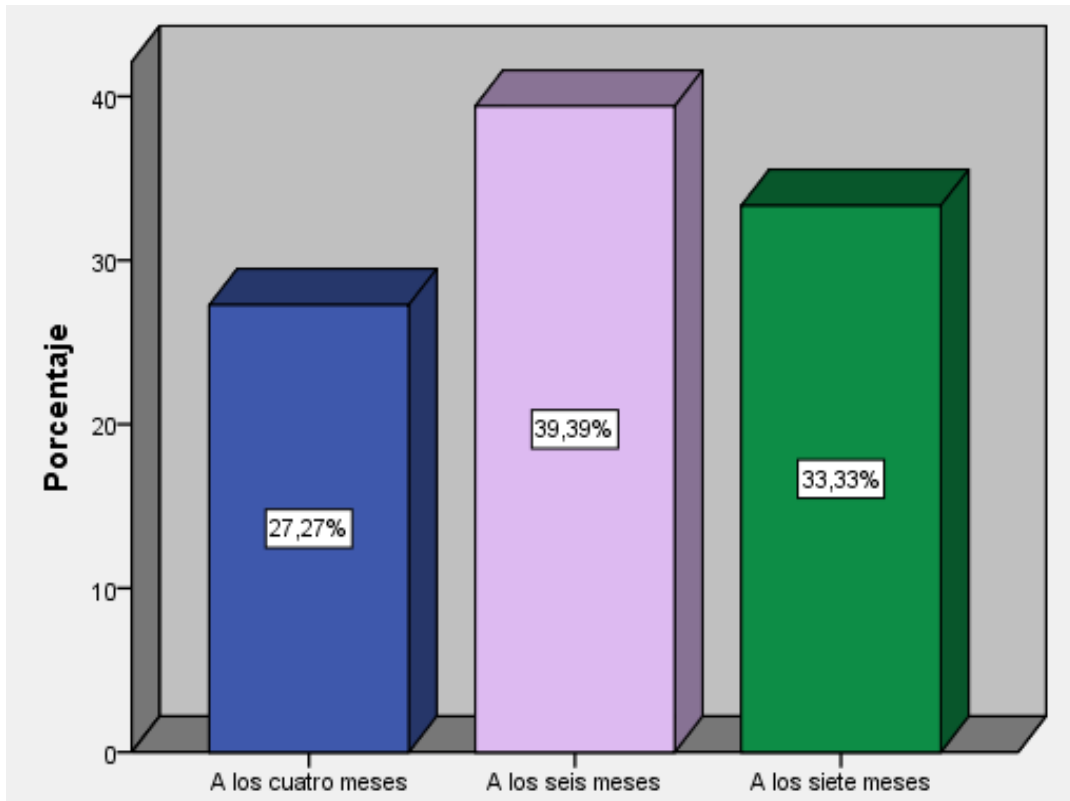
Al analizar las pregunta ¿a qué edad debes empezar a realizar cepillado de los dientes de tu hijo?; obtenemos los siguientes resultados, que “al año y medio” (78.8%), “A los tres años” (9.1%), “a los cuatro años” (4.5%) y “cuando aprenda hacerlo solo (7.6%). Pues más del 50% tiene una respuesta correcta con respecto a la higiene oral.

Tabla N° 16

¿Sabes cuándo empiezan a salir los dientes de leche de tu hijo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido A los cuatro meses	18	27,3	27,3	27,3
A los seis meses	26	39,4	39,4	66,7
A los siete meses	22	33,3	33,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

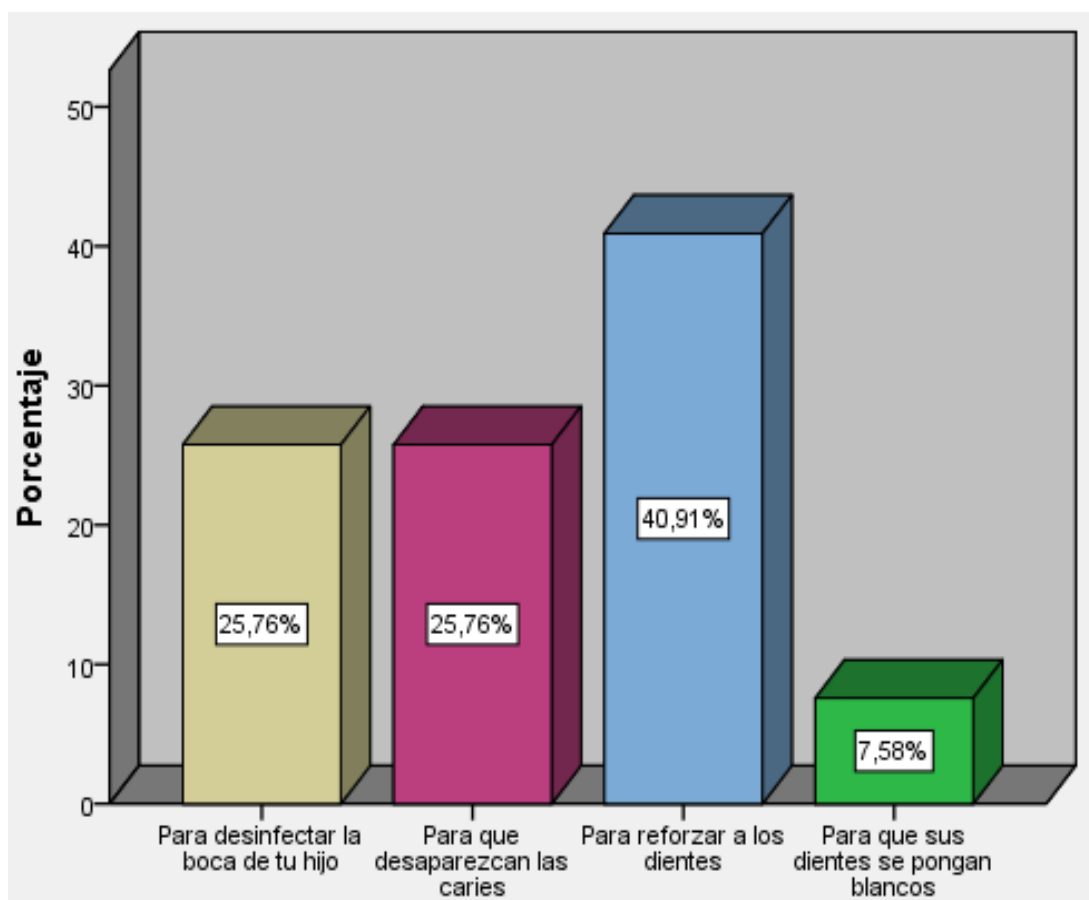
Grafico N° 16



Al analizar la pregunta ¿sabes cuándo empiezan a salir los dientes de leche de tu hijo?; obtenemos los siguientes resultados, “a los cuatro meses” (27.3%), “a los seis meses” (39.4%), “a los siete meses” (33.3%). En este caso la variación es mínima, el mayor porcentaje obtenido es la respuesta correcta, el nivel de información de las madres sobre la erupción dentaria es dudoso. (Tabla N° 8, Grafico N° 8

Tabla N° 17
¿Sabes para qué sirve el flúor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para desinfectar la boca de tu hijo	17	25,8	25,8	25,8
Para que desaparezcan las caries	17	25,8	25,8	51,5
Para reforzar a los dientes	27	40,9	40,9	92,4
Para que sus dientes se pongan blancos	5	7,6	7,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

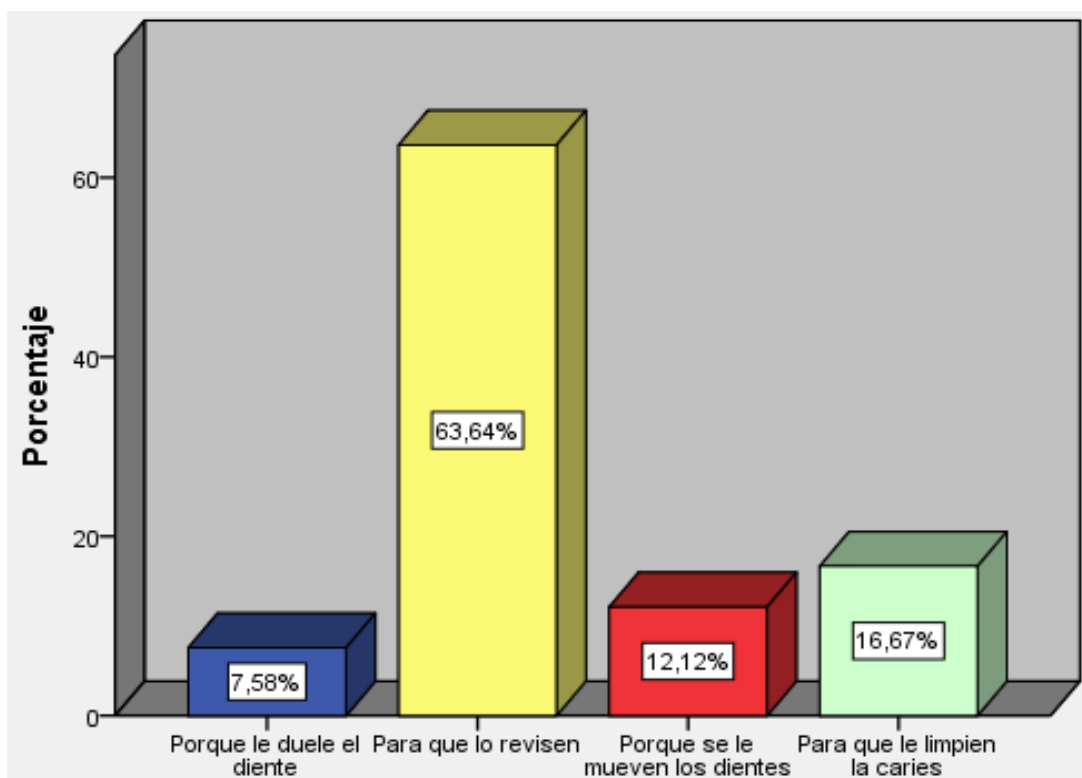


Al analizar las preguntas ¿sabes para qué sirve el flúor?; obtenemos los siguientes resultados, “para desinfectar la boca de tu hijo” (25.8%), “para que desaparezcan las caries” (25.8%), “para reforzar a los dientes” (40.9%) y “para que sus dientes se pongan blancos” (7.6%); interpretamos de manera positiva la evaluación del nivel de conocimiento de las madres sobre el uso y aplicación del flúor ya que el 40.9% marco la alternativa correcta. (Tabla N° 9, Grafico N° 9)

Tabla N° 18

¿Cuál es el primer motivo por el cual tu debes llevar a tu hijo al dentista?

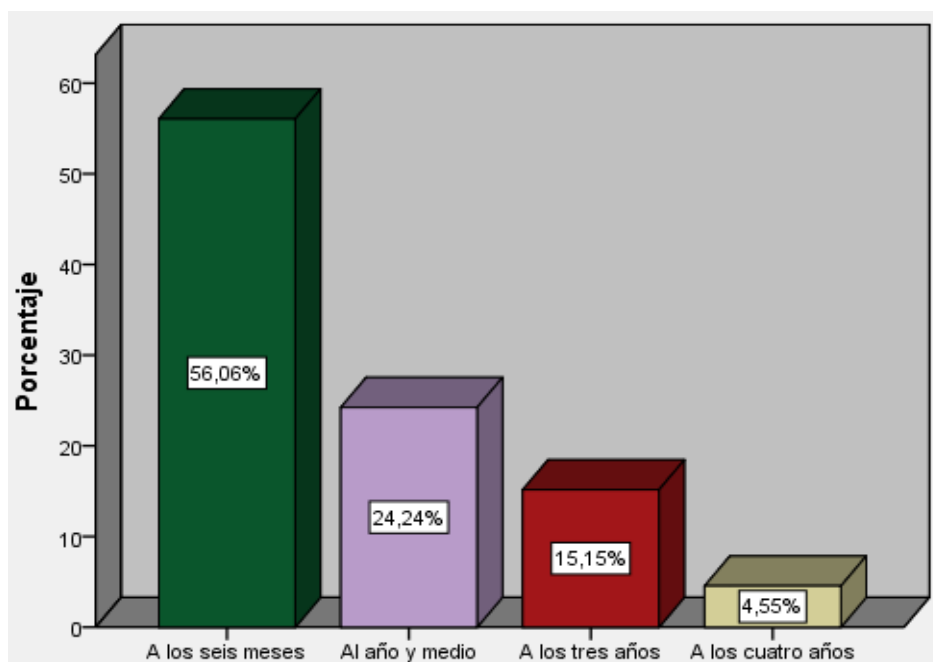
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Porque le duele el diente	5	7,6	7,6	7,6
Para que lo revisen	42	63,6	63,6	71,2
Porque se le mueven los dientes	8	12,1	12,1	83,3
Para que le limpien la caries	11	16,7	16,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	



Al analizar las preguntas ¿Cuál es el primer motivo por el cual tú debes llevar a tu hijo al dentista; obtenemos los siguientes resultados, “porque le duele el diente” (7.6%), “para que lo revisen” (63.6%), “Porque se le mueven los dientes” (12.2%), “Para que le limpien la caries” (16.7%); interpretamos que en ambas preguntas las respuestas con mayor porcentaje con las correctas superando el 50%.

Tabla N° 19
¿A que edad debe ser la primera visita al dentista de tu hijo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido A los seis meses	37	56,1	56,1	56,1
Al año y medio	16	24,2	24,2	80,3
A los tres años	10	15,2	15,2	95,5
A los cuatro años	3	4,5	4,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	



Al analizar la pregunta ¿a qué edad debe ser la primera visita al dentista de tu hijo?; obtenemos los siguientes resultados “a los seis meses” (56.1%), “al año y medio” (24.2%), “a los tres años” (15.2%), “a los cuatro años” (4.5%); interpretamos que en ambas preguntas las respuestas con mayor porcentaje con las correctas superando el 50%.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de madres encuestadas presentan un nivel de conocimiento regular sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad, lo cual representa que poseen conocimientos básicos sobre salud bucal de sus hijos. Estos resultados coinciden con los trabajos que encontraron que el nivel de conocimiento era regular.

Judit Martínez, que evaluó a 126 madres teniendo como resultado que el 95.2% de las madres mostraron nivel de conocimiento favorables.

Pablo Teixeira, evaluó a 102 madres, donde llegó a la conclusión que el conocimiento de las madres sobre cuidados bucales es bajo con un 87%.

Farith Gonzales, evaluó a 333 padres de familia teniendo como resultado que 58% tuvieron nivel de conocimientos buenos, en cuando a la higiene bucal el 50% de los niños duermes cepillados y el 69,6%le colocan dentífrico sobre el cepillo.

Lourdes Benavente realizó el estudio a 143 madres de familia, sobre conocimientos en salud bucal, teniendo como resultado que si bien las madres poseen conocimiento es entre regular y bueno con 77.6% estos no son aplicados correctamente.

Nori Saavedra, estudio a 180 madres de familia donde observo una significativa asociación entre las madres primerizas tienen un nivel de conocimiento regular con un 38%, mientras que las madres que tuvieron las de 2 a 3 hijos fue de 58.51.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0 a 36 meses es regular.
- Las madres encuestadas con mayor frecuencia fueron de 28 a 33 años de edad
- El nivel de conocimiento en relación con el grado de instrucción es regular, ya que fue en forma creciente a medida que era mayor el grado de instrucción.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal fue regular
- El nivel de conocimiento de las madres sobre hábitos bucales fue bueno
- El nivel de conocimiento de las madres sobre erupción dentaria fue malo
- El nivel de conocimiento de las madres sobre uso de flúor fue malo
- El nivel de conocimiento de las madres sobre visitas al odontólogo fue bueno

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

La salud bucal es parte integral de la salud, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana

Se recomienda reforzar y apoyar los programas preventivos – promocionales en Hospitales sobre medidas preventivas en la salud bucal del niño de 0 a 36 meses de edad. Estos programas nos va permitir capacitar mejor a las madres en etapas más importantes como es la gestación y primera infancia de sus hijos debido a que ellas son consideradas los pilares en la transmisión de educación y hábitos de sus hijos.

Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, orientando a la madre en mejorar sus conocimientos para una adecuada salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
2. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick N M. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. Aust Dent J. 2008; 53(1): 52-60.
3. Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behaviour, knowledge and attitudes of children, mothers and schoolteachers in Romania in 1993. Acta Odontol Scand. 1995; 53(6): 363-8
4. Judit MA, Eduardo LL, Alina GG, Meylin BV, Ofelia DH. Diagnostico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. Rev. Cubana Estomatología. 2013; 50(3):265-275.
5. Pablo Teixeira G, et al. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años Hospital materno infantil san pablo Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; 1(1):3-12.
6. Farith GM, Carmen SB, Luz MS. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bical de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública de México. 2011; 53(3): 247-257.
7. Ana CA, Carmen GR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol Herediana. 2015; 25(2):112- 121.
8. Lourdes BL, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol. Sanmarquina. 2012; 15(1):14-18.
9. Saavedra Padilla N. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de madres

- en el Hospital Marino Molina Scippa. [Tesis para título]. Lima; Universidad Privada Norbert Wiener; 2011.
10. Francisco de Rojas, Vicente FF. Manual de Higiene Bucal. Vol1. Buenos Aires: Medica panamericana; 2009.
 11. Pinkham J R. Odontología pediátrica. 2ª edición. México: Interamericana; 1994.
 12. Walter Lf, Antonio F, Myaki I. Odontología para él bebe desde el nacimiento hasta los 3 años. Sao Paulo: Amolda; 2000.
 13. Elena BL, JR Boj Q, M CP. Odontopediatría. 2ªedicion. Barcelona: Masson; 2002.
 14. Boj JR, Cátala M, García B, Mendoza A. Odontopediatría. 1ªedicion. Barcelona: Masson; 2005.
 15. Rodríguez E, Casasa R, Natera A. Tips de Ortodoncia y sus secretos. Editorial Amolca; 2007.
 16. Borrás S, Rosell C. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados serie: patologías. España: Ediciones Nau Libres. 2005
 17. Canut J. Ortodoncia Clínica y terapéutica. Barcelona: Masson; 2004.
 18. <http://bauldelogopedia.blogspot.com/2010/04/deglucion-atipica.html>. (Consultado el 3 octubre de 2015)
 19. Darío CJ. Fundamentos de Odontología: odontología pediátrica. 3º edición. Colombia: coop. Inv. Biológicas; 2003.
 20. Guedes-Pinto AC, Rehabilitación bucal en Odontopediatría: atención integral. 6ªedicion. Madrid: Mosby- Doyma; 2003.
 21. McDonald R, Avery DR. Odontología pediátrica y del adolescente. 6ªedicion. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1995.

22. Fernando EM. Odontología pediátrica. 2° edición. Caracas: Medica Latinoamericana; 2003.
23. Koch G, Modeer T. Odontopediatría: enfoque clínico. Buenos aires. Médica panamericana; 1994
24. Villena R. Concentración natural de fluoruro en las aguas de consumo de Lima Metropolitana y Callao. [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1988.
25. Declara la obligación a las empresas procesadoras de sal de consumo a la adición de flúor a este producto. Decreto Supremo N° 015-84-SA (Jun. 01, 1984.
26. Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud y la Empresa de la Sal S.A. (EMSAL). 28 de Diciembre de 1989.
27. Aprueba las normas de adición del flúor a la sal de consumo humano. Resolución Ministerial N° 0131-85- SA/DVM. (May. 31, 1985.)
28. Székely M, Bánóczy J, Rugg-Gunn A. A review of worldwide milk fluoridation programs used in caries Prevention. OHDMBSC - Vol. VI - No. 4 - December, 2007.
29. Norma Técnica Sanitaria para la adición de Fluoruros en Cremas Dentales, Enjuagatorios y otros productos utilizados en la Higiene Bucal. Resolución Ministerial N° 454 – 2001 SA/DM. (2001).
30. Colegio Odontológico del Perú. Análisis del convenio entre el Colegio Odontológico del Perú y la empresa Colgate Palmolive del Perú. Informe de los miembros de la Comisión de Salud Bucal del COP. Lima. 18 Octubre del 2005.

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL
DE LOS NIÑOS DE 0- 36 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CHANCAY**

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA DE MEDICION	INSTRUMENTO
<p>Problema General: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0-36 meses de edad en el Hospital Regional de Chancay periodo Agosto – Octubre 2015?</p> <p>Problema secundarios -¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres</p>	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0-36 meses de edad en el Hospital Regional de Chancay en el periodo de Agosto - Octubre 2015</p> <p>Objetivo Específico -Evaluar el nivel de conocimiento de las madres</p>	<p>Variable independiente Nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal</p>	<p>Cuestionario sobre medidas preventivas en salud bucal</p>	<p>Bueno (16 – 20) Regular (11- 15) Malo (0 – 10)</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuestionario de preguntas (prueba estadística de V Aiken)</p>

<p>sobre hábitos bucales de los niños de 0 a 36 meses de edad?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral de los niños de 0 a 36 meses de edad?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de información de las madres sobre la erupción dentaria de los niños de 0 a 36 meses de edad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el uso y aplicación del flúor en los niños de 0 a 36 meses de edad?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las visitas al odontólogo del niño de 0 a 36 meses de edad?</p>	<p>sobre hábitos bucales en niños de 0 a 36 meses de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal de niños de 0 a 36 meses de edad. -Evaluar nivel de conocimiento de las madres sobre erupción dentaria de los niños de 0 a 36 meses de edad. -Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre el uso de aplicación de flúor en los niños de 0 a 36 meses de edad. -Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre las visitas al odontólogo del niño de 0 a 36 meses de edad. 					
---	---	--	--	--	--	--

ANEXO 02

Consentimiento Informado para Participar en el Estudio de “**Nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal de los niños entre 0 -36 meses de edad en el Hospital de Chancay**”

Investigador Principal: Juana Andrea Zamora Gallardo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo,.....
identificado(a) con DNI..... Acepto a participar en la investigación
realizada por la bachiller en odontología.

He sido informado que el objetivo del estudio es evaluar el nivel de conocimiento
de las madres sobre medidas preventivas en salud bucal en los niños de 0 36
meses de edad.

Con este fin se resolverá un cuestionario, el cual tomara aproximadamente 15 a
20 minutos, la información obtenida será de carácter confidencial y no será usado
para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma _____
DNI:
Chancay, ____/____/2015

ANEXO N° 3

AUTORIZACION PARA REALIZAR LA ENCUESTA A LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO

"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y EL FORTALECIMIENTO DE
LA EDUCACION"

Licenciada encargada del servicio
de CREDE del Hospital de Chancay

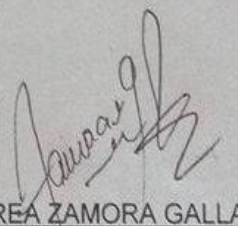


ASUNTO: Permiso para encuestar a las madres de familia que acuden al servicio de CREDE.

Yo, JUANA ANDREA ZAMORA GALLARDO, identificado con N° DNI 46414602 con domicilio en URB. LA VILLA C-17 HUAURA, y habiendo concluido el X ciclo en la Universidad Alas Peruanas – Escuela Académica Profesional de Estomatología, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Pido a usted se me otorgue permiso para encuestar a las madres de familia que acuden a su servicio CREDE, con el fin de corroborar a una correcta elaboración de mi TESIS.

Sin ningún inconveniente me despido no sin antes agradecerle anticipadamente por la ayuda brindada, espero su pronta respuesta.


JUANA ANDREA ZAMORA GALLARDO

DNI 4641462

Chancay, 20 Octubre del 2015

ANEXO N° 4 Cuestionario



CUESTIONARIO:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta sobre datos generales de Ud. Complete Y marque con un (X) la respuesta correcta.

1. Edad:
2. Número de hijos:
3. grado de instrucción
 - Primaria completa
 - Secundaria completa
 - Superior universitario completa
 - Primaria incompleta
 - Secundaria incompleta
 - Superior universitario incompleta
4. ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal en su etapa de gestación?
 - SI
 - NO
5. ha recibido alguna charla de prevención sobre salud bucal para su bebe?
 - SI
 - NO
6. sabes hasta cuándo debe recibir tu hijo lactancia materna?
 - a) hasta los 2 meses
 - b) hasta los 4 meses
 - c) hasta los 6 meses
 - d) hasta el año
7. ¿Qué tipo de alimentos se le debe empezar a dar más a tu hijo para complementar la lactancia materna?
 - a) darle jugo, anís
 - b) darle más caldo
 - c) darle puré, mazamoras
8. Se recomienda agregarle azúcar a los líquidos que tu hijo tomaría en el biberón?
 - a) sí que cantidad ____
 - b) no
9. ¿Qué puede ocasionar el uso del biberón azucarado durante la noche cuando duerme?
 - a) nada
 - b) que tenga parásitos
 - c) que tenga gases
 - d) que tenga caries
10. ¿Qué puede ocasionar que tu hijo use chupón o se chupe el dedo por mucho tiempo?
 - a) nada
 - b) que tenga parásitos
 - c) que tenga gases
 - d) que se deformen sus dientes
11. ¿desde cuándo debes empezar a limpiar la boca de tu hijo?
 - a) desde el nacimiento
 - b) cuando de salgan todos sus dientes
 - c) cuando le empieza a salir su diente

12. ¿en qué momento debes limpiar la boca de tu hijo?

- a) en la mañana
- b) en la noche
- c) después de cada comida
- d) antes de cada comida

14. ¿qué cantidad de pasta debe colocar al cepillo de tu hijo?

- a) 1 gota
- b) 3 gotas
- c) 5 gotas
- d) 7 gotas

16. ¿para qué sirve el Flúor?

- a) para desinfectar la boca de tu hijo
- b) para que desaparezca la caries
- c) para fortalecer a los dientes
- d) para que sus dientes se pongan blancos

18. ¿a qué edad debe ser la primera visita al dentista de tu hijo?

- a) a los 6 meses
- b) al año y medio
- c) a los 3 años
- d) a los 4 años

13. ¿a qué edad debes empezar a realizarle el cepillado de los dientes de tu hijo?

- a) al año y medio
- b) a los 3 años
- c) a los 4 años
- d) cuando aprenda hacerlo solo

15. ¿Sabes cuándo empiezan a salir los dientes de leche de tu hijo?

- a) a los 4 meses
- b) a los 6 meses
- c) a los 7 meses

17. ¿Cuál es el primero motivo por el cual tú debes llevar a tu hijo al dentista?

- a) porque le duelen un diente
- b) para que lo revisen
- c) porque se le mueven los dientes
- d) para que le limpien la caries

ANEXO N° 5

Prueba V de Aiken.

PREG.	EXPERTO					V DE AIKEN	p
	1	2	3	4	5		
1	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
2	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
3	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
4	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
5	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
6	1	2	2	2	2	9/10-0.9*	0.025
7	2	2	2	1	2	9/10-0.9*	0.025
8	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
9	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
10	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
11	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
12	1	2	2	2	2	9/10-0.9*	0.025
13	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
14	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
15	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
16	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
17	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
18	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004
19	2	2	2	1	2	9/10-0.9*	0.025
20	2	2	2	2	2	10/10-1*	0.004

TABLA V de Aiken

134 EDUCATIONAL AND PSYCHOLOGICAL MEASUREMENT

TABLE I
Right-Tail Probabilities (p) for Selected Values of the Validity Coefficient (V)

No. of Items (n) or Raters (n)	Number of Rating Categories (c)											
	2		3		4		5		6		7	
	V	p	V	p	V	p	V	p	V	p	V	p
2							1.00	.040	1.00	.028	1.00	.020
3							1.00	.008	1.00	.005	1.00	.003
3			1.00	.037	1.00	.016	.92	.032	.87	.046	.89	.029
4					1.00	.004	.94	.008	.95	.004	.92	.006
4			1.00	.012	.92	.020	.88	.024	.85	.027	.83	.029
5					1.00	.004	.90	.006	.90	.007	.88	.007
5	1.00	.051	.90	.025	.87	.021	.80	.040	.80	.032	.77	.047
6			.92	.010	.89	.007	.88	.005	.83	.010	.83	.008
6	1.00	.016	.83	.038	.78	.050	.79	.029	.77	.036	.75	.041
7			.93	.004	.86	.007	.82	.010	.83	.006	.81	.008
7	1.00	.008	.86	.016	.76	.045	.75	.041	.74	.038	.74	.036
8	1.00	.004	.88	.007	.83	.007	.81	.008	.80	.007	.79	.007
8	.88	.035	.81	.024	.75	.040	.75	.030	.72	.039	.71	.047
9	1.00	.002	.89	.003	.81	.007	.81	.006	.78	.009	.78	.007
9	.89	.020	.78	.032	.74	.036	.72	.038	.71	.039	.70	.040

$$V = \frac{S}{n(c-1)}$$

V= V de Aiken
 S= Suma del puntaje total
 n= Número de jueces
 c= Categorías de respuestas
 (en caso V de Aiken sería 3)

$$V = \frac{10}{5(3-1)} \quad V=1 \quad p=0.004 \quad V = \frac{9}{5(3-1)} \quad V=0.9 \quad p=0.025$$

Para nuestras preguntas se obtuvieron V de Aiken de 1 y 0.9 y según la tabla le corresponden p=0.004 y p=0.025 respectivamente. Ambos valores son <0.05 por lo que se considera significativo.

Entonces las preguntas del cuestionario están validadas por juicio de expertos según prueba V de Aiken.

ANEXO N° 6

Fotos del proceso de ejecución de la encuestas en el Hospital Regional de Chancay.

