



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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS  
MADRES DE FAMILIA DEL AA.HH. LOS ANGELES DEL  
DISTRITO DE CALLERÍA, 2017.**

Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciado en Enfermería

**JOSUE LEVI, USNAVA CABRERA**

**PUCALLPA – PERÚ  
2017**

### **Dedicatoria:**

Este trabajo de investigación dedico  
A mis padres, a mis seres queridos  
más cercanos que en este momento  
son parte de mi vida cotidiana y por  
medio de ello son los que me  
motivaron y me dieron todo su apoyo  
en mi carrera profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas, quienes me orientaron en estos años de formación e hicieron posible cristalizar mi sueño de superación personal.

A las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles del distrito de Calería, quienes fueron unidades de análisis, por su apoyo y colaboración.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa, por su orientación y conocimiento transmitido.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron y apoyaron desinteresadamente en la realización del presente trabajo de investigación.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue Identificar cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017, estudio descriptivo, cuya población estuvo constituida por 103 familias del AA.HH “Los Ángeles”, la misma que se encuentra distribuida en 06 manzanas; para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de preguntas.

Resultados; EL 31% son de las edades 38-47, seguido del 21% de las edades 28-37 y 48-57, el 18% de las edades 18-27, 6% de las edades 58-67, 2% de las edades 68-77 y 1% de las edades 78 a más. El 55% son ama de casa, 20% comerciantes, 15% otros y el 10% docente. El 52% son de religión católica, seguido 34% evangélica, 12% adventista y otras 2%. El 41% estado civil soltera, seguido de un 34% conviviente y el 25% casada. El 49% tienen secundaria completa, 29% superior, 14% secundaria incompleta y el 4% primaria incompleta y primaria completa. El nivel de conocimiento sobre salud bucal es de 50% regular, 46% malo y solo el 4% fue bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión medidas preventivas, el 49% tuvo un conocimiento Regular, el 39% Malo solo el 12% tuvo un conocimiento Bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión enfermedades bucales, el 60% tuvo un conocimiento Regular, 29% Malo solo el 11% tuvo un conocimiento Bueno. Conclusiones; El nivel de conocimiento sobre salud bucal en la mitad de ellos (50%) es regular, con tendencia a malo y solo un 4% posee nivel de conocimiento bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión medidas preventivas, califica de conocimiento Regular en casi la mitad (49%), con tendencia a malo y solo un 12% tuvo un nivel de conocimiento Bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión enfermedades bucales, en más de la mitad (60%) califica de conocimiento Regular, con tendencia a malo y solo un 11% tuvo un nivel de conocimiento Bueno.

**Palabras clave:** Salud bucal, medidas preventivas, enfermedades bucales.

## ABSTRACT.

The objective of the study was to identify the level of knowledge about preventive measures in oral health in families of AA.HH "Los Angeles" of the district of Callería, 2017, a descriptive study whose population consisted of 103 families of AA.HH " Los Angeles ", the same that is distributed in 06 manzanas; A questionnaire was used to collect data.

Results; The 31% are of the ages 38-47, followed by 21% of the ages 28-37 and 48-57, 18% of the ages 18-27, 6% of them ages 58-67.2% of the ages 68 -77 and 1% of the ages 78 to over. 55% are housewives, 20% are traders, 15% are other, and 10% are teachers. 52% are of catholic religion, followed 34% evangelical, 12% Adventist and another 2%. 41% were single marital status, followed by 34% cohabiting and 25% married. 49% have completed high school, 29% higher, 14% incomplete secondary and 4% incomplete primary and complete primary. The level of knowledge about oral health is 50% regular, 46% bad and only 4% was good. The level of knowledge on oral health in its preventive measures dimension, 49% had a Regular knowledge, 39% Bad only 12% had a Good knowledge. The level of knowledge on oral health in its dimension of oral diseases, 60% had a knowledge Regular, 29% Bad only 11% had a good knowledge. Conclusions; The level of knowledge about oral health in half of them (50%) is regular, with a tendency to bad and only 4% has a good level of knowledge. The level of knowledge about oral health in its preventive measures dimension, qualifies as knowledge Regular in almost half (49%), with a tendency to bad and only 12% had a level of knowledge. The level of knowledge on oral health in its dimension of oral diseases, in more than half (60%) qualifies as Regular knowledge, with a tendency to bad and only 11% had a good level of knowledge.

**Key words:** Oral health, preventive measures, oral diseases

## ÍNDICE

	<b>Pag</b>
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>v</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	01
1.2 Formulación del problema	02
1.3 Objetivos de la investigación	
1.3.1 Objetivo general	03
1.3.2 Objetivos específicos	03
1.4 Justificación del estudio	03
1.5 Limitaciones de la investigación	04
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes del estudio	05
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definición de términos	54
2.4 Hipótesis	55
2.5 Variables	
2.5.1 Definición conceptual de la variable	55
2.5.2 Definición operacional de la variable	55
2.5.3 Operacionalización de la variable	56
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y nivel de investigación	57
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	58
3.3 Población y muestra	58
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	59
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	60
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	61
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	<b>63</b>
<b>CAPITULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>72</b>

<b>CONCLUSIONES</b>	76
<b>RECOMENDACIONES</b>	77
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	78
<b>ANEXOS</b>	81

## INTRODUCCIÓN.

La sonrisa, junto con los ojos, constituyen, en cierta medida, nuestra carta de presentación al mundo. A través de ellos, dejamos ver nuestro estado de salud, nuestro estado de ánimo, y nos comunicamos con los demás gracias al uso del lenguaje.

Los ojos y la boca son lo primero que percibimos cuando conocemos a una persona, y es probablemente aquello a lo que más atención prestamos, al menos desde el punto de vista visual, cuando conversamos con alguien.

Sin embargo, es crítico tener en cuenta que la importancia de la salud bucodental no se limita únicamente a su función estética. A través de la boca, y gracias a unos dientes sanos, podemos realizar diversas funciones vitales, algunas de ellas más bien biológicas, como por ejemplo la masticación y la deglución, que constituyen el inicio de la digestión; y otras, más bien sociales, como por ejemplo la fonación y la sonrisa.

Si desglosamos la función estética que tiene la salud oral, veremos que el tener unos dientes sanos, o no, influirá sobre nuestra autoestima, sobre la capacidad de comunicarnos con los demás de forma fluida, agradable y efectiva, y por ende, sobre nuestro desenvolvimiento a nivel social.

En cambio, desde el punto de vista funcional, sabemos que la boca nos permite la comunicación, la correcta pronunciación de las palabras (veremos, que es imposible pronunciar algunas letras sin recurrir a los dientes, como, por ejemplo: la efe, la ese, la ce, entre otras), y que gracias a ella también, iniciamos el proceso de digestión, al masticar, formar el bolo alimenticio y deglutir los alimentos.

Si nos fijamos en las personas mayores que han perdido gran cantidad de dientes y que no llevan una restauración protésica adecuada, veremos que su dieta se ve muchas veces afectada porque no pueden masticar de manera efectiva. En estas circunstancias, suelen verse obligados a llevar una dieta prácticamente líquida, o bien blanda, a base de triturados, lo cual influye negativamente sobre su calidad de vida.



Además, sabemos que una boca que no está sana, podría sufrir de halitosis (aliento fétido), lo cual muy probablemente influirá sobre las relaciones sociales de la persona afectada, su interacción con los demás, al igual que su autoestima.

Si cuidamos todo el cuerpo con mimo y esmero, debemos extender esos cuidados a la boca también, cepillándonos de manera adecuada tres veces al día (o más, según nos indique el odontólogo), llevando una dieta balanceada, utilizando seda dental, y acudiendo a una revisión con el odontólogo periódicamente para detectar de manera precoz cualquier problema que pudiera surgir.

Por lo que se planteó en la investigación, como objetivo general, medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Organización mundial de la Salud señala que el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. (1)

La población del Perú y en gran parte de Latinoamérica presenta un bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en Salud Oral, que se refleja en un deficiente estado de Salud Bucal. (2)

Las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el segundo lugar de la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de salud pública en el Perú. (3)

En el estudio para determinar la prevalencia de las enfermedades de la cavidad bucal (caries dental, fluorosis del esmalte, enfermedad periodontal, maloclusión y disfunción), factores de riesgo y necesidad de tratamiento en la población escolar 3-15 años a nivel nacional, 2013 según regiones, se encontró que en la Selva solo el 23.3% de la

población mantiene prácticas adecuadas de higiene bucal y solo el 20.8% recibieron atención en un servicio odontológico. (3)

Todo esto evidencia el escaso conocimiento que tiene la población para el autocuidado de la salud bucal, siendo importante necesario el desarrollo de acciones de carácter preventivo promocional que conduzca a prácticas saludables de vida para el cuidado de la salud individual y colectiva.

Al respecto Nola Pender (4) menciona que “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

En el escenario descrito y conociendo la existencia de factores de riesgo para el padecimiento de estas enfermedades bucodentales en la población general, la misma que tiene relación con la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucal: así como una alta proporción de la población que mantiene prácticas inadecuadas salud bucal, es que se plantea realizar la presente investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017?

### **1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivos generales**

Medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Valorar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017.

Valorar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de las madres de familia del AA.HH “Los Ángeles” del distrito de Callería, 2017.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Porque, existen incidencias de casos de familias que no practican el buen cepillado de los dientes, por falta de educación del personal de salud y medios de comunicación.

En el Perú el Ministerio de Salud ha desarrollado ciertas estrategias para la prevención de las enfermedades bucales, en especial la caries dental. Dentro de las cuales tenemos la fluorización de la sal de consumo humano, la adición de fluoruros en cremas dentales, enjuagatorios y otros productos utilizados en la higiene bucal.

El Plan Nacional concertado de Salud 2007 – 2020 menciona como objetivo sanitario disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, considerando que los programas promocionales

demuestran eficacia en el mejoramiento de conocimientos y actitudes al estar dirigidos a niños, padres de familia y la escuela.

Esta investigación es importante porque nos brindara información detallada sobre la importancia del buen cuidado de la boca disminuyendo casos de enfermedades Periodontales concientizando a las familias sobre el uso correcto de un buen cepillado, trataremos de evaluar el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal cuya información podría servir para mejorar los estilos de vida. (1)

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La disposición de las familias que permitirán la realización de la investigación, el mismo que será solucionado de manera comunicativa sobre los horarios en las cuales se ejecutaran las visitas al domicilio para la aplicación del cuestionario.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Heredia, J. (Venezuela, 2015).** Nivel de conocimiento sobre salud buco dental, en la población de Barrio Adentro Peribeca. Municipio Independencia. San Cristóbal. Estado Táchira. Estudio descriptivo transversal en la población de 15-18 años con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre salud buco dental, en la población de Barrio Adentro Peribeca. Municipio Independencia. San Cristóbal. Estado Táchira. El universo de estudio coincidió con la muestra constituida por 150 pacientes que acudieron a la consulta y estaban dentro del grupo de edad objeto de estudio. Se confeccionó una encuesta para obtener el nivel de conocimiento de los pacientes sobre salud bucal y el consentimiento informado de la muestra seleccionada. Los datos se obtuvieron a través del interrogatorio. Se usaron como medidas de resúmenes números absolutos, porcentajes e índices. La información obtenida se presentó en tablas con variables demográficas (edad, sexo); escolaridad, nivel de conocimiento en relación al cepillado dental, porque se le caen los dientes a las personas, como evitar perder los dientes, porque sangran las encías y como evitarlo, ingestión de dulces, como mantener los dientes limpios, y hábitos que dañan los dientes y los tejidos bucales. En nuestro estudio se obtuvo un nivel

de conocimiento malo sobre salud buco dental en la población objeto de estudio. Se recomienda, incrementar las acciones de prevención y promoción de salud encaminadas a elevar la educación sanitaria desde edades tempranas de la vida. (6)

**Benítez, J. (México, 2014).** Relación entre el contexto personal y social de las gestantes en el Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. El objetivo del presente estudio es determinar la correlación entre el contexto personal y social de las gestantes en el Instituto Materno Infantil del Estado de México "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. Diseño del Estudio: Estudio descriptivo, comparativo y transversal. Universo: Mujeres embarazadas que acudieron a consulta ginecológica. Muestra: La población muestral resultó equivalente a las gestantes que acudieron a consulta ginecológica en el periodo comprendido de Septiembre y Octubre 2013. Se encuestaron a 253 gestantes que acudieron a consulta ginecológica al IMIEM y se les invito a participar en el estudio Se usó el paquete estadístico SPSS Vs 20. Para determinar las variables del contexto personal y social de las gestantes que se correlacionan con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos, se realizó una correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$ . Resultados. De las 253 gestantes que participaron en el estudio el rango de edades de las gestantes está entre los 20 y 25 años edad con 111 gestantes representando un 44 %, de las 253 gestantes encuestadas, 96 son primo gestantes, el 33 % representa a las gestantes casadas, el 33% de las 253 gestantes encuestadas su máximo grado de estudio es secundaria, seguido de nivel medio superior con un 31 %, el 90% de las madres que se entrevistaron saben que el cepillado dental de sus hijos debe de realizarse

después de las comidas, el 56 % de las madres que participaron en el estudio consideran que si es importante la alimentación durante el periodo de gestación, la mayoría de las gestantes participantes en el presente estudio reportaron enseñar a sus hijos cepillar su lengua así como encías, el 74 % de las gestantes consideran que la visita al odontólogo debe ser desde el nacimiento o cuando erupcionar el primer diente, el 9% cuando su hijo presente dolor, la mayoría de las gestantes saben a partir de cuándo limpiar la boca de sus hijos representado con un 64 %, el 90 % de las 253 gestantes encuestadas sabe que el cepillado dental de sus hijos debe ser después de las comidas, el 5% de ellas dijo que antes del desayuno, el 75 % de las gestantes encuestadas dicen cepilla 3 veces al día los dientes de sus hijos, pero el 2% dice que solo lo realiza una vez; la mayoría de las encuestadas reportó que si ha recibido en algún momento asesoramiento de cómo realizar el cepillado de sus hijos representado con un 70%, un 69 % las gestantes respondieron que el cambio del cepillo debe ser cada 6 meses. Solo un 3 del total de las encuestadas no supieron cada cuando debe ser dicho cambio. Del total de gestantes que participaron en el estudio un poco más de la mitad sabe que la placa dentobacteriana son restos de alimentos y microorganismos, representado con un 56%, solo un 8% reporto no saberlo. La mitad de las gestantes respondieron correctamente que es la caries solo un 4% no lo supo, sin embargo el 45% piensa que es una picadura en el diente. El 63% de las 253 gestantes contestaron que caries de biberón es la caries que afecta los dientes temporales por falta de aseo y diversos factores. Podemos ver en la gráfica, que el 69% de las gestantes que participaron en el estudio saben que la gingivitis consiste en las enfermedades que ataca las encías. Sin embargo el 21% representa a gestantes que lo no saben. El 61% de las encuestadas, no tiene conocimientos acerca de lo que es la



enfermedad periodontal solo un 25% de las 253 supo que es una enfermedad que afecta a los tejidos de soporte del diente. Como podemos ver en la gráfica el 36 % no sabe a partir de cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño. El 56% respondió correctamente cuantos dientes temporales tiene un niño, representando la mitad de las gestantes y un 32% no lo sabe. El 82 % de las madres encuestadas tienen conocimiento correcto sobre el nombre de la dentición infantil, solo un 3 % de ellas menciono que se le domina dentición permanente lo cual es erróneo. El 72 % de las gestantes saben que los dientes permanentes comienzan a erupción a los 6 años de edad. El 69% de las gestantes que participación en este estudio sabe correctamente que los dientes de un bebé erupcionan a partir de los 6 meses de nacido. Ninguna de las encuestadas no lo supo. Conclusiones. En el contexto personal, la edad, el número de embarazos y el número de hijos nacidos vivos de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos, dentro del contexto social, el lugar de residencia y el máximo grado de estudios de las gestantes se correlacionaron positivamente con el conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos. (7)

**Machado, S; López, E; Torres, L. (Cuba, 2012).** Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 45 embarazadas, comprendidas entre las edades de 15 a 40 años de edad, distribuidas en seis consultorios del Médico de la Familia del Consejo Popular Baraguá, durante el primer semestre del curso 2010-2011. Se realizó un estudio intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 45 embarazadas, comprendidas entre las edades de 15 a 40 años de edad, distribuidas en seis consultorios del Médico de la Familia del Consejo Popular Baraguá, durante el primer semestre del curso 2010-2011, para lo cual se aplicó una encuesta

que contenía 14 preguntas relacionadas con la dieta cariogénica, importancia de la lactancia materna, hábitos deformantes en el bebé, así como el índice de higiene bucal y el examen bucal, que sirvió para valorar los conocimientos que poseían antes y 6 meses después de la aplicación del programa educativo “Una sonrisa feliz” que contó de varias sesiones y con técnicas educativas apoyadas en medios de enseñanza como láminas y videos educativos. La evaluación efectuada 6 meses después reveló la eficacia del mismo en la adquisición de hábitos y conocimientos de salud bucal. (8)

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

**Panduro, M. (Iquitos, 2014).** Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. La investigación estuvo enmarcada dentro del método no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion, y de CEO-D de Gruebbel para determinar el estado de salud de los niños, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, para la validación del instrumento se utilizó el coeficiente del Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.741.

Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 para IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji – Cuadrado con un nivel de significancia del  $\alpha = 0.05$ , demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 6 años del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén, Iquitos 2014. (9)

**Toledo, K. (Lima, 2013).** Nivel de conocimiento de salud bucal en un grupo de 250 madres gestantes que acuden al Hospital Luis Negreiros Vega. El presente estudio fue de tipo transversal, descriptivo teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de salud bucal en un grupo de 250 madres gestantes que acuden al Hospital Luis Negreiros Vega. Para medir dicho nivel se utilizó dos cuestionarios el primero de 18 preguntas sobre salud oral y el segundo de 10 preguntas sobre conocimientos sobre higiene dental. Se relacionó el nivel de conocimientos de medidas preventivas en salud bucal con el grado de instrucción, última visita al dentista, salud bucal, condición de embarazo, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: bueno (8-10 puntos), regular (4-7 puntos) y malo (0-3 puntos) estos niveles se construyeron según la escala de (Rensis Likert). Se encontró que el nivel de conocimiento más

frecuente fue malo con 48.4%(121 madres gestantes), seguido de regular con 47.2%(118 madres gestantes) y bueno con 4.4%(11 madres gestantes). Además se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción universitaria completa con 30.8% (82 madres gestantes), de igual manera la edades más frecuentes fueron las madres gestantes entre 31 a 35 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. No se encontró relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento. (10)

**Delgado, R. (Huancavelica, 2012).** Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas de las provincias de Castrovirreyna – Huancavelica en el año 2012. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y social; que tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas de las provincias de Castrovirreyna – Huancavelica en el año 2012, para lo cual se aplicó una encuesta a los docentes de las instituciones de dichos distritos. La muestra estuvo conformada por 79 docentes. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados, además se les midió el índice de higiene bucal y se observó el estado de condición de su cepillo dental. Se dividieron los resultados de la encuesta en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 21.5% mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el

nivel regular, un 38 % en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, 49.4% de los encuestados presentó un conocimiento malo, conocimiento regular con 40.5% y conocimiento bueno 10.1%, y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje de docentes, 58.2% ,posee un conocimiento regular. No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, el tiempo de experiencia, edad y sexo de los encuestados. En cuanto al índice de higiene oral, la mayoría de encuestados presentó un nivel regular con 69.6% y con respecto a la condición del instrumento de higiene en este caso el cepillo dental se obtuvo que 3 de los encuestados no lo presentaron. La mayoría de encuestados utilizan un cepillo dental con cabeza mediana, de cerdas planas, de dureza mediana y el cepillo de un 68.4 % de encuestados no presentó desgaste o decoloramiento. (11)

**Nolasco, A. (Chimbote, 2012).** Nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en Noviembre del 2012. El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en Noviembre del 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en 60 gestantes que acudieron a consulta prenatal. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el

73,3% mostró un nivel malo, el 26,7 % tuvo un nivel regular y 0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 63,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular y 3,3% obtuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 86,7% tuvo un nivel malo, el 13,3% un nivel regular, y 0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 53,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular, mientras que el 13,3% un nivel bueno; en cuanto al desarrollo dental el 80% tuvo un nivel malo, el 20% tuvo un nivel regular, y 0% mostró un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 60%, con un nivel de conocimiento malo y el grado de instrucción más frecuente en gestante fue primaria con un 46,7%, el cual mostró un nivel de conocimiento malo. (12)

**Minaya, T. (Chimbote, 2012).** Nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud la Florida del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash - Noviembre del 2012. El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud la Florida del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash - Noviembre del 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en 25 gestantes que acudieron a consulta prenatal. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el

nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 84.0% mostró un nivel regular, el 12.0% tuvo un nivel medio y 4.0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 48.0% tuvo un nivel regular, el 44.4% un nivel bueno y 8.0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 52.0% tuvo un nivel malo, el 44.0% un nivel regular, y 4.0% un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 52.0% tuvo un nivel regular, el 28.0% un nivel bueno, mientras que el 20.0% un nivel malo; mientras que el 20.0% tuvo un nivel malo; por último, en desarrollo dental el 52.0% tuvo un nivel malo, el 32.0% tuvo un nivel regular, y el 16.0% mostró un nivel bueno. En relación sobre el nivel de conocimiento según la edad predomina el nivel de conocimiento regular en los grupos de menos de 20, y de 20 a 24 años con 24.0% en cada uno, con un resalte de 4.0% en el grupo etáreo de 25 a 29 años en el nivel de conocimiento bueno y con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56.0% en el nivel regular. (13)

**Rosales, E. (Chimbote, 2012).** Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental, hospital El Santa, 2012. Evaluó mediante una encuesta estructurada el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; Así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno,

regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 82.0% mostró un nivel de conocimiento regular, el 16.0% tuvo un nivel bueno y 2.0% malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 52.0% tuvo un nivel regular, el 44.4% un nivel malo y 4.0% bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 48.0% tuvo un nivel regular, el 46.0% tuvo un nivel bueno, y 6.0% malo; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes, el 78.0% tuvo un nivel de conocimiento bueno, el 18.0% regular, y 4.0% malo; y en cuanto a conocimiento sobre desarrollo dental, el 42.0% mostró un nivel regular, el 36.0% tuvo un nivel malo y 22.0% bueno. (14)

**Arroyo, J. (Trujillo, 2012).** Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en gestantes que asistieron a la atención odontológica en el Centro de Salud Bellavista, 2012. Evaluó mediante una encuesta estructurada el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; Así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etéreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 77.6% mostró un nivel de conocimiento regular, el 22.4% tuvo un nivel malo y 0.0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 53.1% tuvo un nivel regular, el 42.9% un nivel bueno y 4.1% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 59.2% tuvo un nivel malo, el 34.7% tuvo un nivel regular, y 6.1% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes, el 57.1% tuvo un nivel de conocimiento regular, el 26.5% un nivel malo, mientras que el 16.3% un nivel bueno; por último en desarrollo dental, el 63.3%



tuvo un nivel malo, el 24.5% tuvo un nivel regular, y el 12.2% mostró un nivel bueno. (15)

### **2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES**

En la revisión realizada no se encontró estudios desarrollados relacionados con el problema de investigación del presente estudio.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. CONOCIMIENTO**

#### **A). Definición.**

La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática; según Jorge Raúl Díaz Muñante, 2004 (16) :

*“«Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son»”.*

El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".

El Diccionario filosófico de Rosental y Iudin (1973), acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como: (17)

*"«El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica»".*

## **B. Fuentes de Conocimiento**

En las fuentes del conocimiento, se encuentra la acción práctica, activa, sobre la naturaleza, la reelaboración práctica de su sustancia, el aprovechamiento de determinadas propiedades de las cosas con vistas a la producción. Lo que en la práctica se asimila y con ello pasa a enriquecer el saber humano, su acervo de conceptos y teorías, no es la apariencia del objeto, sino sus funciones –descubiertas gracias al hacer práctico– y, con ellas, la esencia objetiva de la cosa dada.

El conocimiento que se apoya en la experiencia, en la práctica se inicia con las percepciones sensoriales de las cosas que rodean al ser humano. De ahí que en el proceso de la cognición desempeñe un gran papel la «contemplación viva», la conexión sensorial directa del hombre con el mundo objetivo. Fuera de las sensaciones, el hombre no puede saber nada acerca de la realidad. La «contemplación viva» se realiza en formas como la sensación, la percepción, la representación, el estudio de los hechos, la observación de los fenómenos, etc.

Las sensaciones proporcionan al hombre un conocimiento de las cualidades externas de las cosas. Diferenciando lo caliente, lo frío, los colores, los olores, la dureza, la blandura, etc., el hombre se orienta con acierto en el mundo de las cosas, distingue unas de las otras, adquiere diversa información respecto a los cambios que se producen en el medio que le rodea. La percepción de las imágenes de los objetos y el hecho

de conservarlas en la representación permiten operar libremente con los objetos, captar el nexo entre el aspecto externo del objeto y sus funciones. (16)

### **C. Objeto del Conocimiento**

Aspectos, propiedades y relaciones de los objetos, fijados en la experiencia e incluidos en el proceso de la actividad práctica del hombre, investigados con un fin determinado en unas condiciones y circunstancias dadas.

Según sea el nivel a que haya llegado el conocimiento en su desarrollo, pueden también investigarse fenómenos cuya esencia sea ya conocida en cierto grado. En este caso, se entra en conocimiento de las leyes principales y más generales del objeto, cuya esencia llega a descubrirse con mayor profundidad, y el conocimiento avanza de una esencia de primer orden.

A medida que progresa el saber acerca de un objeto, se descubren del mismo nuevas facetas, que se convierten en objeto del conocimiento. Distintas ciencias sobre un mismo objeto poseen diferentes objetos de conocimiento (por ejemplo, la anatomía estudia la estructura del organismo; la fisiología, las funciones de los órganos; la patología, las enfermedades).

El objeto del conocimiento es objetivo en sentido de que su contenido es independiente de cada hombre y de la humanidad. En cada caso particular, la elección que hace el hombre de los conocimientos aparentemente puede ser arbitraria y subjetiva, más en último término dicha elección está determinada por las necesidades y el nivel de desarrollo de la práctica social.

El objeto del conocimiento puede estar o no estar inmediatamente dado en los sentidos. En este último caso, se estudia a través de sus manifestaciones. En su totalidad y autodesarrollo, el objeto llega a ser conocimiento por el movimiento del pensar, que va de lo abstracto a lo concreto. El propio proceso de la cognición puede ser objeto del conocimiento. (17)

#### **D. Características.**

Según Israel Adrian Núñez Paula (2004), el conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a la que perteneció y pertenece. También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta (18)

#### **2.2.2. Nivel de Conocimiento**

Franco, A et al (19) sostienen que el aprendizaje adquirido estimado a una escala, puede ser cualitativa (Excelente, bueno, regular y malo) o cuantitativa (de 0 a 10).

#### **2.2.3. Conocimiento sobre Salud Bucal**

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes. (20)

#### **2.2.4. SALUD BUCAL**

##### **A. Definición.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor oro-facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (1)

##### **B. Características epidemiológicas enfermedad bucodental.**

En las Últimas décadas, las evidencias sobre la dramática situación de la salud bucal en el país son alarmantes. En el 2001. Último año en que se hizo una evaluación nacional en escolares de 6 a 15 años de edad, se encontró una prevalencia de caries dental de 90,7% y de fluorosis de 35,7%. El índice CPOD (índice que mide el número promedio de dientes permanentes con experiencia de caries dental) estaba en 5,7, aunque fluctuaba entre 8,3 en Ayacucho y 3,5 en Ancash. En los niños de 12 años de edad este índice se encontraba en 3,9.

La prevalencia de enfermedad periodontal es de 85%, se estima que la prevalencia de maloclusiones es de 80%. En cuanto al edentulismo (ausencia parcial o total de piezas dentarias) no se dispone de datos oficiales sobre su prevalencia a nivel nacional, sin embargo la evidencia empírica indica que esta es muy alta en particular en las personas adultas mayores. Se estima que la prevalencia del cáncer bucal en nuestro país es de 3% presentando una tendencia a incrementarse.

Las enfermedades bucales fueron la segunda causa de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y representaron 10% de todas las consultas en 2004. De todas las consultas odontológicas, 20,6% fueron para exodoncias y 18% para obturaciones. A pesar de la gran demanda de servicios odontológicos, sólo 16% de los aproximadamente 7100 establecimientos de salud del MINSA cuentan con este servicio y el número de odontólogos que laboran en ellos no se ha incrementado en los últimos años (1.681 en 2002 y 1.607 en 2004).

En el 2005, en el Ministerio de Salud, el Seguro Social y las Empresas Prestadoras de Salud, que en su conjunto prestan servicio a alrededor del 80% de la población, se encontraban trabajando sólo 3.614 odontólogos, cifra muy inferior al caso de otras profesiones de salud ( 23.804 médicos, 21.332 enfermeras, 8.104 obstetras). Ese mismo año, la tasa de odontólogos por 10.000 habitantes fue de 1,7.

El Seguro Integral de Salud facilita el acceso a la atención básica de salud bucal de la población pobre, dispersa, infantil y gestante sin protección social en salud, sin embargo las

evidencias mostradas indican que la oferta disponible es aún deficitaria para la demanda potencial.

A nivel latinoamericano el Perú presenta un deficiente nivel de salud bucal, superado por países vecinos como Chile, Brasil, Colombia entre otros. Lograr cambiar esta dramática situación requiere de la participación activa de todos los sectores involucrados y la ciudadanía organizada que represente a amplios sectores de nuestra población que sufren día a día las dolencias y una baja calidad de vida como consecuencia de la crónica indiferencia de los gobiernos de turno para atender las necesidades de salud bucal en las últimas décadas.

#### **2.2.5. Conservación de la salud bucal con medidas preventivas.**

##### **a). Placa Bacteriana.**

La placa bacteriana es una película transparente, formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, la encía y la lengua. Cuando se ingieren alimentos que contienen azúcar (caramelos, chicles, pastelillos y papitas entre otros) las bacterias de la placa los usan para producir ácidos que destruyen el esmalte de los dientes. También otras bacterias eliminan sustancias irritantes llamadas toxinas que actúan sobre la encía, inflamándola.

La placa bacteriana es uno de los principales agentes causales de las enfermedades de la boca, así como del desagradable mal aliento, por lo que su acumulación tiene que ser controlada, ya sea con

la aplicación de medidas de higiene personal o con ayuda profesional.

La placa bacteriana que se acumula sobre la superficie de los dientes también se le conoce como Placa Dentobacteriana, es invisible pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras, colorantes vegetales, betabel, moras o azul añil. La pastilla o colorante que se utilice se coloca en la boca y se hace pasar por toda la boca, las zonas que se observan con más coloración indican una mayor acumulación de placa bacteriana, es decir, son las zonas que no se están cepillando correctamente, por lo que se tiene que tener más cuidado en ellas.

Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido de la placa bacteriana con cepillo e hilo dental. Se recomienda hacer la actividad de coloración de placa bacteriana 4 veces al año como mínimo.

## **b). Técnica de cepillado.**

### **Importancia de la higiene bucal**

La higiene bucal es la clave para la prevención y mantenimiento de la salud de dientes, encía y lengua; por lo que la eliminación de placa bacteriana en estas partes de la boca es el principal objetivo de las diversas técnicas existentes, hilo dental, detección de placa y cepillado. La higiene bucal se inicia desde el nacimiento:

- Cuando el niño(a) no tenga dientes, la mamá o responsable del niño(a) debe limpiar suavemente la



encia con una tela o gasa húmeda una vez al día, preferentemente durante el baño.

- Desde que aparece el primer diente del niño(a), la mamá o responsable del niño(a) debe limpiar límpielo suavemente con una gasa o tela húmeda o con un cepillo dental suave.
- En los niños de 1 a 3 años (solo y con la ayuda y supervisión de un adulto) el aseo bucal se debe realizar después de cada alimento con cepillo pequeño de cerdas suaves y humedecidas. Esta actividad se puede realizar con o sin pasta dental, en caso de usar pasta dental fluorurada, se hará en cantidad mínima (cantidad similar al tamaño de un chícharo), y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor que contiene el dentífrico.
- A partir de los 4 años (solo y con la ayuda y supervisión de un adulto) el cepillado dental se debe realizar diariamente después de cada comida; el cepillo dental debe tener cabeza pequeña y cerdas de nylon delgadas con puntas redondeadas. La cabeza pequeña permite llegar más fácilmente a todas las zonas de la boca. Se debe cambiar el cepillo cuando las cerdas se doblen o se gasten ya que en esas condiciones no limpia en forma adecuada.

Para cepillar correctamente los dientes se debe colocar el cepillo sobre el diente y la encía. Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo, los dientes de abajo se cepillan hacia arriba, tomando en cuenta que se deben cepillar por su cara interna y externa para lograr un buen cepillado dental.

Posteriormente se cepilla la cara masticatoria de todos los molares y premolares con movimientos circulares. Para facilitar el cepillado de los dientes del lado izquierdo el codo debe estar a la altura del hombro y para los del lado derecho el codo deberá colocarse lo más próximo al cuerpo.

Una vez terminado el cepillado de dientes y encía, se cepilla la lengua en forma de barrido de atrás hacia adelante. El cepillo debe ser de cabeza chica, cerdas blandas, con las puntas redondeadas. Cuando las cerdas del cepillo estén gastadas o dobladas, es hora de cambiarlo. Debemos visitar al dentista por lo menos cada 6 meses. Se recomienda que el cepillado sea complementado con el uso del hilo dental.

### **c) Uso de hilo dental.**

#### **Importancia del hilo dental.**

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que por el grosor de las cerdas del cepillo NO permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos es muy pequeño, por lo que se recomienda utilizar el hilo dental.

*Si no se utiliza el hilo dental se estará realizando solamente la mitad del trabajo para mantener una buena limpieza dental.*

Técnica para usar el hilo dental:

- Tome aproximadamente 30 cms. de hilo dental y enrede en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos.

- Una vez realizado lo anterior, utilice los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo.
- Mantenga estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia adelante introdúzcalo entre los dientes, tenga cuidado de no lastimar la encía. Sostenga el hilo rígido contra uno de los dientes y deslícelo de arriba hacia abajo manteniéndolo en contacto con el diente y repita los movimientos contra el otro diente. Repita este paso entre cada uno de sus dientes. Conforme se vayan limpiando, cambiar el tramo de hilo dental.

Las primeras veces que se utilice el hilo dental la encía puede doler o sangrar un poco, pero una vez que se domine la técnica esta molestia desaparecerá poco a poco.

#### **d) Fluoruros**

##### **Importancia de los fluoruros como medida preventiva de caries dental**

Los fluoruros son compuestos químicos que se encuentran en forma natural y en bajas concentraciones en los alimentos y el agua de consumo humano.

Los fluoruros como el de sodio, potasio, estaño o mono flúor fosfato; son compuestos que fortalecen el esmalte de los dientes y los hacen más resistentes al ataque del ácido que producen las bacterias, por lo que son ampliamente utilizados por los dentistas en la prevención de esta enfermedad.

Vías de administración de fluoruros

- Ingerido (tomado)
- Tópico (aplicado sobre el diente)

## **Fluoruro ingerido**

En nuestro país se agrega a la sal de mesa yodo y fluoruro, ya que con la adición de este último se ha comprobado la reducción de la caries dental hasta un 60%. Se utilizó la sal por ser un condimento de uso diario, económico y que consume toda la población. De tal forma que el fluoruro que se toma con el consumo acostumbrado de sal fortalece los dientes que se están formando dentro de los maxilares en los niños de 1 a 12 años de edad y posteriormente el consumo rutinario de ésta los protege de manera permanente.

*No se debe aumentar el consumo de sal ya que no proporciona mayor beneficio a los dientes y puede ocasionar otras enfermedades.*

No se debe ingerir ningún tipo de fluoruro como gotas o tabletas entre otros, para evitar posibles daños a la salud.

## **Fluoruro tópico.**

### **Aplicación profesional.**

Es realizada por el dentista en el consultorio, para lo cual utiliza fluoruros de alta concentración.

### **Autoaplicación supervisada.**

En las escuelas los niños realizan enjuagues bucales quincenales con la solución de fluoruro de sodio al 0.2% proporcionada por el profesor; el cual supervisa esta actividad. Este programa se lleva a cabo a nivel nacional supervisado y controlado por la Secretaría de Salud.

Existen otras formas de autoaplicación de fluoruros, entre los que se cuentan las pastas dentales que contribuyen a la prevención de la caries dental (por si solos no son la solución al problema). Se debe tener cuidado de no ingerir la pasta dental con fluoruro sobre todo en niños pequeños.

#### **f). Selladores de fosas y fisuras**

Los selladores de fosas y fisuras son compuestos químicos que se colocan sobre el esmalte sano de las caras masticatorias de los dientes posteriores, con la finalidad de impedir que la placa bacteriana se establezca en estos sitios y sea posible prevenir la aparición de caries dental. Su aplicación y control es de carácter profesional.

#### **g). Nutrición y dieta**

##### **Nutrición y salud bucal**

La salud bucal puede obtenerse y ser mantenida por diversos medios entre los que la nutrición juega un papel fundamental. Como se mencionó con anterioridad, la boca está constituida de tejidos duros (dientes y maxilares) y tejidos blandos (encía, lengua, músculos y mucosas). Todos ellos se originan desde la vida intrauterina y poco a poco van desarrollándose hasta alcanzar su madurez; es decir desde antes de nacer y después del nacimiento siguen creciendo y desarrollándose aún más, hasta alcanzar el estado adulto.

La caries dental es una de las enfermedades de la boca que se relaciona con múltiples factores como inadecuada higiene bucal, malos hábitos, el consumo

excesivo de fluoruro (gotas, tabletas, sal, agua), el consumo de alimentos pegajosos y azucarados o una dieta incorrecta, entre otras, son factores que puede alterar la resistencia del esmalte, produciendo caries dental, así como daños a la salud general.

### **Alimentación y salud bucal**

*La alimentación correcta en niñas y niños es fundamental para la salud bucal.*

La lactancia materna es importante para el desarrollo adecuado del bebé y por lo tanto de los dientes, la leche materna contiene todo lo que el bebé necesita en los 4 ó 6 primeros meses de vida. Si el bebé es amamantado por más tiempo con leche materna o con leche industrializada se debe tener especial cuidado en la higiene debido a que, puede ocasionarse deterioro de la salud bucal que será explicado en el tercer capítulo de este documento.

Para que la boca se desarrolle tanto sana como fuerte es necesario comer alimentos duros ricos en fibra como frutas y verduras crudas que ayuden a ejercitar los músculos, que favorezcan a la encía y los dientes. Así mismo le aporte las vitaminas y minerales necesarios para que se formen y maduren adecuadamente.

Una relación totalmente probada es la existente entre la caries dental y la dieta, en particular en relación con el consumo de azúcar. La frecuencia, tiempo y cantidad, de la azúcar consumida son factores determinantes en el inicio y desarrollo de la caries dental.

El consumo de alimentos a base de harinas y azúcares refinados, dulces pegajosos o caramelos y bebidas azucaradas, tan comunes en las cooperativas escolares, es un factor que propicia la destrucción rápida de los dientes, debido a que los microorganismos que tenemos en la boca aprovechan el proceso de descomposición de estos alimentos y producen ácidos con la consecuente formación de caries.

Esta es una de las razones por las que se recomienda que se evite, en la medida posible, el consumo de estos alimentos y se incremente el consumo de verduras crudas, frutas y agua.

## **2.2.6. Enfermedades y afecciones bucodentales**

### **A). Placa dental o placa bacteriana**

La placa bacteriana es una estructura que coloniza la superficie de la cavidad oral, compuesta por una matriz acelular (que representa aproximadamente un 80% y que tiene un origen múltiple ya que proviene de las bacterias, la saliva y la dieta) y las bacterias que la colonizan (el 20% restante). De hecho, su organización como biopelícula (biofilm) sigue una organización muy similar a la de otras placas bacterianas que se pueden dar en otras zonas del organismo (lentes de contacto, válvulas cardíacas o prótesis) e incluso de la naturaleza (tuberías de refrigeración, cascos de los barcos y otros).

La organización en forma de placa ofrece a las bacterias múltiples ventajas, entre las que se encuentran: una mayor resistencia frente a agentes externos (antisépticos), la capacidad de compartir información con otras bacterias

(resistencia), disponer de un ambiente con unas características más óptimas para su metabolismo e incluso una mayor facilidad para obtener nutrientes.

La placa dental se encuentra firmemente adherida a la superficie dental y no es retirada mediante la acción de un chorro de agua o un simple enjuague. Con el paso del tiempo, si la placa no es retirada, se empieza a mineralizar y se convierte en cálculo (llamado vulgarmente sarro) sobre el cual se adhiere una nueva capa de placa, que a su vez puede repetir el ciclo de mineralización aumentando el grosor del cálculo. La eliminación del cálculo requiere de la actividad de un profesional de la salud oral (dentista o higienista). Hasta cierto punto, la masticación retira la placa acumulada en las caras triturantes y provoca un autolimpiado (autoclisis), pero este efecto no es perceptible en la zona de la corona cercana a la encía, en el cual la masticación no tiene ningún efecto de remoción de placa.

## **B). Caries**

La caries es una enfermedad infecciosa que se manifiesta por la desmineralización de los tejidos dentarios (lesión de caries) causada por los ataques ácidos producidos por el metabolismo bacteriano (bajadas repetidas del pH de la cavidad oral). La lesión de caries puede afectar al esmalte, a la dentina o al cemento radicular. Hay un acuerdo general de atribuir a una etiología multifactorial el desarrollo de esta enfermedad. Los elementos básicos que intervienen son: las características del individuo, la placa bacteriana cariogena (biofilm) y el sustrato presente en el medio bucal (dieta, saliva, etc.). El conjunto de estos elementos forma un sistema que debe mantenerse equilibrado y que, al desequilibrarse,



determina la aparición de la enfermedad. La caries se inicia con una desmineralización del tejido dental, reversible en sus estadios iniciales, que puede provocar, con su avance, la destrucción irreversible del tejido dental.

Numerosos estudios epidemiológicos demuestran la influencia de los factores nutricionales en la etiología de la caries. Los hidratos de carbono, y más específicamente los azúcares, interaccionan con la placa bacteriana sobre la superficie del esmalte dental (sucediendo de forma similar sobre dentina y cemento radicular) y se produce una liberación de ácidos que desmineralizan el esmalte dentario (u otro tejido dental) al provocar una disminución brusca del pH normal de la saliva. Los alimentos con mayor potencial cariígeno son los que contienen azúcares refinados (que son los más fácilmente metabolizables por las bacterias), especialmente los más pegajosos (dado que el aumento del tiempo de retención permiten su metabolización durante un período más largo). Además, la frecuencia de la ingesta es más determinante que la cantidad; sobre todo si se consumen entre horas, cuando el flujo salival protector es menor. Debemos mencionar el efecto cariígeno de las bebidas con grandes cantidades de azúcares y de pH ácido, como las bebidas refrescantes (especialmente las energéticas con un pH ácido de muy lenta neutralización) y algunos zumos de fruta, que, bebidos con mucha frecuencia y sin estar acompañados de medidas higiénicas adicionales, pueden facilitar la aparición de lesiones de caries.

### **La lesión de caries dental.**

La definición de caries es la de una enfermedad infecciosa que se manifiesta por la desmineralización de los tejidos dentarios. La desmineralización provoca un proceso

destrutivo a partir de las acciones de algunos microorganismos de la placa bacteriana (tales como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii* y *Actinomyces viscosus*). Estas bacterias metabolizan los carbohidratos fermentables (especialmente azúcares, puesto que son de más fácil metabolización), produciendo ácidos (principalmente ácido láctico y acético), como parte de su metabolismo intracelular. Este ataque ácido es inicialmente neutralizado por el efecto tamponador y remineralizador de la saliva, pero si el ataque ácido es repetitivo e intenso, la saliva no puede recuperar el desequilibrio y se inicia la desmineralización de los tejidos dentales. Inicialmente, el esmalte desmineralizado es visible en forma de mancha blanca sobre la superficie. La estructura visible del diente se mantiene pero se ha desmineralizado y existen cambios estructurales a nivel molecular.

La desmineralización puede detenerse, incluso involucionar positivamente, al remineralizarse la lesión molecular por efecto de la terapia con compuestos fluorados. Para ello es importante disminuir los ataques ácidos (mediante una menor ingesta de alimentos con alto contenido en azúcares o de un pH ácido) y aumentar la remineralización mediante el aporte de concentraciones más elevadas de flúor mantenidas durante el tiempo (aportaciones frecuentes que pueden provenir de la pasta dental fluorada o de los enjuagues dentales fluorados, como formas farmacéuticas de autoaplicación más habituales).

La caries se considera actualmente como una enfermedad crónica debido a que las lesiones se desarrollan durante un

periodo de meses o de años, pudiendo detenerse su evolución totalmente. Las estimaciones acerca de la velocidad con que una lesión de desmineralización inicial en niños se convierte en una caries clínica que requiere ser tratada de forma restauradora por un dentista, la sitúan en un tiempo promedio de entre 6 y 18 meses. También se sabe que el esmalte recién erupcionado es más susceptible a la lesión de caries pues está inmaduro (no mineralizado) y, tal y como habíamos comentado previamente, la lesión avanza más rápidamente en los dientes temporales por ser su capa de esmalte de un menor grosor. Ante la enfermedad de caries, debe establecerse inicialmente una terapia remineralizadora en todas las lesiones no cavitadas (desmineralizadas pero sin destrucción de tejido y, por tanto, totalmente recuperables) y retrasar la intervención de restauración dental (obturación o “empaste”) hasta que los intentos de remineralización hayan fracasado y la lesión avance hasta la dentina.

### **Sintomatología de la caries**

Las fases iniciales de desmineralización de la superficie del esmalte no comportan ninguna sintomatología. Una vez la lesión penetra en la dentina, aumenta la sensibilidad a los estímulos térmicos u osmóticos (cambios del pH o concentración de productos como los azúcares) ya que la dentina es porosa y en el interior de estos poros existen ramificaciones de los dentinoblastos que reaccionan frente a estos cambios. En estos casos hablamos de una pulpitis reversible. La pulpa dental está inflamada pero puede recuperarse si se elimina la irritación externa mediante la rehabilitación de la destrucción del tejido con una obturación.

Si la colonización bacteriana avanza hacia la pulpa dental, ésta puede inflamarse de forma irreversible ya que el aporte sanguíneo en el interior de la cámara pulpar a través del conducto radicular es pequeño y no permite su recuperación. La pulpitis irreversible provoca un dolor espontáneo, de gran intensidad, que aumenta al estirarse por el aumento de la presión sanguínea en esta posición (de hecho, muchas de las urgencias se inician durante el sueño) que solo desaparecerá con la desvitalización de la pieza (tratamiento de endodoncia o “matar el nervio”) o con la degeneración del tejido de la pulpa hasta alcanzar su completa necrosis.

En algunas ocasiones, una lesión puede alcanzar la pulpa dental sin que se destruya la capa superficial de esmalte. En otros casos, el esmalte se fractura y cede con la masticación al faltarle el tejido de soporte dentinaria que se ha degradado por efecto de las bacterias. En estos casos, el paciente nota como los alimentos se impactan en la cavidad y puede localizar la destrucción dental de forma visual o con la propia lengua.

En caso de necrosarse el tejido pulpar tras una pulpitis irreversible no tratada por el dentista, pueden aparecer otras complicaciones.

### **Factores de riesgo de la caries**

La enfermedad de caries es multifactorial y por ello, los factores de riesgo son múltiples y ya hemos citado la mayoría de ellos en apartados anteriores (dieta, poca higiene junto a deficiente aporte de flúor tópico y flora bacteriana cariogena). La ingesta frecuente de hidratos de

carbono, especialmente azúcares, aumenta el riesgo de sufrir caries dental. Requiere una atención especial el aumento en el consumo de zumos de fruta y bebidas refrescantes, que aumentan el riesgo de caries por tratarse de productos con alto contenido en azúcares y un pH ácido.

Por otro lado, el hábito de rellenar el biberón con zumo, papilla líquida y otros productos fermentables para ingerir de forma repetida un producto con azúcares aumenta el riesgo de aparición de caries en la zona del cuello del diente, especialmente en los incisivos superiores ya que los inferiores suelen quedar protegidos al beber por la lengua, por su contacto más continuado con la bebida. Este cuadro de policaries recibe el nombre técnico de caries de la infancia (*earlychildhood caries*) o el más habitual y muy explicativo de “caries del biberón”.

Un mal hábito higiénico, con un mal control de la placa bacteriana y un uso deficiente de compuestos tópicos fluorados, disminuyen la protección del diente y aumentan el riesgo de caries. Aunque el porcentaje de población que declara cepillarse los dientes dos veces al día ha aumentado de forma progresiva, la realidad es que la venta de productos dentales no siempre cuadra con estas declaraciones. Además, el tiempo dedicado a la higiene oral se encuentra habitualmente por debajo de los 60 segundos y la técnica no siempre es la más adecuada.

Otro factor de riesgo es la hiposalivación o xerostomía, ya que al disminuir la protección de la saliva –remineralizadora y tamponadora del pH ácido– aumenta el riesgo de caries (pacientes diabéticos, con síndrome de Sjögren, polimedicados con diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos,

antidepresivos, ansiolíticos, o irradiados de cabeza y cuello). En relación a la edad, debido a que en el momento de erupción de la dentición el esmalte se encuentra poco mineralizado en su superficie, la etapa infantil es especialmente de riesgo. En relación a la caries de raíz, dado que ésta sólo se puede producir en las raíces expuestas tras sufrir periodontitis, nos encontramos habitualmente en una época de edad más avanzada.

### **Importancia de la prevención de la caries**

El tratamiento de las lesiones provocadas por la enfermedad de la caries dental ha experimentado una evolución a lo largo de la historia gracias a la mejora en el conocimiento de su etiología así como de los mecanismos para prevenir su evolución.

En el pasado, el único tratamiento posible de la lesión avanzada de caries era la eliminación quirúrgica (pérdida irreversible) de la pieza dental cuando era causa de dolor o infección (etapa quirúrgica). La popularización de la restauración de las lesiones provocadas por la caries dental (etapa restauradora) tuvo lugar en los inicios del siglo XIX con la aparición de las obturaciones (los popularmente conocidos empastes, que fueron realizados inicialmente con oro o amalgama de plata y, más tarde, con materiales estéticos denominados técnicamente composites e incluso con incrustaciones de cerámica) y la aparición de los primeros instrumentos rotatorios mecanizados (como la turbina dental que permitía tallar el diente y preparar una cavidad para colocar una obturación y rehabilitar el diente).

Las mejoras que ha representado la implantación de la terapéutica conservadora-restauradora son obvias ya que

gracias a ellos la población ha conseguido alargar la vida de sus dientes naturales lesionados. Sin embargo, pese al aumento en la calidad, estética y durabilidad de los tratamientos restauradores (desde los tratamientos más simples como una obturación a los más sofisticados como los implantes dentales) la mejor opción es evitar la aparición de la enfermedad para no requerir tratamientos restauradores (etapa preventiva).

La prevención es necesaria para el mantenimiento de una dentición natural. Esta opción siempre resulta más deseable a la de una dentición restaurada, aunque sea restaurada mediante tratamientos de la mayor calidad posible. Cabe mencionar que la rotura de los márgenes de la restauración de la zona entre el diente natural y el material artificial de restauración y la utilización de prótesis, aumentan el riesgo de aparición de nuevas lesiones de caries. Una pieza restaurada, especialmente aquellas piezas con grandes restauraciones o aquellas que han requerido un tratamiento de endodoncia (popularmente conocido como “matar el nervio”) tiene un mayor riesgo de fractura. Además, la prevención necesaria para mantener intacta una dentición sana es igualmente importante e incluso requiere mayor atención cuando el objetivo es conseguir mantener en salud una dentición restaurada.

Además, una buena prevención obtiene la reducción de las posibles molestias ocasionadas por los tratamientos restauradores siendo sustituidos por terapias más agradables para el paciente, al ser menos intervencionistas y más sencillas para el profesional, junto a la reducción en el uso de anestésicos y otros fármacos. Por último, la visión

más preventiva consigue una disminución de los costes de mantenimiento de la salud bucodental a largo plazo.

Dado que la salud y la dieta atañen a todo el organismo y no solo a una parte concreta del mismo y que, además, ningún alimento tiene de manera unilateral propiedades favorables o desfavorables deberemos dejar el consejo en materia dietética en manos de profesionales médicos (pediatras) o nutricionistas. En cualquier caso, ofrecer caramelos con azúcar a los niños debería evitarse, especialmente desde el colectivo sanitario.

Con la evidencia científica disponible, resulta más lógico pensar en políticas de prevención basadas en la promoción de la higiene oral, que en políticas ideadas para intentar modificar la dieta, para disminuir la caries dental.

Las obturaciones no curan una boca afectada de caries, simplemente restablecen la función del diente lesionado, lo rehabilitan. El tratamiento de la caries dental debe de hacerse desde un enfoque médico y preventivo en primera instancia, y sólo deben ser susceptibles de tratamiento restaurador aquellas lesiones de caries activa que han penetrado más allá del tercio exterior de la dentina. El resto de lesiones tienen varias posibilidades terapéuticas antes de recurrir al tratamiento restaurador.

La decisión de obturar un diente debe ser retrasada lo más posible, siempre que no se ponga en peligro su integridad y vitalidad. Cuanto más tarde reciba un diente una obturación, más tarde se incorporará al ciclo de retratamiento y, por tanto, mejor será su pronóstico de vida futura. Ha sido ampliamente demostrado que las lesiones de caries avanzan a ritmo lento, salvo en los pacientes con factores de alto riesgo. Así pues,



se deben potenciar todos los factores remineralizantes, y sólo cuando una lesión es activa y se comprueba su progresión en dentina, debe esta ser inmediatamente obturada.

### **Complicaciones de la caries**

La necrosis del tejido pulpar provocada por la invasión bacteriana puede dar lugar a la contaminación global de la cámara pulpar y los conductos radiculares. Esta invasión puede autolimitarse al interior del diente, que en estos momentos es un tejido muerto, sin respuesta defensiva del cuerpo. En esta fase, que puede durar desde semanas a años, el diente puede ser asintomático. Sin embargo, si la colonización bacteriana atraviesa el foramen apical, conducto de salida del interior del conducto radicular hacia el hueso, se originaría una inflamación de los tejidos periapicales. Esta inflamación –denominada periodontitis apical– comportará dolor, especialmente al masticar debido a que la inflamación se localiza en la base de la raíz o raíces del diente. En esta fase, no hay sensibilidad al frío o al calor ni a los cambios osmóticos, ya que el nervio pulpar encargado de transmitir esos impulsos está necrótico.

La periodontitis apical puede desembocar en la aparición de un absceso o flemón. En algunos casos, un diente con esta sintomatología aún puede ser restaurado mediante un tratamiento de endodoncia, pero en otros casos, su restauración puede ser inviable y la única solución válida puede requerir la extracción de la pieza, una vez la infección e inflamación han sido controladas farmacológicamente.

### **c). Enfermedades gingivales y periodontales**

Las enfermedades periodontales comprenden una serie de procesos clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos de soporte del diente: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. La acumulación de placa dental (por una higiene imperfecta) comporta la inflamación y sangrado de las encías (gingivitis), la cual puede provocar el avance de la inflamación, de etiología bacteriana, en dirección al hueso de sujeción de los dientes, provocando su pérdida (se denomina entonces periodontitis) que a su vez puede conllevar con su avance la movilidad de los dientes y su pérdida (además de un aumento de su sensibilidad). Por tanto, gingivitis y periodontitis son dos enfermedades causadas por microorganismos que colonizan la placa bacteriana, provocando una reacción inflamatoria en el tejido gingival. La diferencia entre estas dos entidades se encuentra en que mientras la gingivitis afecta a la encía, la periodontitis se extiende progresivamente hasta provocar la pérdida del hueso alveolar de soporte del diente. Por tanto, la gingivitis es una enfermedad que puede curar sin ningún tipo de secuelas mientras que tras la “curación” de la periodontitis (la eliminación de la inflamación activa) se habrá perdido parte del hueso alveolar de soporte que habitualmente no será recuperable.

#### **Gingivitis.**

La persona que tiene sus encías inflamadas padece gingivitis: sus encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. Este sangrado puede ser provocado por el ligero traumatismo del cepillado dental, por la ingesta de algún alimento de consistencia dura en contacto con el tejido de la

enciá inflamada o incluso de forma espontánea, en casos más graves. La encía inflamada pierde su color rosado y su textura en piel de naranja, signos característicos de salud gingival. Además, la encía inflamada aumenta de tamaño, su superficie se alisa, su color se enrojece por un aumento de vascularización e incluso puede modificarse su anatomía dejando de reseguir el cuello dental.

La relación causa-efecto entre la acumulación de placa a nivel gingival y la aparición de inflamación gingival (gingivitis) fue demostrada por un estudio ya clásico entre los estudios relacionados con la salud oral. En el estudio de Loe los individuos que permitían la acumulación indiscriminada de placa dental en ausencia de higiene oral desarrollaban una inflamación en sus encías, tras 48 horas sin higiene, que remitía completamente tras el control de la placa dental, ya fuera mecánicamente –mediante cepillado– o químicamente –mediante un antiséptico vehiculizado en forma de enjuague (colutorio), que en el estudio citado fue clorhexidina–. Por tanto, la gingivitis provocada por el acúmulo de placa puede remitir al conseguir eliminar este acúmulo de placa mediante una higiene correcta, con un buen cepillado y el uso del hilo dental.

Un enjuague con clorhexidina o con otro antiséptico es también capaz de eliminar la placa y se recomienda su utilización como coadyuvante a la higiene mecánica. Este control mecánico y químico puede ser autorrealizado por el propio paciente. Sin embargo, cuando la placa dental se ha mineralizado se convierte en cálculo (vulgarmente “sarro”) y una higiene personal correcta no será capaz de eliminar toda la placa dental ni eliminar el acúmulo de cálculo. Para conseguir este objetivo, se requerirá la realización de una

limpieza periódica por parte de un dentista o higienista dental (profilaxis periodontal) que mediante el uso de aparatos de ultrasonidos y curetas manuales –pequeños utensilios para eliminar de la raíz dental el acúmulo de cálculo– conseguirán restablecer la salud gingival. Cabe recordar que la gingivitis no ocasiona pérdida de los tejidos de soporte y por tanto es considerada una patología reversible.

En pacientes jóvenes, fumadores, estresados y con una mala higiene dental, puede aparecer un cuadro denominado gingivitis ulcerativa necrotizante (denominada actualmente como enfermedad periodontal necrotizante) que cursa con sangrado, dolor, destrucción necrótica de las papilas gingivales (la zona de encía entre diente y diente) y halitosis por la destrucción de tejido vivo. Esta afección suele relacionarse con la presencia de espiroquetas en la placa dental y su tratamiento requerirá cobertura antibiótica (habitualmente con amoxicilina, metronidazol o tetraciclinas) y tratamiento para la eliminación del cálculo bajo anestesia local por parte del dentista. Para tratar el cuadro agudo es importante prescribir clorhexidina tópica para controlar la placa dental ya que el cepillado puede resultar tremendamente molesto sobre las lesiones. Si se destruye el tejido de soporte periodontal el cuadro pasará a denominarse periodontitis necrotizante.

### **Periodontitis.**

La inflamación gingival que provoca la pérdida irreversible de los tejidos de soporte del diente es denominada periodontitis. Aunque clásicamente se había aceptado la idea de que cuando la gingivitis no se trataba debidamente esta enfermedad podía evolucionar y avanzar hasta convertirse en periodontitis, en la actualidad se establece que la

periodontitis es una enfermedad multifactorial donde intervienen factores psicosociales, sistémicos y de estilo de vida.

En la periodontitis, la encía inflamada se separa de la superficie radicular y se forma una “bolsa periodontal”, espacio entre la encía y el diente que está colonizado por la placa bacteriana patógena. El sistema inmunológico del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende por debajo de la línea de las encías, cuello del diente. La placa subgingival tiene una composición bacteriana diferente a la placa supragingival, con mayor presencia de bacterias anaerobias y Gram negativas. Se cree que los lipopolisacáridos bacterianos activan una serie de citoquinas proinflamatorias de las propias células del huésped, tales como macrófagos, neutrófilos y fibroblastos, los cuales son los mediadores que provocan la destrucción del hueso alveolar y de los tejidos periodontales.

#### **2.2.7. Factores de riesgo de las enfermedades gingivales y periodontales.**

La gravedad de la patología periodontal variará en función de la interacción entre la agresión bacteriana y la respuesta inmunoinflamatoria del huésped. Los factores de riesgo que modifiquen esta relación de forma negativa facilitarán una mayor progresión de la patología, como el caso de las personas fumadoras, con osteoporosis, con estrés, con diabetes o con estados de inmunodepresión.

**a) Tabaco.** Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la periodontitis. Por otra parte, el hábito de fumar o usar otros productos del

tabaco (poco habituales en España como el tabaco de mascar o el snuff pero habituales en los países escandinavos) puede disminuir el efecto de algunos tratamientos periodontales.

- b) **Cambios hormonales en niñas/mujeres.** Estos cambios pueden hacer que las encías se tornen más sensibles y faciliten el desarrollo de la gingivitis.
- c) **Diabetes.** Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas la periodontitis, dada su menor capacidad defensiva frente a la agresión bacteriana y a los defectos en la vascularización. La periodontitis, al ser un foco infeccioso, dificulta el control glicémico de estos pacientes y algunos estudios ya han demostrado que el tratamiento de la periodontitis mejora el control glicémico.
- d) **Estrés.** El estrés puede provocar una disminución en la capacidad inmunitaria de defensa del cuerpo y dificultar su lucha contra las infecciones, entre ellas las enfermedades periodontales.
- e) **Medicamentos.** Ciertos medicamentos, tales como los antidepresivos y algunos de los indicados para el corazón, pueden afectar la salud bucal porque disminuyen la producción de saliva. (La saliva ayuda a proteger los dientes y las encías).
- f) **Enfermedades.** De igual manera, enfermedades como el SIDA, que merman las defensas del cuerpo facilitan el desarrollo de enfermedad periodontales.}
- g) **Genética.** La investigación revela que la genética también interviene en el desarrollo de las enfermedades periodontales y que ciertas personas son más propensas a sufrir periodontitis.

### **2.2.8. Sintomatología de las enfermedades gingivales y periodontales**

El sangrado de la encía es el principal signo de alerta de un problema en los tejidos de soporte del diente. Una encía sangrante es una encía enferma que requiere tratamiento. Sin embargo, algunos pacientes, pese a sufrir un problema periodontal no relatan sufrir sangrado gingival. Muchas veces, esta inflamación se encuentra enmascarada por un hábito tabáquico que disminuye la circulación sanguínea por su efecto vasoconstrictor. En otras ocasiones, la utilización de enjuagues antisépticos de gran potencia, como la clorhexidina, consiguen desinflamar la parte exterior de la encía, donde el principio activo consigue actuar, pero son incapaces de alcanzar el interior de una bolsa periodontal y la inflamación permanece activa. Incluso algunos pacientes, relatan no sangrar nunca al cepillarse, pese a tener sus encías inflamadas, ya que al cepillarse utilizan una técnica incorrecta que evita frotar la zona del diente cercana a la encía y, por tanto, su posterior sangrado al alcanzarla.

Otro síntoma de patología periodontal puede ser la halitosis o mal aliento constante. La mayoría de halitosis tienen su causa en un problema de la cavidad oral, y gingivitis junto a periodontitis son las patologías que más habitualmente suelen ser su causa. Algunos estudios han mostrado que la producción de mal olor es el resultado del metabolismo de las bacterias Gram negativas. La halitosis se debe a la presencia de gases olorosos que principalmente se asocian a la producción de compuestos sulfurados volátiles en la hidrólisis de proteínas a aminoácidos como la cisteína, cistina y metionina en el metabolismo de microorganismos.

Unas encías enrojecidas, la pérdida de la forma lobulada de la encía alrededor del cuello dental, la molestia al masticar por la inflamación gingival o la hipersensibilidad dental por la exposición de la raíz por la pérdida de soporte periodontal son algunos otros signos y síntomas de las enfermedades gingivales y periodontales.

### **2.2.9. Importancia de la familia en la salud bucal (21)**

Es incuestionable que se han alcanzado importantes logros en la participación de la familia en la solución de problemas que afectan la salud. No obstante, es necesario perfeccionar esta tarea por cuanto muchas veces la familia no es consciente de su responsabilidad por la salud de sus integrantes y tradicionalmente ha existido el criterio de que el estado es el máximo responsable de la salud y no así la familia y el individuo.

La labor educativa para formar o modificar el modo de vida para proteger la salud, hay que desarrollarla con la familia, para lo cual hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta. Al mejorar el modo de vida de las personas, mejoran algunos aspectos importantes como es el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades como las bucales, dentro de las cuales se encuentran la caries dental, las parodontopatías, las maloclusiones y el cáncer bucal.

Las prevenciones de las enfermedades bucodentales solo son efectivas si se logra la cooperación de la familia, ya que como se ha expuesto anteriormente, es en esta donde se transmiten costumbres, tradiciones y donde se arraigan los hábitos. Los factores de riesgo relacionados con los modos y estilos de vida son considerados factores de riesgo en la aparición clínica de



las enfermedades bucodentales o pueden modificar el curso de estas. Estos factores incluyen ingestión de alimentos azucarados o dieta cariogénica, la higiene bucal deficiente, los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y el hábito de fumar, entre otros. Los hábitos dietéticos modernos han sido reiteradamente relacionados con varias afecciones del organismo, entre estas las bucales.

Para poder lograr la promoción y la prevención dentro de la familia con respecto a la salud bucal, es necesario que ésta conozca los factores de riesgo que pueden influir en su entorno.<sup>12</sup> Los factores o criterios de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Ellos no son necesariamente las causas o la etiología necesaria, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en la prevención individual como en los grupos y en la comunidad total.

El papel de la familia en el cuidado y conservación de la salud bucal es de vital importancia, ya que en ella se establecen y transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida. Es fundamental la responsabilidad del individuo y la familia ante la salud, en dependencia de cómo ésta la valore y participe en su preservación, se obtendrán mejores resultados en el futuro.

#### **2.2.10. Participación de enfermería en promoción de la salud bucal.**

Nola Pender (4) en el modelo teórico de Promoción de la Salud identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en

conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

*“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”*

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico,

toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de

referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo

actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- **Cultura:** es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- **Clase o nivel socioeconómico:** es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

### **2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- **Salud Bucal.** Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático.
- **Prevención en salud bucal.** Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.
- **Nivel de conocimiento.** Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa: Alto, Medio, Bajo
- **Higiene Bucal.** Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.
- **Maloclusión.** Es una afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, se debe a una moderada distorsión del desarrollo anormal. Comprende una cantidad de desviaciones morfológicas diferentes que pueden presentarse como características únicas o formar parte de diversas combinaciones.

## **2.4. HIPÓTESIS.**

Por las características del estudio, descriptivo, no se formuló hipótesis, tal como establece el autor Hernandez Sampieri en su texto metodología de la investigación cuarta edición.

## **2.5. VARIABLE:**

*Nivel de conocimiento sobre salud bucal*

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable de investigación**

Es la medida de la capacidad del individuo de usar la razón después de haber pasado por el fenómeno de la enseñanza

### **2.5.2. Definición operacional de la variable de investigación.**

Aprendizaje adquirido estimado en una escala y clasificada como:  
Bueno, Regular, Malo.



### 2.5.3. Operacionalización de la variable.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS
Nivel de conocimiento sobre salud bucal en las familias.	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal.	Conocimiento sobre higiene bucal.	Bueno Regular  Malo
		Conocimiento sobre la importancia del cepillado	
		Conocimientos sobre ingesta de fluor.	
		Conocimiento sobre nutrición y dieta.	
		Conocimiento sobre prevención de caries.	
		Conocimiento sobre prevención de maloclusiones.	
	Conocimiento sobre enfermedades bucales.	Conocimiento sobre placa bacteriana.	Bueno  Regular  Malo
		Conocimiento sobre caries.	
		Conocimiento sobre gingivitis.	
		Conocimiento sobre enf. Periodontal.	

## **CAPITULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que se describe las características de la variable nivel de conocimiento sobre salud bucal. Carrasco, S (22) menciona que este tipo de investigación pretende describir las características o rasgos de los hechos y fenómenos que se estudia.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

Nivel de investigación descriptivo. Carrasco, S (22) menciona que este nivel de investigación responde a las características, cualidades internas y externas, propiedades y rasgos esenciales de los hechos y fenómenos de la realidad en un momento y tiempo determinado.

#### **3.1.3. Diseño de investigación**

Estudio no experimental, ya que la variable se estudió en su contexto natural sin manipulación del investigador. Carrasco, S (22) menciona que estos diseños se emplean para analizar y conocer

las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo.

M → O

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se realizará en el AA.HH “Los Angeles”, el mismo que se encuentra ubicado a la altura del Km 3.800 de la Carretera Federico Basadre, en el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población o universo de estudio estuvo constituida por 100 madres de familia del AA.HH “Los Angeles”, la misma que se encuentra distribuida en 06 manzanas.

#### **3.3.2. Muestra**

Para una mayor precisión en los resultados, y por tratarse de una población pequeña, se estudió al total de elementos, siendo 100 madres de familia del AA.HH “Los Ángeles”.

#### **Criterios de inclusión**

- Madre de familia que vive en el AA.HH “Los Ángeles”
- Madre de familia que se encuentra en la vivienda en el momento de la ejecución del estudio.
- Madre de familia que desea participar voluntariamente en la investigación y firma el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Madre de familia que no vive en el AA.HH “Los Ángeles”
- Madre de familia que se encuentra en la vivienda en el momento de la ejecución del estudio.
- Madre de familia que no desea participar voluntariamente en la investigación y firma el consentimiento informado.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.4.1. Técnica**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta a las madres de familia del AA.HH “Los Angeles”, quienes son elementos de la muestra.

### **3.4.2. Instrumentos**

Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario de preguntas, previamente validado y medido su confiabilidad. Este cuestionario consta de 12 preguntas con respuesta múltiple, existiendo dentro de la misma una respuesta correcta en cada pregunta. El instrumento contiene preguntas distribuidas en dos dimensiones:

08 preguntas sobre conocimientos de prevención en salud bucal.

04 preguntas sobre las principales enfermedades bucales.

Dándose un punto por cada respuesta correcta, se agruparán los resultados en los siguientes intervalos:

- Bueno (7-8 puntos)

- Regular (5-6 puntos)
- Malo (0-4 puntos)

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

#### **3.5.1. Validez**

Mediante juicio de expertos se realizará la evaluación de contenido del instrumento de recolección de datos mediante la participación de 03 expertos. Una vez conseguido las respuestas de los jueces se procedió a la evaluación cualitativa y cuantitativa de las mismas. La evaluación "Cualitativa" consistió en considerar todas las sugerencias, aportes que han escrito los jueces en el instrumento; ello ayudó al investigador a mejorar las preguntas del cuestionario, y de ser necesario eliminar aquellas que no tenían relación con la variable que se estuvo midiendo. La evaluación Cuantitativa valoró el instrumento en su totalidad cubriendo diferentes aspectos como son la coherencia con los objetivos, su estructura y comprensibilidad, se realizó mediante la prueba binomial.

Grado de concordancia entre jueces; 'Ta' = n° total de acuerdos; 'Td' = n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Se considera válido cuando obtiene un grado de concordancia mínimo de 80%.

#### **3.5.2. Confiabilidad**

Mediante la prueba piloto se realizó la evaluación de confiabilidad del instrumento, para lo cual previamente se validó el instrumento mediante la evaluación de jueces expertos, al cual se le han

incorporado las correcciones propuestas; las personas encuestadas para la prueba piloto fueron 18 madres de familia del AA.HH. Monitor Huascar.

El tamaño de la muestra para el estudio piloto será menor al de la muestra para el estudio definitivo; sin embargo, los autores difieren respecto a la manera en que debe ser calculado. Hernández Fernández y Baptista (24) señalan que la muestra final será entre 10 a 20% de la muestra total del estudio.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

#### **3.6.1. Plan de recolección**

Para la recolección de datos se solicitó el permiso al Presidente del AA.HH “Los Angeles”, para poder acceder con normalidad a las viviendas donde se aplicó el instrumento de recolección de datos a la madre de familia que se encontraba presente.

#### **3.6.2. Procesamiento de datos**

La información recolectada, fue procesada en una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 22.0 considerando la variable de estudio.

### **3.7. PLAN DE ANALISIS DE DATOS**

Los resultados se presentan en tablas de frecuencia, donde se mostrarán las frecuencias relativas de cada uno de las características de la variable de interés. Se utilizó la estadística descriptiva básica en el análisis de los datos.

### **3.8. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION**

Se dio cumplimiento con los aspectos éticos teniendo como base referencial el “Informe Belmont” (25), se respetó la autonomía del sujeto de estudio, siendo cada participante libre de aceptar el consentimiento informado, haciéndole conocer los riesgos y beneficios de la investigación. Se garantizó el respeto a la vida y dignidad del ser humano.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

A continuación, se presenta los resultados:

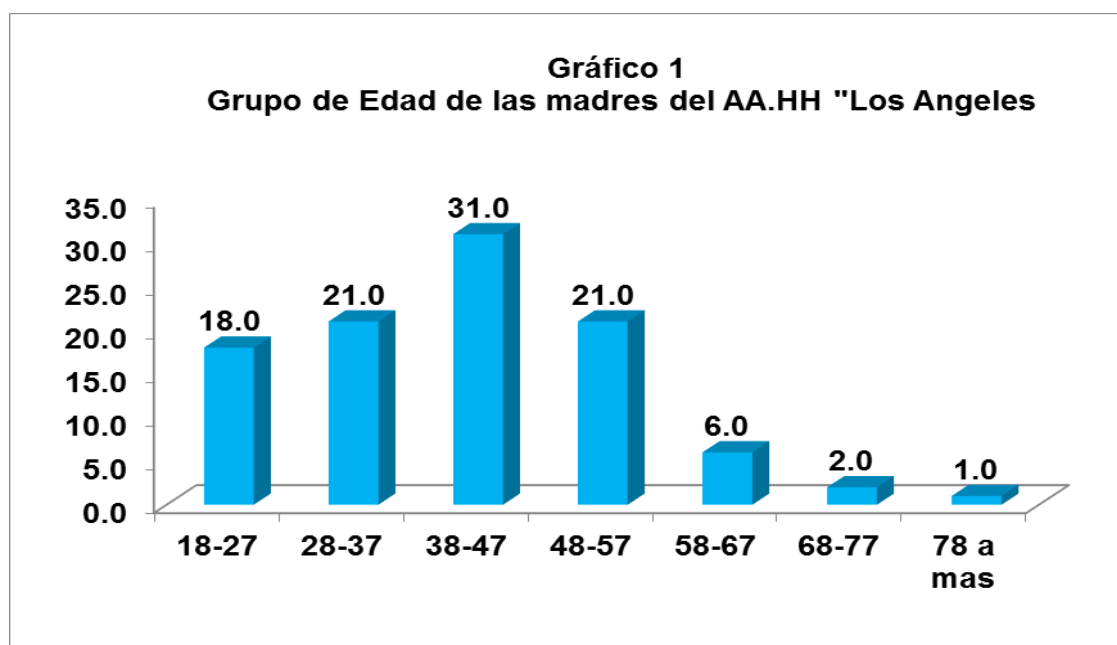


**Tabla 1**

Grupo de Edad de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-27	18	18.0
28-37	21	21.0
38-47	31	31.0
48-57	21	21.0
58-67	6	6.0
68-77	2	2.0
78 a mas	1	1.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



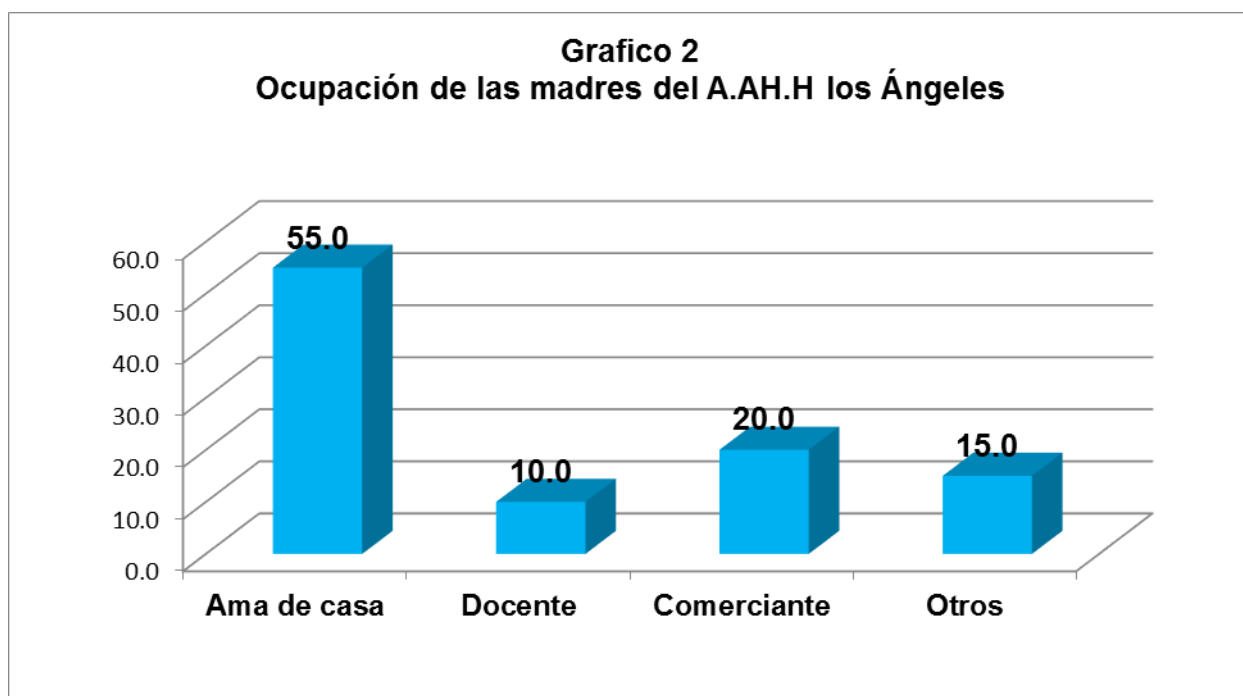
En el grafico N° 1. EL 31% son de las edades 38-47, seguido del 21% de las edades 28-37 y 48-57, el 18% de las edades 18-27, 6% delas edades 58-67,2% de las edades 68-77 y 1% de las edades 78 a más. El promedio de la edad fue 48años.

**Tabla 2**

Ocupación de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	55	55.0
Docente	10	10.0
Comerciante	20	20.0
Otros	15	15.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



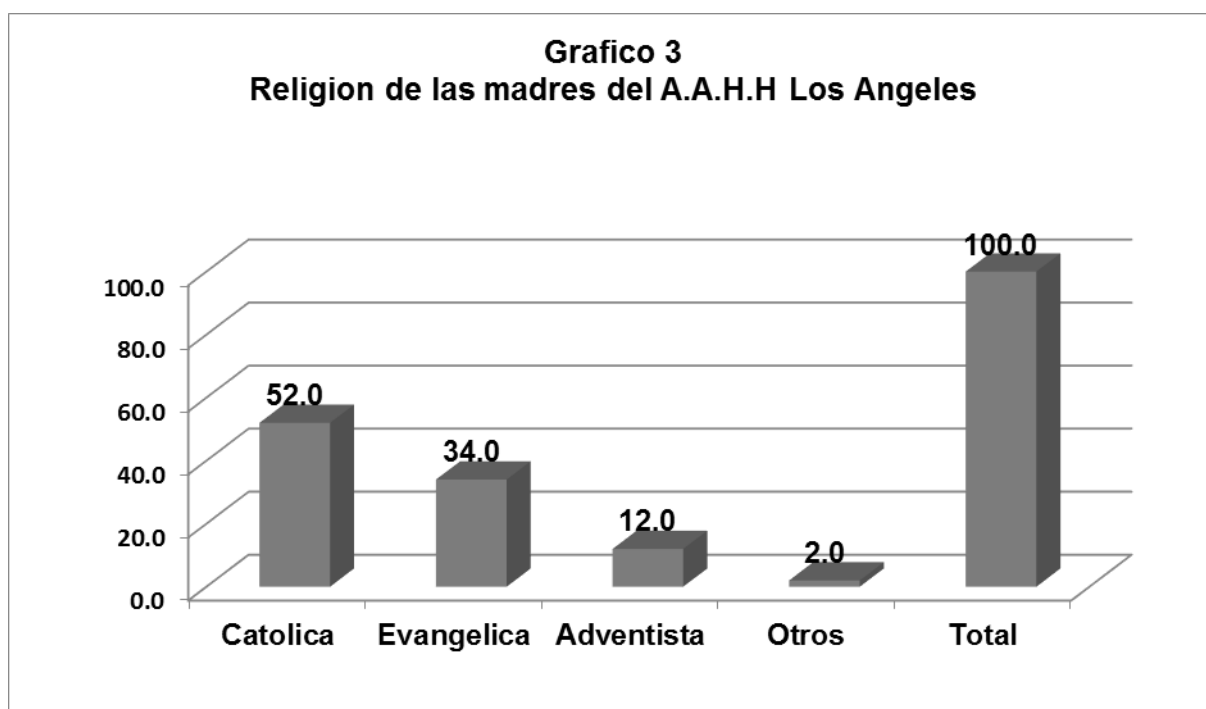
**En el grafico N° 2** el 55% son ama de casa, 20% comerciantes, 15% otros y el 10% docente

**Tabla 3**

Religión de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	52	52.0
Evangélica	34	34.0
Adventista	12	12.0
Otros	2	2.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



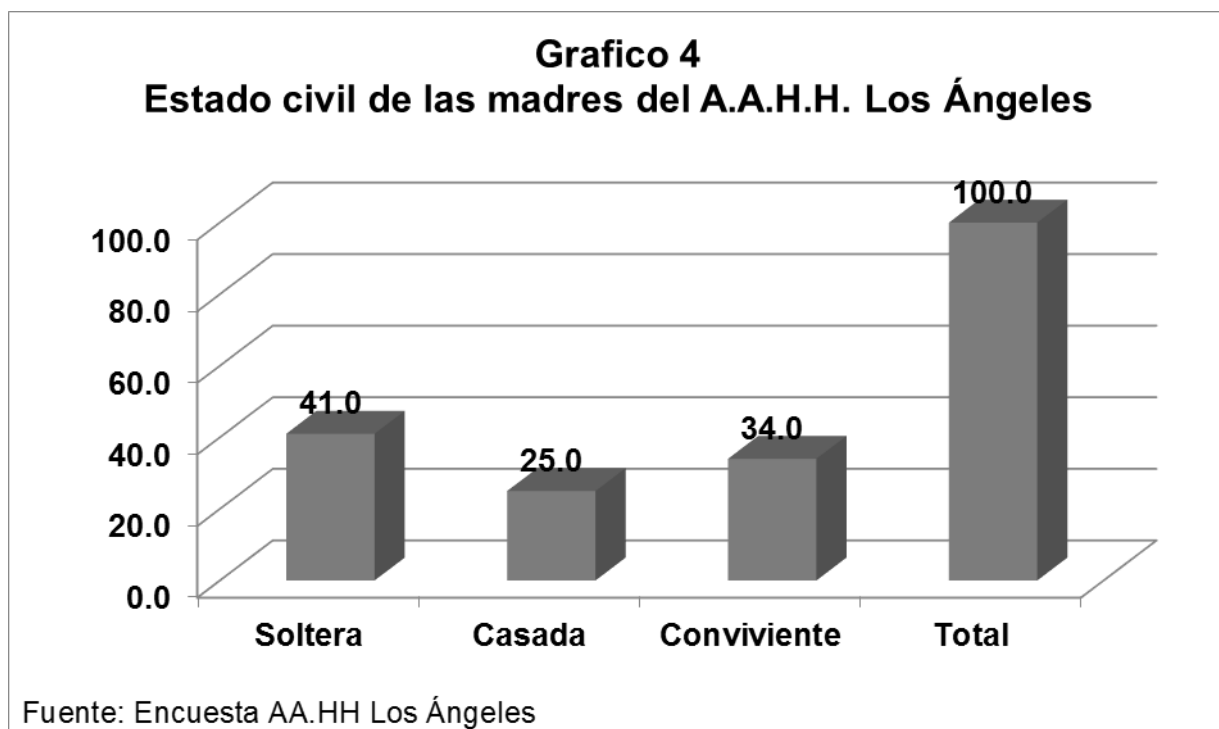
En el grafico 3 el 52% son de religión católica, seguido 34% evangélica, 12% adventista y otras religiones 2%

**Tabla 4**

Estado civil de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	41	41.0
Casada	25	25.0
Conviviente	34	34.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



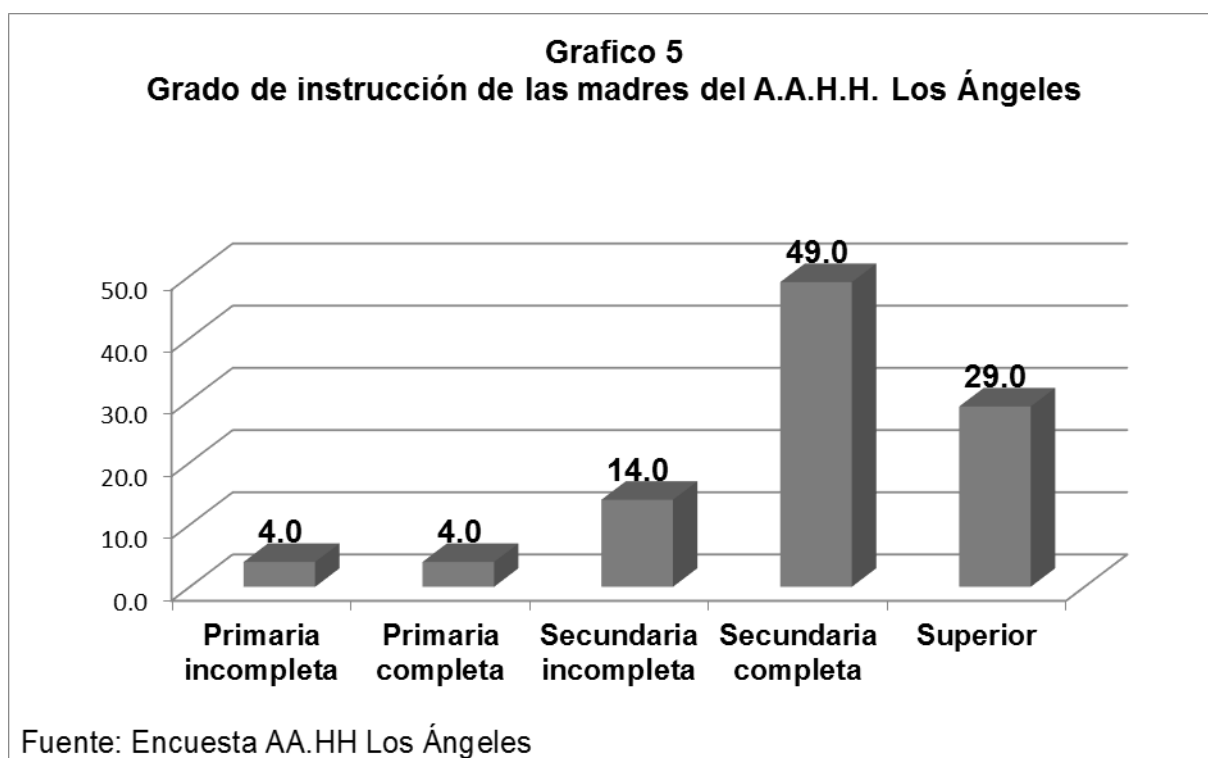
**En el grafico 4** el 41% estado civil soltera, seguido de un 34% conviviente y el 25% casada.

**Tabla 5**

Grado de instrucción de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

<b>Grado de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria incompleta	4	4.0
Primaria completa	4	4.0
Secundaria incompleta	14	14.0
Secundaria completa	49	49.0
Superior	29	29.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



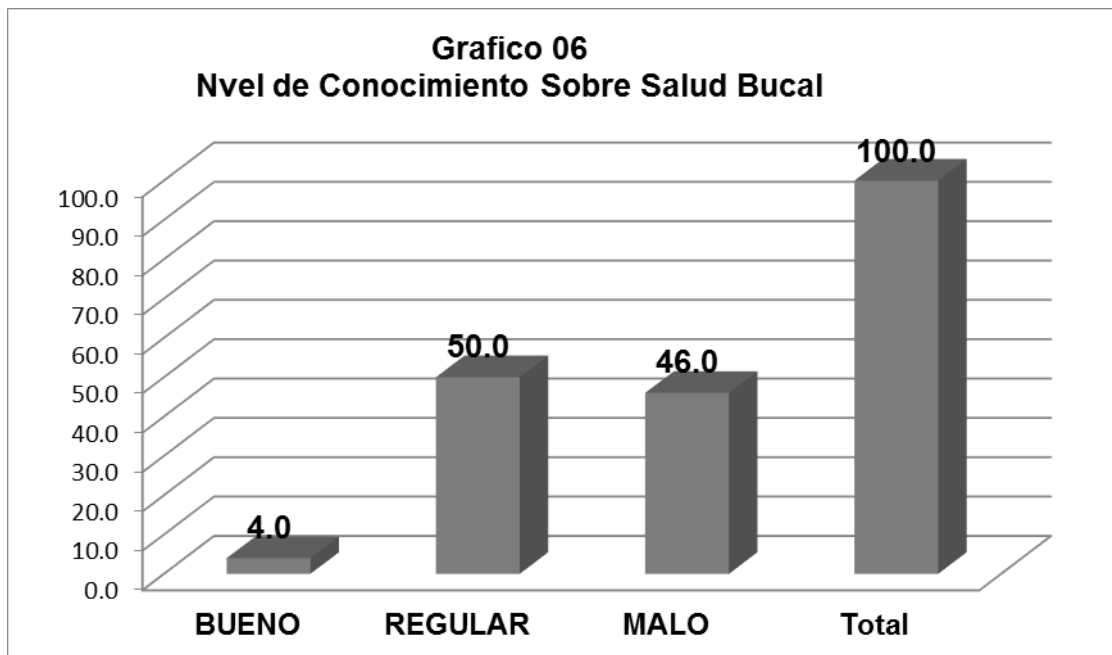
**En el grafico 5** el 49% tienen secundaria completa, 29% superior, 14% secundaria incompleta y el 4% primaria incompleta y primaria completa

**Tabla 06**

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia del AA.HH.  
Los Ángeles, 2017

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
BUENO	04	4.0
REGULAR	50	50.0
MALO	46	46.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



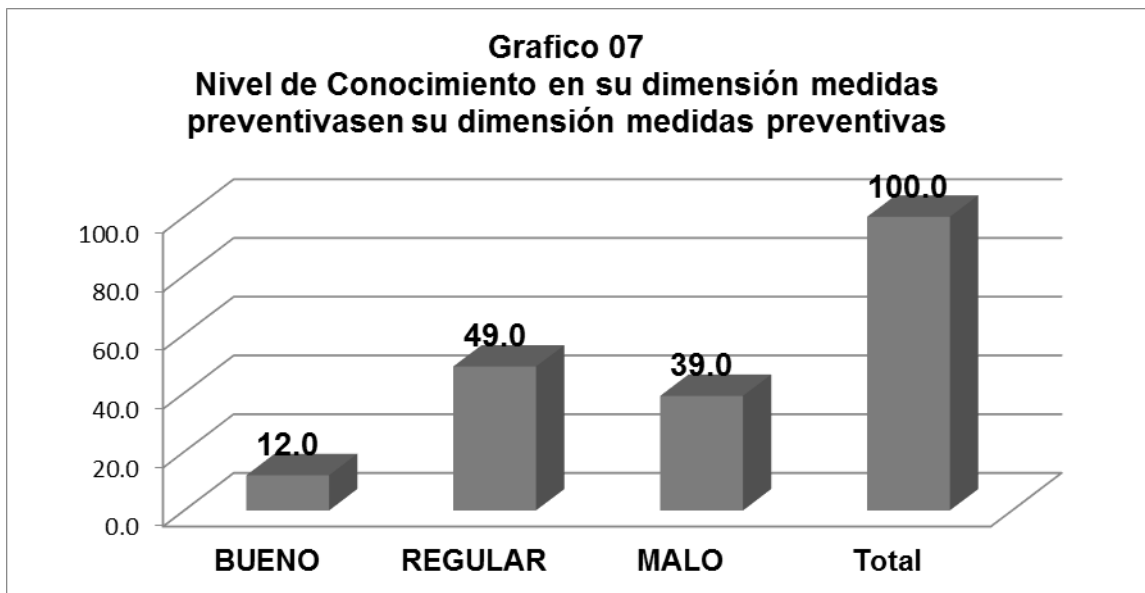
**En el grafico 06** se muestra que el nivel de conocimiento sobre salud bucal es de 50% regular, 46% malo y solo el 4% fue bueno.

**Tabla 07**

Nivel de conocimiento sobre salud bucal, en su dimensión medidas preventivas, de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

<b>Nivel de Conocimiento sobre salud bucal en su dimensión medidas preventivas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
BUENO	12	12.0
REGULAR	49	49.0
MALO	39	39.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



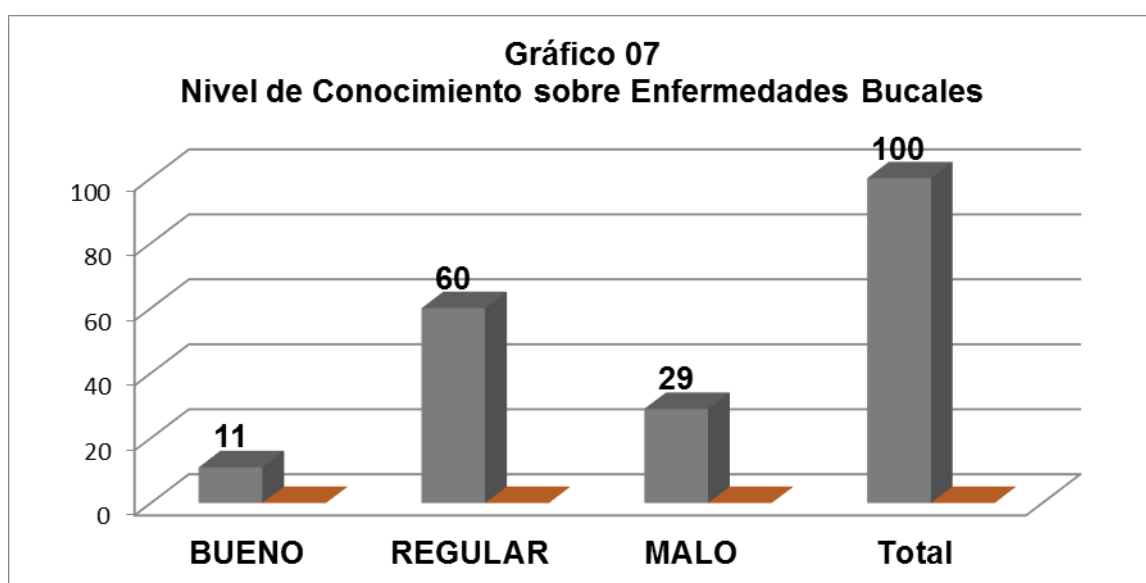
**En el grafico 07** se muestra el nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión medidas preventivas, el 49% tuvo un conocimiento Regular, el 39% Malo solo el 12% tuvo un conocimiento Bueno.

**Tabla 08**

Nivel de Conocimiento sobre la salud bucal, en su dimensión Enfermedades Bucales, de las madres de familia del AA.HH. Los Ángeles, 2017.

<b>Nivel de Conocimiento sobre salud bucal en su dimensión enfermedades bucales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
BUENO	11	11,0
REGULAR	60	60,0
MALO	29	29,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuesta aplicado a las madres del AA.HH. Los Ángeles, 2017



En el gráfico 08 se muestra el nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión enfermedades bucales, el 60% tuvo un conocimiento Regular, 29% Malo solo el 11% tuvo un conocimiento Bueno.



## CAPITULO V

### DISCUSION

En la investigación desarrollado por Machado, S; López, E; Torres, L. (Cuba, 2012) realizó un estudio intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 45 embarazadas, comprendidas entre las edades de 15 a 40 años de edad (8), esto coincide con las madres encuestadas en el trabajo de investigación donde se encontró el promedio de edad fue de 48 años donde entre el 31% son de las edades 38-47, seguido del 21% de las edades 28-37 y 48-57, el 18% de las edades 18-27, 6% de las edades 58-67, 2% de las edades 68-77 y 1% de las edades 78 a más, el grupo de investigación el 100% es del sexo femenino, dentro de las cuales se considera el tipo de trabajo u ocupación de los participantes donde se encontró el 55% son ama de casa no mantienen otro clima laboral, 20% comerciantes, 15% otros y el 10% docente, en cuanto a sus creencias de los encuestados aunque no se encontró relación con el nivel de conocimiento sobre la salud bucal el 52% son de religión católica, seguido 34% evangélica, 12% adventista y otras religiones 2%, con respecto al estado civil no se encontró correlación con los autores esto hace que el 41% estado civil soltera, seguido de un 34% conviviente y el 25% casada.

Con relación al grado de instrucción en su trabajo de **Minaya, T. (Chimbote, 2012)** con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56.0% en el nivel regular de conocimiento sobre la salud bucal (13), ante ello coincide que en la encuesta realizada el 49% tienen secundaria completa, 29% superior tuvo un nivel de conocimiento bueno, 14% secundaria incompleta y el 4% primaria incompleta y primaria

completa, con respecto a los accesorios básicos de la higiene bucal se obtuvo que el 53.0% usan cepillo dental, hilo dental, pasta dental de forma continua, seguido 44.0% flúor, pasta dental, hilo dental, el 2.0% dulces, cepillo dental, pasta dental y el 1.0% no sé, esto coincide con Delgado, R. (Huancavelica, 2012). La mayoría de encuestados utilizan un cepillo dental con cabeza mediana, de cerdas planas, de dureza mediana y el cepillo de un 68.4 % de encuestados no presentó desgaste o decoloramiento (11).

Con respecto al conocimiento de la importancia de la higiene bucal se obtuvo como resultado: el 42.0% ayuda a eliminar la placa bacteriana, el 38.0% para mantener la salud de los dientes, encía y lengua y el 20.0% ayuda a mantener limpios los dientes y lengua, esto coincide con la investigación de Delgado, R. (Huancavelica, 2012) En cuanto al índice de higiene oral, la mayoría de encuestados presentó un nivel regular con 69.6% y con respecto a la condición del instrumento de higiene en este caso el cepillo dental se obtuvo que 3 de los encuestados no lo presentaron (11).

Técnica del cepillado de los dientes dentro de los encontrado se obtuvo 60.0% coloca el cepillo sobre el diente y la encía, de arriba se cepilla hacia abajo, los dientes de abajo se cepillan hacia arriba, el 26.0% colocar el cepillo sobre la encía y el diente, de abajo se cepilla hacia arriba los dientes de arriba se cepillan hacia abajo y el 14.0% colocar el cepillo sobre el diente, cepillar horizontalmente de afuera hacia adentro y viceversa, no coincide con los autores, el cambio de cepillo dental dentro de la higiene es fundamental donde se obtuvo un alto conocimiento del 80.0% cada tres meses, el 15.0% cada seis meses, el 4.0% no sabe y el 1.0% cada 12 meses, sobre el flúor que se utiliza en las cremas dentales el nivel de conocimiento fue que el 45.0% para enjuagarse la boca, el 30.0% para volver más duros los dientes, el 20.0% para cambiar de color los dientes y el 5.0% no sabe, no se relaciona con los autores, las curaciones dentales se obtuvo que el 40.0% refiere para evitar el dolor producido por los dientes, el 32.0% prevenir la aparición de las caries

dental, el 26.0% para evitar la presencia de la placa bacteriana y el 2.0% no sabe para que se realiza la curación de los dientes, no coinciden con ninguno de los autores.

La nutrición y dieta son elementos claves para una buena digestión y fortalecimientos de los dientes y prevenir enfermedades donde se obtuvo que el 45.0% mediante una adecuada nutrición y dieta se puede prevenir la caries dental, el 36.0% evitar la extracción de los dientes, el 16.0% mantener un adecuado aliento y el 3.0% no sabe, conocimiento sobre la placa bacteriana el nivel de conocimiento que se encontró fue el 40.0% la placa bacteriana es restos de alimentos y microorganismos, el 38.0% manchas blanquecinas en los dientes, el 20.0% restos de dulces y comidas y el 2.0% no sabe que es la caries dental, esto coincide con los autores.

Una de las molestias que se puede generalmente es la caries dental donde se obtuvo el 67% la caries dental es una bacteria en la boca , el 13 % la caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y no saben que es la caries dental, solo el 7.0% refiere que la caries es un dolor en la boca, siendo como resultado la gingivitis que es otra enfermedad originada en la boca donde se encontró que el 43.0% refiere que la gingivitis es la inflamación de las encías, seguido del 42.0% no sabe que es la gingivitis, el 11.0% la gingivitis es la inflamación del labio y el 4.0% la gingivitis es el dolor de dientes no se encontró en los resultados de los autores.

Las enfermedades periodontales son enfermedades que generan en la boca donde se obtuvo el 42.0% no sabe que es la enfermedad periodontal , el 32.0% la enfermedad periodontal es la que afecta a los soportes del diente, el 16.0% la enfermedad periodontal es la pigmentación de los labios y el 10.0% la enfermedad periodontal es heridas en la boca esto coincide con la investigación de Nolasco, A. (Chimbote, 2012) sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 86, 7% tuvo un nivel malo, el 13,3% un nivel regular, y 0% obtuvo un nivel bueno (12), también

coincide con la investigación realizada por Minaya, T. (Chimbote, 2012) sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 52.0% tuvo un nivel malo, el 44.0% un nivel regular, y 4.0% un nivel bueno (13).

## CONCLUSIONES

1. Más de dos tercios (31%) de las madres de familia poseen las edades entre 38 a 47 años; respecto a la ocupación, más de la mitad (55%) son ama de casa y de religión católica,
2. Respecto al estado civil, cerca de la mitad (41%) poseen el estado civil de soltera.
3. Cerca de la mitad (49%) tienen el grado de instrucción de secundaria completa.
4. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en la mitad de ellos (50%) es regular, con tendencia a malo y solo un 4% posee nivel de conocimiento bueno.
5. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión medidas preventivas, califica de conocimiento Regular en casi la mitad (49%), con tendencia a malo y solo un 12% tuvo un nivel de conocimiento Bueno.
6. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en su dimensión enfermedades bucales, en más de la mitad (60%) califica de conocimiento Regular, con tendencia a malo y solo un 11% tuvo un nivel de conocimiento Bueno.

## RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Ministerio de Salud:

Implementar y desarrollar programas para mejorar la salud bucal que debe considerar como pilar fundamental las actividades preventivo promocionales.

Promover la educación para la salud respecto a la salud bucal, ya que los resultados muestran que la gran mayoría poseen regular nivel de conocimiento con tendencia a nivel malo.

2. A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa:

Fomentar en los estudiantes a realizar investigaciones respecto a la variable estudiada en la presente investigación.

3. A los estudiantes de la escuela profesional de Enfermería Filial Pucallpa:

Brindar promover la salud bucal en las familias donde desarrollan actividades preventivo promocional, a fin de mejorar la calidad de vida de los pobladores.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OMS. Salud bucodental Nota Informativa N° 318. Abril de 2012.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. Barrios L, David "Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI" "San Bartolomé"- MINSA, en el año 2012.  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2773/1/Barrios\\_Id.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2773/1/Barrios_Id.pdf)
3. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. 2014.  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
4. Nola Pender. El Cuidado. Martes 12 de Junio de 2012.  
[Htlam:teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.](Htlam:teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender)
5. Espinoza, E; Pachas, F. Programas Preventivo Promocionales de Salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol. Herediana 2013 Abr-Jun; 23(2): 101-108. <file:///C:/Users/PC-14/Downloads/37-128-1-PB.pdf>
6. Heredia, J. (Venezuela, 2015). Estudio descriptivo transversal en la población de 15-18 años con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre salud buco dental, en la población de Barrio Adentro Peribeca. Municipio Independencia. San Cristóbal. Estado Táchira, 2015
7. Benítez, J. (México, 2014). Conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus hijos en el "IMIEM" Hospital de Ginecología y Obstetricia.<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49155/PROYECTO%20TERMINAL%20%2011%20DE%20NOV%202014.pdf?sequence=1>
8. Machado, S; López, E; Torres, L. (Cuba, 2012)Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en embarazadas.
9. Panduro, M. "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014.[https://plu.mx/a/5\\_amLTHA2-hiJ3JuMQUAcQGDcluPtQYDtQP9sYTRPn4](https://plu.mx/a/5_amLTHA2-hiJ3JuMQUAcQGDcluPtQYDtQP9sYTRPn4)

10. Toledo, K. "Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el Hospital Luis Negreiros Vega de Lima en Junio del Año 2013"<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KATMAN%20BEAR%20TOLEDO%20SANCHEZ.pdf>
11. Delgado, R. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna Huancavelica"[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1127/1/Delgado\\_rl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1127/1/Delgado_rl.pdf)
12. Nolasco, A. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes del distrito de Chimbote, provincia de Santa, departamento de Ancash - Noviembre 2012."<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/233>
13. Minaya, T. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud la Florida del distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash - Noviembre 2012."<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/273>
14. Rosales, E. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital III Essalud Chimbote-Ancash 2012".<https://es.slideshare.net/audiosleve/tesis-nivel-de-conocimiento-de-salud-oral-en-gestantes-chimbote-peru>
15. Arroyo, J. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden a los Servicios de Gineco Obstetricia del Centro Materno Infantil Laredo del distrito de Laredo – Trujillo La Libertad 2012".<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/017841/6140/01784120140708121540.doc>
16. Díaz Muñante, Jr. Modelo de gestión del conocimiento (GC) aplicado a la universidad pública en el Perú. Monografía. [En línea] 2004 <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/monografias/Principal.asp>



17. Rosental, M. & Iudin, P. Diccionario Filosófico. Editora Política. La Habana. 1973.
18. Núñez Paula, I. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. [en línea] Acimed 2004; 12(3).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
19. Franco A, Santamaría A, Curcur E, Castrol L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimiento y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Rev. CES Odontológica 2004; 17(1):19- 2
20. Ministerio de salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33, 1996
21. Capote; M; Campelo; L. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev Cubana Estomatol vol.49 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2012
22. Carrasco, S. Metodología de la Investigación científica. Editorial San Marcos. Lima, Perú. 2006.
23. Barrientos, A. "Confiabilidad". Clase del Doctorado en Ciencias de la Salud. 2010.
24. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. 5a. edición. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. 2010.
25. Informe Belmont. Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos. [www.bioeticayderecho.ub.es](http://www.bioeticayderecho.ub.es) - [www.bioeticaidret.cat](http://www.bioeticaidret.cat).

# **ANEXOS**

## Anexo 1

### CUESTIONARIO

#### **I. INTRODUCCION**

La presente tiene por finalidad recolectar información con el propósito de determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia del AA.HH "Los Ángeles" del distrito de Callería, 2017. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

#### **II. DATOS GENERALES**

Edad:..... Sexo: M ( ) F ( ) Ocupación:.....Religión.....  
Estado Civil: .....G. Instrucción: .....Dirección.....

#### **III. CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.**

**1. Cuáles considera Ud., que son elementos necesarios para realizar una adecuada higiene bucal?**

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental. ( )
- b) Flúor, pasta dental, hilo dental. ( )
- c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental.( )
- d) No sé. ( )

**2. Conoce Usted., porque es importante realizar una adecuada higiene bucal.**

- a) Ayuda a eliminar la placa bacteriana. ( )
- b) Ayuda a mantener limpio los dientes y lengua. ( )
- c) Para prevenir la salud de los dientes, encía y lengua. ( )
- d) No sé.( )

**3. La técnica correcta de cepillado de los dientes es de la siguiente manera:**

- a) Colocar el cepillo sobre el diente y la encía, de arriba se cepilla hacia abajo, los dientes de abajo se cepillan hacia arriba. ( )
- b) Colocar el cepillo sobre la encía y el diente, de abajo se cepilla hacia arriba, los dientes de arriba se cepillan hacia abajo.( )
- c) Colocar el cepillo sobre el diente, cepillar horizontalmente de afuera hacia adentro y viceversa.( )
- d) No sé. ( )

**4. Principalmente cuando Ud., Cree que debe cepillarse los dientes?**

- a) Antes de las comidas. ( )
- b) Después de las comidas. ( )
- c) Solo al acostarse. ( )
- d) Solo al levantarse. ( )
- e) No sé. ( )

**5. Cada cuánto tiempo considera usted que se debería cambiar el cepillo dental?**

- a) Cada 6 meses. ( )
- b) Cada 12 meses. ( )
- c) Cada 3 meses. ( )
- d) No sé. ( )

**6. Sabe Usted., para qué se usa el flúor dental?**

- a) Para cambiar de color a los dientes.( )
- b) Para enjuagarse la boca. ( )
- c) Para volver más duros los dientes.( )
- d) Para aumentar la saliva. ( )
- e) No sé.( )

**7. Sabe Usted., para que se realiza la curación de los dientes?**

- a) Prevenir la aparición de la caries dental. ( )
- b) Para evitar el dolor producido por los dientes. ( )
- c) Para evitar la presencia de placa bacteriana. ( )
- d) No sé. ( )

**8. Sabe Usted., que mediante una adecuada nutrición y dieta se puede:**

- a). Prevenir la caries dental. ( )
- b). Evitar la extracción de los dientes. ( )
- c). mantener una adecuado aliento. ( )
- d). No sé. ( )

**IV. CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES.**

**9. La placa bacteriana es:**

- a) Restos de dulces y comidas. ( )
- b) Manchas blanquecinas en los dientes. ( )
- c) Restos de alimentos y microorganismos. ( )
- d) No sé. ( )

**10. La caries dental:**

- a) Es una bacteria en la boca.( )
- b) Es una enfermedad infectocontagiosa.( )
- c) Es un dolor en la boca. ( )
- d) No sé.( )

**11. La gingivitis es:**

- a) El dolor de diente. ( )
- b) La inflamación de las encías. ( )
- c) La inflamación del labio. ( )
- d) No sé. ( )

**12. La enfermedad periodontal es:**

- a) Heridas en la boca.( )
- b) La que afecta a los soportes del diente.( )
- c) La pigmentación de los labios.( )
- d) No sé.( )

**Muchas gracias**

## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:..... Mayor de edad, con Documento de Identidad N°....., Declaro que: He sido informada de los antecedentes, justificación, objetivos y metodología del proyecto de investigación para el que se solicita mi colaboración.

He comprendido la información y la solicitud de colaboración que se me hace.

Se me ha garantizado la confidencialidad de la información que yo pueda aportar, así como de mi identidad.

También conozco al coordinador (a) y responsable del proyecto.

Por todo ello, doy mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación: *“Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en madres de familia del AA.HH “Los Angeles” del distrito de Callería, 2017.”.*

Firma:.....

Fecha:.....

**Muchas gracias**

**ANEXO 03**

**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

Pucallpa 19-07-2017

**Señor (a) Dr: Mello Usnava Jorge**  
**Espec: Médico cirujano dentista**  
**Asunto: APOYO COMO EXPERTO**

De mi mayor consideración.

Me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar su colaboración como experto en la validación del presente instrumento, esta acción permitirá recopilar información a fin de desarrollar y evaluar por el protocolo intitulado:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES DE FAMILIA DEL AA.HH “LOS ANGELES” DEL DISTRITO DE CALLERÍA, 2017”.**

El mismo que está constituido con los ítems relacionados a los objetivos que se desean alcanzar.

De la misma manera le agradezco detallar las observaciones que usted considere pertinentes al observar la Relevancia, Coherencia y claridad de cada uno de los ítems en relación a los objetivos deseados, su opinión resultara ser un valioso apoyo para el desarrollo de esta investigación.

**Atentamente:**

-----

Josué Levi Usnava Cabrera  
Bachiller de la escuela profesional de enfermería

**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

Pucallpa 19-07-2017

**Señor (a) Dr: Orison Leveau Bartra**

**Espec: Médico cirugía General**

**Asunto: APOYO COMO EXPERTO**

De mi mayor consideración.

Me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar su colaboración como experto en la validación del presente instrumento, esta acción permitirá recopilar información a fin de desarrollar y evaluar por el protocolo intitulado:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES DE FAMILIA DEL AA.HH “LOS ANGELES” DEL DISTRITO DE CALLERÍA, 2017”.**

El mismo que está constituido con los ítems relacionados a los objetivos que se desean alcanzar.

De la misma manera le agradezco detallar las observaciones que usted considere pertinentes al observar la Relevancia, Coherencia y claridad de cada uno de los ítems en relación a los objetivos deseados, su opinión resultara ser un valioso apoyo para el desarrollo de esta investigación.

**Atentamente:**

-----

Josué Levi Usnava Cabrera

Bachiller de la escuela profesional de enfermería



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

Pucallpa 19-07-2017

**Señor (a) Dr: Hugo López Mathews**

**Espec: Médico Cirujano Dentista**

**Asunto: APOYO COMO EXPERTO**

De mi mayor consideración.

Me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar su colaboración como experto en la validación del presente instrumento, esta acción permitirá recopilar información a fin de desarrollar y evaluar por el protocolo intitulado:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS MADRES DE FAMILIA DEL AA.HH “LOS ANGELES” DEL DISTRITO DE CALLERÍA, 2017”.**

El mismo que está constituido con los ítems relacionados a los objetivos que se desean alcanzar.

De la misma manera le agradezco detallar las observaciones que usted considere pertinentes al observar la Relevancia, Coherencia y claridad de cada uno de los ítems en relación a los objetivos deseados, su opinión resultara ser un valioso apoyo para el desarrollo de esta investigación.

**Atentamente:**

-----

Josué Levi Usnava Cabrera

Bachiller de la escuela profesional de enfermería

**Muchas gracias**

### **Anexo 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	H. GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en familias del AA.HH "Los angeles" del distrito de Callería, 2017?	Determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en familias del AA.HH "Los Angeles" del distrito de Callería, 2017?	Las familias del AA.HH "Los Angeles" poseen un regular nivel de conocimiento sobre salud bucal			Conocimiento sobre higien bucal	Bueno Regular Malo	<b>Tipo de investigación</b>
					Conocimiento sobre la importancia del cepillado		Sustantiva descriptiva
<b>SECUNDARIOS</b>	<b>ESPECIFICOS</b>	<b>H. ESPECIFICAS</b>			Conocimiento sobre ingesta de fluor		<b>Nivel de investigación</b>
					Conocimiento sobre nutrición y dieta		Descriptiva
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en familias del AA.HH "Los Angeles" del distrito de Callería, 2017?	Identificar cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en familias del AA.HH "Los Angeles" del distrito de Callería, 2017?	Las familias del AA.HH "Los Angeles" tienen un regular nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal		Conocimiento sobre prevención de caries		<b>Diseño de investigación</b>
					conocimiento sobre prevención de maloclusiones		M → O
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre afecciones y enfermedades bucales en familias del AA.HH "Los Angeles" del distrito de Callería, 2017?	Establecer cuál es el nivel de conocimiento sobre afecciones y enfermedades bucales en familias del AA.HH "Los Angeles" del distrito de Callería, 2017?	Las familias del AA.HH "Los angeles" tienen un regular nivel de conocimiento sobre afecciones y enfermedades bucales		Conocimiento sobre afecciones y enfermedades bucales	Conocimiento sobre placa bacteriana	Bueno Regular Malo	<b>Ambito de investigación</b>
					Conocimiento sobre caries		AA.HH "Los Angeles"
					Conocimiento sobre gingivitis		<b>Poblacion o universo</b>
					Conocimiento sobre enfermedad periodontal		103 familias
							<b>Muestra</b>
							45 familias
							<b>Validez y confiabilidad</b>
							juicio de expertos, prueba binomial
							<b>Tecnica e instrumentos</b>
							Observación, entrevista, cuestionario
							Procesamiento de datos
							SPSS V. 22.0
							Análisis de datos
							Estadística descriptiva básica.