



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**“ESTRATEGIA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL METODO DIDACTICO,
PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE DE LA SALUD BUCAL DEL BEBÉ DE 0
A 12 MESES DE EDAD, EN LAS MADRES DE LA JURISDICCION DEL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA - TACNA ,2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

BACHILLER:

- **NELSON CARDENAS LIMACHE**

TACNA- PERU

2015

DEDICATORIA

“A Dios por su gran bondad ya que sin él nada es posible”

“Al ángel más hermoso que ilumina mi vida: a mi madre que desde el cielo me estuvo acompañando en el desarrollo de todo este proceso que tiene como objetivo ayudarme a ser mejor profesional, pero por sobre todo a ser mejor ser humano”

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Dra. Karina Rodríguez por sus valiosos consejos y apoyo durante todo el desarrollo de la tesis.

De igual manera será importante destacar el trabajo serio y profundo de cada uno de los docentes, que consiguieron ampliar el horizonte de mis conocimientos y fortalecieron mi espíritu.

A las madres de bebés que amablemente aceptaron participar en la investigación.

A mis amigos y familiares que me dieron ánimos y confiaron en mí para la realización de la presente investigación.

RESUMEN

Existen poca o nada información hacia las madres sobre la atención estomatológica en bebés, constituyendo un factor importante, que puede incidir en el desarrollo de enfermedades bucales y trastornos sociales a largo plazo.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la eficacia del método didáctico en las madres sobre el aprendizaje en salud bucal de sus niños a temprana edad; ya que requieren determinados cuidados estomatológicos, fisiológicos y preventivos; enfatizando que es muy importante una comunicación fluida, directa y un seguimiento con las madres recientes así la atención estomatológica del recién nacido será una prioridad en el sistema de salud, de manera que un trabajo comunitario de promoción, permita garantizar una adecuada atención preventiva y curativa durante todo el desarrollo del futuro niño, adolescente y adulto.

ABSTRACT

There is little or no information to mothers about dental care in babies and is an important factor that can influence the development of oral diseases and long-term social problems.

The aim of this paper is to present the importance of the effectiveness of the teaching method in mothers learning about oral health of their children at an early age ; because they require certain stomatology , physiological and preventive care ; emphasizing that it is very important to a smooth , direct communication and follow up with new mothers and the dental care of the newborn will be a priority in the health system , so that a community advocacy work , to guarantee adequate preventive and curative care throughout the development of the future child, adolescent and adult.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3 OBJETIVOS.....	12
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	13
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1.1 TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE REVISTAS..	16
2.1.2 TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE TESIS.....	17
2.1.3 ANTECEDENTES REFERENTES A LA INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE PUBLICACIONES.....	18
2.2 BASES TEÓRICAS.....	21
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	41
2.4 HIPOTESIS.....	43
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	43
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	43
2.5 VARIABLES.....	44
2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE.....	44
2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE.....	44
2.6 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.....	45

CAPITULO III: MATERIAL Y METODO

3.1 TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO.....	49
3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION.....	49
3.3 POBLACION Y MUESTRA.....	49
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50

CAPITULO IV: RESULTADOS	51
--------------------------------------	-----------

CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	63
-----------------------------------	-----------

CONCLUSIONES.....	64
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	65
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
---	-----------

ANEXOS.....	68
--------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

Un objetivo de vital importancia en nuestra profesión, es la prevención como arma contra la enfermedad y alteraciones en la estructura bucal del ser humano, con ello evitamos así el daño y dolor causado como consecuencia de la inacción por el desconocimiento.

La odontología para bebés es una rama de la odontología relativamente joven, la cual se basa en el principio de que “La educación genera prevención”. Como señala la UNESCO “la educación es un motor de cambio” para el desarrollo sostenible, es así, que los diversos programas educativos para bebés han mostrado ser muy eficaces en la reducción de enfermedades bucales del bebé. Ante ello, hemos de considerar tres formas básicas de hacer llegar este conocimiento a la persona a cargo del cuidado del bebé, a saber; Mediante charla educacional individual, mediante charla educacional individual con material didáctico de rotafolio, , cartilla motivadora, y material tecnológico(audiovisual).

Por tal motivo en esta investigación se hace indispensable verificar la efectividad del método didáctico, usado en la transmisión de información, con el fin de mejorar el aprendizaje y hacer llegar el conocimiento a las madres de bebés de la mejor manera posible y puedan lograr un mayor nivel de conocimiento para beneficio de la Salud bucal de sus bebés.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La clínica del bebé, con su adelanto, desarrollo y orientación preventiva; tuvo desde un inicio por objeto crear una cultura de bienestar del binomio madre niño, así como la conservación de estructuras orales biológica y funcionalmente de manera óptima.

Dentro de las diferentes escuelas odontológicas para bebés, la educación e instrucción acerca de los tópicos de prevención, higienización, conocimiento de las estructuras orales tienen diferentes enfoques, sin embargo a pesar de ser una importante labor, su éxito como programa radica en la capacidad de llegar a concientizar una adecuada educación e instrucción a la madre del cuidado del bebé, a fin de sacar el máximo provecho y beneficios al programa teniendo en cuenta para ello las diversas formas de uso y empleo del método educativas con el objeto de cumplir tal fin.

Normalmente no existe un protocolo de uso, racionalización y efectividad con respecto al empleo de estos medios de educación, siendo por ello el problema, el estandarizar y verificar la estrategia efectiva de cada uno de estos métodos, determinando la mejor manera de hacer llegar este conocimiento, base y pilar fundamental de esta sub-especialidad odontopediátrica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la estrategia educativa individual con el método didáctico más eficaz, para mejorar el aprendizaje de la salud bucal del bebé de 0 a 12 meses de edad , en las madres de la jurisdicción del centro de salud la esperanza en el año 2015?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la salud bucal del bebe de 0 a 12 meses de edad, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza", sin utilizar la estrategia educativa individual?
2. ¿Cuál es el método didáctico más eficaz entre el tríptico, rotafolio y audiovisual (tecnológico), para el aprendizaje en la salud bucal del bebés de 0 a 12 meses de edad, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza"?
3. ¿Influye el aprendizaje en la salud bucal del bebe, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza" , de acuerdo a la edad y el nivel de educación?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la estrategia educativa individual con el método didáctico más eficaz, para mejorar el aprendizaje de la salud Bucal del bebé de 0 a 12 meses de edad , en las madres de la jurisdicción del centro de salud la esperanza en el año 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la salud bucal del bebe de 0 a 12 meses de edad, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza", sin utilizar la estrategia educativa individual.
2. Determinar el método didáctico más eficaz entre el tríptico, rotafolio y audiovisual (tecnológico), para el aprendizaje en la salud bucal del bebés de 0 a 12 meses de edad, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza".
3. Determinar el aprendizaje en la salud bucal del bebe, en las madres de la jurisdicción del centro de salud "la esperanza", de acuerdo a la edad y el nivel de educación.

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La enfoque preventivo hacia la odontología integral para bebés y su futuro, es una experiencia nueva, extremadamente gratificante para aquellos que la ejercen visto que, a lo largo de estos años constataron transformaciones que juzgamos importantes en la práctica de odontología. Entre estas se destaca el acuerdo por parte de muchos colegas en Brasil por parte de la clínica odontológica para bebés fundada en Londrina, de que la atención odontológica debe ser iniciada a más temprana edad antes de los 2 o 3 años, no como se hacía convencionalmente. Otro aspecto que los expertos juzgaron importante es el comportamiento de los responsables por los bebés. Al inicio de la odontología las madres buscaban atención especializada, por el tiempo esto se fue modificando, estudios revelan que induciendo la enseñanza y aprendizaje de salud bucal en el bebé en algunos países tomaron medidas para la atención preventiva necesaria, viendo la eficacia del método educativo individual, creando una atención para bebés y disminuyendo la prevalencia de enfermedades dentales.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

En el presente trabajo de investigación conoceremos la estrategia educativa individual con el método didáctico más eficaz, para mejorar el aprendizaje de la salud bucal del bebe de 0 a 12 meses de edad, en las madres de la jurisdicción del centro de salud LA ESPERANZA y la importancia de su estudio.

Criterios de Inclusión

- Madres pertenecientes a la jurisdicción del centro de Salud La Esperanza.
- Madres que tengan bebes menores de 1 año de edad.
- Madres que voluntariamente aceptan las condiciones del estudio.

Criterios de Exclusión

- Madres que no pertenecen a la jurisdicción del centro de Salud La Esperanza.
- Madres que tengan bebes mayores de 1 año de edad.
- Madres que no acepten las condiciones del estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE REVISTAS

- **GUERRA M.E. et al. (2004)¹**, En el estudio “Programa de Odontología Preventiva dirigido a bebés VIH (+) y verticalmente expuestos” en el Servicio de Atención a pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (SAPEI) de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela; describen que dentro del programa educativo se dictó una charla a la madre y/o representante de forma individualizada y general, para dar conceptos generales sobre higiene bucal y caries. Se enfatiza sobre caries de biberón, dieta no cariogénica, dentición primaria, funciones del aparato bucal e identificación de lesiones en los tejidos blandos. Los resultados del programa muestran que en el año 1998 un 100% del motivo de consulta era con fines curativos, mientras que para el año 2002 el motivo de consulta fue: 30%² por tratamiento de caries rampante, 40%³ por tratamiento curativo y un 30%² que van a consulta para orientación, control y educación.

Además señalan que se generaron cambios de conducta en los padres y/o representantes, quienes ahora son partícipes del cuidado bucal de sus bebés.

- **KUHN E. y WAMBIER D. S. (2007)⁴**, en el estudio titulado “Incidencia de Lesiones de Caries en Bebés después de 15 meses de un programa educativo preventivo”, de tipo prospectivo realizado en Brasil, cuyo objetivo fue evaluar un programa educativo preventivo en el control de la enfermedad de caries dental en 160 bebés de 1 a 21 meses sanos y libres de caries relatan que las madres fueron orientadas en prácticas preventivas mediante charlas educativas

utilizando la orientación verbal, afiches y proyección de slides. Las charlas educativas fueron suministradas en el inicio del estudio y de 6 meses en 6 meses, abordándose la importancia de atención precoz y prevención de las enfermedades bucales por el control de hábitos nocivos como la alimentación nocturna, consumo de azúcar, etc.; llegando a la conclusión que el programa educativo preventivo contribuyó para una menor incidencia de caries, estimulando la adopción de hábitos más saludables, una vez que ocurrió una reducción de 33.0% en la alimentación nocturna y un aumento de 20.9% en la higiene bucal.

2.1.2 TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE TESIS

- **TORRES SOTO, María Emilia (2001)⁵**, en su tesis titulada “Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo dirigido a los Padres Para el Control de Riesgo de Caries en 50 Infantes de 6 – 36 meses en la UIGV”, de tipo exploratorio y descriptivo realizado en Lima- Perú, encontró que antes de la ejecución del programa el riesgo de caries microbiológico (número de *S. mutans* mayor o igual a 10 000 ufc/ml de saliva) era de 0% nivel bajo, 30% nivel medio y de 70% nivel alto. Mientras que después de la ejecución del programa, es decir, continuas charlas de reforzamiento dirigidas a padres el riesgo de caries microbiológico era de 22% nivel bajo, 44% nivel medio y de 34% nivel alto. Así mismo la autora concluye que “el efecto de un programa educativo-preventivo dirigido a los padres influye favorablemente en el control de riesgo de caries, disminuyendo las unidades formadoras de colonias de *S. mutans* en saliva de los infantes comprendidos en el programa en mención”.
- **ELÍAS PODESTÁ, Mario César (2003)⁶**, en su tesis de maestría titulada “Efectos de la Aplicación del Programa Piloto de Atención Odontopediátrica Desde el Nacimiento hasta los 36 meses de vida en el Hospital Central de

la FAP para la disminución de caries dental 1989-2001”, realizado en Lima – Perú en un estudio experimental, describe la implementación de un programa piloto de Salud bucal educativo – preventivo de 1989 a 2001 dirigido básicamente a los padres de familia. En dicho programa los padres eran invitados a asistir a una charla de Salud bucal y posteriormente programados para la atención clínica. Así mismo registró una disminución en la prevalencia de caries dental del 51% en 1989 a 35% en el año 2001, manifestando que la disminución de caries dental se dió como “resultado del inicio temprano de medidas educativo-preventivas destinadas y aplicadas a padres de familia de los pacientes bebés desde el nacimiento hasta 36 meses de edad”.

2.1.3 ANTECEDENTES REFERENTES A LA INVESTIGACIÓN EN LA CATEGORÍA DE PUBLICACIONES

- **FINN SIDNEY B. (1976)**⁷, en su libro “Odontología Pediátrica”, señala que la odontología para niños trata generalmente de la prevención, y que un programa preventivo requiere además de conferenciantes, material educacional.
- **BERNARDO C., J. y BASTERRETCHÉ B., J. (1995)**⁸, en su libro “Técnicas y Recursos Para Motivar a los Alumnos”, señala que la motivación en la persona aumenta cuando el material didáctico utilizado es el adecuado (Diapositivas, láminas, videos, cassettes, etc.).
- **REZA TROSINO J. C. (2000)**⁹, en su libro “El ABC del instructor” señala que cada técnica de enseñanza requiere el uso de materiales didácticos adecuados a cada situación específica. De ahí que el uso del rotafolio, los diversos proyectores, manuales, etc. deberán escogerse de acuerdo con la técnica de enseñanza a emplear, el contenido temático de la exposición y el número de participantes entre otras.

- **WALTER L. R. F. et al. (2000)**¹⁰, En el libro “Odontología Para el Bebé: Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años”, describen que en la clínica del bebé de la Universidad Estatal de Londrina hubo un cambio en la población con respecto al motivo de consulta ya que en 1985 el 25% acudió por orientación y el 75% por tratamiento dental, mientras que en 1990 el 88% acudió por orientación y el 12% por tratamiento dental. Los autores señalan que ese cambio muestra que la población aceptó la idea de la educación odontológica precoz y mantenimiento de la Salud, es así que el mayor porcentaje de consultas “hoy en día” es de padres que buscan orientación odontológica (educación) y no tratamiento dental. Además describen que el programa educativo es realizado en 3 niveles:

1. Educativo General: dirigido a grupos de padres (T. grupal). Es realizado antes del ingreso al programa. Busca una sensibilización primaria sobre Salud general y la Salud bucodental de sus hijos.

2. Educativo Específico: dirigido a grupos de padres (T. grupal). Reciben orientación de cómo, cuándo y por qué realizaron la atención odontológica. A partir de ese momento los padres tendrán condiciones de definir su participación o no participación en el programa de bebés.

3. Educativo Individual: realizado a cada padre en forma individual (T. Individual). Es “realizado siempre en la primera consulta y reforzado en todos los retornos”. Es realizado en un ambiente adecuado, que es sala de recomendaciones.

- **OCHOA RIVERA T. (2001)**¹¹, en la “Guía Para Elaborar Material Didáctico en Educación, en Nutrición y Alimentación”, señala que para que cualquier actividad educativa que realicemos en la comunidad tenga mayores posibilidades de éxito, es importante hacer uso de los materiales didácticos, no olvidando que una preparación y una actitud positiva del trabajador o promotor de Salud también son necesarias.

- **CÁRDENAS JARAMILLO Y COLS. (2003)**¹², en su libro “Odontología pediátrica” señala que la prevención debe ser un esfuerzo continuo que debe

iniciarse al nacimiento y continuar durante toda la vida del individuo, por cuanto los microorganismos siempre están presentes en la cavidad oral del ser humano.

Señala además que la educación en Salud bucal es uno de los factores que explican la disminución de la caries dental en algunos países y que la educación en Salud, bien entendida, debe ser un componente importante de cualquier programa preventivo.

- **VILA GUILLÉN, Maribel 2009**, Realizó una tesis en la cual mediante La investigación evaluó el nivel de conocimiento de las madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0 – 36 meses después que recibieran una técnica educativa expositiva (Individual o Grupal), sobre prevención en Salud bucal del bebé con el uso de material didáctico y sin el uso de material didáctico. Además se determinó que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa individual mostraron un mayor nivel de conocimiento que las madres y/o sustitutas(os) de bebés que recibieron la técnica educativa Grupal.

2.2 BASES TEÓRICAS

APRENDIZAJE DE LA SALUD BUCAL DEL BEBE

2.2.1 PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PARA BEBÉS

Ya desde hace décadas muchos autores habían señalado la necesidad de iniciar la atención odontológica en niños de corta edad, incluso desde el momento mismo de su nacimiento. Así la odontología para bebés tiene sus inicios en 1983 con la elaboración del proyecto: Plan de Atención odontológica en el Primer año de vida, elaborada por un grupo de profesores de la Universidad Estatal de Londrina-Brasil. Posteriormente se establece el programa de Atención para el bebé en la UEL con la inauguración oficial de la Clínica del bebé en 1986. La odontología para bebés es un área relativamente nueva ya que preconiza la atención odontológica en niños de corta edad, desde el nacimiento hasta los 3 años y tiene como principio fundamental de que “La educación genera prevención¹⁰”

En el Perú, la odontología para bebés tiene sus inicios en 1989 con el establecimiento de un programa piloto de atención odontológica desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Posteriormente en 1997 fue implementado un programa destinado a la atención de bebés de 0 a 36 meses con la inauguración de la Clínica del bebé de la Facultad de Estomatología de la UIGV.

En la actualidad el Programa de Atención de la Clínica del bebé de la F.E. de la UIGV se basa en el diagnóstico de riesgo de caries y los respectivos tratamientos educativo, preventivo y curativo; de afecciones y enfermedades orales. En el Perú, los programas de atención para bebés han mostrado resultados favorables, esto se ve

reflejado en una comparación hecha entre 2 estudios sobre prevalencia de Caries dental en bebés en el Perú. En un estudio realizado por Tello sobre la prevalencia de caries dental durante diciembre de 1999 y enero 2000 en la clínica del bebé de la F.E. de la UIGV se encontró una prevalencia de caries de 79.35% en bebés de 25 a 36 meses. Mientras que Elías en el 2001 en un estudio sobre prevalencia de caries dental realizado en 4 cunas de la FAP, encontró una prevalencia de caries de 46.7% en bebés de 25 a 36 meses. Estas diferencias significativas están dadas porque la población estudiada por Elías ya contaba con un Programa de Salud bucal para la atención de bebés desde 1990¹³.

2.2.2 EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN

A. DENTAL Y LA SALUD BUCAL DEL BEBÉ

La enfermedad bucal crónica más prevalente en los seres humanos es la caries dental¹⁴, es por ello que actualmente existen varias medidas preventivas a fin de eliminar y/o detener la enfermedad.

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial, originada por bacterias, se localiza en los dientes causando su reblandecimiento y llegando a formar una cavidad, causando dolor y pérdida dental^{15, 10}. Ahora bien “la Educación para la Salud no consiste sólo en informar, también en valorar de qué situación parte el paciente, de respetar sus valores y creencias, de motivarle, de darle apoyo en el proceso educativo, de “asesorar”. En suma, de ayudarle a desarrollar habilidades que le permitan efectuar cambios que puedan potenciar su salud¹⁶”.

B. BOCA Y MAXILARES DEL RECIÉN NACIDO

Para poder reconocer alguna alteración y/o enfermedad bucal en el bebé, es necesario conocer primero los componentes anatómicos normales de la boca del bebé. En la boca del recién nacido se presentan alteraciones estructurales propias de su edad como son:

- **APOYO DE SUCCIÓN O SUCKING PAD:** ubicado en la parte media del labio superior. Contiene proyecciones vellosas múltiples que aumentan de volumen durante el contacto con el seno de la madre. Esta zona ayuda a que la boca del bebé pueda adherirse mejor al seno materno durante el amamantamiento. El apoyo de succión está más desarrollado en bebés de menor edad y que reciben lactancia materna.

- **RODETES GINGIVALES:** se encuentran separando el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha. El rodete superior se encuentra protruido y el rodete inferior se encuentra retruido, la distancia vertical entre estos oscila entre 5-6 mm. Distancias mayores a 1 cm o mínimas en las que no existen diferencias entre el superior y el inferior hay una tendencia futura al desarrollo de maloclusiones clase II o clase III.

- **FRENILLOS LABIALES:** el frenillo labial superior se encuentra en la porción interna y media del labio superior, y en más del 50 % de bebés recién nacidos se encuentra uniendo el labio superior a la papila palatina. Sirve de ayuda en la lactancia afirmando más el labio superior del bebé. Los frenillos o bridas laterales ayudan a la fijación del labio en el maxilar.

El frenillo labial inferior se encuentra menos desarrollado que el superior y se encuentra ubicado en la porción interna y media del labio inferior, se encarga de unir la porción interna del labio al tercio gingival junto con los frenillos o bridas laterales¹⁰.

C. IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DECIDUOS

Cada grupo dentario tiene una función diferente en la masticación, ya sea cortando, triturando, etc., ellos actúan conjuntamente para desmenuzar los alimentos y favorecer su digestión¹⁷.

Los dientes deciduos, temporales o también llamados dientes de leche sirven de guía y mantienen de forma natural el espacio para los dientes permanentes.

El crecimiento óseo (craneofacial) y el desarrollo de la articulación temporomandibular estará directamente influenciado por el normal funcionamiento del aparato estomatognático, una correcta intercuspidad, un buen balance de las fuerzas musculares y una correcta masticación^{17,18}.

Los dientes temporales intervienen en la creación de sonidos para una buena articulación y fonación del lenguaje en el niño. Además cumplen con actividades funcionales como son la masticación, fonación, deglución, etc., también se encargan de dar una buena estética a través de su forma, color y colocación armónicos, lo que influirá de manera positiva en el desarrollo de la autoestima del niño¹⁷.

D. LA GINGIVITIS EN LOS NIÑOS

El sangrado de las encías tanto en niños como en adultos es un testigo que salta para anunciar que algo está pasando en el tejido de soporte de los dientes⁸.

La principal causa de la aparición de problemas de encías o gingivitis en tempranas edades es la acumulación de la placa bacteriana sobre los dientes y encías, principalmente cuando no se tiene higiene dental. Si la placa no es eliminada, se produce una inflamación en la encía y a consecuencia de ella, la retracción de las mismas. Por eso es fundamental que los niños tengan buenos y adecuados hábitos de higiene dental¹¹.

- Síntomas de la gingivitis infantil

Hay síntomas que no dejan dudas sobre la gingivitis en los niños. Un niño puede tener gingivitis cuando presenta:

- Inflamación y enrojecimiento de las encías
- Dolor en los dientes
- Sangrado al comer y al cepillarse los dientes
- Sensación de las encías se mueven y de que los dientes están separados
- Mal aliento
- Abscesos en las encías, en algunos casos

- Para prevenir la gingivitis en los niños

Para prevenir la gingivitis en los niños, además de vigilar y enseñar a los niños a que tengan una buena higiene bucal, es fundamental que los padres lleven a sus hijos a una revisión odontológica periódica desde su nacimiento. La primera visita del niño al odontólogo debe ser entre el momento en que aparece el primer diente (5 a 8 meses) y el momento en que todos sus dientes primarios son visibles (antes de los 2 años y medio). Los niños que han sido acostumbrados a la limpieza de sus encías y al cepillado de sus dientes todos los días estarán más cómodos en las visitas al odontólogo⁹.

Otras medidas preventivas básicas para ayudar al niño a tener una buena salud bucal es:

1- Establecer visitas regulares al dentista, para chequeos, evaluaciones y limpiezas.

2- Enseñar al niño a que siga una rutina habitual de cepillado de los dientes. A partir del año de nacido, el niño podrá usar una pequeña cantidad de pasta dental para limpiar los dientes.

3- Examinar y vigilar la boca del niño para observar si hay algún signo de alguna enfermedad periodontal como hinchazón, abscesos, enrojecimiento, mal aliento o sangrado.

4- Dar ejemplo. Si los padres practican buenos hábitos de salud oral, los hijos también lo harán.

E. CARIES DENTAL

La palabra caries proviene del latín y significa podredumbre o degradación. La caries dental significa entonces diente degradado o diente podrido. La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, de origen bacteriano y de etiología multifactorial, es decir, que para que la caries dental se desarrolle hace falta la interacción de 4 factores determinantes: huésped (diente y saliva), microflora (bacteria), sustrato o dieta y el tiempo. Las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono generan ácidos, provocando la disolución localizada del tejido dental pudiéndose formar una cavidad y causar la pérdida de la pieza dental.

La caries dental es una de las enfermedades crónicas que más afecta al ser humano y puede ocasionar trastornos locales, generales y patología focal^{8, 9, 10, 12, 17}.

¿Qué hacer para prevenir el riesgo de infección de caries en el bebé?

Es lógico pensar que si existen 4 factores que favorecen la formación de caries, entonces deberíamos controlar éstos factores.

- Control del Factor Dietético y del Factor Tiempo: controlando la calidad, frecuencia el tiempo del consumo de azúcares. Evitando el consumo de golosinas (galletas, caramelos, chicles, etc), reduciendo el número de ingesta de alimentos entre comidas (máximo 5 lactancias o alimentaciones al día) y evitando que el bebé permanezca por periodos de tiempo prolongados con alimentos en la boca (amamantamiento o biberón durante la noche).
- Control del Factor Bacteriano: disminuyendo el número de bacterias en boca con una buena higiene bucal (buena técnica de cepillado o higiene con gasa y H₂O₂ diluido y uso de hilo dental) después de cada comida. Uso de colutorios a base de clorhexidina.
- Control del Factor Huésped: fortaleciendo al diente y equilibrando el pH salival con la aplicación de flúor^{10, 19}.

a) TIPOS DE CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA

Clínicamente, existen 3 tipos de caries en la dentición temporal:

- **CARIES SIMPLE:** afecta las superficies proximales de los incisivos, generalmente los lados mesiales de los incisivos centrales superiores y las superficies oclusales de las molares. Las lesiones cariosas suelen ser pocas y no pasan de seis.
- **CARIES DE INFANCIA TEMPRANA (TIPO BIBERÓN):** el uso prolongado del biberón para dormir está asociado con un mayor riesgo de caries, pero “el uso del biberón no es el único factor, y puede no ser el más importante en el desarrollo de la caries”¹³, por ello en 1994 en una conferencia organizada por los Centros para el Control y Prevención de enfermedades, se recomendó usar el término Caries de Infancia Temprana o Caries de Aparición Temprana.

Este tipo de caries afecta todos los dientes, aunque tiene su inicio en las caras vestibulares de los incisivos centrales. Aparece en los niños en el primer año de vida. Su etiología tiene fuertes componentes socioculturales relacionados con el amamantamiento nocturno y la ausencia de higiene bucal^{10, 13}.

- **CARIES NEGLIGENTE O RAMPANTE:** es aquella lesión simple o tipo biberón que no recibe atención, lo que trae como consecuencia la pérdida de la corona clínica con o sin exposición pulpar.

F. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DE ESTRUCTURA DENTARIA

- **Disminución de la Función Masticatoria y de Deglución:** el niño con dentición temporal se encuentra en la etapa de crecimiento más activa de su vida, por lo tanto, necesita alimentarse correctamente para satisfacer los requerimientos nutricionales corporales para obtener un adecuado crecimiento general como craneofacial. La pérdida dental ocasiona que el niño no triture correctamente sus alimentos lo que trae como consecuencia problemas en la deglución, alteraciones nutricionales, generando a su vez un efecto adverso en su desarrollo.
- **Disminución de la Función Fonética:** la pérdida dental prematura puede dificultar el normal desarrollo de la fonación del niño y ocasionar una mala articulación del lenguaje. Los sonidos más afectados son las consonantes *s, v, z, f*.
- **Falta de Desarrollo y Crecimiento de los maxilares:** al no existir una correcta intercuspidación o contacto dentario, no existirá un buen balance de las fuerzas musculares, ni una correcta masticación; lo que ocasionaría una falta de desarrollo y crecimiento óseo adecuado.
- **Alteración en la Oclusión:** la pérdida precoz de un diente temporal o deciduo rompe el equilibrio entre dientes adyacentes y antagonistas.

- Cambios en las Dimensiones de las Arcadas y Pérdida de Espacio: la pérdida de dientes adyacentes provoca un movimiento migratorio lo que ocasiona una disminución en la longitud de las arcadas dentarias y el cierre de espacio para la erupción de dientes permanentes, lo que traería como consecuencia maloclusiones, mal posición dental o apiñamientos dentales.
- Poca estética y Afectación psicológica: “a pesar de la corta edad, los niños suelen afectarse psicológicamente por la inaceptable estética que ocasiona la ausencia de dientes, especialmente los anteriores¹⁸”.
- Desde edades muy tempranas los niños pueden recibir comentarios desagradables por tener piezas dentales ausentes o dientes mal posicionados, lo que puede provocar que desarrollen complejos de inferioridad respecto a su apariencia, incluso podrían evitar sonreír para no enseñar sus dientes, lo que les daría una apariencia de niño triste.
- Instauración de Hábitos Bucales: la ausencia dental en ocasiones conlleva a la adquisición de hábitos bucales como interposición lingual, colocación de objetos en la zona edéntula (lápices, lapiceros), succión de labios o carrillos en la zona de ausencia dental, etc.

G. HÁBITOS BUCALES DELETÉREOS Y SUS CONSECUENCIAS

Los hábitos bucales que se presentan más en los niños son la succión de dedo, succión de chupón y la succión labial ^{10, 20, 21}. Estos hábitos se consideran normales en el desarrollo fetal y neonatal; el feto tiene movimientos de succión, deglución y otros de tipo respiratorio que son considerados precursores importantes de la respiración y la deglución.

Pinkham señala que las consecuencias de estos hábitos en la dentición de niños de hasta 3 años son mínimos y se limitan a mal posiciones de los incisivos; considera que las medidas para eliminar o desalentar estos

hábitos están contraindicados a esta edad, por lo que aconseja un periodo de espera ya que la mayoría de los niños abandonan estos hábitos espontáneamente entre los 2 y 4 años de edad. Señala además postergar el tratamiento hasta el periodo final de la dentición temporal o en la etapa de dentición mixta.

Para Walter y Cols. , la persistencia en el tiempo de estos hábitos conlleva a una alteración de la oclusión, señala que al educar a los padres se les debe alertar que los hábitos de succión de dedo, de chupón y labial son normales hasta los 2 años de edad ya que están en una fase normal de desarrollo llamada fase oral.

Después de los 2 años los padres deben comenzar a retirar estos hábitos, y si el hábito persistiera hasta la etapa de dentición mixta, entonces irremediamente deberá ser utilizada una terapia ortodóntica.

Para Romero Maroto y Cols., es a partir de los 4 años aproximadamente cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo del niño originando maloclusiones.

a) SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital puede ser de uno o varios dedos de la mano, siendo la más común la succión del dedo pulgar. “Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético”.

Si se abandona el hábito antes de los tres años las consecuencias serán mínimas y se corregirán de manera espontánea.

La succión digital prolongada, frecuente e intensa produce:

- Inclínación vestibular de los incisivos superiores.
- Reabsorción radicular atípica de los incisivos deciduos.
- Disminución de la amplitud palatina (paladar ojival).

- Deformación del maxilar superior (paladar profundo)
- Inclínación lingual de los incisivos inferiores.
- Retrusión mandibular (Maloclusión Clase II).
- Aumento del overjet.
- Disminución del overbite
- Mordida cruzada posterior.
- Mordida abierta anterior.
- Incompetencia labial.
- Labio inferior por detrás de los incisivos superiores.
- Riesgo de Salud psicológica.
- Deformación de los dedos.
- Alteración en el lenguaje.

b) SUCCIÓN DE CHUPÓN

Este hábito puede llegar a ocasionar mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.

Larson observó que más de la mitad de 75 niños de 4 años de edad con uso prolongado del chupón no presentaba ningún tipo de maloclusión. Canut B., atribuye este hecho a que el hábito desaparece antes de la erupción de premolares y caninos. “Incluso en los casos en los que el hábito persiste después de la erupción de los primeros molares, su efecto en la posición transversal no parece ser significativa”.

c) SUCCIÓN LABIAL

“Puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital”. Generalmente la succión se da en el labio inferior, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior.

El hábito de la succión labial superior puede ocasionar:

- Protrusión superior.
- Inclínación lingual de incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Inclínación vestibular de incisivos superiores

H. TÉCNICA DE CEPILLADO

- Consejos de cuidado oral etapa (0 -3 meses)

Para prevenir la acumulaci3n de placa bacteriana, que son unos dep3sitos suaves y pegajosos de bacterias que se acumulan en los dientes y causan el deterioro dental, los padres deberían empezar por regularmente limpiar las encías de sus bebes recién nacidos con un paño húmedo después de comer (Ya sea amamantado o por biber3n).

- Consejos de cuidado oral etapa (4 - 6 meses)

Aproximadamente a los 6 meses se debe pasar a un dedil de silicona que lo usan los padres en su dedo para calmar la picaz3n antes de la erupci3n de los primeros dientes.

- Consejos de cuidado oral etapa (7 - 24 meses)

Cuando el primer diente de los ni3os aparece, los padres deberían cepillar los dientes de sus hijos y cambiar a usar un cepillo dental con tama3o para ni3os con cerdas suaves, cabeza acolchada. El existen cepillos que tiene cerdas suaves para beb3s y una cabeza que cubre largas superficies y gentilmente masajea las encías. No usar pasta dental hasta que el ni3o no sepa escupir.

Posición de Starkey: el niño permanece de pie al frente y de espaldas a la madre o la persona que ejecuta el cepillado apoyando la cabeza contra ella.

- Consejos de cuidado oral etapa (2 - 5 años)

- Para despertar su interés, cómprale un cepillo infantil de cerdas suaves que lleve algún muñeco.
- Límpiase los dientes con él para que vea cómo hay que hacerlo. Enséñale a seguir siempre el mismo orden, sin olvidar la parte externa, la interna y la horizontal.
- Si se cansa antes de haber repasado todas las piezas, puedes proponerle un pacto: le lees un cuento mientras él se cepilla, pero él no puede terminar hasta que no acabes de leer la historia.
- Conviene que se cepille los dientes siempre en presencia de un adulto. Si no tienes tiempo para vigilarle bien es preferible un sólo cepillado exhaustivo por la noche que dos o tres al día mal hechos.
- Acostumbra al niño a no comer nada después de cepillarse.

Enséñale paso a paso

- Para empezar, se lo pueden tomar como un juego frente al espejo: consiste en sacar la lengua, abrir mucho la boca y usar el cepillo dentro de ella.
- A los niños les encanta hacer cosas de mayores, así que les podemos recordar que lavarse los dientes es una tarea de mayores, con artilugios de mayores, y él, que ya es mayor, puede empezar a usarlos.
- Hay que dejarles que lo intenten, incluso con algo de pasta con flúor, aunque papá y mamá les ayuden.

- Debemos explicarles cómo deben hacerlo bien. Con mucha paciencia les contaremos que el cepillo debe ir de arriba abajo y que también deben cepillarse la lengua. Aunque al principio no sigan las instrucciones al pie de la letra, poco a poco irán aprendiendo a hacerlo.

- Consejos de cuidado oral etapa (5-7 años)

Los niños de cinco y más años están empezando a tener sus molares permanentes, así que es importante usar una pasta dental con flúor y un cepillo dental acorde a su edad.

- Consejos de cuidado oral etapa (8+ años)

Los niños de ocho y más años deberían usar una pasta con flúor y un cepillo dental que este diseñado para una compleja mezcla de diferentes tamaños de dientes de bebé y permanentes.

Diferentes técnicas de cepillado para niños:

1. Técnica de Fones: indicada en niños en edad preescolar, se realizan movimientos circulares sobre todas las superficies dentarias. Se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro.

2. Técnica de Stillman modificado: Se coloca el cepillo en la región de los cachetes, con los filamentos del cepillo apoyado lateralmente sobre la encía.

Se realizan movimientos vibratorios y desplazamiento del cepillo sobre la superficie dentaria, proporcionando a la técnica no sólo eficacia en la remoción mecánica de placa bacteriana, sino también masaje de la encía.

3. Técnica de Bass: Indicado en odontopediatría sólo en pacientes portadores de aparatos de ortodoncia fija. Se recomienda que los

filamentos del cepillo dental sean colocados directamente sobre el surco gingival, formando un ángulo de 45°, con relación al eje del diente, con el cepillo dental en esta posición serán ejecutados movimientos vibratorios de pequeña amplitud.

4. Cepillo dental eléctrico: Está relacionado con la incapacidad de pacientes para realizar los movimientos del cepillado, y con la falta de habilidad y destreza manual para manipular el cepillo. Está indicado especialmente en pacientes especiales con alteraciones motoras. Su uso hace posible una buena remoción de placa bacteriana y residuos alimenticios además de suministrar un masaje gingival. No hay inconveniente para usarlo, sin embargo, el cepillo dental eléctrico también debe ser utilizado en forma sistemática.

ESTRATEGIA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL METODO DIDACTICO

I. ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

La enseñanza implica impartir conocimientos, dirigir, orientar y estimular al alumno para que aprenda de forma voluntaria. El aprendizaje consiste en la adquisición de conocimiento de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, “es por tanto, un proceso activo responsabilidad del alumno”.

Según un estudio sobre porcentajes de aprensión y retención mnemónica, desarrollado por la oficina de estudios de la Secondy Vacuum oil, se muestra de manera concluyente la eficacia del método de enseñanza audiovisual para la retención de información, ya que utiliza los 2 sentidos más importantes para el aprendizaje como son la vista (83%) y el oído (11%).

A continuación se muestra una tabla de dicho estudio en el que se observan porcentajes referentes a la aprehensión sensorial, retención con diversos canales informativos y métodos de enseñanza.

“El aprendizaje humano es de naturaleza fundamentalmente perceptiva y, por ello, cuantos más estímulos reciba el sujeto que aprende, más ricas y exactas serán en principio sus percepciones.

TABLA DE PORCENTAJES DE APRENSIÓN Y RETENCION MNEMÓNICA

CUÁNTO APRENDEMOS

- 1% mediante el gusto.
- 1.5% mediante el tacto.
- 3.5% mediante el olfato
- 11% mediante el oído
- 83% mediante la vista.

PORCENTAJE DE LOS DATOS RETENIDOS POR LOS ESTUDIANTES

- 10% de lo que leen.
- 20% de lo que escuchan
- 30% de lo que ven
- 50% de lo que ven y escuchan
- 70% de lo que se dice y se discute.
- 90% de lo que se dice y luego se realiza.

FUENTE: BERNARDO CARRASCO, J. et al.

MÉTODO DE ENSEÑANZA	DATOS RETENIDOS DESPUÉS DE 3 HORAS	DATOS RETENIDOS DESPUÉS DE 3 DÍAS
A. Solamente oral.....	70%	10%
B. Solamente visual.....	72%	20%
C. Oral y visual conjuntamente	85%	65%

FUENTE: BERNARDO CARRASCO, J. et al.

J. TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL

La técnica educativa individual “es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico” para educar a una sola persona. Esta interacción se da generalmente entre dos únicos protagonistas, el profesional de Salud y el paciente.

Este tipo de educación “es más flexible, permite mayor personalización y está favorecida por la relación directa con el educador. Sin embargo, no permite contrastar su situación con la de otras personas en las mismas condiciones que puede enriquecer sus expectativas y conocimientos.”

K. SUGERENCIAS Y REQUERIMIENTOS PARA LA EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN

a) HABILIDADES DEL COMUNICADOR EN SALUD

- Desarrollar la empatía con el individuo o grupo al que será dirigida la exposición: es decir, el educador debe ser capaz de ponerse en el lugar del individuo o grupo de individuos, para poder entender y satisfacer en la medida de lo posible sus necesidades.

- Actitud y Presentación personal del expositor: mostrar entusiasmo y convicción de lo que se expone. Adoptar una actitud cordial, amistosa y sencilla frente a quienes lo escuchan, a fin de inspirar confianza (no ser arrogante). Evitar hacer gestos, expresiones faciales o tics ya que distrae a la persona que lo escucha.

Vestir de manera sencilla, limpia y decente. Adoptar una buena postura, evitando poner las manos en los bolsillos, recargarse sobre la mesa o movimientos constantes (caminar de un lado a otro); ya que esto restaría importancia y seriedad a la exposición.

- Usar un lenguaje simple, sencillo y comprensible adaptado al nivel de los participantes. Las explicaciones difíciles deberán ser repetidas. Mirar a los ojos del que está escuchando y observar las reacciones del individuo o grupo durante toda la charla.

- Expresión oral: el expositor debe tener una voz clara, para ello debe procurar articular correctamente las palabras, con una entonación e intensidad modulada de acuerdo al individuo/grupo y lugar donde se habla. La dicción debe ser equilibrada ni muy lenta, ni demasiado rápida. Todo ello a fin de que el individuo o grupo escuche adecuada y eficazmente lo que se dice.

- Conocimiento y buena preparación del tema: planificar los mensajes y auto prepararse para no tener que leer la exposición, dará mayor seguridad y credibilidad al expositor.

- Ante cualquier equivocación propia, aceptarla y disculparse sólo cuando sea necesario. No recurrir a arrogancias ni amenazas.

b) EL AMBIENTE

- El ambiente debe ser tranquilo y agradable, con buena iluminación y ventilación, privacidad suficiente, tratar en la medida posible de

evitar ruidos que pudieran distraer a los que están escuchando la exposición.

- Idealmente debería haber una sala especial para dictar la exposición, que esté equipada con material educativo, en donde haya una buena disposición de las sillas para que todo el grupo de personas que recibe la charla pueda oír y ver bien.

c) LA EXPOSICIÓN

- El contenido de la exposición debe ser claro, corto y preciso evitando recargar la exposición con muchos tópicos.
- Usar material didáctico adecuado para cada tipo de audiencia.
- El mensaje debe responder a las necesidades sentidas del individuo o grupo, es decir, que el mensaje sea de interés para el que lo escucha.

L. MATERIALES DIDÁCTICOS

Los materiales didácticos son todo el conjunto de objetos o cosas visuales y audiovisuales que sirven de complemento o ayuda al educador, así pues, le permite explicar más clara y organizadamente lo que quiere comunicar. El material didáctico debe escogerse de acuerdo a la técnica educativa, contenido de la exposición, objetivo educativo, número de participantes y el impacto deseado. Además Bernardo C. Señala que la motivación aumenta cuando el material didáctico usado es el apropiado.

a) CARTILLA MOTIVADORA O TRÍPTICO

Es una especie de cuaderno impreso con contenido textual y/o gráfico que interesan y motivan a determinadas personas.

Puede ser espiralado en un extremo, semejante a los cuadernos espiral, y confeccionados de material resistente para hacerlo perdurable (enmicados). Como en el caso del rotafolio, este material didáctico también es sumamente práctico y permite su fácil almacenaje para poder ser usado cuantas veces lo requiera el expositor.

b) EL ROTAFOLIO

El rotafolio consiste en una serie de hojas con contenido textual y/o gráfico, unidas en la parte superior que permite voltear de manera secuencial hoja tras hoja.

Es un material didáctico sumamente práctico que permite ser fácilmente almacenado y poder ser usado cuantas veces lo requiera el expositor. Puede ser utilizado en lugares donde la población no cuenta con electricidad.

El rotafolio puede ser confeccionado de papel o de materiales más perdurables como los usados para displays publicitarios (gigantografías), llamados Banners. Estos se caracterizan por ser flexibles, durables y resistentes lo que facilita su fácil utilización.

c) AUDIOVISUAL(tecnológico)

El material audiovisual (TV , PC, Portatil) permite la difusión de eventos, discursos, operaciones quirúrgicas, etc. Y ya que es esencialmente dinámica “es fuente de interés y participación, si es controlado

directamente por el educador”. Estas imágenes ayudan al auditorio a situarse en el campo temático.

Sólo se podrá utilizar en lugares donde se disponga de corriente eléctrica y se cuente con los materiales necesarios como reproductor de DVD, CDs, etc.

M. TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL

La técnica educativa individual “es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico”, para educar a una sola persona. Esta interacción se da generalmente entre dos únicos protagonistas, el profesional de Salud y el paciente.

Este tipo de educación “es más flexible, permite mayor personalización y está favorecida por la relación directa con el educador.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ESTRATEGIA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL METODO DIDACTICO:** Es el más conocido y la estrategia más utilizada, también se conoce como el método tradicional, estilo formal de instrucción, enfoque centrado en contenidos, o enfoque dirigido . Sus variantes incluyen la comunicación en su versión orientada a metas, las estrategias de elaboración de mensajes y la técnica de mercadeo social como medio para producir mensajes con base en la cultura de la comunidad.
- **TÉCNICA EDUCATIVA:** es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico.
- **APRENDIZAJE:** el aprendizaje consiste en la adquisición de conocimientos de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria

de los conocimientos recibidos, es por tanto, un proceso activo responsable del individuo.

- **CONOCIMIENTO:** es el estado de quien conoce o sabe algo.
- **NIVEL DE CONOCIMIENTO:** es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento.
- **BEBE:** es un ser humano de una edad todavía muy corta, que no puede hablar; totalmente dependiente de sus progenitores o tutores, necesitando de su atención para poder satisfacer sus necesidades básicas o para realizar actividades elementales.

2.4 HIPOTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Las madres que recibieron la estrategia educativa individual con el método didáctico, muestran una mejoría en el aprendizaje de la salud bucal del bebe

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Las madres que no recibieron la estrategia educativa individual con el método didáctico, muestran un bajo nivel de conocimiento sobre salud bucal del bebe.
2. Las madres que recibieron el método didáctico de audiovisual (tecnológico) muestran un mayor aprendizaje que las madres de bebés que recibieron la técnica educativa individual con el uso de cualquier otro material didáctico (rotafolio, tríptico).
3. Después de emplear el método didáctico, las madres muestran diferente nivel de conocimiento según la edad y el nivel de educación.

2.5 VARIABLES

2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Estrategia educativa individual con el método didáctico: Es el más conocido y la estrategia más utilizada, también se conoce como el método tradicional, estilo formal de instrucción, enfoque centrado en contenidos, o enfoque dirigido . Sus variantes incluyen la comunicación en su versión orientada a metas, las estrategias de elaboración de mensajes y la técnica de mercadeo social como medio para producir mensajes con base en la cultura de la comunidad.

Aprendizaje de la Salud bucal del bebe: Consiste en la adquisición de conocimientos sobre salud bucal del bebe a partir de determinada información recibida.

2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Estrategia educativa individual con el método didáctico: Presentar la estrategia educativa individual con el método didáctico, según la forma en que se dicta la charla individual y el uso o no del material didáctico.

Aprendizaje de Salud Bucal del bebe: Medir el nivel de conocimiento mediante una evaluación antes y después de emplear el método didáctico.

2.6 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
ESTRATEGIA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL METODO DIDACTICO	Número de personas que reciben la charla de forma individual sin material didáctico.	-Enseñanza oral	01 persona sin uso de material didáctico	NOMINAL
	Número de personas que reciben la charla de forma individual con material didáctico.	-Enseñanza oral	01 persona con rotafolio	
		-Enseñanza visual	01 persona con tríptico	
			01 persona con audiovisual (tecnología)	

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
APRENDIZAJE DE LA SALUD BUCAL DEL BEBE	Conocimiento sobre morfología de la cavidad bucal del bebe	Puntuaciones considerando la cantidad de respuestas correctas del cuestionario de 11 preguntas en una escala Vigesimal.	Muy bueno: 16 – 20 Bueno : 11 – 15 Regular : 06 – 10 Malo : 0 - 05	ORDINAL
	Conocimiento sobre caries y malos hábitos			
	Conocimiento de la transmisión de bacterias en el bebé			
	Conocimiento sobre la importancia de los dientes deciduos y consecuencia de la pérdida de estructuras dentarias.			
	Conocimiento sobre consecuencias de caries ,placa bacteriana y malos hábitos			
	Conocimiento sobre medidas preventivas en la salud bucal del bebé			
	Conocimiento sobre la importancia de visitar al dentista			

VARIABLE INTERVINIENTE	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
EDAD	Número de años vividos.	18-25 años de edad	ORDINAL
		26-40 años de edad	
NIVEL DE EDUCACIÓN	Grado de instrucción.	Secundaria completa.	NOMINAL
		Secundaria incompleta.	
		Superior completo.	
		Superior incompleto.	

CAPITULO II
MATERIAL Y METODO

3.1 TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio de tipo relacional - diseño experimental, porque se utilizara un diseño con pre y post prueba, evaluando la eficacia de la técnica educativa y el aprendizaje en madres de bebés luego de recibir una técnica educativa individual.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Población que pertenecen a la jurisdicción del centro de salud LA ESPERANZA de la ciudad de Tacna en el año 2015

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

- POBLACIÓN

Está constituida por 580 madres del área Estomatológica de la jurisdicción del Centro de Salud La Esperanza de la ciudad de Tacna, para recibir por primera vez la charla educativa sobre prevención en Salud bucal del bebé, durante el año 2015.

- MUESTRA

La muestra estará conformada por 80 madres de bebés de 0 a 12 del área Estomatológica que cumplieron con los criterios de inclusión.

$$N = \frac{N (P) (Q) (Z^2)}{(N-1)E^2 + (P) (Q)Z^2}$$

N = Población total del estudio (N = 580)

P = Probabilidad de éxito esperado (P = 85 % = 0.85)

Q = Complemento de P = 1 – P (Q = 0.15)

Z = Coeficiente de Confiabilidad (al 95 % = 1.96)

E = Máximo error permisible en la investigación (E = 7.5 % = 0.075)

$$N = 80$$

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio de investigación se realizara de forma manual y mediante la utilización del programa SPSS.

- 1 CD
- 100 cuestionarios debidamente calibrados
- 10 cuadernillos de hojas rayadas tamaño oficio
- 01 ciento de papel Bond tamaño oficio 80 grs.
- 01 docena de lapiceros: azul y negro.
- 06 fólder Manila
- 02 lapiceros resaltadores
- Impresión por computadora
- Laptop
- Acceso a Internet
- Cartilla Motivadora
- Audiovisual
- Rotafolio
- Tarjeta de invitación a las madres

CAPITULO IV

RESULTADOS

CUADRO N°1

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN MADRES DE BEBÉS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN

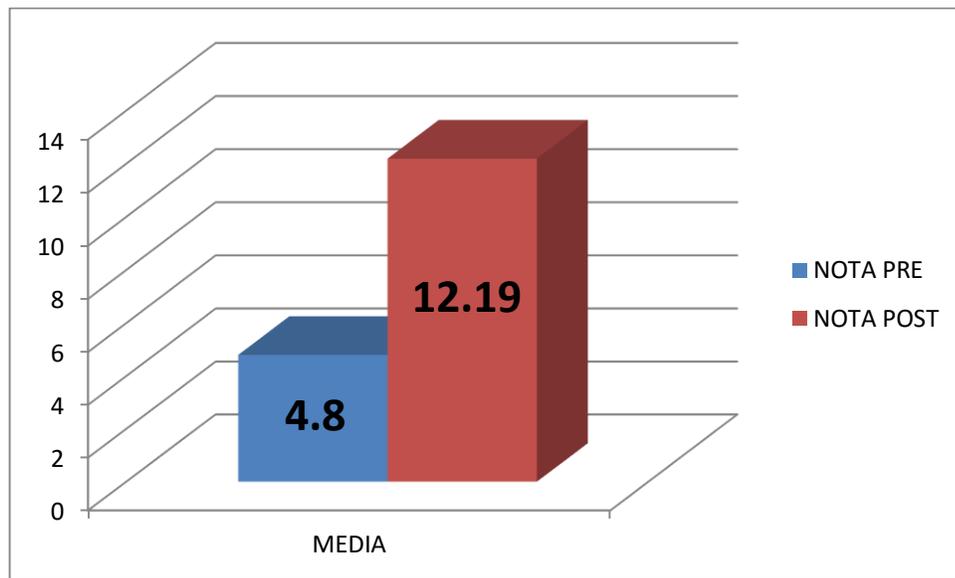
	N	%	MEDIA	DESV. ESTANDAR	P
NOTA PRE	80	100%	4,8	3,2	0,000
NOTA POST	80	100%	12,19	2,8	

P=0,000 < 0,05 existe diferencia significativa
Prueba de wilcoxon muestras relacionadas

En el cuadro N°1 se presentan las medias obtenidos por las madres en el cuestionario sobre salud bucal del bebe agrupadas en PRE Y POST PRUEBA, encontrándose significativamente mayor nivel de conocimiento en la post-prueba con una media de 12,19(Bueno) en comparación con la pre-prueba que obtuvo una media de 4,8(Malo).

GRÁFICO N°1

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN MADRES DE BEBÉS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN



En el gráfico N°1 se presentan las medias obtenidos por las madres en el cuestionario sobre salud bucal del bebe agrupadas en PRE Y POST PRUEBA, encontrándose significativamente mayor nivel de conocimiento en la post-prueba con una media de 12,19(Bueno) en comparación con la pre-prueba que obtuvo una media de 4,8(Malo).

CUADRO N°2

COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE BEBÉS QUE RECIBIERON LA TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL USO DE MATERIAL DIDÁCTICO Y SIN ÉL.

TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL	N	%	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	P
Sin Uso de Material didáctico	20	25%	9.99	1,90	0.000
Con Uso de material didáctico	60	75%	12,93	2,70	
TOTAL	80	100%			

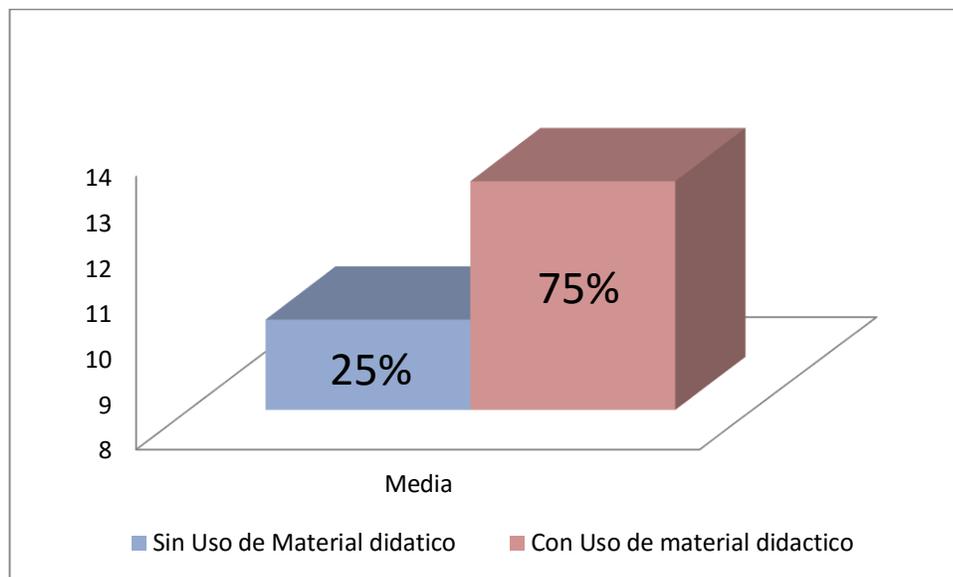
P=0.000<0.05 existe diferencias significativas

Mann- Whitney muestras Independientes

En el cuadro N°2 se observa que la media del nivel de conocimiento de las madres de bebés que recibieron la Técnica educativa individual con el uso de material didáctico (M=12.93) es mayor significativamente P=0.000 (P<0.05) con respecto al nivel de conocimiento de las madres que recibieron la Técnica educativa individual sin el uso de material didáctico (M=9.99).

GRÁFICO N°2

COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE BEBÉS QUE RECIBIERON LA TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL USO DE MATERIAL DIDÁCTICO Y SIN ÉL.



En el gráfico N°2 se observa que la media del nivel de conocimiento de las madres que recibieron la Técnica educativa individual con el uso de material didáctico ($M=12.93$) es mayor significativamente $P=0.000$ ($P<0.05$) con respecto al nivel de conocimiento de las madres que recibieron la Técnica educativa individual sin el uso de material didáctico ($M=9.99$).

CUADRO N°3

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE BEBÉS SEGÚN TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL.

					PRUEBA DE TUKEY			
	N	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	P	NINGUNO	CARTILLA M.	AUDIOVISUAL	ROTAFOLIO
NINGUNO	20	9,99	1.90	0.000			0,000	0,006
CARTILLA M.	20	11,44	2.05				0,000	
AUDIOVISUAL	20	14,99	2.42					
ROTAFOLIO	20	12,35	2.32			0,006	0,002	

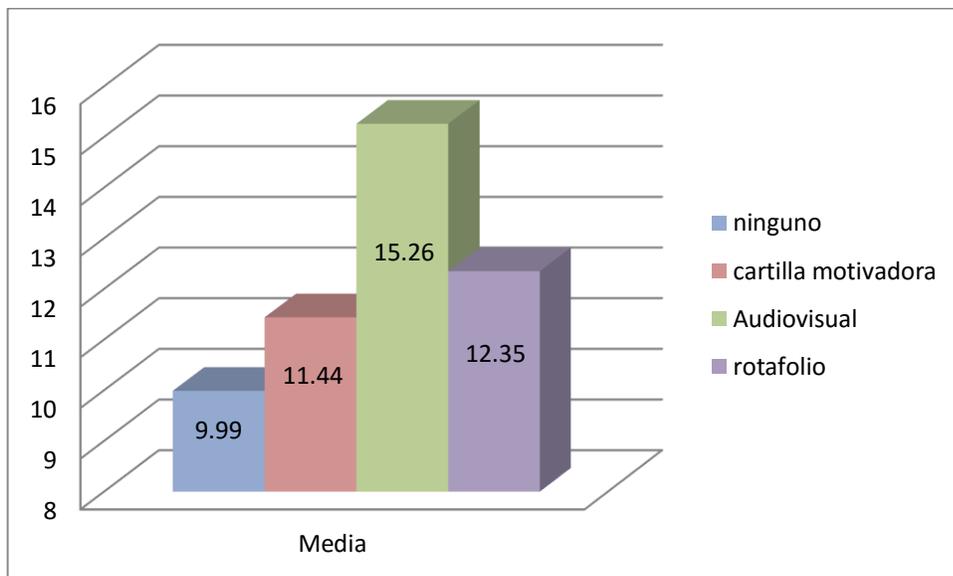
P<0.05 existe diferencia significativa

Prueba de Tukey

En el cuadro N°3 se observa que si existe diferencia significativa P=0.000 (P<005) entre los grupos ninguno, cartilla m., audiovisual y rotafolio; y que las madres de bebés que recibieron la técnica educativa individual con el uso de material didáctico de Audiovisual (14.99) mostraron un mayor nivel de conocimiento, estadísticamente significativo con respecto al grupo ninguno (9.99), cartilla m.(11.44) y rotafolio(12.35)

GRÁFICO N°3

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS DE BEBÉS SEGÚN TÉCNICA EDUCATIVA INDIVIDUAL.



En el gráfico N°3 se observa que si existe diferencia significativa $P=0.000$ ($P<005$) entre los grupos ninguno, cartilla m., audiovisual y rotafolio; y que las madres de bebés que recibieron la técnica educativa individual con el uso de material didáctico de Audiovisual(14.99) mostraron un mayor nivel de conocimiento, estadísticamente significativo con respecto al grupo ninguno(9.99), cartilla m.(14.44) y rotafolio.(12.35)

CUADRO N°4

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS DE BEBÉS SEGÚN LA EDAD.

EDAD	N	%	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	P
18 a 25 años	34	42.5%	11,70	3,07	0.19
26 a 40 años	46	57.5%	12.56	2,59	
TOTAL	80	100%			

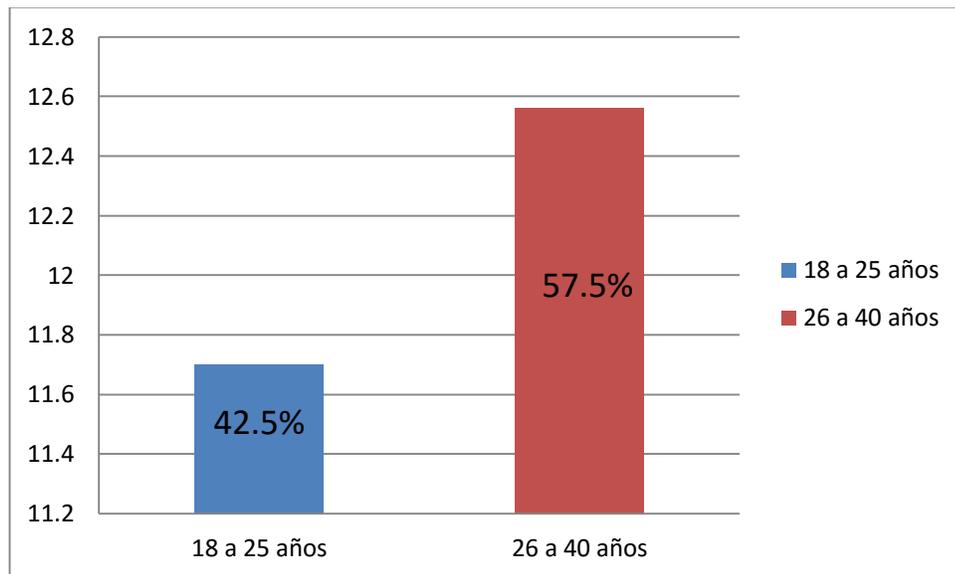
$P=0.19 > 0.05$ no existe diferencias significativas

Mann-Whitney muestras Independientes

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el cuadro N° 4 se observa que la mayor media del nivel de conocimiento lo obtuvieron las madres de bebés cuyo rango fue: 26 a 40 años ($M= 12,56$), seguida de 18 a 25 años ($M= 11,70$).

GRAFICO N°4

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS DE BEBÉS SEGÚN LA EDAD.



Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el grafico N° 4 se observa que la mayor media del nivel de conocimiento lo obtuvieron las madres) de bebés cuyo rango fue: 26 a 40 años (M= 12,56), seguida de 18 a 25 años (M= 11,70).

CUADRO N°5

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE BEBÉS SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN

NIVEL DE EDUCACIÓN	N	%	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	P
Secundaria completa	40	50%	12,40	3,23	0.44
Secundaria incompleta	6	7.5%	10,90	1,62	
Superior Completo	18	22.5%	12,72	2,64	
Superior incompleto	16	20%	11,58	2,08	
TOTAL	80	100%			

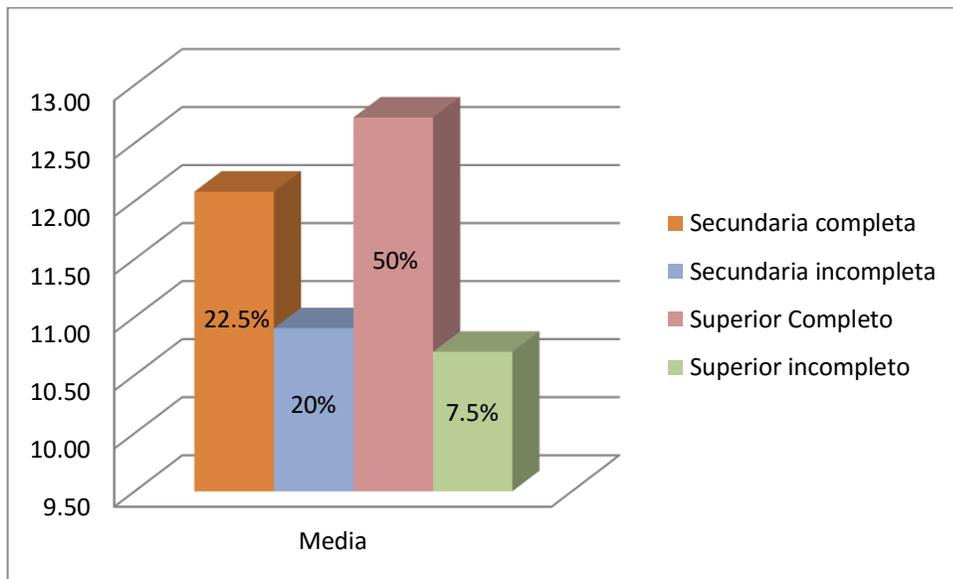
$P=0.44 > 0.05$ no existen diferencias significativas

Prueba de Kruskal-Wallis

En el cuadro N° 5 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento de las madres y el nivel de educación, pero se observa que la mayor media del nivel de conocimiento la obtuvieron las madres con el grado de instrucción superior completo (12,72), seguido de secundaria completa (12,40), secundaria incompleta (10,90), y finalmente superior incompleto (11,58).

GRÁFICO N°5

COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE BEBÉS SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN.



En el grafico N° 5 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento de las madres y el nivel de educación, pero se observa que la mayor media del nivel de conocimiento la obtuvieron las madres con el grado de instrucción superior completo (12,72), seguido de secundaria completa (12,40), secundaria incompleta (10,90), y finalmente superior incompleto (11,58).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Basándonos en el principio de la Odontología para bebés de que “La Educación genera Prevención”, y ésta a su vez genera Salud bucal. Estudios señalan gran desinformación por parte de los padres sobre cómo obtener y mantener la Salud bucal de sus hijos. Por otro lado los programas educativos y preventivos para bebés han mostrado ser eficaces para mejorar la salud bucal del bebé. Por tal motivo se hace indispensable verificar la efectividad de cada una de las técnicas y el tipo de material didáctico usado en la transmisión de información a madres sobre salud bucal de sus bebés.

Una de las formas de medir la calidad o eficacia educativa es por medio del nivel de conocimiento de los educandos. Los resultados de la presente investigación muestran un mejor nivel de conocimiento de las madres de bebés que recibieron una técnica educativa (M=12,19) en comparación con las madres que no la recibieron (M=4,8). Coincidiendo, en indicar que los programas educativos para bebés son eficaces T. E. con el uso de material didáctico M= 12,93 (Bueno) T. E. sin el uso de material didáctico M= 9,99 (Regular) Resultados estadísticamente significativos.

BERNARDO CARRASCO J. y Col. Refieren que la motivación aumenta cuando el material didáctico usado es el adecuado. Por otro lado PINKHAM, J. R. y Cols. Señalan que la educación a los padres acerca del desarrollo, prevención y enfermedad dental del niño se logra con la motivación.

Si bien el presente trabajo de investigación no puede corroborar que a mayor motivación mayor nivel de conocimiento, ya que no fue un objetivo del estudio, tampoco podemos descartar la idea. Lo que se puede afirmar de acuerdo a los resultados de la presente investigación es que el uso de un material didáctico adecuado al tipo de técnica individual incrementa el nivel de conocimiento en las madres de bebés de 0 a 12 meses de edad, experimento realizado en la jurisdicción del centro de salud La Esperanza. Por cuanto se observó un mayor nivel de conocimiento de las madres con el uso de audiovisual para la técnica individual (M= 14,99).

CONCLUSIONES

1. Se determinó que las madres de bebés que recibieron la técnica educativa individual con el uso de material didáctico mostraron significativamente un mayor nivel de conocimiento que las madres de bebés que no recibieron la técnica educativa individual.
2. Se determinó que las madres que no recibieron la estrategia educativa individual con el método didáctico, muestran un bajo nivel de conocimiento (M=4,8) sobre salud bucal del bebe.
3. Se observó que las madres de bebés que recibieron la técnica educativa individual con el uso de material didáctico de audiovisual (M= 14,99) mostraron significativamente un mayor nivel de conocimiento que las madres que recibieron la técnica educativa individual con el uso de otro material didáctico: rotafolio (M= 12,35) y cartilla motivadora (M= 11,44).
4. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento de las madres de bebés con respecto a la edad y nivel de educación. Aunque se observó que las madres de bebés mostraron un mayor nivel de conocimiento a mayor rango de edad: 26 a 40 años (M= 12,56), 18 a 25 años (M= 11,70), y a mayor nivel de educación: Superior completa (M= 12,72), secundaria completa (M= 12,40), secundaria incompleto (M= 10,90), superior incompleto (M= 10,90).

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad ALAS PERUANAS filial Tacna: Fomentar la creación de un plan curricular a nivel de pre y post grado que permita desarrollar habilidades de comunicación educativo - preventivo en el profesional de Salud, con el fin de que éste pueda educar de forma eficaz a la población.
2. A las autoridades del Gobierno de país, se sugiere tener en cuenta, que la inversión económica en educación es pequeña comparado a los beneficios que se lograrían en la Salud de la población.
3. Promover el desarrollo de investigaciones de tipo longitudinal sobre la mejor forma de hacer llegar el conocimiento a madres de bebés, utilizando para ello distintos materiales didácticos.
4. Elaborar un “Protocolo Único” de atención en bebés a nivel de las Instituciones de Salud y Universidades a fin de utilizar la mejor estrategia educativa en programas educativos – preventivos para bebés.
5. En el área de Odontopediatría de la Facultad de Estomatología de la Universidad ALAS PERUANAS
6. Promover la técnica educativa individual en los programas educativos - preventivos para bebés en la clínica de la universidad Alas peruanas cumpliendo un record de atención preventivo.
7. Promover el uso de material didáctico específico para la educación Individual.

BIBLIOGRAFIA

1. GUERRA M. E. *et al.* 2004. "Programa de Odontología Preventiva Dirigido a Bebés VIH (+) y verticalmente expuestos". *Acta Odontológica Venezolana*: 42: 3: pp. 182-186.
2. OCHOA RIVERA, T. "Guía para Elaborar Material Didáctico en Educación, en Nutrición y Alimentación". México, Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, 2001
3. TINOCO MORA, Z. y SÁENZ CAMPOS D. 1999. "Investigación Científica: Protocolos de Investigación". *Fármacos*: 12: 1: pp. 78-101.
4. KUHN, E. y WAMBIER, D. S. 2007. "Incidencia de Lesiones de Caries en Bebés después de 15 meses de un Programa Educativo-Preventivo". *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*: 7: 1: pp. 75-81.
5. TORRES SOTO, M. C. "Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo Dirigido a los Padres para el Control de Riesgo de Caries en 50 Infantes de 6-36 meses en la UIGV". Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano-Dentista. Lima-Perú 2001. UIGV.
6. ELÍAS PODESTÁ, M. C. "Efectos de la Aplicación del Programa Piloto de Atención Odontopediátrica desde el Nacimiento hasta los 36 meses de vida en el Hospital Central de la FAP para la Disminución de Caries Dental 1989-2001". Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Investigación y Docencia. Lima-Perú 2003. UIGV.
7. FINN, Sidney B.: "Odontología pediátrica". México, Editorial Nueva Editorial Interamericana, 1ra Ed. en español 1976.
8. BERNARDO CARRASCO, J. y BASTERRETCHE BAINOL, J. "Técnicas y Recursos Para Motivar a los Alumnos". España, Editorial Rialp, 2da Ed., 1995.
9. REZA TROSINO J. C. "El ABC del instructor". México, Editorial Panorama, 2da Ed., 2000. pp. 78, 79, 85, 90.

10. WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. "Odontología Para el Bebé Odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años". Colombia, D'Vinni Editorial Ltda., 1ra Ed. en español, 2000.
11. OCHOA RIVERA, T. "Guía para Elaborar Material Didáctico en Educación, en Nutrición y Alimentación". México, Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, 2001.
12. OCHOA RIVERA, T. "Guía para Elaborar Material Didáctico en Educación, en Nutrición y Alimentación". México, Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, 2001.
13. ELÍAS PODESTÁ, M. C. "Odontopediatría y Prevención en Salud Bucal". Perú, Fondo Editorial de la UIGV, 1ra Ed., 2005.
14. OTAZÚ ALDANA, C.; MIGUEL DE PRIEGO, G. P. 2005. "Técnica Restaurativa Atraumática: conceptos actuales". Revista Estomatológica Herediana: 15: 1:pp. 77-81.
15. BARBERÍA LEACHE *et al.* "Odontopediatría". España, Editorial Masson, 2da Ed., 2001.
16. <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/indi1.htm> El médico Interactivo – Diario Electrónico de la Sanidad. "Educación para la Salud Individual – Aspectos Generales". 2003.
17. BARBERÍA LEACHE *et al.* "Odontopediatría". España, Editorial Masson, 2da Ed., 2001.
18. BOJ, J. R. *et al.* "Odontopediatría". España, Editorial Masson, 2004.
19. LÓPEZ SÁNCHEZ, A. F. y GONZÁLEZ ROMERO, E. A. "Conceptos Básicos de Odontoestomatología para el Médico de Atención Primaria". España, Editorial Masson, 2001. pp. 57-67.
20. PINKHAM, J. R. *et al.* "Odontología Pediátrica". México, Editorial Nueva Editorial Interamericana, 2da Ed., 1996.
21. VÁZQUEZ AMOROSO, L. M.; GONZÁLEZ LUNA S.; ANTELO VÁZQUEZ, L. "Alteraciones Clínicas Bucales en Niños con Hábito de Succión Digital". MediCiego: 11: Suplemento 2.

ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRES:

EDAD:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Secundaria completa () Secundaria incompleta ()

Superior completo () Superior incompleto ()

¿Es la primera vez que Usted recibe la charla educativa de la clínica del bebé de la centro de salud la esperanza?

SI () NO ()

Tipo de material educativo utilizado para la charla:

Ninguno. ()

Rotafolio. ()

Cartilla motivadora. ()

Audiovisual-tecnológico ()

1. Los rodetes en un bebé sin dientes sirven para:

- a) Masticación
- b) Lactancia
- c) Pronunciación
- d) Todas las anteriores

2. La caries dental es:

- a) Producida por un gusano.
- b) Cuando se rompe un diente.
- c) Una enfermedad.
- d) Todas las anteriores.

3. ¿Cuál de los siguientes factores “juntos” generan caries dental? :

- a) Agua, bacteria y tiempo.
- b) Dieta con exceso de azúcar, bacteria, diente y tiempo.
- c) Dieta con exceso de azúcar, bacteria y diente.
- d) Ninguna de las anteriores.

4. La succión de dedo:

- a) Causa malposición dental
- b) Deforma el paladar.
- c) Todas las anteriores.

5. Los dientes deciduos o también llamados dientes de leche:

- a) Sirven para hablar, mantener el espacio, masticar.
- b) Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.
- c) Son en número un total de 20.
- d) Todas las anteriores.

6. Si el bebé pierde sus dientes por caries:

- a) Tendrá dificultad para masticar.
- b) Tendrá la apariencia de niño triste.
- c) Tendrá dificultad para hablar.
- d) Todas las anteriores.

7. La transmisión de las bacterias orales para el niño pasa a través de cuál de las siguientes:

- a. soplándole la comida
- b. probando su comida
- c. dándole besos al bebe
- d. compartiendo sus utensilios
- e. todas las anteriores

8. ¿Cuándo debe empezar la limpieza bucal de su bebé?:

- Recién nacido Cuando le salen los primeros dientes
- Al mes de nacido Hasta el año
- A los 6 meses Hasta los dos años

9. ¿Cómo y con qué debe empezar la limpieza bucal de su bebe?

- Si no tiene dientes con gasa
- Si tiene dientes con cepillo dental para su edad
- Si tiene dientes y no es colaborador con gasa
- Todas las anteriores

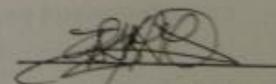
10. ¿Cuánto tiempo dura un adecuado cepillado de los dientes?

- 10min aprox
- 5min aprox
- 30 seg aprox
- 10 seg aprox

11. ¿Cuántas veces tiene que llevar a su bebe al odontólogo?

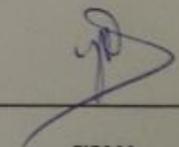
- Al mes de nacido y cuando le salen los primeros dientes
- Solo cuando le salen los primeros dientes
- Después de un año
- Hasta los dos años

PUNTOS A VALIDAR	VALORACION		
	OPT.	ACP.	NP.
Coherencia con los objetivos de la investigación.	/		
Correspondencia de los ítems con los subindicadores, establecidos en la operacionalización de variables.	/		
Redacción de las instrucciones y de los ítems.	/		
Presentación y Longitud del Instrumento.	/		


 Isabel FIRMA Castro
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 21825 RNE 648

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: Isabel Ayca Castro

PUNTOS A VALIDAR	VALORACION		
	OPT.	ACP.	NP.
Coherencia con los objetivos de la investigación.	/		
Correspondencia de los ítems con los subindicadores, establecidos en la operacionalización de variables.	/		
Redacción de las Instrucciones y de los ítems.	/		
Presentación y Longitud del Instrumento.	/		



FIRMA

YESICA E. CONDORI SALINAS
 CIRUJANO DENTISTA
 COP 5985

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO: Yesica Condori Salinas

PUNTOS A VALIDAR	VALORACION		
	OPT.	ACP.	NP.
Coherencia con los objetivos de la investigación.	/		
Correspondencia de los ítems con los subindicadores, establecidos en la operacionalización de variables.	/		
Redacción de las instrucciones y de los ítems.	/		
Presentación y Longitud del Instrumento.	/		



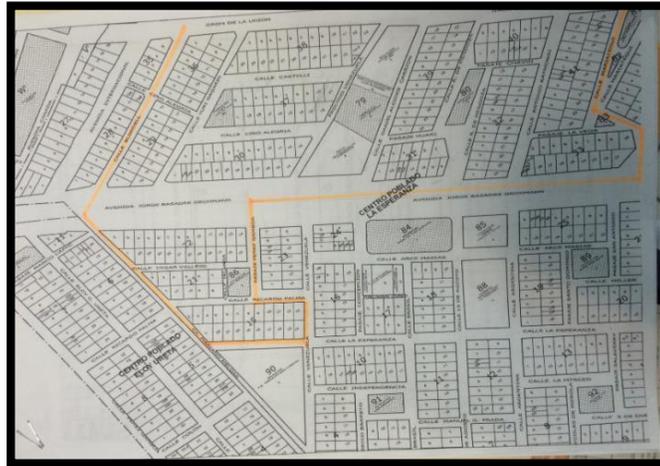
FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

OSCAR TRIVEÑO MENDO
CIRUJANO DENTISTA
COP: 23737

Oscar Triveño Mendoza

CROQUIS



INVITACIÓN A LAS MADRES

Buenas.....

Sra.....

Soy Bachiller de la Universidad Alas Peruanas y con el apoyo del centro de salud "La Esperanza" vengo a inscribirle a un programa de salud bucal en bebés menores de 1 año llamado "QUIEN CUIDARA MIS DIENTES", en este programa se beneficiará de regalos para el cuidado de su bebé como:

- una charla de prevención asesoría e instrucción bucal del bebé, que durará unos 15 min más su evaluación.
- 1 cepillo
- 1 paquete de gasa
- 1 Pasta dental

Pedimos sus datos

Y programamos una cita: (que horas del día tiene más tiempo durante la semana de lunes a domingo)

TRÍPTICO

ENTONCES COMO PUEDO PREVENIR?

Lactar activamente al bebé

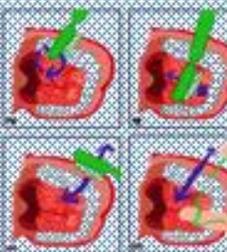
No dormir al bebé con la botella.

Proveer alimentos saludables

Higiene oral diaria.

Visitar al dentista

TECNICA DE CEPILLADO



¿QUIEN CUIDARA MIS DIENTES?

ODONTOBEBE

LA MEJOR MADRE DEL MUNDO



LA ESTETICA ES LA VIDA

¡Ahora que entiendes lo importante que son sus dientes!

¿QUANDO TUS HIJOS SEAN GRANDES TENDRAN UNA «ESTETICA PERFECTA»

LIMPIEZA DE LA LENGUA



HABLA



RIE



LA APARIENCIA



COME



MASTICAR



CONQUISTA AMIGOS



ENTREVISTA

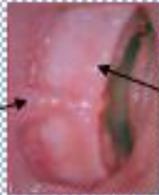


CENTRO DE SALUD «LA ESPERANZA»

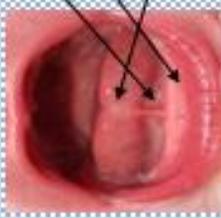



LA BOCA DEL RECIEN NACIDO

Frenillo labial superior



Reborde alveolar



Burietés palatinos

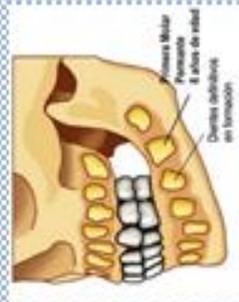
Frenillo Lingual

Reborde inferior (delgado y filoso)

lengua

IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DECIDUOS

- Para comer y masticar
- Guardar el espacio
- Permiten el desarrollo normal de músculos así como de los maxilares
- Sirven para la correcta pronunciación de las palabras



CARIES

La caries dental es una de las enfermedades crónicas que más afecta al ser humano y puede ocasionar trastornos locales, generales y patología focal



CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DE ESTRUCTURA DENTARIA



HÁBITOS BUCALES Y SUS CONSECUENCIAS

Deglución atípica
Succión digital
Succión de labio
Respirador bucal
onicofagia

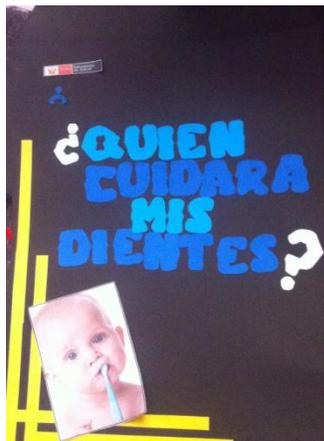


SABÍAS QUE...?

El bebé nace sin bacterias en su boca, nosotros se las contagiarnos

- Soplando la comida
- Probando su comida
- Dándole besos en la boca
- Compartiendo sus utensilios
- Limpiando su biberón en nuestra boca

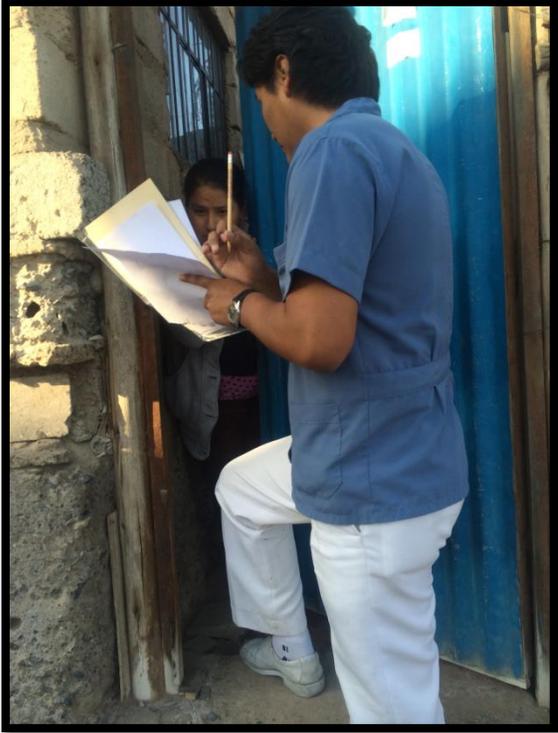
ROTAFOLIO



CAMILLA DE EXAMEN INSTRUCCIÓN Y ASESORIA



SESIÓN FOTOGRÁFICA



**REALIZANDO LOS RESPECTIVOS
TEST SOBRE EL APRENDIZAJE
DE SALUD BUCAL**





EFFECTUANDO LA ESTRATEGIA EDUCATIVA INDIVIDUAL CON EL METODO DIDACTICO EN EL APRENDIZAJE DE SALUD BUCAL



**EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA Y
EL AREA DE ODONTOBEBÉ.**

