



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021.

Presentada por la:

Bach. Shiarmely Paz Florez

Para optar el Título Profesional
de Cirujano Dentista

Asesora:

Mgt. CD. Aida Valer Contreras

CUSCO – PERÚ

2022



DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas, por guiar e iluminar mis pasos.

A mis papas, Josefina y Simeón, por su amor, apoyo y comprensión incondicional
que me brindan día a día.

A mis hermanos Silder Josep, Fanny Marelim, Yenyfer y Lenin Leónidas, por ser
los mejores hermanos que me dan su apoyo constante y valioso.

A mi compañero de vida Jimmy y a mi amada hija Lizbeth Sofía, por el apoyo
incondicional y el amor que me brindan en cada paso que doy.



AGRADECIMIENTO

Agradecer a mi asesora de tesis la C.D. Aida Valer Contreras, por su constante y valioso asesoramiento durante el desarrollo de toda esta investigación.

A los doctores que me ayudaron con sus consejos y sugerencias durante las diferentes fases de la investigación, muchas gracias por su tiempo y apoyo.

A mi casa de estudios, Universidad Andina del Cusco, por acogerme en sus aulas; y a todos los docentes de la Escuela Profesional de Estomatología por todas sus enseñanzas a lo largo de los años de formación profesional.

Al Centro de Salud Dignidad Nacional del distrito de Santiago, a los jefes de Departamento de Odontología, por brindarme facilidades para el desarrollo de esta investigación.

A todas las madres que participaron en este trabajo, por su tiempo brindado.

A todos ellos mi eterna gratitud.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas de la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses; según rango de edad, grado de instrucción y número de hijos en el centro de salud dignidad nacional – Santiago – Cusco, fue un trabajo no experimental, descriptivo, transversal, la muestra estuvo conformada por 132 madres de familia, quienes se les aplico un cuestionario de 20 preguntas referidas a salud bucal de sus niños, como resultados se obtuvo un nivel de conocimientos malo en un 87.9% de la muestra de estudio, el rango de edad de que obtuvo el nivel de conocimiento bajo es de 32 a 40 años, aunque el nivel de conocimientos en atención odontológica fue regular (48.5%), los demás ítems o dimensiones obtuvieron resultados de nivel de conocimiento bajo. No se encontró grado de dependencia alguna con edad, grado de instrucción, y número de hijos ($p>0.05$). Se debe reforzar este tema en las madres ya que son las responsables directas en el cuidado y salud de sus hijos.

Palabras clave: Prevención, Salud Bucal, Madres.



ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of knowledge of mothers about preventive measures for the oral health of children aged 0 to 36 months, according to age range, level of education and number of children in the National Dignity Health Center - Santiago - Cusco. The age range that obtained the low level of knowledge was 32 to 40 years, although the level of knowledge of dental care was regular (48.5%), the other items or dimensions obtained results with a low level of knowledge. No degree of dependence was found with age, educational level and number of children ($p>0.05$). This topic should be reinforced in mothers since they are directly responsible for the care and health of their children.

Key words: Prevention, Oral health, Mothers.

Tesis final

por Shiarmely Paz Florez



.....
Mg. Aida Valer Contreras
Docente

Fecha de entrega: 22-mar-2023 12:34p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2043692733

Nombre del archivo: TESIS_SHIARMELY_PAZ_FLOREZ.pdf (3.01M)

Total de palabras: 31447

Total de caracteres: 151762



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021.

Presentada por la:

Bach. Shiarmely Paz Florez

Para optar el Título Profesional
de Cirujano Dentista

Asesora:

Mgt. CD. Aida Valer Contreras

CUSCO – PERÚ

2022


.....
Mg. Aida Valer Contreras
Docente

INFORME DE ORIGINALIDAD

17 %	4 %	4 %	10 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	6 %
2	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	2 %
3	myslide.es Fuente de Internet	2 %
4	Leonor Palomer R. "Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa", Revista chilena de pediatría, 2006 Publicación	1 %
5	Osmeybi Leonor Gittens-Jiménez. "Plan de acción para la promoción de salud bucal en educación", Prohominum, 2020 Publicación	1 %
6	Rubén Balabonce Chumpitaz Durand, Norma del Carmen Gálvez Díaz, Daniel Ángel Córdova Sotomayor. "Cost-effective Evaluation of an Educational Intervention based on Multiple Intelligences Versus Traditional Care to Improve Exclusive	1 %



CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INDICE DE CONTENIDO	6
CAPITULO I	
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Planteamiento del Problema	10
1.2. Formulación de Problema	12
1.2.1. Problema General	12
1.2.2. Problemas Específicos	12
1.3. Justificación	13
1.3.2. Relevancia Social	13
1.3.3. Implicancia Practica	13
1.3.4. Valor Teórico	14
1.3.5. Utilidad Metodológica	14
1.4. Objetivos de Investigación	14
1.4.1. Objetivo General	14
1.4.2. Objetivos Específicos	14
1.5. Delimitación del estudio	15
1.5.1. Delimitación espacial	15
1.5.2. Delimitación temporal	15
1.5.3. Aspecto Ético	15
II. MARCO TEORICO	16
2.1. Antecedentes del Estudio	16
2.1.1. Antecedentes Internacionales	16
2.1.2. Antecedentes Nacionales	17
2.2. Bases Teóricas	21
2.3. Hipótesis	64
2.3.1. Hipótesis General	64
2.4. Variable	64
2.4.1. Identificación de Variables	64



2.4.2. Co - variables.....	64
2.4.3. Operacionalización de Variables.....	64
III. METODOLOGÍA.....	67
3.1. Tipo de Investigación.....	67
3.2. Población y Muestra.....	67
3.2.1. Población.....	67
3.2.2. Muestra.....	67
3.3. Criterios de Selección.....	68
3.3.1. Criterios de Inclusión.....	68
3.3.2. Criterios de Exclusión.....	68
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	68
3.4.1. Técnica.....	68
3.4.2. Instrumento.....	69
3.4.3. Procedimientos para Recolección de Datos.....	69
3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos.....	70
3.6.1. Validez de Instrumento.....	70
3.6.2. Confiabilidad de instrumentos.....	70
3.7. Procedimiento de Análisis de datos.....	70
3.7.1. Enfoque de la Investigación.....	70
IV RESULTADOS.....	71
V. DISCUSIÓN:.....	79
VI. CONCLUSIONES.....	82
VII. SUGERENCIAS.....	83
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
IX. ANEXOS.....	91
X. MATRIZ DE DATOS.....	115



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO de la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses OE1	71
Tabla 2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE ORAL OE2	71
Tabla 3. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA Y HABITOS OE3..	72
Tabla 4. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL OE4	72
Tabla 5. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DENTAL OE5	73
Tabla 6. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MALOCLUSIÓN OE6.....	73
Tabla 7. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA OE7	74
Tabla 8. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS OE8	74
Tabla 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES OG	75



CAPITULO I

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con fines de conocer el nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas de salud bucal de los niños entre 0 – 36 meses de edad en el Centro de Salud Dignidad Nacional.

La educación para la salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de salud integral del niño, asegurándole una mejor calidad de vida. Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud bucal en los hogares; principalmente la madre ya que el infante depende totalmente de ella, pero no todas están preparadas para poder realizarlo correctamente, muchas transmiten a sus hijos la cultura que ellas recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, algunas veces perjudiciales para el niño. Es por esto que el conocimiento de la madre es uno de los principales factores de riesgo de la salud bucal del niño menor de 3 años. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses, que acudieron al centro de salud dignidad nacional del distrito de Santiago, lo que servirá para implementar programas de promoción y prevención de salud bucal, las cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para generar un impacto efectivo y controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables desde el entorno familiar. Se considera importante brindar educación para lograr que la comunidad tenga una “Cultura de Salud” temprana oportuna y permanente dirigida a la madre en aspectos de cuidados de la salud bucal de sus hijos, con el fin de tener niños con niveles de crecimiento y desarrollo óptimos, y competir en el mundo globalizado de hoy; lo cual significará al estado y a la sociedad una mejor relación costo beneficio.(1)

El propósito del presente estudio fue tener una idea del nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas de sus niños que oscilan entre los 0 a 36 meses de edad y tener un antecedente para hacerles llegar una de varias



alternativas que existe para tratar de evitar futuras complicaciones en su salud bucodental.

1.1. Planteamiento del Problema

En nuestra localidad vemos la problemática de las madres de familia que sufren de carencias sobre conocimiento sobre la salud bucal en sus menores hijos, menores a los 36 meses, ya que no cuentan con información adecuada y orientación para prevenir enfermedades bucales que directamente atacan a sus hijos.

En nuestro distrito de Santiago la falta de conocimiento sobre la salud bucal, es uno de los mayores problemas que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales donde existe bajos recursos económicos, como en las zonas rurales y en las urbano marginadas, donde los programas de salud no son distribuidos convenientemente.

El Ministerio de Salud realizó un estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en población escolar de 6 a 8, 10, 12 y 15 años a nivel del país, en el período comprendido entre octubre del 2001 y julio del 2002. Los resultados mostraron como promedio 90,4% de prevalencia de caries dental a nivel nacional en la población escolar. Según el tipo de dentición, la prevalencia a nivel nacional de caries dental en piezas temporales fue de 60,5% y para las piezas permanentes 60,6%. La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%. El promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición temporal y permanente (índice ceo-d/CPO-D) a nivel nacional fue de 5,84 y el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-D-12) a nivel nacional fue 3,67 (IC95%: 3,37-3,97), que ubica al Perú en la tipología de crecimiento según criterios de clasificación de la OMS. La prevalencia general de fluorosis del esmalte dental fue 10,1%. La prevalencia de enfermedad periodontal es de 85% y la prevalencia de maloclusiones fue de 80% (2).

La prevención se ha convertido en uno de los pilares fundamentales en el campo de la odontología, la salud bucal es importante para una buena salud general, pues



un adecuado crecimiento y desarrollo de las estructuras estomatognáticas repercute directamente con la nutrición, lenguaje, autoestima y bienestar general de la persona. La mejor manera de combatir la enfermedad no es sólo eliminando los síntomas o curándola; sino también promocionando la salud y previniendo la enfermedad desde etapas muy tempranas de la vida, ya que en esta etapa se pueden adquirir hábitos nocivos para la salud bucal y a su vez, la odontología restauradora y/o invasiva es de difícil acceso por la edad (1).

Las acciones para proteger la salud bucodental infantil se basan en la participación regular de los padres o tutores, en los programas en el ámbito materno infantil, y en el trabajo pediátrico en general. Sin embargo, es difícil obtener la cooperación de los padres para las actividades de cuidado o prevención dentro de la familia (3)

El Perú es uno de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades bucales, siendo también alarmante que dichas enfermedades suelen comenzar en etapas muy tempranas de la vida. La evaluación realizada por el Ministerio de Salud en el 2001 registró que escolares de 6 a 15 años de edad presentaron una prevalencia de caries dental de 90.7% y prevalencia de enfermedad periodontal de 85%. Existe una tendencia por motivar e impulsar, antes que lo curativo, lo preventivo es por eso que se han realizado múltiples investigaciones para poder cuantificar los niveles de conocimiento y conducta en distintas partes del mundo pues dentro de la prevención se ha de tomar en cuenta las acciones diarias habituales que no perjudiquen la salubridad individual y esto va de la mano con los conocimientos previos que el individuo ha adquirido para poder fundamentar dichas acciones. Por ese fin de desarrollar la prevención es que las investigaciones se destinan a todo grupo poblacional como por ejemplo madres gestantes, escolares, universitarias, etc.(2)

Los conocimientos acerca de la prevención para la buena salud bucal que tiene la madre son vitales, ya que definitivamente estos influenciarán para una adecuada salud estomatológica y general del niño. Las enfermedades bucodentales más prevalentes en los niños como la caries y mal oclusiones, pueden evitarse o controlarse poniendo en práctica métodos de prevención en etapas tempranas de la vida del niño, siendo la madre la que tiene mayor responsabilidad, a través del



conocimiento de la lactancia materna y su influencia en el desarrollo del sistema estomatognático, así como proveer de una dieta adecuada y balanceada para el desarrollo del niño, también cuándo y cómo realizar la higiene bucal, saber la importancia del uso del flúor, así de cómo eliminar aquellos hábitos orales que causan alteraciones dentoalveolares.(1)

1.2. Formulación de Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad en el centro de salud dignidad nacional, distrito de Santiago, ¿en los meses de agosto 2021 – diciembre 2021?

1.2.2. Problemas Específicos

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 36 meses?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia y hábitos en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedad periodontal en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre maloclusión en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre atención odontológica en niños de 0 a 36 meses de edad?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre los tratamientos preventivos de la caries en niños de 0 a 36 meses de edad?



1.3. Justificación

De acuerdo a nuestra investigación nos es de importancia el poder determinar el nivel de conocimiento de las madres, puesto que ellas iniciarán con las medidas preventivas de salud bucal desde su nacimiento.

En esta etapa de 0 a 36 meses, los niños son totalmente dependientes de sus madres.

1.3.1. Conveniencia

La importancia de determinar el nivel de conocimiento de las madres podrá establecer un punto de partida para estrategias en medidas preventivas de salud bucal desde el nacimiento. En esta etapa (de 0 a 36 meses de vida) los niños son totalmente dependientes de ellas, con esta información se podrá diseñar o mejorar los programas educativos que se deben brindar en los establecimientos de salud, cuya concurrencia es alta y su población presenta las condiciones menos favorables para costear algún tratamiento odontológico, lo que puede garantizar una mejor calidad de vida de la población infantil

1.3.2. Relevancia Social

La presente investigación beneficiara directamente a los profesionales de la salud, las cuales en base a un diagnóstico de la situación de la salud bucal en estos pacientes podrán estimar las acciones más adecuadas en lo referente a prevención y promoción de la salud en niños de 0 a 36 meses.

1.3.3. Implicancia Practica

Los estudios de conocimientos determinan el fundamento básico para tomar acciones correctivas en los procedimientos preventivos en salud en general y mas específicamente en salud bucal sobre todo de población en etapa de crecimiento, como lo son los niños, el establecer el conocimiento de las madres podrá incentivar a capacitaciones acerca de salud bucal y su repercusión en sus hijos, para la mejora de la salud bucal, y cambio en las actitudes y actividades de los padres hacia sus hijos.



1.3.4. Valor Teórico

Permitirá generar mayor bibliografía; a pesar de, existir antecedentes realizados anteriormente en otro lapso de tiempo, lugar y edad considerada. Con la presente investigación se conocerá el nivel de conocimiento de las madres en nuestra población sobre medidas preventivas en salud bucal de los niños entre 0 – 36 meses de edad logrando realizar comparaciones locales nacionales e internacionales.

1.3.5. Utilidad Metodológica

En el presente trabajo de investigación, se realizó una ficha de recolección de datos que fue validada por tres expertos, los cuales pueden servir como guía de futuros trabajos de investigación.

1.4. Objetivos de Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad en el centro de salud dignidad nacional – Santiago – Cusco.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre crecimiento y desarrollo de la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses
- ✓ Describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral en niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Especificar el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia y hábitos en niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Detallar el nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedad periodontal en niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Describir el nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental en niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Especificar el nivel de conocimiento de las madres sobre maloclusión en niños de 0 a 36 meses de edad



- ✓ Definir el nivel de conocimiento de las madres sobre atención odontológica en niños de 0 a 36 meses de edad
- ✓ Precisar el nivel de conocimiento de las madres sobre los tratamientos preventivos de la caries en niños de 0 a 36 meses de edad

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente trabajo de investigación se realizó específicamente en el Centro de salud dignidad nacional, sobre sobre crecimiento y desarrollo, higiene oral, lactancia, caries dental, maloclusión y tratamientos preventivos según rango de edad, grado de instrucción y número de hijos en el centro de salud Dignidad Nacional ubicado en Santiago – Cusco.

1.5.2. Delimitación temporal

El presente trabajo de investigación se realizó en el año 2021, en los meses de agosto hasta diciembre.

1.5.3. Aspecto Ético

Dentro de las consideraciones que se emplearon, se tiene:

- a. La información se manejó de manera confidencial y fue utilizada sólo para los fines de la investigación.
- b. La participación en la encuesta fue voluntaria y no se obligó a ninguna persona a responder forzosamente.
- c. Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con las normas éticas y sociales locales e internacionales.

CAPITULO II



II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Texeira et al.(4), en Paraguay el año 2011, realizaron un estudio a 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo, Paraguay. La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. El conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños resultó ser bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud

Rodriguez (5) en Santiago de Chile el 2005, Realizó un estudio; Conocimiento de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos en salud bucal que poseen jóvenes estudiantes de 7° y 8° básico, cuya conclusión es posible realizar una encuesta de forma masiva por medio de Internet en distintos lugares. Existe gran información por parte de los jóvenes respecto de la naturaleza de la caries, la forma de prevenirla y el tipo de alimentos que favorecen su formación. Pero no tienen claro la condición infectocontagiosa que posee esta enfermedad. No fue posible determinar un nivel de conocimientos promedio en este tema. Los estudiantes manejan conceptos importantes sobre salud periodontal, sin que valoren el real impacto de esta enfermedad en la población, su nivel de conocimientos es aceptable, aunque al mismo tiempo declaran tener hemorragia gingival, o haber tenido alguna vez, en un 81% de los casos.

Los estudiantes asocian malos hábitos con anomalías de posición dentarias, y no con anomalías máxilo faciales.



2.1.2. Antecedentes Nacionales

Torres (6) en Iquitos en el 2018, Realizó un estudio; Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del centro educativo básico especial en Iquitos, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del Centro Educativo Básico Especial del distrito de Iquitos, año 2017. El tipo de Investigación es Cuantitativo, el diseño es No Experimental, tipo descriptivo correlacional transversal. La muestra estuvo conformada por 62 alumnos y padres de familia. Los instrumentos utilizados para identificar el nivel de conocimiento fue un cuestionario y para la higiene oral se utilizó una ficha de registro del Índice de Higiene Oral. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: El nivel de conocimiento de sobre salud bucal si está relacionado con la higiene oral en los alumnos del Centro Educativo Básico Especial, Iquitos 2017. Con respecto a la higiene oral, el 30.6% (19) presentaron buena higiene oral, un mayor porcentaje que representa al 61.3% (38) sus higienes orales fue regular, mientras que el 8.1% (5) de los alumnos fueron evaluados con una higiene oral mala. El 29.0% (19) de los alumnos presentaron buena higiene oral cuyos padres de familia obtuvieron nivel de conocimiento alto sobre salud bucal. Asimismo, el 4.8% (3) calificaron con mala higiene oral y nivel de conocimiento bajo de sus respectivos padres de familia.

Silva (7) En La Libertad en el 2016, Desarrollo un estudio; Nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E. N° 66 Cesar Vallejo Mendoza en la Libertad, un estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo con un diseño observacional, de corte transversal, prospectivo; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E N°66 “César Vallejo Mendoza” de la Provincia de Chepén, Región La Libertad. Durante el año 2015; para lo cual se aplicó una encuesta estructurada a 332 estudiantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se determinó incluyendo temas sobre higiene bucal, uso de cepillo dental, caries dental y



gingivitis; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el sexo. Se dividieron los resultados en tres niveles: alto, regular y bajo. En general sobre conocimiento en salud bucal se obtuvo un 86% en un nivel alto, y según sexo en un nivel alto, con 83% (masculino) y con 89% (femenino). Se concluye que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E N°66 “César Vallejo Mendoza” de la Provincia de Chepén fue alto.

Párraga Espinoza (8) en Apurímac, Realizó un estudio; Relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos en Apurímac, cuyo objetivo del presente estudio fue determinar entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en 101 estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, distrito de Tintay- Aymaraes- Apurímac, 2016; para lo cual se trabajó con un cuestionario de conocimiento y las conductas en higiene oral HU-DBI (Hiroshima University Dental Behavioural Inventory) modificado, fue validado y traducido al español por Santillán que consta de 20 preguntas, 10 de conocimiento y 10 de las conductas. El nivel de conocimiento predominante en los tres grupos fue el nivel regular con 20,79% en el 3ro año de estudio, 20,79% en 4to año de estudio y 32,65% en 5to año de estudio, según el nivel de las conductas en ambos sexos fue el nivel regular con 40,59% en varones y 51,49% en mujeres para establecer la relación entre nivel de conocimiento y las conductas se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Concluyendo que el nivel de conocimiento y las conductas en salud bucal en ambos sexos fue regular donde el valor $P = 0,027$, existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en los estudiantes.

Vallejos (9) en Chiclayo el 2016, Desarrollo un estudio; Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevalencia de caries dental de alumnos del 3° ciclo de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas en Chiclayo, indicando el conocimiento de salud bucal es la capacidad de una persona para obtener, interpretar y comprender los servicios y la información



básica, así como la capacidad para utilizar o no dicha información o servicios de manera que fortalezcan o mejoren la salud. El objetivo de nuestra investigación fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevalencia de caries dental de alumnos del 3º ciclo de la universidad al peruanas de la escuela de estomatología de la filial Chiclayo. Para medir el conocimiento utilizamos una encuesta ya validada en otros estudios y la odontograma propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro de los resultados obtuvimos que no existe relación entre el nivel de conocimiento de salud oral y la prevalencia de caries dental estadísticamente no significativo $p > .05$. También encontramos que la prevalencia de caries en la población estudiada es de 2,98 lo cual lo ubica como una prevalencia de caries moderada.

Mego Huamán (10) en Chiclayo 2015, Realizó un estudio; Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la institución educativa N° 10022 Miguel Muro Zapata en Chiclayo, del nivel de conocimiento sobre higiene oral de los niños y adolescentes, es importante para prevenir enfermedades estomatológicas mediante la práctica de hábitos adecuados de higiene oral. El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”, Chiclayo 2015. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se encuestó a 68 niños de ambos géneros. El 63.2% de los niños de 11 a 12 años de edad se encontraron en el nivel regular de conocimiento sobre higiene oral, el 23.5% en el nivel bueno y el 13.2% en el nivel malo. Sobre los elementos usados en la higiene oral se encontró en el nivel regular con un 63.2% en cuanto a los hábitos de higiene oral que practican los niños se encontró en un nivel regular con un 76.5%, así mismo sobre las técnicas que practican se encuentra en el nivel regular con un 70.6%.

Paz Mamani (1) en Lima el 2015, realizó un estudio cuyo objetivo es determinar nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos de 0 a 36 meses que asistieron a los servicios



de odontoestomatología de la mujer y odontopediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014, siendo un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra consta de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como crecimiento y desarrollo, lactancia materna y hábitos alimenticios, higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos. Los resultados obtenidos, según respuestas correctas, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el 56.9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 31.7% y del nivel bueno con el 11.4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos.

León (11) en Ancash 2011, realizó el estudio cualitativo; Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes de educación inicial de la institución educativa particular “Santa Isabel de Hungría” en Ancash, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo en tutores y padres de familia de niños de nivel inicial en los distritos de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia del Santa, región Ancash, para determinar.

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 matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en salud bucal el 63,5% mostró un nivel regular y el 36,5% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90,4% tuvo un nivel regular y el 9,6% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 86,5% tuvo nivel malo, el 13,5% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 75% mostró un nivel malo, el 25% un nivel regular. Y con respecto al



conocimiento de hábitos bucales hubo un 100% de desconocimiento, así mismo la asociación de hábitos con mal oclusiones con un 100% negativo, que manifiesta la realidad en esta área.

2.2. Bases Teóricas

La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. La Salud Bucal de la población se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas (2)

➤ **CONOCIMIENTO**

Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por sí solos, poseen menor valor cualitativo

Al conocimiento como un proceso en el que intervienen elaboraciones mentales. El conocimiento tiene dos 'características' o atributos que se presentan de forma simultánea (al mismo tiempo): objetividad y subjetividad.

La objetividad se refiere a consignar o plasmar la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano. Por su parte la subjetividad es todo aquello en lo cual entran en acción nuestras creencias, valoraciones y opiniones, es cuando intervienen los gustos, preferencias y posibles odios respecto a algunos temas.

➤ **APRENDIZAJE:**

El aprendizaje se realiza a través de un proceso educativo que debe presentar varias etapas bien definidas:



- a) Toma de conocimientos: el educador entrega la información o instrucción en la cual da a conocer los contenidos educativos en forma ordenada y secuencial.
- b) Interés: una vez motivado, el educando se interesa por la situación, siente el deseo de poner en práctica lo adquirido en la etapa previa
- c) Enjuiciamiento: el educando analiza las ventajas y desventajas que le proporcionaría poner en práctica lo que se plantea.
- d) Ensayo: el educando pone en práctica a manera de prueba lo que se le indicó y verifica las ventajas y desventajas que teóricamente analizó.
- e) Nuevo enjuiciamiento: después del ensayo, el educando analiza los resultados de la aplicación de esta situación.
- f) Adopción o rechazo: si el ensayo tuvo éxito adopta total o parcialmente la conducta, si ocurre lo contrario la rechaza, para el aprendizaje sea eficiente se necesita de tres factores básicos: Inteligencia y conocimientos previos, experiencia y motivación. (5)

➤ **SALUD BUCAL**

Por salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma.

Cuando se habla de salud bucal no debe limitarse el concepto a pensar únicamente en dientes, encías, mucosa oral, todas relacionadas con el proceso masticatorio, ya que la cavidad oral también desempeña otros tipos de funciones.

En la actualidad, la salud bucal es considerada como parte integrante del conjunto de elementos del complejo craneano y facial, además que participa activamente funciones esenciales como son la alimentación, el afecto, y la comunicación. Dentro de las principales patologías que van a afectar la boca, encontramos a las maloclusiones, la caries dental, y las periodontopatías

Las características epidemiológicas de las enfermedades bucodentales se evidencian sobre la situación dramática de la salud oral que en nuestro país se



tornan alarmantes. Durante el año 2001, las patologías orales se presentaron como la segunda causa por lo que los usuarios acudían a la consulta en los establecimientos del MINSA y representaron el 10% de todas las consultas en el año 2004. De las consultas odontológicas, el 20,6% fueron para realizar extracciones dentales y el 18% para realizar obturaciones. Pese a que existe gran demanda servicios de odontología, sólo el 16% de los 7100 establecimientos de salud del MINSA, que existen aproximadamente, cuentan con este servicio y el número de profesionales cirujanos dentistas que laboran en ellos no se ha visto incrementarse en número durante los últimos años.(12)

➤ **CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL:**

Los hábitos alimenticios son una serie de hábitos que establecen el proceder del hombre en relación con los alimentos. Comprenden desde la manera en el que el hombre acostumbra a elegir sus alimentos, los prepara, distribuye y consume. La elección de estos está sujeto a ciertos factores: religiosos, económicos, personales, socioculturales que van a modificar sus hábitos alimenticios. Estos factores pueden modificarse a través de una adecuada educación. Los hábitos alimenticios adecuados incluyen: comer variados alimentos y en cantidades moderadas; algunos como las grasas, sales y azúcares en medidas pequeñas. Nuestro cuerpo necesita 40 o más nutrientes distintos, para estar saludable y trabajar apropiadamente, como vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas; estos se encuentran en diversos de alimentos. Si bien determinados alimentos son ricos en algunos nutrientes, no existe un sólo alimento que tenga todos en conjunto, por ende, una alimentación apropiada tiene que basarse en una distribución apropiada en la ingesta de nutrientes de varios alimentos, los cuales permiten asegurar el buen funcionamiento de los órganos y sistemas ayudando adecuadamente en la calidad de vida y salud del sujeto.(13)

➤ **EDUCACION**

La educación se entiende como un proceso que sintetiza dos actividades: la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se define como la acción de una



gente educadora sobre los educandos, que puede ser programada o no, pretende transformar al alumno a partir de la capacitación.

La educación es una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación.

Se entiende por capacitación, a la adquisición por parte del estudiante de conceptos, procedimientos, información, etc., que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada. La formación implica la adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral.(8)

➤ **ACTITUDES, VALORES, CREENCIAS Y CONDUCTAS**

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

Valor: Se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

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

Actitud: Es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un



cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. (8)

➤ **CONOCIMIENTOS DE LA FISIOLÓGÍA DENTARIA**

a) DESARROLLO DENTARIO:

El desarrollo del diente comienza a partir de la lámina dentaria, espesamiento epitelial que aparece en los sitios de los futuros arcos dentarios. La posición de los dientes temporarios queda determinada en la 6° y la 8° semana de desarrollo embrionario, a medida que la lámina dental prolifera en las localizaciones específicas y brotan los gérmenes dentarios hacia el tejido mesenquimático subyacente. Los dientes permanentes comienzan a formarse entre la 20° semana de vida prenatal y el 10 mes de desarrollo posnatal; se originan en la lámina dentaria por lingual del germen del diente temporario. El crecimiento de los maxilares permite que la lámina dentaria se extienda por detrás de los molares 30 temporarios y después se inicia la formación de los molares permanentes primero, segundo y tercero.(14) La formación individual de cada diente en esos arcos se realiza según las conocidas fases de iniciación, morfogénesis e histogénesis con la localización de cada pieza, el establecimiento de su forma y la diferenciación celular, para los tejidos duros, esmalte, dentina y cemento, como para los blandos, pulpa y estructuras periodontales. Progresando en las etapas descriptivas de yema, botón y campana. (15)

b) PERIODOS DE LA ODONTOGENESIS:

Se clasifican en cinco periodos

- **PERIODO DE INICIACIÓN.** - (estadio de yema o de brote) Cerca de la sexta semana de vida intrauterina, se inicia la formación de los órganos dentarios primarios, a partir de una extensión de la capa basal del epitelio de la cavidad oral primitiva que dará origen a la lámina dental del futuro germen dentario. • La capa basal está compuesta por ectodermo (epitelio) y mesodermo (mesénquima). • A lo largo de la membrana basal se originan



20 lugares específicos (10 en el maxilar y 10 en la mandíbula), donde las células más internas del epitelio bucal adyacentes a la membrana basal tendrán mayor actividad multiplicándose a mucha mayor velocidad que las contiguas dando lugar a los brotes dentarios y originando el crecimiento inicial del diente temporal. (16)

➤ **PERIODO DE PROLIFERACIÓN.** (Estadío de caperuza o casquete)
Alrededor de la décima semana embrionaria, las células epiteliales proliferan y la superficie profunda de los brotes se invagina- probablemente debido a la fuerza de crecimiento de las células ectomesenquimales -, lo que produce la formación del germen dental. Al proliferar las células epiteliales, forman una especie de casquete o caperuza y la incorporación de mesodermo por debajo y por dentro del casquete produce la papila dental.

La evolución histológica permite diferenciar en este estadio el órgano del esmalte procedente del ectodermo, la papila dental y el folículo dental de origen mesodérmico. • El órgano del esmalte posee cuatro capas no totalmente diferenciadas: • Epitelio dental externo. • Retículo estrellado. • Estrato intermedio. • Epitelio dental interno (16)

➤ **PERIODO DE HISTODIFERENCIACIÓN** (Estadío de campana)
Aproximadamente, sobre las catorce semanas de vida intrauterina, las células del germen dentario comienzan a especializarse. • Las dos extensiones del casquete siguen creciendo hacia el mesodermo adquiriendo la forma de campana, y el tejido mesodérmico que se encuentra dentro de esta campana, dará origen a la papila dental.

La membrana basal-dividida en epitelio interno y externo-, rodea totalmente el órgano dental, en cuyo interior el retículo estrellado se expande y se organiza para la posterior formación del esmalte. • La lámina dentaria del diente temporal se va construyendo progresivamente hasta semejarse a un cordón, a la vez que comienza a emitir una extensión que dará lugar al futuro diente permanente. • Los trastornos de origen endógeno o exógeno que alteran la diferenciación de las células formadoras del germen dental, serán la causa de un esmalte o dentina de estructura anormal.(16)



➤ **PERIODO DE MORFODIFERENCIACIÓN** (Estadio de campana tardía)

Sobre las 18 semanas de vida fetal y durante una fase más avanzada de la campana, las células del germen dentario se organizan y se disponen de forma que determinan el tamaño y la forma de la corona del diente.

• En este período, las cuatro capas del órgano del esmalte ya se encuentran completamente diferenciadas y a la altura del futuro cuello del diente, los epitelios dentales externos e internos se unen y forman el asa cervical de la cual deriva la raíz dentaria.(16)

➤ **PERIODO DE APOSICIÓN** (Estadio de corona)

Finalizada la fase que da origen y forma del diente, se inicia la fase de "Aposición", llamada de esta forma por el crecimiento aposicional, aditivo y en forma de capas de una matriz no vital segregada por las células con carácter de matriz tisular (ameloblastos y odontoblastos). • En este estadio se produce la calcificación de los tejidos duros de las coronas dentarias, el esmalte y la dentina.

Una vez completada la unión amelodentinaria, las células formadoras siguiendo un ritmo definido, depositan la matriz de esmalte y dentina en sitios específicos conocidos como "centros de crecimiento", situados a lo largo de las uniones amelodentinarias y cementodentinarias. • Toda perturbación sistémica o local que lesione los ameloblastos durante la fase de formación del esmalte, puede provocar una interrupción de la aposición de la matriz, dando como resultado una hipoplasia del esmalte. (16)

➤ **ERUPCION DENTARIA**

La superficie alveolar de los maxilares está recubierta, al nacer, por una encía sólida y firme, que puede ejercer una función enérgica durante la alimentación y exploración de objetos. El arco superior tiene forma de herradura y, aunque hay cambios de tamaño, la forma general es más o menos constante. El rodete inferior tiene una forma diferente, en "U" o rectangular, de modo que puede dividirse en una zona anterior (inicial) y dos laterales (molares). Durante el reposo, la lengua se ubica entre los rodetes



en todas las regiones. Al contacto, que ocurre en la zona posterior, se aprecia que el rodete mandibular está retrasado al superior; en 6 milímetros aproximadamente. De esta manera, hay un espacio en la zona anterior durante el cierre, que será utilizado durante la erupción de los incisivos. (17)

➤ **FASES ERUPTIVAS**

Moyers (1981) distingue tres fases en la erupción:

- **Fase preeruptiva:** corresponde a la etapa en la que, completada la calcificación de la corona, se inicia la formación de la raíz y tiene lugar la migración intraalveolar hacia la superficie de la cavidad oral.
- **Fase eruptiva prefuncional:** es la etapa en la que el diente está presente ya en boca sin establecer contacto con el antagonista. Se inicia cuando el borde incisal rompe la encía y el diente se hace visible en el interior de la cavidad oral.
- **Fase eruptiva funcional:** el diente ya establece su oclusión con el antagonista. Es una fase de equilibrio dinámico en la que la corona busca su acomodo oclusal sin tener una erupción activa que le haga crecer verticalmente.

✚ **MADURACIÓN POSERUPTIVA DE LOS DIENTES**

Inmediatamente después de la erupción de los dientes son, en varios aspectos, “inmaduros” y los procesos de maduración durarán varios años. Cuando erupciona el diente el esmalte está totalmente formado, pero su superficie es porosa y presenta una inadecuada mineralización. Una mineralización “secundaria” con iones del medio oral, que penetra en la trama de la hidroxiapatita, hace al esmalte más “perfecto” y más resistente a la caries. La formación de la dentina prosigue durante el resto de la vida. Al erupcionar el diente la dentina es delgada y sus túbulos dentinarios son amplios. La dentina se forma sobre las paredes de la pulpa y también en la pared de los túbulos, lo que hace que la dentina sea más gruesa y menos penetrable, con aumento de su resistencia al avance de la caries. En oportunidad de la erupción el cemento todavía es delgado y al ligamento



periodontal lo constituyen fibras relativamente escasas y desorganizadas. Después de la erupción prosigue la producción de cemento y las fibras aumentan en cantidad, se reorganizan y vinculan al diente con el hueso alveolar. Al erupcionar el diente la parte apical de la raíz está incompleta. La formación radicular y el cierre/estrechamiento del foramen apical demoran varios años en completarse. Este último proceso es causado en parte por la formación de la dentina y en parte por el cemento.(5)

➤ **TIPOS DE DENTACION**

El ser humano tiene dos tipos de dentición que consta de:

Dentición desidua o temporal

Dentición permanente. (15)

- **DENTACION DECIDUA.** - Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares. El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo cumpla los siete años.(15)
- **DENTACION PERMANENTE.** - Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.(15)

➤ **CRONOLOGÍA DE ERUPCIÓN PRIMARIA**



	Dientes superiores		Dientes inferiores	
	Comienza su formación	Erupción	Comienza su formación	Erupción
Incisivos centrales	4 meses de V.I.U.	7 ½ meses	4 ½ meses de V.I.U.	6 meses
Incisivos laterales	4 ½ meses de V.I.U.	9 meses	4 ½ meses de V.I.U.	7 meses
Caninos	5 meses de V.I.U.	18 meses	5 meses de V.I.U.	16 meses
Primera molar	5 meses de V.I.U.	14 meses	5 meses de V.I.U.	12 meses
Segunda molar	6 meses de V.I.U.	24 meses	6 meses de V.I.U.	20 meses

✚ **ASESORAMIENTO PRENATAL SOBRE SALUD BUCAL**

El objetivo, es esencialmente de educación para la salud, entendiéndola a ésta, como todos los conocimientos que los padres tengan sobre temas de salud de sus futuros hijos. Aun antes de que nazca el bebé, los padres deben estar asesorados tanto por ginecólogo, para poder asesorar a sus pacientes gestantes, como por odontólogos y odontopediatras. Se deben brindar conocimientos sobre buenos hábitos de higiene que contribuyan a la salud bucal de sus hijos en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo, debido que durante este periodo las gestantes son más receptivas sobre la información de salud bucal que durante otra etapa de su vida. Se debe orientar a las gestantes sobre el desarrollo de enfermedades dentales y medidas de prevención que se tienen para que no surjan trastornos. Además, se debe informar sobre la importancia de la dieta durante la gestación, incluyendo el efecto de medicamentos, alcohol y la necesidad de una supervisión odontológica durante el periodo de gestación, así como programas de tratamientos dentales.

✚ **HIGIENE DEL LACTANTE.** - La madre debe de recibir asesoramiento sobre cómo realizar la limpieza dental de su bebé, permitiendo así, que ella se sienta motivada y debe estar atenta del momento en que comienzan a erupcionar los dientes de su bebé para adquirir el hábito de efectuar la limpieza y estrechar la relación madre hijo, que pudiera romperse durante la época del destete, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la súper vigilancia del estado de salud bucal



del infante. La limpieza puede realizarse con una gasa húmeda con agua, deben limpiarse los rebordes alveolares, así como la mucosa bucal y la lengua, enseguida de cada lactancia. También hay que realizar una limpieza de la cavidad bucal del bebé tras la administración de medicamentos, como jarabes, los cuales tienen alto contenido en azúcar. Se deben evitar costumbres como limpiar el chupón con la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara con la que se le da al niño o darle besos en la boca. Luego de la aparición del primer diente iniciar con el cepillado dental con cepillos acordes a las características del niño. (18)



HIGIENE BUCAL DEL BEBÉ DE 0 A 6 MESES. -

A.- Antes de que erupcionen los dientes está indicado la limpieza de las encías. Las madres deben ser gradualmente estimuladas y motivadas para realizar la higiene bucal del bebé utilizando inicialmente un paño o gasa con agua hervida tibia o fría, por lo menos una vez al día en una solución con agua oxigenada de volúmenes en una proporción de 4 a 1. (19)

B.- Con la erupción del primer diente se debe promover la higiene bucal del niño con cepillado dental infantil, en caso de no adaptarse o carecer del mismo, se puede mantener el uso diario de paño o gasas con agua hervida tibia o fría, sólo hasta la erupción de los molares; luego será imprescindible el uso del cepillo. (19)

C.- El bebé no debe dormir con la boca sin aseo.(19)

D.-Cepillar los dientes tres veces al día, después de los alimentos y obligatoriamente antes de dormir(19)

E.-Introducir después del primer año de vida el uso del hilo dental por lo menos una vez al día de preferencia en la noche, especialmente en niños con ausencia de espacios interdientales (diastemas) o con Arco de Baumé tipo II. (19)

F. -Se deberá informar y supervisar al responsable de la higiene bucal del bebé entre los 3 y 4 años de edad el niño alcanza cierto grado de desarrollo psicomotor que le permitirá por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día. El cepillado dental es un excelente medio para reducir la presencia de placa bacteriana. Holt



menciona que la frecuencia de cepillado de los niños debe ser como mínimo dos veces al día, siendo el más importante el de la noche. (19)

HIGIENE EN LA DENTICIÓN DECIDUA. -

Es importante que la madre empiece a realizar la higiene bucal de su hijo inmediatamente desde la primera erupción dental. Si se comienza la higiene y cepillado dental hasta que se termine la erupción puede ser demasiado tarde, pues la caries puede estar ya instalada. Los órganos dentarios son susceptibles a iniciar procesos cariosos desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso carioso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de la saliva. Cuando las piezas dentales son pocas se recomienda la higiene dental una vez al día frotando los dientes y las encías con una gasa enrollada en el dedo índice o un cepillo de cabeza pequeña y cerdas extra suaves de nylon. A medida que van erupcionando los dientes del bebé ya se va ajustando una rutina de limpieza diaria. La limpieza nocturna es la más importante, ya que durante la noche el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y esto estimula la formación de la placa dentobacteriana, lo que aumenta el riesgo a caries.(19)

Los padres deben de asumir la responsabilidad de la limpieza bucal hasta que el niño adquiera la destreza motora necesaria para realizarla él mismo correctamente. La infancia, es la edad ideal de aprendizaje, por lo que se debe de incluir y crear hábitos de higiene bucal en esta etapa de la vida.

TÉCNICAS DE CEPILLADO

La técnica de Bass Modificada es considerada en odontología la más eficiente, consiste en colocar las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45° grados y cepillar suavemente realizando movimientos de adelante hacia atrás sobre toda la superficie lingual o palatina y vestibular, abarcando con el cepillo un máximo de 2 ó 3 dientes y repetir la operación. Se inclina el cepillo verticalmente en las caras palatinas y linguales de los dientes anteriores y se realizan varios movimientos de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba respectivamente, usando la parte delantera del cepillo. Finalmente, se coloca el cepillo sobre las



caras oclusales y se realizan movimientos suaves de atrás hacia adelante y se debe cepillar la lengua hacia adelante con la parte lateral del cepillo para eliminar las bacterias que producen mal aliento sin lastimar el tejido.(20)

USO DE HILO DENTAL

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. El hilo dental garantiza la remoción de restos alimenticios que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, el uso conjunto del cepillado y el hilo dental remueve un 26% más de placa dentobacteriana, al compararlo con el uso aislado del cepillado. La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y destreza manual. Se reconoce que los niños en edades tempranas son incapaces de manipular de manera correcta el hilo dental entre sus dientes, consecuente a ello es responsabilidad de los padres durante este periodo. Se deben utilizar aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo con los dedos pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén para no lacerar la encía interproximal, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes.(20)

DIETA:

El papel de la dieta en los niños juega un rol importante. Diversos estudios epidemiológicos muestran que los altos niveles de azúcar en la dieta es el principal responsable de la aparición de lesiones cariosas, siendo la sacarosa, el azúcar más cariogénico por la producción de ácidos y glucano que ayudan al Streptococcus Mutans (SM) a adherirse con mayor facilidad al diente, inhibiendo las propiedades de difusión de la placa.

Berkowitz en 2003, define dieta cariogénica al consumo prolongado de azúcar tanto en consistencia blanda y líquidos (jugos de frutas, formulas infantiles), los cuales son de fácil metabolización por los SM y Lactobacilos a ácidos orgánicos que desmineralizan el esmalte y la dentina. Este proceso se intensifica durante el sueño porque disminuye el flujo salival aumentando el riesgo de caries.



La leche materna es fundamental en la alimentación del bebé durante los primeros meses hasta los dos años de edad. Esta deberá ser exclusiva hasta los seis meses de vida y después se debe complementar con otros alimentos porque es necesaria la estimulación de la función de masticación a través de alimentos semisólidos. (15)

- **DIETA DE LA MADRE DURANTE LA ETAPA DEL EMBARAZO**

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de un bebé durante la gestación. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y de todas maneras, cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la



composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.(21)

El estado nutricional de la mujer embarazada influye en la salud del recién nacido y en su posterior desarrollo. Un desequilibrio nutricional de la madre como deficiencia o exceso de un nutriente durante el periodo de amelogénesis o dentinogénesis, conduce a la formación de dientes con mayor susceptibilidad a la caries dental. Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes. (22)

Minerales como el calcio y fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado de 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos, fuerza y rigidez.⁴⁸ Una deficiente estructura dentaria que se manifiesta en una mayor predisposición a la caries dental puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo de calcio y fósforo durante el periodo de formación de los 36 dientes puede dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos de dentina.(19)

Los dientes deciduos empiezan a calcificarse en el feto aproximadamente a las 20 semanas. Es de suma importancia que los nutrientes maternos proporcionen los materiales necesarios para la formación apropiada de los dientes antes de su erupción, que comienzan a desarrollarse a las 6 semanas de vida intrauterina. Dependerá mucho de las cualidades nutricionales de la dieta de la madre para que influya en el proceso de maduración del esmalte, al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.(19)



Sin embargo, Bello, A. en 1997 realizó una investigación de los efectos de una nutrición deficiente en niños, en el periodo prenatal. En un estudio realizado en 200 niños en el Hospital Gineco-obstétrico Docente de la ciudad de Santa Clara (Cuba) se separaron en dos grupos de 100 niños, uno con malnutridos fetales, el otro con niños de crecimiento normal. La malnutrición repercute especialmente en el desarrollo del niño, produciendo trastornos como parálisis cerebral, retraso mental, alteraciones en el crecimiento, defectos en el desarrollo de hueso, tejido periodontal, dientes, etc. La hipoplasia del esmalte fue más frecuente en niños con malnutrición fetal y predominaron los dientes cariados, obturados y extraídos en el grupo estudio con respecto al control en ambas denticiones. Así se determinó el importante papel de la malnutrición fetal en la producción de hipoplasias del esmalte y la prevalencia de caries dentales, cuando la nutrición en el período fetal es deficiente.(19)

- **DIETA DEL NIÑO**

- **DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.** - La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño. Incumbe, pues, a la sociedad, la responsabilidad de fomentar la lactancia natural y de proteger a las embarazadas y a los lactantes de toda influencia que pueda trastornar el amamantamiento.(23)

La leche materna es el alimento ideal para el bebé. La lactancia natural es siempre deseable para la satisfacción fisiológica y psicológica de la madre y el bebé. Las necesidades que cubre la lactancia materna incluyen: crecimiento y desenvolvimiento favorable, desarrollo miofacial armónico, por lo tanto, prevención de hábitos nocivos y maloclusiones, protección inmunológica y digestión adecuada. Además, disminuye la posibilidad de ingestión de alimentos con azúcar en su contenido.(23)

Los constituyentes principales de la leche humana – grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales – cubren exactamente

los requerimientos del bebé, de forma exclusiva, hasta los 6 meses. La cantidad y la composición de la leche segregada varía según el periodo de lactancia, adaptándose progresivamente a las necesidades del niño, las cuales a su vez también evolucionan, Sin embargo, a pesar de que la leche materna es reconocida como el alimento ideal para el lactante, un gran porcentaje de madres prefiere dar lactancia artificial a sus hijos o por algún motivo biológico no cuentan con leche suficiente, de tal manera que tienen que recurrir a la artificial. La mayoría de las madres suelen agregar azúcar a los biberones.(23)



Figura: 1 Posición para amamantar (24)

DURANTE LA ERUPCION DENTARIA. –

La creación de hábitos alimenticios correctos durante la lactancia facilita su continuación en etapas posteriores, hay que orientar a los padres sobre alimentos apropiados que además de nutritivos sean adecuados para la salud dental. Primeramente, frutas y verduras suaves, luego cereales no azucarados, gelatinas, galletas sin sal, hay que añadirlos conforme el lactante desarrolla los hábitos de masticación y reflejo de deglución.

Deben de evitarse alimentos con alto contenido de carbohidratos que generalmente es ignorado por la familia quienes acostumbran a agregar dos o tres cucharadas de azúcar al biberón o endulzar las papillas para que el niño los acepte mejor.(25)



✚ ENFERMEDADES BUCALES PREVALENTES

❖ CARIES DENTAL

La caries dental es un proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción, de etiología multifactorial, transmisible de origen infeccioso que afecta a las piezas dentarias, produciendo la destrucción de forma progresiva de los tejidos duros. Estudios reportados a nivel mundial sobre su prevalencia, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, mostró un 60 a 90% en escolares y casi el 100% en adultos, y la Federación Dental Internacional (FDI) en el 2010, encontró un 44%, afectando casi la mitad de la población. En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2005, reportó una prevalencia de 90% en escolares, donde el promedio del índice ceo-d fue de 5,84. Estas cifras son alarmantes, evidenciando que no discrimina edad, sexo, ni condición socioeconómica. Sin un abordaje terapéutico oportuno de la remoción de caries, ocurrirá una inflamación pulpar (pulpitis reversible), progresando hacia una pulpitis irreversible, y acabando con la vitalidad de la pieza dental (necrosis pulpar), trayendo consigo la destrucción y pérdida del órgano dental. Esto puede generar alteraciones a nivel funcional, estético y psicosocial donde las consecuencias en el paciente pediátrico pueden ser la disminución de la autoestima, cambios en el desenvolvimiento y comportamiento a nivel social pudiendo ocasionar con el tiempo, aislamiento y ausentismo escolar. En el aspecto funcional se podrá observar una deficiencia masticatoria, originando una alteración en la nutrición y alimentación del niño, como también dificultad en el habla (26)

Las lesiones cariosas no tratadas repercuten no sólo en el desarrollo y crecimiento del niño, sino que pueden llegar a ocasionar la muerte del infante, como fue reportado en el 2007, en el estado de Maryland en los Estados Unidos, la muerte de un niño de 12 años de edad, debido a caries dentales no tratadas que dio como resultado una infección cerebral.(27)



Para la organización mundial de la Salud “la caries dental es un proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción, determina un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad. La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie del diente convierte los azúcares libres contenidos en alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina. La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana provocan la ruptura de las estructuras dentarias, lo que propicia el desarrollo de caries y dolor, menoscaba la calidad de vida en lo que respecta a la salud bucal y, en una etapa avanzada, ocasiona pérdida de dientes e infección sistémica. (28)

Por lo tanto, la caries dental es una patología que se puede evitar, es causada mediante la interacción entre los siguientes elementos: bacterias, la dieta y otros factores, dando todo ello como resultado un proceso cambiante y episodios numerosos de re-mineralización y desmineralización que se produce entre la superficie dental y la placa que originan las bacterias (29)

A nivel mundial el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y casi el 100% de los adultos tienen caries dental que puede o no estar acompañada de alguna molestia.

Estudios realizados en países latinoamericanos han demostrado una prevalencia de caries de moderada a alta. Tal es así, que en Nicaragua el 28.6% de niños entre 6 y 12 años de edad están libres de caries. En Panamá demostraron un CPOD de 4.8 (alto). En Ecuador observaron una prevalencia de caries del 95% en niños 12 años.

En Costa Rica los índices de caries encontrados bajo a moderado (1.93 y 3.86). En nuestro país la prevalencia de caries en niños de 12 años es de 83.3% con un CPOD de (3.93). (28)



✚ ETIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible que requiere cuatro factores:

A.- Huésped susceptible (diente): El diente ofrece puntos débiles que lo predispone al ataque de la caries. (30) • Anatomía: existen zonas retentivas como las fosas y fisuras profundas y las superficies proximales, donde es limitado el acceso de la saliva y de los instrumentos de higiene. (30)

- Disposición de dientes en la arcada: el apiñamiento dentario predispone a la caries dental. (30)

- Constitución del esmalte: las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de la caries. (30)

- Edad posteruptiva del diente: la susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad. (30)

B.- Flora bucal cariogénica (microorganismos – Estreptococo mutans): Los primeros microorganismos suelen ser bacterias grampositivas principalmente estreptococos y lactobacilos, que producen ácido láctico difícil de neutralizar. (30)

C.-Sustrato (carbohidratos fermentables en la dieta): La sacarosa es el sustrato más cariogénico ya que produce glucano, polisacárido responsable de la adhesión a la placa dental. Cuando el pH en boca cae por debajo de 5.5 (valor crítico) comienza a producirse la desmineralización del esmalte. El proceso comienza de los 3 a 5 minutos después de la ingesta y tarda entre 30 a 60 minutos en alcanzar el pH neutro de 7. Por lo tanto, decimos que la ingesta frecuente de azúcares extrínsecos sin la realización de la higiene bucal entre horas, favorece la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio



bucal. Cuando las bacterias colonizan una superficie dental con sacarosa producen ácido láctico por la fermentación de los carbohidratos, originando la disolución de los cristales de hidroxiapatita y produciendo la caries dental. (30)

D.- Tiempo: La presencia y formación de caries en niños no está solamente relacionada con la cantidad de carbohidratos ingeridos, sino también por la consistencia del alimento y la frecuencia de ingestión. Como después de la ingestión de alimentos cariogénicos el pH baja al nivel de 5 y se mantiene aproximadamente 45 minutos, la frecuencia por encima de 6 ingestión/día contribuye para aumentar el riesgo de caries. Cuando el consumo de alimentos ocurre entre las comidas, esto determina una acidificación de placa en forma continua que perturba la capacidad buffer, así como altera el mecanismo re-mineralización y desmineralización, aumentando el riesgo de caries. (30)

CLASIFICACIÓN DE LA CARIES DENTAL

A lo largo del tiempo muchos investigadores han intentado clasificar la caries dental.

Algunos han clasificado a la caries dental según su clasificación anatómica (superficies lisas, oclusales, radiculares e interproximales). En 1994 Thylstrup Fejerskov clasificó a la caries dental como lesiones clínicas y subclínicas. Pitts en 1997 comparó la clasificación de la caries dental con Iceberg, el pregonaba que las lesiones solo son evidentes cuando existe una importante lesión de los tejidos y describía que solo vemos la punta del iceberg que sería lo equivalente cuando se ve clínicamente la caries dental. El ICDAS en el año 2000 modificó la pirámide de Pitts donde clasifica a la caries como muy incipiente, incipiente, establecido y severo. (5)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA CARIES DENTAL:



Lesión inicial de caries en la superficie del esmalte. - El estadio más temprano de caries implica la disolución del esmalte, con la apertura de las vías de difusión. En estos casos se produce un reblandecimiento de la superficie. Cuando la desmineralización llega a la superficie, el porcentaje de pérdida de mineral se vuelve mayor en esta zona que en la superficie produciéndose la llamada “lesión subsuperficial”. Se ha demostrado que la capa subsuperficial del esmalte puede repararse por deposición del calcio y fosfatos disueltos desde la superficie del esmalte. (31)

Lesión inicial de caries en fosas y fisuras: Inicialmente la lesión no se forma en el fondo si no en las paredes de las fisuras, y tiene el aspecto de dos lesiones pequeñas similares a las de la superficie lisa. Esto se debe a la presencia de material orgánico en el fondo de la fisura, que actúa como un tapón amortiguador contra los residuos básicos de la placa, suavizando el ataque ácido en la base de la fisura durante la fase inicial de formación de caries.

Caries en dentina: La dentina y el tejido pulpar son tejidos vitales íntimamente interconectados, y constituyen una unidad biológica capaz de reaccionar frente a una agresión mediante los siguientes mecanismos:

-Esclerosis tubular: Proceso por el que se deposita mineral en la luz de los túbulos dentinarios. Se suele observar justo en la periferia de las lesiones de caries que afectan a la dentina.

-Formación de la dentina reparadora: Constituye la creación de una capa de dentina irregular en la interfase de la dentina y la pulpa. Es llamada también “dentina terciaria”, para diferenciarla de la “dentina primaria” formada antes de la erupción dentaria, y de la “dentina secundaria” formada durante toda la vida. (31)

✚ DIAGNOSTICO DE LA CARIES:



La caries se manifiesta de diferentes maneras en las distintas superficies dentarias. Las lesiones cavitadas no constituyen ningún problema en el diagnóstico, mientras que las lesiones incipientes son más difíciles de identificar. El diagnóstico de caries se basa en el uso de una o más de las cuatro técnicas básicas: examen visual, examen táctil con sonda, examen radiográfico y transiluminación. En la exploración clínica de las lesiones de fosas y fisuras se consideran los siguientes criterios de diagnóstico: Opacidad alrededor de la fosa o fisura: indica que el esmalte subyacente se encuentra socavado o desmineralizado. Reblandecimiento de la base de la fosa o la fisura. Esmalte reblandecido en el área adyacente. (31)

a.- CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la Caries de Infancia Temprana (C.I.T.), como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausente (debido a caries) o restaurada en la dentición primaria en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad. (32)

Los dientes temporales con respecto a los permanentes tienen un grosor y una calcificación menor en el esmalte, y esto favorece el avance de las lesiones afectando varios dientes, con frecuencia recién erupcionando. En esta denominación se debe destacar el “síndrome de caries de biberón” que no es más que aquellas caries que se observa en niños, específicamente en la zona anterior de los incisivos superiores debido a una alimentación prolongada por biberón o lactancia materna, producido durante los dos primeros años de vida. (33,34)

La presencia en boca de carbohidratos mientras el niño duerme favorece la aparición de lesiones, debido al menor flujo salival. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de caries temprana en el niño pequeño también se encuentra la hipoplasia del esmalte. (34)

b. FACTORES DE RIESGO EN BEBES:



La caries dental en bebés se atribuye a la presencia de factores de riesgo, tales como hábitos de lactancia, dieta cariogénica, higiene bucal inadecuada y transmisión bacteriana de la madre al niño, entre otros. La presencia de caries en niños de dos o tres años de edad, es el principal indicador que el cuidado bucal a temprana edad fue poco eficiente y en algunos casos inexistente (34)

Muchos padres no consideran importante el cuidado odontológico de los bebés pues afirman que sus dientes se van a caer de todos modos. (35,36)

DIETA CARIOGÉNICA. - Los hábitos alimentarios inadecuados resultan importantes para que se desarrolle la caries dental por lo cual cumplen un papel importante en los primeros años de vida. Los ácidos que son producidos por la placa dental durante la degradación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, inician la caries dental. La caries aparece debido al consumo de cualquier carbohidrato fermentable, esto incluye a la leche con o sin azúcar, agua azucarada, jugos de frutas, gaseosas. La dieta debería contener la menor cantidad posible de azúcar. Desafortunadamente, los azúcares y los dulces son usados usualmente por los padres y por los amigos como regalos, como algo bonito o bueno (37)

LACTANCIA INADECUADA: La leche materna es el alimento ideal para el bebé. La lactancia natural es siempre deseable para la satisfacción psicológica y fisiológica de la madre y del bebé. Cuando la lactancia se prolonga por mucho tiempo o cuando existe el hábito de la utilización nocturna del biberón, el potencial de la enfermedad dental aumenta en niños muy pequeños. Durante el sueño se produce una disminución del reflejo de deglución y un declive de la secreción salival; la leche o líquidos azucarados quedan estancados alrededor de los dientes, dando como resultado un medio altamente cariogénico. (38,39)



TRANSMISIBILIDAD MICROBIANA DE MADRE A HIJO: La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño, fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordán, quienes usaron el método de tipificación de la mutacina para demostrar que los microorganismos de las muestras tomadas desde la boca de los niños, eran idénticos a los encontrados en la boca de sus madres. (39)

El contagio de la boca del niño, por bacterias cariogénicas provenientes de la saliva de los adultos, especialmente la madre, se produce principalmente al erupcionar las piezas dentarias. Existirían períodos críticos de susceptibilidad, por lo que se ha empleado el término "ventanas de infectividad" para graficar este momento, el que se produciría entre los 6 y los 24 meses y entre los 6 y 11 años del niño, coincidiendo con los períodos de aparición de las piezas dentarias en la boca. Se ha demostrado que mientras más precoz es la colonización de la boca del niño por las bacterias cariogénicas, mayor es el riesgo de tener caries en el corto plazo.

El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando ésta comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura de la mamadera con su boca o simplemente, "lava" el chupete de su hijo con su saliva. De esta manera, la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo. (39)

✚ RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA.

Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con las gestantes y madres de niños pequeños (médicos obstetras, enfermeras, etc.), deben estimularlas en el cuidado de salud oral como parte del cuidado de salud general y la de sus hijos. Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, ya que, controlando los niveles de higiene de la madre, se previene



el contagio del niño. Los padres deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud oral de sus hijos, las cuales incluyen:(10)

- a) Comenzar a limpiar diariamente los dientes desde su aparición en la boca, con una gasa o un cepillo adaptado.
- b) Consultar con el odontopediatra desde antes del primer año de vida del niño para realizar medidas preventivas y educativas
- c) Reducir la ingesta de azúcares por parte de los niños.
- d) Evitar el uso de biberón durante la noche a los niños, y cepillar sus dientes antes de dormir.
- e) No contaminar los cubiertos que usa el niño ni su chupón o cepillo dental, con la saliva de los adultos
- f) No soplar a los alimentos para enfriarlos. (33)

EPIDEMIOLOGIA DE CARIES DENTAL

En el Perú la prevalencia de caries dental es alta en niños y adolescentes. En Investigaciones recientes, se observa un índice ceo-d elevado, así el estudio realizado por Ponce22 el 2010, en Arequipa, al evaluar 110 niños de 6 a 36 meses de edad encontrando un ceo-d igual a 6.5. Villena-Sarmiento et al.18 el año 2011, al evaluar niños de 6 a 71 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima, encontraron un índice ceo-d de 2.97. Panduro23 el año 2015, al examinar 108 niños de 2 a 3 años de edad del Programa de Estimulación Temprana con Base en la Familia Bagazán en el distrito Belén, Iquitos encontró un índice ceo-d alto, igual a 26.81.

En otros países, se puede observar que la prevalencia de lesiones cariosas es menor Que en nuestro país. Investigaciones como las realizadas en México, Lara el año 2012, quien examinó a 330 niños de cuatro guarderías de la ciudad de Chihuahua, encontró un índice ceo-d



igual a 0.14. Dubón²⁵ el año 2010, examinó a 80 niños de 6 a 48 meses de edad que asistieron a la Unidad de Inserción social de Mérida Yucatán, reportando un índice ceo-d de 2.15. En Chile, Sánchez²⁶ el año 2016, examinó a 320 niños de 6 a 8 años de edad en los colegios municipales del área Norte de la Región Metropolitana (comunas de Independencia, Recolecta, Quilicura y Huechuraba), encontrándose en índice ceo-d y CPO-D de 3.06 y 0.25 respectivamente. (14)

MICROORGANISMOS PATOGENOS:

La cavidad bucal alberga las más variadas y concentradas poblaciones de microorganismos, pero el que más destaca por su alto nivel cariogénico es el SM y el Streptococcus Sobrinus (SS) porque se adhieren con facilidad a las superficies de los dientes, produciendo en mayor cantidad ácido haciendo el pH bajo.

Estudios actuales, muestran que se puede encontrar el SM, aun antes de la erupción dental en boca del bebé. Wan et al. 30 ,37 el año 2003, manifiestan que el 50 a 60% de bebés pre-dentados evaluados, ya mostraban colonización de SM. Además, observaron que, en el dorso de la lengua, se albergaba en mayor cantidad este microorganismo en estas edades y que la prevalencia del SM va en aumento hasta un 84% después de aparecer el primer diente. Así mismo, Tanzer et al. 40 mostraron que el SM es el principal microorganismo responsable de la aparición de lesiones cariosas, el SS ocasiona la progresión de la carie dental y los Lactobacilos están presentes antes de la erupción dentaria en la lengua y carrillos. Guizani et al. (2009), reportaron que los Streptococcus cariogénicos colonizaron con mayor velocidad en tejidos blandos que en tejidos duros. Estas superficies pueden servir como depósitos para patógenos orales. (40)

GINGIVITIS

La gingivitis es la inflamación de las encías que causa sangrado, edema, rubor, exudado o cambios en el contorno normal, y, ocasionalmente, malestar. El



diagnóstico se basa en la inspección. El tratamiento implica la limpieza profesional de los dientes y la higiene intensa en el hogar. Los casos avanzados pueden requerir antibióticos o cirugía. (41)

Sin embargo, hay que recordar que los adultos con periodontitis son en su mayoría jóvenes que tuvieron gingivitis en el pasado. La gingivitis asociada a la biopelícula placa dental es el más predominante de las enfermedades gingivales. Fácilmente identificable y tratable esta patología periodontal adquiere su real importancia cuando consideramos que el daño en los tejidos de soporte se inicia con la inflamación gingival, aun cuando ella no sea clínicamente evidente (28)

➤ **ASPECTOS GINGIVALES DE LA DENTICIÓN DECIDUA:**

La encía del niño con una dentición decidua completa es, por lo general, más rojiza y tiene un carácter más flácido que la del adulto. Además, el borde marginal gingival presenta un aspecto más protrusivo y redondeado, lo que posiblemente guarde relación con el reborde cervical tan pronunciado que tienen las coronas de los dientes de leche. El punteado típico que se observa en las encías sanas del adulto se desarrolla lentamente a partir de los 2 ó 3 años de edad, y por lo general, es fácilmente observable como una zona estrecha en los primeros años de la edad escolar. En las zonas de los diastemas entre los dientes de leche, los tejidos interdentarios tienen una forma de silla de montar. Cuando se han establecido los contactos proximales entre los molares, la zona interproximal queda totalmente rellena por una papila interdental, con una concavidad marginal que corresponde a la zona de contacto. En las radiografías el hueso alveolar que rodea los dientes de leche tiene una lámina dura fina, pero bien definida, y una membrana periodontal comparativamente amplia; además presenta escasas trabéculas y grandes espacios medulares con una vascularización rica. El cemento radicular es también fino y principalmente de tipo celular. (42)

a. **CUADRO CLÍNICO:** La encía marginal libre tiene una coloración rojiza y un aspecto inflamado, con las papilas que hacen protrusión desde los espacios interproximales. La superficie se encuentra distendida y brillante y la



exudación de las crestas es clínicamente evidente, sobre todo cuando se aplica una ligera presión a la encía libre. También existe una mayor tendencia a la hemorragia gingival al explorar con la sonda; estamos ya frente a una lesión preestablecida. Al ir progresando la enfermedad, la inflamación y el enrojecimiento pueden extenderse hacia la encía adherida. Como el factor causal es la acumulación de placa, puede eliminarse rápidamente los síntomas clínicos con un régimen eficaz de higiene oral. La gingivitis es el síntoma dominante en la infancia dado que hay una gran tendencia a que la lesión establecida progrese a una lesión avanzada con pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso de sostén. En principio rara vez se desarrollan procesos más avanzados hasta después de la pubertad. (43)

b. MALOCLUSIONES:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población. La mayoría de los pacientes afectados, muestran evidencias de esta patología desde la infancia y se asocia de forma directa con la ausencia de lactancia materna, sustituida por la alimentación artificial con biberón o al uso de chupones.(44)

La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Los niños alimentados de forma natural (por medio de lactancia materna) desarrollan en forma normal su cara y cráneo, porque las funciones de deglución, masticación y los reflejos orales están dentro de los parámetros normales. En contraste, el desarrollo máxilo - mandibular se ve alterado en aquellos niños que recibieron alimentación artificial (tetero o biberón) o por el uso de chupo de entretenimiento. Entonces se crea un desequilibrio funcional, que afecta todos los tejidos orales y periorales del infante y como consecuencia directa produce maloclusión. (44)



HABITOS NOCIVOS:

- **DEGLUCIÓN ATÍPICA** Durante los primeros años de vida la deglución (la acción de tragar) es diferente a la que existe en edad adulta. En ocasiones podemos observar problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edad madura, entonces hablamos de deglución atípica. Así en edad adulta podremos clasificar la deglución en dos según como se realiza. (45)
- **DEGLUCIÓN NORMAL:** Se caracteriza por:
 1. Al tragar los dientes están en contacto.
 2. La mandíbula inferior estabilizada (no se mueve).
 3. La punta de la lengua se coloca contra el paladar, arriba y detrás de los incisivos.
 4. Contracción mínima de los labios durante la deglución (los labios no se deberían mover al tragar).
- **DEGLUCIÓN ATÍPICA:** Se caracteriza por:
 1. Al inicio de la fase deglutoria la lengua se sitúa entre los incisivos, contactando con el labio inferior.
 2. Durante la deglución existe un adelantamiento de la lengua con la mandíbula abierta.
 3. En reposo se crea un movimiento anterior de la lengua con la mandíbula ligeramente abierta y la punta entre o sobre los dientes anteriores. Es decir, normalmente tienen la lengua colocada entre los dientes sin llegar a cerrar la boca del todo. (45)

RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración que consideramos normal es la nasal. Encontramos ocasiones en que esta respiración es bucal. Puede ser debido a algún factor etiológico y tras eliminar la causa puede mantenerse en el tiempo. Normalmente nos encontramos con algún problema que impide una



respiración por vía nasal normal (alteraciones en el tabique, adenoides, rinitis alérgica, etc.) que obliga al niño a respirar con la boca abierta.

Las consecuencias son: (1)

Clase II/1: La mandíbula inferior en posición retraída respecto al maxilar superior.

- Mordida abierta: Se mantiene por la posición alterada de la lengua (más baja y adelantada).
- Aumento del espacio entre los incisivos superiores y los inferiores (denominado técnicamente aumento del resalte o "overjet").
- Mordida cruzada uni o bilateral: Por el paladar estrecho debido a una arcada maxilar estrecha (En forma de V), causada por la posición baja de la lengua.
- Protrusión de los incisivos superiores (desplazados hacia adelante): Por una hipotonicidad del labio superior.
- Retrusión de los incisivos inferiores: Por hipertonicidad del labio inferior.
- Boca abierta e incompetencia labial (en reposo el labio superior no contacta con el inferior).
- Aumento de la longitud de la altura facial: Sobre todo del tercio inferior. Da una sensación de cara más alargada. (1)



SUCCIÓN DIGITAL

El hábito de chuparse el dedo es normal al principio de la vida, pero puede llegar a ser patológico si se alarga en el tiempo. Existen diversas tipologías de succión digital con diferentes consecuencias según el dedo que se chupe, según si se hace de forma central o por el lateral, etc. En líneas generales podemos decir que si el hábito se alarga en el tiempo podemos observar las siguientes consecuencias (46)

A nivel óseo:

- Paladar estrecho (ojival).
- Prognatismo superior (Maxilar superior tirado hacia delante: El dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).



- Retrognatia inferior (Mandíbula inferior retrasada: El dedo frena su crecimiento).
- A nivel dental nos podemos encontrar diversas situaciones (se pueden dar una sola o la combinación de varias):
- Incisivos superiores hacia adelante. En ocasiones espaciados entre ellos (diastemas).
- Incisivos inferiores hacia atrás.
- Mordida abierta anterior o lateral (existe espacio entre los dientes de arriba y los de abajo en la zona donde se coloca el dedo).
- Mordida cruzada uni o bilateral (por el paladar estrecho).
- Alteraciones musculares:
- Hipotonía labial (sobre todo de labio superior).
- Labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y la deglución. Es decir, al tragar observaremos que el labio inferior realiza un sobreesfuerzo
- Otras alteraciones que se podrían observar:
- Boca abierta normalmente.
- Persistencia de deglución infantil. Al existir un espacio entre los dientes de arriba y los de abajo el niño se ve obligado a colocar la lengua entre los dientes para tragar.
- Problemas fonéticos.
- Interposición lingual en reposo. La lengua se coloca entre los dientes en reposo.
- Alteraciones en dedo (color y hasta en ocasiones callosidad).
- Labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores.
- Interferencia de la secuencia normal de la erupción (el dedo puede frenar la salida de los dientes. (46)



USO DE BIBERÓN

El biberón satisface las necesidades nutritivas y del desarrollo del neonato. En ocasiones una tetina con abertura demasiado grande puede disminuir la estimulación del desarrollo del niño. En estos casos observaremos:



- Falta de crecimiento hacia adelante de la mandíbula inferior, es decir, se queda retrasada porque al no existir una succión correcta no se favorece su crecimiento.
- Pérdida de sincronía entre succión y respiración.
- Respiración oral: Aumenta las posibilidades por la no estimulación muscular.
- Succión de otros elementos: Al no satisfacer el instinto de succión se tiende a hacerlo con otros objetos. Esto puede crear maloclusiones, como la creada por la succión digital (chuparse el dedo).
- Mordida anómala: Paladar ojival (maxilar superior estrecho), Mandíbula inferior y lengua retraídos.
- No estimulación de la articulación que abre y cierra la boca, creando un desarrollo anómalo.

Es por ello que se aconseja un uso del biberón sin manipular la tetina y no prolongar su uso demasiado en el tiempo. En los casos que sean necesarios sustituir la alimentación materna por el biberón, este debe tener determinadas características que la asemejen al seno materno, como ser:

- Tetina corta.
- De consistencia firme.
- Con varios orificios pequeños, para poder efectuar el ejercicio muscular, sincronizando las funciones de succión, respiración, y deglución, favoreciendo como ya expresamos el correcto desarrollo de todo el esqueleto facial. (1)

➤ **SUCCIÓN NO NUTRITIVA**

La succión no nutritiva durante la lactancia, es la actividad que consiste en que el lactante se chupe el dedo, chupón u otros objetos. Se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal. El feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación; además de otros de tipo respiratorio. Se considera que son precursores importantes de la respiración y deglución, necesarias para la vida postnatal. La succión no nutritiva guarda relación estrecha con dos reflejos presentes al nacimiento. El de búsqueda es el movimiento de la cabeza y lengua



hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, que usualmente es el pecho materno, pero también es un dedo, o un chupón. Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses. El de succión hace que la leche salga de los pezones y se preserva hasta el año. Su desaparición no significa que el lactante deje de succionar; en esta etapa ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo. En resumen, la succión no nutritiva del lactante es casi universal y se considera normal. El punto en que se vuelve hábito y es anormal no está muy claro, pero se considera que es hasta los 3 años. La mayoría de las veces el niño logra superar esta etapa y el hábito desaparece, sin embargo, si el reflejo continúa después de los tres años este puede provocar daños permanentes en los maxilares.

Tiende a producir en la dentición decidua, protrusión de incisivos superiores, mordida cruzada posterior, linguoversión de incisivos inferiores, mordida abierta anterior. Todo desplazamiento nocivo de los dientes tiende a resolverse en un alto porcentaje de estos casos, si el hábito se interrumpe antes que broten los dientes permanentes. Por lo tanto, es mejor postergar el tratamiento hasta el periodo final de la dentición o cuando empiezan a hacer erupción los dientes permanentes. Las terapias más comunes consisten en la inserción de ciertos aparatos en la boca del niño que eliminan este hábito

Lo mismo aplica a la costumbre de chuparse el dedo, si no se desarraiga antes de la aparición de los incisivos permanentes, estos hábitos pueden ocasionar problemas en la forma del paladar, la mordida y posición de los dientes permanentes. Es bastante común que el niño use para la succión diferentes elementos que le dan satisfacción, como ser el dedo o un pañito, etc., debiendo ser sustituidos todos estos por el chupete y nunca reprimirlos en cuanto a su uso ya que, en esta etapa, la succión forma parte de su desarrollo fisiológico.

Pero sin embargo es importante educar a la madre, para que no use el chupete cada vez que su hijo este angustiado, como elemento de salvación. Sino que por el contrario debe buscar la manera de consolarlo



y entretenerlo. El tamaño del chupete se elige de acuerdo con el de la boca del niño. Nunca fijarlo a cintas o collares que rodeen el cuello. Siempre debe estar limpio e ir renovándolo a medida que se gasta. Jamás agregarle jugos, miel, azúcar, etc. (1)

PERIODONTOPATÍA

La periodontopatía afecta los tejidos que rodean y sostienen al diente. Esto a menudo se presenta como sangrado o encías hinchadas (gingivitis), dolor y, a veces, halitosis. En su forma más grave, la pérdida de la unión de las encías al diente y al hueso de soporte genera «bolsas» y aflojamiento de los dientes (periodontitis). La periodontopatía grave, que puede provocar la pérdida de dientes, fue la undécima enfermedad más prevalente a nivel mundial en 2016. Las principales causas de periodontopatía son la mala higiene bucal y el consumo de tabaco. (36)

PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana es el factor etiológico principal de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia, la caries y la enfermedad periodontal. El higienista bucodental, como profesional sanitario especializado en la prevención bucodental y colaborador del odontoestomatología en la aplicación del programa de control de placa, debe conocer en profundidad la microbiología de la placa bacteriana dental, así como los mecanismos implicados en su patogenicidad cariogénica y periodontal.

La placa bacteriana es una lámina blanda, pegajosa que se acumula en la superficie del diente teniendo predilección por la parte cervical. La formación de la placa en los dientes se produce después de uno a dos días en las cuales las medidas de higiene oral han sido deficientes, se puede observar muy fácil la placa que existe sobre sobre la superficie dental

Se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuestos por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua.



Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia Inter microbiana es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis. El contenido microbiano

de la placa varía ampliamente entre los diferentes individuos y dentro del mismo individuo, en distintas zonas hoy en día hay tendencia a demostrar que formas distintas de periodontitis tienen etiologías microbianas específicas.

Para evitar complicaciones, es necesario removerla después de cada comida y esto se logra con un cepillo correcto y el uso de la seda dental (46)

FLUORUROS

El flúor es el elemento químico más electronegativo, el flúor no se encuentra en su forma elemental sino el flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza generalmente en forma iónica como fluoruro, siendo el más común la Criolita y la Apatita. (47)

El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático. (44,47)

➤ **MECANISMO DE ACCIÓN:**

El mecanismo de acción exacto del flúor no es del todo conocido; como consecuencia de ello, se han emitido varias hipótesis en trabajos que sustentan la actividad preventiva del flúor frente a la caries. (44)

En principio se podrían establecer cuatro grandes grupos:

Acción sobre la hidroxiapatita:

1. Disminuye la solubilidad
2. Aumenta la cristalinidad.
3. Promueve la remineralización formando cristales de fluorapatita.

Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana:



1. Inhibidor enzimático
2. Reduce la flora cariogénica (antibacteriano directo).

Acción sobre la superficie del esmalte:

1. Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
2. Disminuye la energía superficial libre.

Acción sobre el tamaño y estructura del diente:

1. Morfología de la corona.
2. Retraso en la erupción.

Otros investigadores han descrito dos categorías básicas de mecanismo de acción anticariogénica del flúor, que se corresponden:

- A los aspectos fisicoquímicos del esmalte, por un lado.
- Al estudio de la microbiología y bioquímica de la placa bacteriana.

Pinkham establece que, aunque no se conoce del todo el mecanismo, el carácter preventivo del flúor se puede deber al aumento de la resistencia de la estructura dental a la disolución de los ácidos, fomentando la remineralización y disminución del potencial cariogénico de la placa bacteriana. (48)

➤ **VEHÍCULOS DE ADMINISTRACIÓN DE FLÚOR**

✚ **VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DEL FLÚOR**

El flúor puede llegar a la estructura dentaria a través de dos vías:

- a) VÍA SISTÉMICA:** En la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes.

El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de post mineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros se produce por la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.



b) **VÍA TÓPICA:** Supone la aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es post eruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries (48)

 **VÍA SISTÉMICA:**

1.- Fluorización de aguas: La fluorización del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en prevención de caries. Por otra parte, el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.

Villena, R. en 1988 realizó un estudio con el propósito de conocer la concentración natural de fluoruros en las aguas de consumo de Lima metropolitana y Callao, con lo que se reveló que esta concentración oscilaba entre 0,11 a 0,33 ppm, considerándolo un valor bajo para una acción preventiva contra la caries dental (aproximadamente la quinta parte del valor ideal).(49)

Otros aportes de flúor sistémico: En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluorización de las aguas de la comunidad no pueda ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluorización de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral. Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que



escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general. Para la administración de suplementos de flúor debemos tener en cuenta una serie de factores:

- Edad del niño.
- Consumo de flúor por otras fuentes: agua corriente y embotellada, alimentos (pescados, mariscos), fármacos y suplementos vitamínicos, leches maternizadas, ingestión de pasta o colutorios fluorados (los niños menores de 5 años no deben utilizar dentífricos ni colutorios con sabor ya que pueden estimular su ingesta)
- Nivel de motivación de los responsables: la falta de continuidad en la administración de fluoruro alcanza a más del 80% de los niños a los tres años de iniciado.
- Factores de riesgo de caries: hábitos alimenticios del niño, malos hábitos higiénicos, presencia de caries en el niño o en sus padres, hospitalización prolongada y enfermedades discapacitantes. (49)

INDICACIONES: No debemos de olvidar que el flúor tiene una acción preventiva sobre toda la población y que existen una serie de circunstancias y grupos de población además de los escolares, en que los colutorios fluorados están especialmente indicados. Todos ellos son de riesgo de caries: 1. Personas con disminución del flujo salivar.

2. Pacientes portadores de aparatología ortodóncica fija, pacientes bloqueados intermaxilarmente, o en aquellos portadores de grandes rehabilitaciones de prótesis fija.

3. Pacientes incapacitados de realizar una buena higiene oral.

4. Pacientes con gran retracción gingival y alto riesgo de caries radicular.



5. En general en pacientes con gran susceptibilidad a la caries.

- **Fluorización de las aguas de consumo público:** Es la medida más eficaz de todos los métodos conocidos para la prevención de la caries. La fluorización es el proceso de añadir un elemento de aparición natural, el flúor, al agua de consumo con el propósito de reducir la caries dental. Los compuestos usados son el fluoruro sódico, fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. La dosis adecuada oscila entre 0,1-0,2 partes por millón, siendo variable en función de las condiciones climatológicas. Según Pinkham, la fluorización del agua es la base de todo programa de prevención de la caries, no solo por su eficiencia, sino también por su mejor razón costo/eficacia. (49)
- **Fluorización de las aguas en las en las escuelas:** En este caso el agua debe estar fluorada a un nivel de varias veces superior al que sería recomendable para esa área, ya que los niños beberían esta agua durante un reducido número de horas del día. Ahora si la institución alberga niños menores de 6 años se debe asegurar que estos no reciban flúor por ninguna otra vía, ante el riesgo de estar aportando dosis excesiva
- **Aguas de mesa con flúor:** El agua embotellada constituye otra fórmula de aporte de flúor, siendo muy variable la dosis en función de la fuente natural.
- **Suplementos de los alimentos con flúor:** Otra alternativa es incorporar el flúor en determinados alimentos tal como, la sal, la leche, la harina o los cereales. Su dosificación oscila entre los 200-250 mg. En los años setenta, se consideraba que no existían suficientes pruebas ni la cantidad exacta de flúor que debe incorporarse en la leche, sal y pan (49)

FLUORIZACION DE LA SAL EN EL PERU

La fluorización de la sal consiste en fortalecer este producto de consumo diario adicionándole entre 200 y 250 miligramos de fluoruro de sodio por cada kilogramo. En el Perú, las empresas productoras de sal están obligadas a adicionar flúor a este producto de consumo humano, como medida preventiva contra la caries dental. El Dr. Jim Romero Lloclla, ex-coordinador de la Estrategia



Sanitaria Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud, afirma que aproximadamente el 60% de la sal de consumo humano que se comercializa en el Perú no contiene el flúor necesario para prevenir enfermedades bucodentales, pese a que la norma sanitaria rige desde hace poco más de 25 años. (50)

Una seria desventaja que limita el uso de las tabletas y gotas de fluoruro en la práctica dental es la necesidad de encontrar con la cooperación inteligente de los padres del niño, ya que estos deben estar muy motivados para administrar el fluoruro durante varios años, y tienen que ser cuidadosos y responsables a fin de almacenar las tabletas en un sitio seguro, fuera del alcance de los niños. (51)

➤ **Suplementos dietéticos fluorados:**

Existen otras vías de administrar flúor por vía sistémica, como son las gotas, tabletas y preparaciones vitamínicas que pueden constituir una alternativa o complementación a la ingestión de flúor a través del agua, pudiéndose utilizar de forma individual o comunal en las escuelas. Los suplementos dietéticos de flúor pueden prescribirse desde el nacimiento a los 13 años a los niños que vivan en áreas en las que el agua contenga 0,7ppm de flúor o menos. El gran inconveniente de estos métodos es que requieren un alto grado de falta de motivación para que el suministro se realice de forma continuada y correcta durante años. El método para administrar estos suplementos, dependerá de la edad, en niños pequeños se utilizarán en flúor en gotas o las preparaciones vitamínicas, colocándolas directamente en la lengua o bien mezclándolas con agua o zumos, o en la propia comida del niño. Hay que tener en cuenta que estos preparados no deben mezclarse con leche, pues se retarda su absorción. En niños con capacidad de masticar se pueden utilizar las tabletas, que deben ser masticadas y mezcladas con saliva durante un minuto, para posteriormente ser ingeridas, de esta forma conseguiremos un efecto tópico y un efecto sistémico. (51).

- **VÍA TÓPICA:**

Las formas de presentación más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:



- **BARNICES Y GELES FLUORADOS:**

1. **Geles de flúor.** Los más frecuentes son de flúor fosfato acidulado 1.23% y flúor de aminas al 1.25%. Tienen la ventaja de que son baratos, fáciles de aplicar y la técnica la puede realizar el personal auxiliar. El inconveniente que tienen es la posible ingestión excesiva de flúor durante la aplicación, provocando síntomas de toxicidad aguda como náuseas, vómitos, dolor de cabeza y dolor abdominal.

2. **Barnices de flúor.** Los barnices constituyen la forma de aplicación de fluoruros por el profesional que tiene mayor efectividad anticaries.

- **SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS**

Los sellantes de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los sellantes tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones cariosas y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los sellantes son doblemente importantes. (50,51)

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes. (41)

1. **A nivel individual:**

- Dientes con morfología oclusal susceptible a la caries (surcos profundos).



- Molares hasta los 4 años tras su erupción (fase de maduración posteruptiva del esmalte, que es el momento ideal para colocar un sellador), sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte. En pacientes que puedan ser controlados regularmente.
- En hipoplasias o fracturas del esmalte.
- Para el sellado de márgenes de reconstrucciones con resinas compuestas(50)

A nivel comunitario: Referido siempre a dientes sanos o con caries incipiente de fisura limitada a esmalte.

- Primeros molares permanentes: de 6-10 años
- Segundos molares permanentes: de 11-15 años.
- Premolares en dentición de moderado y alto riesgo de caries.
- Molares temporales en dentición primaria de alto riesgo. (50)

VISITA AL ODONTOLOGO:

La primera visita al odontólogo debe hacerse durante el primer año de vida del niño. La American Academy of Pediatric Dentistry recomienda que los niños acudan por primera vez al odontólogo antes que erupcione el primer diente temporal o, como más tarde, a los 12 meses. En esta visita se determinará el riesgo de caries, se ofrecerá a los padres una orientación temprana y se evaluará la necesidad de aplicaciones tópicas de flúor en función del riesgo; todo ello con el fin de lograr una óptima salud bucal desde la infancia (52).



2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

El nivel de conocimiento de las madres que acuden al centro de salud Dignidad Nacional del Distrito de Santiago sobre medidas preventivas de la salud bucal sobre el crecimiento y desarrollo, higiene oral, lactancia, caries dental, maloclusión y tratamientos preventivos según rango de edad, grado de instrucción y número de hijos de los niños de 0 a 36 meses es regular a bajo.

2.4. Variable

- ✚ Nivel de conocimiento de las madres sobre medidas preventivas de la salud bucal.

2.4.1. Identificación de Variables

2.4.2. Co - variables

- ✚ Edad de la madre
- ✚ Grado de instrucción de la madre
- ✚ Número de hijos
- ✚ Número de hijos menores de 36 meses

2.4.3. Operacionalización de Variables



VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA INSTRUMENTO	EXPRESION FINAL O VALOR	
Nivel de Conocimiento de las madres sobre medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad.	Es la medida de la capacidad del individuo de usar la razón después de haber pasado por el fenómeno de enseñanza – aprendizaje sobre los conceptos de salud bucal, los cuales han sido transmitidos de manera explícita mediante orientadores que se encargan de dar la información sistematizada, como de manera tácita con las vivencias cotidianas que originan el saber empírico	Son datos sobre acontecimientos, aseveraciones o información adquirida a través de la propia experiencia o del aprendizaje continuo, cuyo acto garantiza una adecuada salud bucal, para tener la capacidad de comer y comunicarse, lo que significa anticiparse a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades.	Conocimientos de madres sobre crecimiento y desarrollo	Test /prueba Cuestionario sobre las medidas preventivas en la Salud Bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad	Cualitativo	Ordinal	Malo (0-7 puntos)	
			Conocimiento de las madres sobre la maloclusión		Cualitativo	Ordinal		
			Conocimientos de las madres sobre enfermedades bucales		Cualitativo	Ordinal		Regular (8-14 puntos)
			Conocimiento de las madres sobre la lactancia materna y hábitos alimenticios		Cualitativo	Ordinal		
			Conocimientos de las madres sobre hábitos de higiene bucal		Cualitativo	Ordinal	Bueno (15-20 puntos)	
			Conocimiento de las madres sobre caries dental.		Cualitativo	Ordinal		
			Conocimiento de las madres sobre tratamientos preventivos.		Cualitativo	Ordinal		
Grado de instrucción		Nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios		Años de estudios realizados	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3.	



	Nivel de enseñanza alcanzado estimado en una escala	realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están previsional o definitivamente incompletos					Técnica y/o Superior
Número de hijos	Cantidad de embarazos que llegaron a viabilidad fetal			Número de hijos nacidos	Cualitativa	Razón cociente	1. Un hijo. 2. Dos hijos 3. Tres o más hijos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Menor de un año 1 año a 1 año 11 meses 29 días 2 años a 2 años 11 meses 29 días		Partida de nacimiento	Cualitativa	Razón cociente	1. De 18 a 24 años. 2. De 25 a 31 años. 3. De 32 a 40 años. 4. De 41 años a más.



CAPITULO III

III. METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

3.1. Tipo de Investigación

Según el diseño de la investigación	Cuantitativo	De tipo no experimental.
Según el tipo de la investigación	Descriptivo	Porque se limitó a observar e interpretar los resultados de la encuesta proporcionada.
Según el alcance temporal	Transversal	Porque se realizó en un corto periodo de tiempo.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población de la presente investigación fue conformada por todas las madres que tengan hijos menores de 36 meses que acudan al centro de salud de Dignidad Nacional.

Durante los meses de agosto hasta diciembre del año 2021 que suman en total 200 madres.

3.2.2. Muestra

La clase de muestreo a utilizar fue probabilística, la muestra fue determinada por la formula poblaciones finitas donde contaremos con 132 madres de familia, con un nivel de confianza de 95%. El tipo de muestreo para poder obtener una muestra representativa fue aleatorio simple, la cual se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

Dónde:



$$n_{\text{opt.}} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Nopt. = Tamaño de la población

Z= 1.96: Valor de la tabla normal con 95% de confianza

P=0.5: Probabilidad de Éxito

Q=0.5: Probabilidad de Fracaso

E=5%=0.05: Error de la estimación.

3.3. Criterios de Selección

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Madres mayores de 18 años de edad
- Madres con hijos menores de 36 meses de edad
- Madres que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Madres que presenten algún tipo de alteración sistémica, física o mental
- Madres odontólogas
- Madres analfabetas

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnica

La técnica que se utilizó es la encuesta, la cual permitió obtener resultados que esperamos en el desarrollo de la tesis.



3.4.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó es el cuestionario de preguntas tipo encuestas de recolección de datos donde se registró todos los aspectos del instrumento.

3.4.3. Procedimientos para Recolección de Datos

Se realizó un documento dirigido al profesional encargado del puesto de salud de Dignidad Nacional solicitando la autorización para ejecutar este proyecto.




Como siguiente paso se realizó un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos, por lo tanto, es elaborado considerando puntos básicos sobre el tema de salud dental, este cuestionario consta de 20 preguntas de opción múltiple para medir las variables incluida de los objetivos de esta investigación.

Para luego diseñar un cuestionario base con preguntas generales y específicas para llenar y marcar.

Se procedió a enviar a tres doctores especialistas en la materia para su revisión y aprobación de estas preguntas, teniendo su aprobación de este cuestionario con las 20 preguntas.

Por último se procedió a realizar las pruebas en donde se les entrego los cuestionarios a las 132 madres seleccionadas como muestra total, dándoles las pautas para su adecuado llenado, se considera al instrumento como correcto al no tener inconvenientes o problemas al momento de su realización y entendimiento esto por parte de las madres que son parte de nuestra muestra.

Para lo cual se otorgó 1.00 por cada respuesta correcta, agrupando los resultados serán calificados de la siguiente manera:

-  Bueno (15.0 – 20.0)
-  Regular (8.0 - 14.0)
-  Malo (0.0 – 7.0)



3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos.

3.6.1. Validez de Instrumento

La validación del cuestionario de preguntas fue a cargo de los doctores que se les presento a cada uno de los integrantes para su revisión y posterior aprobación, para luego desarrollar la tesis.

3.6.2. Confiabilidad de instrumentos

Se realizó una prueba piloto con el 5% de la muestra. Se hicieron las correcciones en la estructura y redacción de las preguntas.

Se aplica el análisis de fiabilidad con los resultados

3.7. Procedimiento de Análisis de datos

3.7.1. Enfoque de la Investigación

Investigación de enfoque cuantitativo, porque midió los datos de la investigación, y por ende utilizó la estadística para su presentación.

CAPITULO IV

IV RESULTADOS

Tabla 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES OE1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	105	79.5	79.5	79.5
	NC REGULAR	24	18.2	18.2	97.7
	NC BUENO	3	2.3	2.3	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema crecimiento y desarrollo en su mayor porcentaje es malo con un 79.5%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 18.2%, y finalmente un nivel de conocimiento bueno con un 2.3%. Se evidencia el alto porcentaje de poco o nulo conocimiento de las madres acerca de cómo crece los dientes de su hijo el cual supera la mitad de los encuestados.

Tabla 2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE ORAL OE2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIGIENE ORAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	45	34.1	34.1	34.1
	NC REGULAR	87	65.9	65.9	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema higiene oral en su mayor porcentaje es regular con un 65.9%, seguido de un nivel de conocimiento malo con un 34.1%. A pesar de tener más de dos terceras partes de nivel de conocimiento regular en higiene oral esto no se refleja en el nivel de conocimiento total.

Tabla 3. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA Y HABITOS OE3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA Y HABITOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	68	51.5	51.5	51.5
	NC REGULAR	64	48.5	48.5	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema lactancia y hábitos en su mayor porcentaje es malo con un 51.5%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 48.5%. Se puede evidenciar la poca diferencia entre los porcentajes de nivel de conocimiento malo y regular en el tema de lactancia materna y hábitos alimenticios de los hijos de las encuestadas.

Tabla 4. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL OE4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	106	80.3	80.3	80.3
	NC REGULAR	22	16.7	16.7	97.0
	NC BUENO	4	3.0	3.0	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema enfermedad periodontal en su mayor porcentaje es malo con un 80.3%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 16.7%, y finalmente un nivel de conocimientos bueno con un 3%. Es probable que las madres tengan la idea de que la enfermedad periodontal solo afecta a adultos por lo que se evidencia en el alto porcentaje de poco conocimiento de esta enfermedad en niños.



Tabla 5. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DENTAL OE5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARIES DENTAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	72	54.5	54.5	54.5
	NC REGULAR	40	30.3	30.3	84.8
	NC BUENO	20	15.2	15.2	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema caries dental en su mayor porcentaje es malo con un 54.5%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 30.3% y finalmente un nivel de conocimientos bueno con un 15.2%. Se puede evidenciar que menos de la mitad de las madres encuestadas en el tema de caries dental adolece de este conocimiento y por ende podrían tener hijos menores a 36 meses afectados por esta enfermedad.

Tabla 6. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MALOCLUSIÓN OE6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MALOCLUSIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	87	65.9	65.9	65.9
	NC REGULAR	38	28.8	28.8	94.7
	NC BUENO	7	5.3	5.3	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema conocimiento de maloclusión en su mayor porcentaje es malo con un 65.9%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 28.8%, y finalmente un nivel de conocimiento bueno con un 5.3%. Se evidencia el alto porcentaje de poco o nulo conocimiento de las madres acerca de cómo esta hace contacto

irregular de los dientes del maxilar superior con los dientes de la mandíbula de sus menores hijos.

Tabla 7. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA OE7

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE ATENCION ODONTOLÓGICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	55	41.7	41.7	41.7
	NC REGULAR	64	48.5	48.5	90.2
	NC BUENO	13	9.8	9.8	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema atención odontológica en su mayor porcentaje es regular con un 48.5%, seguido de un nivel de conocimiento malo con un 41.7%, seguidamente de un nivel de conocimiento bueno con un 9.8%. A pesar de tener más de la mitad de las partes de nivel de conocimiento regular y bueno en atención odontológica esto no se refleja en el nivel de conocimiento general.

Tabla 8. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS OE8

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	28	21.2	21.2	21.2
	NC REGULAR	51	38.6	38.6	59.8
	NC BUENO	53	40.2	40.2	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

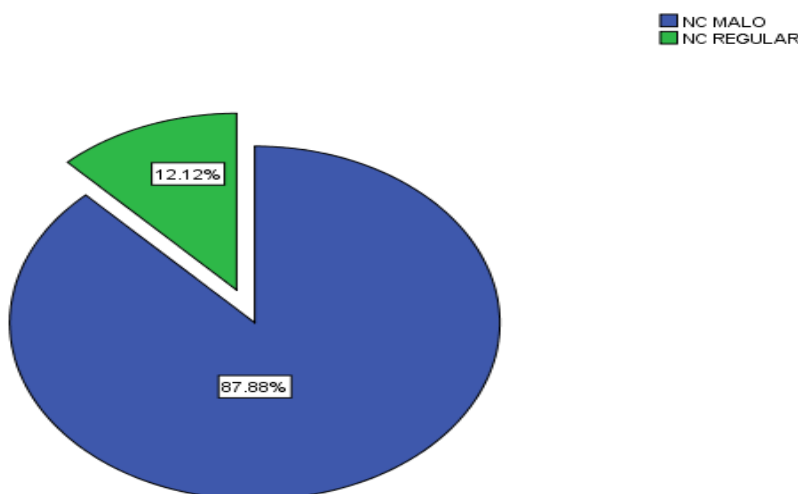
INTERPRETACION: El nivel de conocimiento de las madres de niños de 0 a 36 meses en el tema tratamientos preventivos en su mayor porcentaje es bueno con un 40.2%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 38.6%, seguidamente de un nivel de conocimiento malo con un 21.2%. A pesar de tener más de dos terceras partes de nivel de conocimiento bueno-regular en tratamientos preventivos esto no se refleja en el conocimiento del medio bucal y sus implicaciones en la prevención de enfermedades puesto que, para el mantenimiento de una correcta salud bucal, la prevención se convierte en un factor fundamental.

Tabla 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS DE 0 A 36 MESES OG

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NC MALO	116	87.9%	87.9	87.9
	NC REGULAR	16	12.1%	12.1	100.0
Total		132	100.0%	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: El mayor porcentaje se da en el Nivel de conocimiento malo con un 87.9% y el 12.1% tiene un nivel de conocimiento regular.



Fuente: Elaboración propia



INTERPRETACION: El nivel de conocimiento acerca de medidas preventivas de las madres de niños de 0 a 36 meses en su mayor porcentaje es malo con un 87.88%, seguido de un nivel de conocimiento regular con un 12.12%. Se puede evidenciar la falta de conocimiento en general sobre nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad, fundamental en la salud bucal de los niños menores de 0 a 36 meses, en la Posta de Dignidad Nacional. Lo que evidencia el pobre conocimiento acerca de medidas preventivas que podría repercutir en la salud bucal de los niños y también de las madres.

Tabla 9.1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS POR RANGO DE EDAD

			RANGO DE EDAD				Total
			18-24 AÑOS	25-31 AÑOS	32-40 AÑOS	MAS DE 40 AÑOS	
			S	S	S	S	
NIVEL DE CONOCIMIENTO S	NC	Recuento	28	29	48	11	116
	MALO	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO S	24.1 %	25.0 %	41.4 %	9.5%	100.0 %
	NC	Recuento	2	7	7	0	16
	REGULA R	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO S	12.5 %	43.8 %	43.8 %	0.0%	100.0 %
Total		Recuento	30	36	55	11	132
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTO S	22.7 %	27.3 %	41.7 %	8.3%	100.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2= 4.187$ $p=0.242$ ($p>0.05$)

INTERPRETACIÓN: El mayor porcentaje (43.8%), se da en el rango de edad de 25 a 31 años y 32 a 40 años con un nivel de conocimiento regular, seguido del rango de edad de 32 a 40 años con un nivel de conocimiento malo (41.4%). A la prueba



estadística de Chi cuadrado se determinó un valor $p > 0.05$ que acepta la hipótesis nula: no existe diferencias de nivel de conocimiento en los rangos de edad de las madres de niños de 0 a 36 meses.

Tabla 9.2. NIVEL DE CONOCIMIENTOS POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

			GRADO DE INSTRUCCIÓN			
			PRIMA RIA	SECUNDA RIA	SUPERI OR	Total
NIVEL DE CONOCIMIEN TOS	NC MALO	Recuento	11	77	28	116
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIEN TOS	9.5%	66.4%	24.1%	100.0 %
	NC REGUL AR	Recuento	1	8	7	16
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIEN TOS	6.3%	50.0%	43.8%	100.0 %
Total	Recuento		12	85	35	132
	% dentro de NIVEL DE CONOCIMIEN TOS		9.1%	64.4%	26.5%	100.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 = 2.787$ $p = 0.248$ ($p > 0.05$)

INTERPRETACIÓN: El mayor porcentaje (66.4%), se da en el grado instrucción secundario, con un nivel de conocimiento malo, seguido también del grado de instrucción secundario con un nivel de conocimiento regular (50%). A la prueba estadística de Chi cuadrado se determinó un valor $p > 0.05$ que acepta la hipótesis nula: no existe diferencias de nivel de conocimiento de acuerdo al grado de instrucción de las madres de niños de 0 a 36 meses.



			NÚMERO DE HIJOS			Total
			UN HIJO	DOS HIJOS	TRES HIJOS	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NC MALO	Recuento	36	48	32	116
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTOS	31.0 %	41.4%	27.6%	100.0 %
	NC REGULAR	Recuento	4	11	1	16
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTOS	25.0 %	68.8%	6.3%	100.0 %
Total		Recuento	40	59	33	132
		% dentro de NIVEL DE CONOCIMIENTOS	30.3 %	44.7%	25.0%	100.0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 = 5.086$ $p = 0.079$ ($p > 0.05$)

INTERPRETACIÓN: El mayor porcentaje (68.8%), se da en el rango de número de hijos de 2 hijos con un nivel de conocimiento regular, seguido del rango de número de hijos de 2 hijos con un nivel de conocimiento malo (41.4%). A la prueba estadística de Chi cuadrado se determinó un valor $p > 0.05$ que acepta la hipótesis nula: no existe diferencias de nivel de conocimiento en los rangos de números de hijos de las madres de niños de 0 a 36 meses.



CAPITULO V

V. DISCUSIÓN:

Teixeira et al. (4), encontró que la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal, el nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo en el estudio de Texeira, también se puede observar que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, concluyendo que existe un bajo porcentaje de conocimiento de higiene bucal en las madres de los niños, mientras que, en el presente estudio los resultados son similares (87.9% N.C. malo) y de los encuestados ninguno califico con conocimiento bueno a pesar de tener una tendencia igual de mejor conocimiento a más edad esta no es estadísticamente significativa.

Se encontró que las madres que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor, en el presente estudio no se tomó como variable el trabajo realizado por la madre.

Rodríguez León et al. (5), se basó a una población de encuesta a jóvenes de los ciclos 7° y 8°, su medio de encuestas fue por medio del internet cuyo objetivo puntual es la caries y su prevención, en el estudio de Rodríguez se encontró que la mayoría de los jóvenes encuestados (81%) denotaron su nivel de conocimientos aceptable, mientras que en nuestro estudio se basó a encuestar a madres desde los 17 años a más, las cuales fueron realizadas mediante encuestas basadas en 20 preguntas referidas a los objetivos del presente estudio teniendo un 87.9% de conocimiento malo en general.

Se encontró que las madres por su ocupación y labor no tiene acceso a un conocimiento aceptable y no se tomó en cuenta la información del internet.

Torres Rivadeneira et al. (6), encontró relación entre el conocimiento sobre salud bucal y la higiene oral, y que la minoría de los padres de familia encuestados (4.8%) denotaron niveles no aceptables de conocimientos e higiene oral, el nivel de conocimiento bueno (30.6% N.C. alto y 61.3% N.C. regular) es de alto a regular en



el estudio de Torres, también se observa que los padres de familia presentan un alto nivel de conocimiento sobre salud bucal, por otra parte, en el presente estudio los resultados no tienen similitud en el nivel de conocimiento sobre salud bucal (87.9% N.C. malo), a pesar de tener una tendencia igual de mejor conocimiento a más edad esta no es estadísticamente significativa, también denotamos que ninguno de los encuestados califico con conocimiento bueno.

Se encontró que las madres no tienen al apoyo de sus parejas, y no tienen acceso al internet, es esto que en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor.

Silva et al. (7), encontró que de los estudiantes de 1er año encuestados la mayoría denoto niveles aceptables de conocimientos con un nivel de conocimiento general (86%) en un nivel alto y con un (14%) en un nivel regular, en el estudio de Silva también se observa que los estudiantes de 1er año presentan mejores niveles de conocimiento en salud bucal, por el contrario, en el presente estudio los resultados no son similares (87.9% N.C. malo) y ninguno de los encuestados califico con conocimiento bueno, a pesar de tener encuestados madres de familia se pronosticaba una tendencia igual de mejor conocimiento a más edad esta no es estadísticamente significativa.

Parraga et al. (8), encontró que la mayoría de las estudiantes del nivel secundaria de 3er, 4to y 5to año encuestados (20.79%, 20.79% y 32.65%) denotaron niveles aceptables de conocimientos o son de nivel regular, y según el nivel de conductas en general (40.59 y 51.49%) es de nivel regular en el estudio de Parraga, encontrando una relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud en los estudiantes de 3er, 4to y 5to de nivel secundaria, en cambio en el presente estudio los resultados no son similares (87.9% N.C. malo), y también se ninguno de los encuestados califico con conocimiento bueno, teniendo un nivel de conocimiento regular con un 12.12% muy debajo del estudio en discusión.

Se encontró que la mayoría de las madres no tienen hijos mayores a 5 años.



Mego Huaman et al. (10), encontró que los niños de 11 y 12 años encuestados con nivel de conocimiento malo (13.2%) denotaron niveles no aceptables de conocimientos sobre higiene oral, luego un nivel de conocimiento regular (63.2%) y finalmente un conocimiento bueno (23.5%) predominantes en el estudio de Mego, en este estudio también se observa que los niños de 11 y 12 años presentan mejores prácticas y técnicas de hábitos de higiene oral encontrándose un nivel de conocimiento regular, a diferencia del presente estudio los resultados en general no son similares (87.9% N.C. malo), además que ninguno de los encuestados califico con conocimiento bueno, teniendo un nivel de conocimiento regular (12.12%) en el presente estudio, denotando en el tema de higiene oral en su mayor porcentaje es regular (65.9%), seguido de un nivel de conocimiento malo (34.1%), acotando que ninguno de los encuestados califico con un conocimiento bueno en este tema.

Paz Mamani et al. (1), encontró que la mayoría de las madres de familia encuestados (31.7%) denotaron niveles no aceptables de conocimientos, el nivel de conocimiento bueno (11.4%) es bajo en el estudio de Paz y tiene un conocimiento regular (56%) en su estudio se observa que las madres de familia presentan mejores niveles de conocimiento, obteniendo una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres en referente a cada uno de sus objetivos planteados, sin embargo en nuestro presente estudio los resultados no son similares (87.9% N.C. malo), teniendo un nivel de conocimiento regular con un 12.12% y en el presente estudio ninguno de los encuestados califico con conocimiento bueno, no encontrando una relación significativa en nuestro estudio a pesar de tener una tendencia igual de mejor conocimiento a más edad.



VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del centro de salud dignidad nacional, distrito de Santiago, en los meses de agosto 2021 – diciembre 2021, es tuvo un nivel de conocimiento malo (87.88%)
2. El nivel de conocimiento de las madres sobre crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 36 meses de edad, se determinó que es malo (79.5%)
3. El nivel de conocimiento de las madres sobre higiene oral en niños de 0 a 36 meses de edad es en su mayoría regular (65.9%)
4. El nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia y hábitos en niños de 0 a 36 meses de edad es en su mayoría malo (51.5%)
5. El nivel de conocimiento de las madres sobre enfermedad periodontal en niños de 0 a 36 meses de edad es en su gran mayoría malo (80.3%)
6. El nivel de conocimiento de las madres sobre caries dental en niños de 0 a 36 meses de edad es en su mayoría malo (54.5%)
7. El nivel de conocimiento de las madres sobre maloclusión en niños de 0 a 36 meses de edad es en su mayoría malo (65.9%)
8. El nivel de conocimiento de las madres sobre atención odontológica en niños de 0 a 36 meses de edad es en su mayoría regular (48.5%)
9. El nivel de conocimiento de las madres sobre los tratamientos preventivos de la caries en niños de 0 a 36 meses de edad en su mayoría bueno (40.2%)
10. El rango de edad que obtuvo menor puntaje (nivel de conocimiento bajo) fue en el rango de 32 a 40 años
11. El grado de instrucción que obtuvo menor puntaje fue el nivel de instrucción secundario
12. Las madres con dos hijos son las que menos puntaje obtuvieron con un nivel de conocimientos malo y regular.



VII. SUGERENCIAS

1. A los responsables del programa de salud bucal del Ministerio de Salud – Cusco, utilizar estos resultados como fundamento para fortalecer el programa preventivo promocional en salud bucal, para mejorar el nivel de conocimientos de las madres y así puedan ser aplicados métodos de prevención en los niños, que a pesar de conocer, estas madres necesitan mayores conocimientos en las demás áreas que complementaran su aprendizaje y cambiara la actitud hacia la salud bucal de sus hijos.
2. A los estudiantes de la Escuela profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco, ahondar los temas de caries, enfermedad periodontal y otras afecciones, cuando estén en contacto con madres de familia, a manera de consejería la cual influirá directamente en la mejora de la salud bucal de sus hijos
3. A los Estudiantes de Estomatología de las universidades del Cusco, realizar otras investigaciones determinando asociaciones y encontrar las causas directas de la falta de conocimiento en muchas áreas por parte de las madres, para poder mejorar la labor de la Universidad y asimismo de la Escuela Profesional en cuanto a evidencia científica e Investigación.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Paz Mamani MA.** Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” Minsa 2014. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [citado el 2 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4277>
2. **Ministerio de Salud Peru.** Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú 2001-2002 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud: Oficina General de Epidemiología: Dirección General de Salud de las Personas; 2005. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf
3. **Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR.** Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. abril de 2015 [citado el 2 de octubre de 2018];25(2):112–21. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. **Teixeira González P, Vázquez Caballero C, Domínguez Samudio V, Portaluppi Elizeche V, Alfonso Cuenca L, Mao Bernal C,** et al. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN PABLO. PARAGUAY, 2010. Rev salud pública Parag [Internet]. 2011 [citado el 31 de marzo de 2022];1(1):3–12. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/p828j>
5. **Rodríguez León CA.** Conocimiento de salud bucal de estudiantes de 7°y 8° básico de la ciudad de Santiago. 2005 [citado el 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110717>
6. **Torres Rivadeneyra VC.** Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del centro educativo básico especial del distrito de Iquitos, año 2017 [Internet] [PhD Thesis]. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5405>
7. **Silva Moncada R.** Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E N°66 “César Vallejo Mendoza” de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Internet]. el 31 de marzo de 2017 [citado el 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/636>
8. **Párraga Espinoza BN.** RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE 3RO, 4TO, 5TO; DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA



- BENJAMIN HERENCIA ZEVALLOS, DISTRITO DE TINTAY-AYMARAES-APURIMAC, 2016 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2016 [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/771>
9. **Vallejos C.** Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevalencia de caries dental de alumnos del 3° ciclo de la escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, durante los meses de mayo a agosto al año 2016 [Tesis]. [Chiclayo]: Universidad Alas Peruanas; 2016.
 10. **Mego Huamán I.** Nivel de Conocimiento sobre Hábitos de Higiene Oral en Niños de 11 a 12 Años de Edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015 [Internet] [Tesis]. [Chiclayo]: Universidad Señor de Sipan; 2015 [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/137>
 11. **Leon H.** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes de educación inicial de la institución educativa particular “Santa Isabel de Hungría” en Ancash 2011 [Tesis]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote; 2011.
 12. **Delgado Llancari 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2012 [citado el 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1127>
 13. **Macias M AI, Gordillo S LG, Camacho R EJ.** Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista chilena de nutrición [Internet]. 2012 [citado el 12 de septiembre de 2022];39(3):40–3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. **Barrios Lambruschini D.** Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI “San Bartolomé”- MINSA, en el año 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. 2012 [citado el 12 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2773>
 15. **Koch G, Poulsen S.** Odontopediatría: abordaje clínico. 2° edición. 2011.
 16. **Medina C. Odontología Pediátrica 1 [Internet].** Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2013. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odontologia_Pediatica/2013/Programa_4to2013.pdf



17. **García FM**, Cañas PG, Rodríguez MCN. La erupción dental normal y patológica. Form Act Pediatr Aten Prim [Internet]. 2012;5(4):188–95. Disponible en: https://fapap.es/files/639-864-RUTA/FAPAP4_2012_02.pdf
18. **Penchas J, Peretz B, Becker A**. The dilemma of treating severely decayed first permanent molars in children: to restore or to extract. ASDC J Dent Child. junio de 1994;61(3):199–205.
19. **Bastarrechea Milián M de las M, Alfonso Betancourt NM, Oliva Pérez M**. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. diciembre de 2009 [citado el 13 de septiembre de 2022];46(4):1–15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072009000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. **Reis SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CA de A**. Análise facial numérica do perfil de brasileiros Padrão I. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial [Internet]. 2006 [citado el 22 de abril de 2019];11(6):24–34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192006000600005&lng=pt&tlng=pt
21. **Verastegui Leon A de J**. Nivel de conocimiento sobre cuidados de salud bucal en la Institución Educativa Particular San Andrés, Cajamarca 2020. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado el 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7191>
22. **Manrique Condori LM**. Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención y el estado de salud bucal en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2019 [citado el 13 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8877>
23. **Silva MV, Martelli P JL**. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura. Odontol clín-cient [Internet]. 2009 [citado el 13 de septiembre de 2022];219–24. Disponible en: <http://www.cro-pe.org.br/revista/v8n3/4.pdf>
24. **s/a. Lactancia Materna [Internet]. Slideshare. 2021** [citado el 13 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/internetic.edu/lactanciappt2definitivo>
25. **Romero RMD**, Cárdenas MC, Ríos JFT, Martínez CEC. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Rev ADM [Internet]. 2001 [citado el 13 de septiembre de 2022];58(2):68–73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5532>
26. **Osorno Escareño C**. Manual de actividades clínicas de odontopediatría. 1. ed. México: Trillas; 1990.



27. **Bonilla Murga LF.** Nivel de conocimiento en salud bucal y calidad de vida de los alumnos del primer ciclo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Martín de Porres. REPOSITORIO ACADÉMICO USMP [Internet]. 2019 [citado el 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5655>
28. **Duarte Rosa de Santos Rita, IM.** Analisis de salud oral y su impacto en la calidad de vida de la población preescolar del municipio de Cascais, Portugal, en 2012 [Internet] [Tesis Doctoral]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2016 [citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/36672>
29. **Núñez DP, García Bacallao L.** Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. junio de 2010 [citado el 14 de septiembre de 2022];9(2):156–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. **Otto M.** Teeth: the story of beauty, inequality, and the struggle for oral health in America. New York: The New Press; 2017. 291 p.
31. **Benitez Velazquez JM.** Conocimiento de las gestantes sobre la salud bucal de sus hijos en el “IMIEM” hospital de ginecología y obstetricia. noviembre de 2014 [citado el 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49155>
32. **van Palenstein Helderman WH, Pelkwijk L ter, van Dijk JWE.** Caries in fissures of permanent first molars as a predictor for caries increment. Community Dentistry and Oral Epidemiology [Internet]. 1989 [citado el 14 de septiembre de 2022];17(6):282–4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.1989.tb00636.x>
33. **Molina Escribano A, López Garví AJ, López Ibáñez C, Sáez Cuesta Ú.** Caries del biberón. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. junio de 2008 [citado el 14 de septiembre de 2022];2(4):184–5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2008000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. **Misrachi L. C, Zalaquett F. D.** Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral. Odontol chil [Internet]. 1994 [citado el 14 de septiembre de 2022];87–92. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-162962?lang=es>
35. **Rodríguez Peelm JC, Rodrigues Alves C, Cople Maia L, Barbosa de Araujo Castro GF.** Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. junio de 2008 [citado el 14 de septiembre de 2022];46(2):165–9.



Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-63652008000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

36. **Almarales C, Llerandi Y.** Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est03208.htm
37. **Poma Barrueta RD.** Relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la presencia de enfermedad gingival en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del HNDM 2016. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado el 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5827>
38. **Bernabé Ortiz E, Delgado-Angulo EK, Sánchez-Borjas PC.** Resultados de un sistema para la vigilancia de caries de la infancia temprana. Revista Medica Herediana [Internet]. octubre de 2006 [citado el 14 de septiembre de 2022];17(4):227–33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2006000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. **de Figueiredo Walter, LR, Ferelle A.** Bebé clínica de la Universidade estadual de Londrina: Un resumen Histórico. Revista de Odontopediatria Latinoamericana [Internet]. 2013 [citado el 14 de septiembre de 2022];3(2). Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-8/>
40. **Rodríguez Rodríguez; MC, Pimentel H. EC.** ¿Puede la leche humana llegar a producir caries: por qué y cómo? Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 1998 [citado el 14 de septiembre de 2022];36(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/1/art-5/>
41. **Alonso Noriega MJ, Karakowsky L.** Caries de la infancia temprana. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2009 [citado el 14 de septiembre de 2022];23(2):90–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21868>
42. **s/A. Salud bucodental [Internet]. WHO. 2022** [citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
43. **Condori Mancilla JL.** Prevalencia de caries y gingivitis en pacientes gestantes atendidas en el Centro de Salud Siete Cuartones, Cusco, 2016 [Internet] [Tesis]. [Cusco]: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2016 [citado el 23 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/1954>
44. **Magalhães AC, Rios D, Honório HM, Machado MA de AM.** Estratégias educativas-preventivas para a promoção fância de saúde bucal na primeira



- infância. Odontologia Clínico-Científica [Internet]. 2009 [citado el 14 de septiembre de 2022];8(3):245–9. Disponible en: <https://repositorio.usp.br/item/001797760>
45. **Fuguet Boullon JR, Betancourt García AI, Ochoa Jiménez L, González Pérez M, Crespo García A, Viera Rodríguez D.** Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. Revista Médica Electrónica [Internet]. octubre de 2014 [citado el 14 de septiembre de 2022];36(5):561–71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. **s/a. Prevención maloclusión [Internet]. ZONA ORTODONCIA. 2012** [citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.zonaortodoncia.com/maloclusion_prev.htm
47. **Podadera Valdés ZR, Flores Podadera H.** Evaluación del impacto del taller sobre lactancia materna y su rol preventivo en las anomalías dentomaxilofaciales, 2003. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. abril de 2004 [citado el 15 de septiembre de 2022];41(1):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. **Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N.** Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2004 [citado el 18 de marzo de 2019];41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072004000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. **Pinkham JR.** Odontología pediátrica. 3ª ed. México, D.F.: McGraw Hill Interamericana; 2001.
50. **Khalili sadrabad Z, Safari E, Alavi M, Shadkar MM, Hosseini Naghavi SH.** Effect of a fluoride-releasing fissure sealant and a conventional fissure sealant on inhibition of primary carious lesions with or without exposure to fluoride-containing toothpaste. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects [Internet]. 2019 [citado el 29 de septiembre de 2020];13(2):147–52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6773923/>
51. **Hijar Guerra G.** Revisión de la efectividad de la fortificación de la sal con fluor para el consumo humano [Internet]. Insituto Nacional de Salud; 2016. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tDM328lZpcJ:https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%252C%2520administrator%252C%2520editor/publicaciones/2018-07-11/012_SERIE_REVISIONES_ULTRA_RAPIDAS_N_10-2016_Revisi%252C%2520de_la_efectividad_de_la_fortificaci%252C%2520de_la_sal_con_fluor_para_el_consumo_humano.pdf+%26amp;cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe



52. **McDonald RE, Avery DR.** Odontología pediátrica y del adolescente. 6ª ed., 1ª reimp. Madrid: Harcourt Brace de España; 1998.



IX. ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con DNI N° _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021”, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución. Acepto la solicitud de que la entrevista sea escrita en formato de cuestionario para su posterior análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco, que guía la investigación. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. La Investigadora Responsable del estudio, Bachiller Shiarmely Paz Florez, se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Capítulo de la investigadora. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Cusco, _____ de noviembre de 2021.

Firma Participante

Firma Investigadora



ANEXO 2. Cuestionario

Datos Generales

EDAD:

- a) De 18 a 24 años.
- b) De 25 a 31 años.
- c) De 32 a 38 años.
- d) De 39 años a más.

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Técnica y/o superior.

NÚMERO DE HIJOS:

- a) 1 hijo.
- b) 2 hijos.
- c) 3 o más hijos.

Nº DE HIJOS MENORES DE 36 MESES: _____

PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.- ¿Cuál de estos factores cree Ud. que durante el embarazo puede afectar el desarrollo adecuado del aparato bucal de su hijo?

- a) La alimentación.
- b) El uso de algunos fármacos.
- c) El consumo de alcohol, cigarros y/o drogas.



d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b y c.

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

a) A los 6 meses.

b) Al año y medio aproximadamente.

c) A los 2 años aproximadamente.

d) A los 5 años aproximadamente.

e) No sé.

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

a) 12 dientes.

b) 16 dientes.

c) 20 dientes.

d) 24 dientes.

e) No sé.

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

a) Desde el nacimiento.

b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche.

c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche.

d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes

e) No sé.



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

- a) Sólo en las mañanas.
- b) Sólo en las noches.
- c) Antes de cada comida.
- d) Después de cada comida.
- e) No sé.

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

- a) A los 2 años de edad aproximadamente.
- b) Al año de edad.
- c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche.
- d) Apenas le aparezca el primer diente de leche
- e) No sé.

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

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

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

- a) Hasta los 3 meses.
- b) Hasta los 6 meses.



- c) Hasta los 9 meses.
- d) Hasta los 12 meses.
- e) No sé.

9.- La enfermedad periodontal es aquella que daña los tejidos de sostén del diente: hueso, ligamento y encía. ¿Qué indicaría que su hijo presente un problema periodontal?

- a) Que tenga oscuras las encías o mucosa.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas.
- c) Que le sangren las encías al realizar la limpieza bucal.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b) y c).

10.- De las siguientes alternativas ¿Qué afirmación es incorrecta?

- a) La gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente en niños.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas son signos de gingivitis.
- c) Las encías sangran sólo por la presencia de caries en los dientes.
- d) La placa bacteriana se adhiere sólo a las encías.
- e) Sólo alternativas c) y d).

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

- a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir a su hijo.
- b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares.
- c) Limpieza bucal deficiente.
- d) Todas las anteriores.



e) Sólo alternativas b y c.

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

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

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

c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).

13.- Maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la mala forma en que éstos encajan entre sí. ¿Qué lo puede causar?

a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón.

b) El chuparse el dedo constantemente.

c) Factores genéticos.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).

14.- De las siguientes alternativas ¿Cuál es correcta?

a) La pérdida de dientes de leche antes de tiempo no origina problemas en el futuro.

b) Interponer frecuentemente la lengua entre los dientes puede originar maloclusión.

c) La respiración bucal a largo plazo no afecta el correcto desarrollo de los maxilares.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).



15.- ¿A qué edad debe ser la primera visita de su hijo al dentista?

- a) Antes de los 6 meses de edad.
- b) Al año de edad.
- c) A los 2 años de edad.
- d) A los 3 años de edad.
- e) No sé.

16.- Sobre la visita al dentista: ¿Qué afirmación es la correcta?

- a) Se debe castigar a su hijo llevándolo al dentista.
- b) Durante la cita los padres deben transmitir a su hijo una sensación de confianza y de seguridad.
- c) No conviene tener el hábito de examinar regularmente los dientes de su hijo para su mejor manejo en el consultorio.
- d) Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación y no se creen miedos o temores desde el principio.
- e) Sólo alternativas b) y d).

17.- ¿Cuál alternativa es incorrecta con respecto al flúor?

- a. El flúor remineraliza los dientes e intensifica la resistencia del esmalte.
- b. Para su consumo masivo se ha agregado a productos como la sal y pasta dental.
- c. Su consumo excesivo puede generar enfermedades como fluorosis dental y fluorosis esquelética.
- d. La pasta dental para niños menores de 3 años debe ser la misma pasta dental fluorada que la del adulto, sólo que en menor cantidad.



e. Basta sólo con la aplicación tópica del flúor para que no aparezcan caries en los dientes.

18. ¿Qué tratamientos preventivos se realizan para prevenir la instalación de caries en niños?

- a) Control mecánico de la placa dental.
- b) Uso del flúor de forma sistémica y/o tópica.
- c) Uso de Clorhexidina de forma tópica.
- d) Aplicación de sellantes en dientes con fosas y fisuras profundas.
- e) Todas las anteriores.

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

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

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

- a) Hasta el año.
- b) Hasta los 2 años.
- c) Hasta los 3 años.
- d) Hasta que su hijo lo deje solo.
- e) No sé.



ANEXO 3. Baremos

BUENO 16 – 20 preguntas correctas

REGULAR 11 – 15 preguntas correctas

MALO 0 – 10 preguntas correctas

También se consideró una escala por cada sub área:

1. Preguntas sobre Crecimiento y Desarrollo.....3 Preguntas en total.
 Bueno 3 preguntas correctas
 Regular 2 preguntas correctas
 Malo 0-1 preguntas correctas
2. Preguntas sobre Higiene Oral.....4 Preguntas en total.
 Bueno 4 preguntas correctas
 Regular 2-3 preguntas correctas
 Malo 0-1 preguntas correctas
3. Preguntas sobre Lactancia Materna y Hábitos Alimenticios..... 3
 Preguntas en total.
 Bueno 3 preguntas correctas
 Regular 2 preguntas correctas
 Malo 0-1 preguntas correctas
4. Preguntas sobre Enfermedad Periodontal.....2 Preguntas en total.
 Bueno 2 preguntas correctas
 Regular 1 preguntas correctas
 Malo 0 preguntas correctas
5. Preguntas sobre Caries Dental.....2 Preguntas en total.
 Bueno 2 preguntas correctas
 Regular 1 preguntas correctas
 Malo 0 preguntas correctas
6. Preguntas sobre Maloclusión.....2 Preguntas en total.
 Bueno 2 preguntas correctas
 Regular 1 preguntas correctas
 Malo 0 preguntas correctas
7. Preguntas sobre Atención Odontológica.....2 Preguntas en total.
 Bueno 2 preguntas correctas
 Regular 1 preguntas correctas
 Malo 0 preguntas correctas
8. Preguntas sobre Tratamientos Preventivos.....2 Preguntas en total.
 Bueno 2 preguntas correctas
 Regular 1 preguntas correctas
 Malo 0 preguntas correctas.

ANEXO 4. Fotografías del proceso de desarrollo de la tesis en el Centro de Salud Dignidad Nacional del distrito de Santiago



Foto N°01.- Inicio de encuestas en la CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO



Foto N°02.- Entrevista con madres de familia para explicarles el tema de las encuestas con fines de desarrollo de tesis



Foto N°03.- Explicación del tema de las encuestas del desarrollo de mi tesis



Foto N°04.- Llenado de encuestas de madres con hijos menores a 3 años



Foto N°05.- Absolucion de dudas a madre con hijo de 0 a 36 meses



Foto N°06.- Llenado de encuetas por madre con hijo menor a 36 meses



Foto N°07.- Llenado de encuetas por madre con hijo de 0 a 36 meses



Foto N°08.- Encuestas llenadas por madres de 0 a 36 meses



ANEXO 5.

FICHAS DE JUICIO DE EXPERTOS

ANEXO 2

VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCION DE DATOS DE LOS EXPERTOS

Yo: Mtro. CD. Esp. José Antonio Alanya Ricalde

Mediante el presente documento doy constancia de la validación de la ficha de recolección de datos. Del proyecto intitulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021”

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo recoger opinión útil de personas especializadas y dar su punto de vista acerca de la validez del instrumento de recolección de datos de la investigación sometida a juicio.

Se compone de 9 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

- ❖ 5 representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando los ítems o características de la ficha absuelven totalmente la interrogante planteada.
- ❖ 4 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en gran medida la interrogante planteada.
- ❖ 3 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en término intermedio la interrogante planteada.
- ❖ 2 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha tienen absolución escasa de la interrogante planteada.



- ❖ 1 representa una ausencia de elementos que absuelvan las interrogantes planteadas.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALOR				
	1	2	3	4	5
1. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					5
2. Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados son suficientes para una comprensión?					5
3. Considera Ud. ¿Que los ítems del instrumento son una muestra representativa del universo de estudio?				4	5
4. Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento a distintos individuos, se obtendrían similares datos?					5
5. Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en el instrumento son adecuados a las variables de estudio?					5
6. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento son claros, sencillos y no se prestan a diversas interpretaciones?					5
7. Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento, es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					5
8. Considera Ud. ¿Qué la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?					5
9. Considera Ud. ¿Qué hay aspectos que deberían ser suprimidos, integrados o modificados? ¿Cuáles?					5

FIRMA

Mtro. CD. Esp. José Antonio Alanya Ricalde
COP 14142 – RNE 2943



ANEXO 2

VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCION DE DATOS DE LOS EXPERTOS

Yo NANCY ELIZABETH UCAÑANI ASCUÉ.....

Mediante el presente documento doy constancia de la validación de la ficha de recolección de datos. Del proyecto intitulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021"

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo recoger opinión útil de personas especializadas y dar su punto de vista acerca de la validez del instrumento de recolección de datos de la investigación sometida a juicio.

Se compone de 9 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

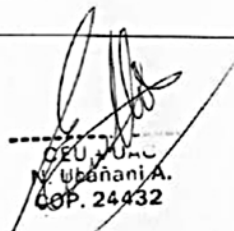
- ❖ 5 representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando los ítems o características de la ficha absuelven totalmente la interrogante planteada.
- ❖ 4 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en gran medida la interrogante planteada.
- ❖ 3 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en término intermedio la interrogante planteada.
- ❖ 2 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha tienen absolución escasa de la interrogante planteada.



- ❖ 1 representa una ausencia de elementos que absuelvan las interrogantes planteadas.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALOR				
	1	2	3	4	5
1. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados son suficientes para una comprensión?					
3. Considera Ud. ¿Que los ítems del instrumento son una muestra representativa del universo de estudio?					
4. Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento a distintos individuos, se obtendrían similares datos?					
5. Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en el instrumento son adecuados a las variables de estudio?					
6. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento son claros, sencillos y no se prestan a diversas interpretaciones?					
7. Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento, es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. Considera Ud. ¿Qué la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?					
9. Considera Ud. ¿Qué hay aspectos que deberían ser suprimidos, integrados o modificados? ¿Cuáles?					


 C.E.U. J. U. C.
 N. Ubañani A.
 C.O.P. 24432

.....
 FIRMA



ANEXO 2

VALIDACION DE FICHA POR RECOLECCION DE DATOS DE LOS EXPERTOS

Yo, [Dra. CD. Yeni Gutiérrez Acuña](#)

Mediante el presente documento doy constancia de la validación de la ficha de recolección de datos. Del proyecto intitulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS ENTRE 0 – 36 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DIGNIDAD NACIONAL DEL DISTRITO DE SANTIAGO–CUSCO, PERIODO AGOSTO – DICIEMBRE DEL AÑO 2021”

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo recoger opinión útil de personas especializadas y dar su punto de vista acerca de la validez del instrumento de recolección de datos de la investigación sometida a juicio.

Se compone de 9 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

- ❖ 5 representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando los ítems o características de la ficha absuelven totalmente la interrogante planteada.
- ❖ 4 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en gran medida la interrogante planteada.
- ❖ 3 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha absuelven en término intermedio la interrogante planteada.
- ❖ 2 representa la estimación de que los ítems o características de la ficha tienen absolución escasa de la interrogante planteada.



- ❖ 1 representa una ausencia de elementos que absuelvan las interrogantes planteadas.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALOR				
	1	2	3	4	5
1. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. Considera Ud. ¿Qué la cantidad de ítems registrados son suficientes para una comprensión?					
3. Considera Ud. ¿Que los ítems del instrumento son una muestra representativa del universo de estudio?					
4. Considera Ud. ¿Qué si aplicamos este instrumento a distintos individuos, se obtendrían similares datos?					
5. Considera Ud. ¿Qué los conceptos utilizados en el instrumento son adecuados a las variables de estudio?					
6. Considera Ud. ¿Qué los ítems del instrumento son claros, sencillos y no se prestan a diversas interpretaciones?					
7. Considera Ud. ¿Qué el lenguaje utilizado en el instrumento, es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. Considera Ud. ¿Qué la estructura utilizada es apropiada para los objetivos de la materia de estudio?					
9. Considera Ud. ¿Qué hay aspectos que deberían ser suprimidos, integrados o modificados? ¿Cuáles?					

.....

FIRMA



CUESTIONARIO

Datos Generales

EDAD:

- a) De 18 a 24 años.
- b) De 25 a 31 años.
- c) De 32 a 38 años.
- d) De 39 años a más.

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Técnica y/o superior.

NÚMERO DE HIJOS:

- a) 1 hijo.
- b) 2 hijos.
- c) 3 o más hijos.

N° DE HIJOS MENORES DE 36 MESES: _____

REVENCIÓN EN SALUD BUCAL

1. ¿Cuál de estos factores cree Ud. que durante el embarazo puede afectar el desarrollo adecuado del aparato bucal de su hijo?

- a) La alimentación.
- b) El uso de algunos fármacos.



- c) El consumo de alcohol, cigarros y/o drogas.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

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

- a) A los 6 meses.
- b) Al año y medio aproximadamente.
- c) A los 2 años aproximadamente.
- d) A los 5 años aproximadamente.
- e) No sé.

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

- a) 12 dientes.
- b) 16 dientes.
- c) 20 dientes.
- d) 24 dientes.
- e) No sé.

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

- a) Desde el nacimiento.
- b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche.
- c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche.
- d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes
- e) No sé.



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

- a) Sólo en las mañanas.
- b) Sólo en las noches.
- c) Antes de cada comida.
- d) Después de cada comida.
- e) No sé.

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

- a) A los 2 años de edad aproximadamente.
- b) Al año de edad.
- c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche.
- d) Apenas le aparezca el primer diente de leche
- e) No sé.

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

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

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

- a) Hasta los 3 meses.
- b) Hasta los 6 meses.



- c) Hasta los 9 meses.
- d) Hasta los 12 meses.
- e) No sé.

9. La enfermedad periodontal es aquella que daña los tejidos de sostén del diente: hueso, ligamento y encía. ¿Qué indicaría que su hijo presente un problema periodontal?

- a) Que tenga oscuras las encías o mucosa.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas.
- c) Que le sangren las encías al realizar la limpieza bucal.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b) y c).

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

- a) La gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente en niños.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas son signos de gingivitis.
- c) Las encías sangran sólo por la presencia de caries en los dientes.
- d) La placa bacteriana se adhiere sólo a las encías.
- e) Sólo alternativas c) y d).

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

- a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir a su hijo.
- b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares.
- c) Limpieza bucal deficiente.
- d) Todas las anteriores.



e) Sólo alternativas b y c.

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

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

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

c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).

13. Maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la mala forma en que éstos encajan entre sí. ¿Qué lo puede causar?

a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón.

b) El chuparse el dedo constantemente.

c) Factores genéticos.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).

14. De las siguientes alternativas ¿Cuál es correcta?

a) La pérdida de dientes de leche antes de tiempo no origina problemas en el futuro.

b) Interponer frecuentemente la lengua entre los dientes puede originar maloclusión.

c) La respiración bucal a largo plazo no afecta el correcto desarrollo de los maxilares.

d) Todas las anteriores.

e) Sólo alternativas b) y c).



15. ¿A qué edad debe ser la primera visita de su hijo al dentista?

- a) Antes de los 6 meses de edad.
- b) Al año de edad.
- c) A los 2 años de edad.
- d) A los 3 años de edad.
- e) No sé.

16. Sobre la visita al dentista: ¿Qué afirmación es la correcta?

- a) Se debe castigar a su hijo llevándolo al dentista.
- b) Durante la cita los padres deben transmitir a su hijo una sensación de confianza y de seguridad.
- c) No conviene tener el hábito de examinar regularmente los dientes de su hijo para su mejor manejo en el consultorio.
- d) Es necesario que entre el niño y el dentista haya una buena relación y no se creen miedos o temores desde el principio.
- e) Sólo alternativas b) y d).

17. ¿Cuál alternativa es incorrecta con respecto al flúor?

- a. El flúor remineraliza los dientes e intensifica la resistencia del esmalte.
- b. Para su consumo masivo se ha agregado a productos como la sal y pasta dental.
- c. Su consumo excesivo puede generar enfermedades como fluorosis dental y fluorosis esquelética.
- d. La pasta dental para niños menores de 3 años debe ser la misma pasta dental fluorada que la del adulto, sólo que en menor cantidad.



e. Basta sólo con la aplicación tópica del flúor para que no aparezcan caries en los dientes.

18. ¿Qué tratamientos preventivos se realizan para prevenir la instalación de caries en niños?

- a) Control mecánico de la placa dental.
- b) Uso del flúor de forma sistémica y/o tópica.
- c) Uso de Clorhexidina de forma tópica.
- d) Aplicación de sellantes en dientes con fosas y fisuras profundas.
- e) Todas las anteriores.

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

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

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

- a) Hasta el año.
- b) Hasta los 2 años.
- c) Hasta los 3 años.
- d) Hasta que su hijo lo deje solo.
- e) No sé.



X. MATRIZ DE DATOS

EDAD	18 - 24:	1		RESPUESTA CORRECTA:								0	OBJETIVOS ESPECIFICOS										* Bueno (15.0 – 20.0)	
	25 - 31 :	2		RESPUESTA INCORRECTA:								1	MEDIDAS PREVENTIVAS (HIGIENE ORAL)					1						* Regular (8.0 - 14.0)
	32- 40:	3		PUNTAJE MAXIMO								20	CARIES DENTAL					2						* Malo (0.0 – 7.0)
	MAS DE 40:	4		PREGUNTAS MAXIMO								18	CRECIMIENTO DESARROLLO					3						
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	1										LACTANCIA Y HABITOS					4							
	SECUNDARIA	2										TRATAMIENTO PREVENTIVO					5							
	SUPERIOR	3																						
NUMERO DE HIJOS	1 HIJO	1																						
	2 HIJOS	2		CLAVE DE RESPUESTAS																				
	3 HIJOS	3		e	c	c	a	d	d	b	b	e	e	d	d	d	e	a	e	d	d			
				3			1			4			2			5								
ID	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	NUMERO DE HIJOS	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P9	P10	P11	P12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	TO T A L	NOTA	
1	3	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10.00		
2	3	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6.67		
3	3	3	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	8	8.89		



4	1	3	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	8	8.89
5	2	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	8	8.89
6	3	2	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	5	5.56	
7	3	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	7	7.78
8	2	3	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3.33
9	1	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	7	7.78
10	4	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	4	4.44
11	3	2	3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6	6.67
12	3	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	7	7.78
13	4	2	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	5	5.56
14	2	1	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6	6.67
15	3	2	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	5.56
16	2	3	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	7	7.78
17	1	2	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	7	7.78
18	1	2	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3.33
19	2	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	6.67
20	3	3	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	8	8.89
21	4	3	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6.67
22	4	2	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4.44
23	4	2	3	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	7	7.78
24	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	5	5.56
25	1	2	2	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	9	10.00
26	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6	6.67
27	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3.33
28	1	3	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	8	8.89
29	3	2	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	6	6.67
30	4	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.11	
31	3	3	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	7	7.78



32	3	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	12	13.33
33	4	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	3.33	
34	3	3	2	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	9	10.00	
35	2	2	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	7.78	
36	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1.11	
37	2	3	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	5.56	
38	2	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	5	5.56	
39	2	2	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	5.56
40	4	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3.33	
41	4	2	3	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	9	10.00	
42	3	2	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	7.78	
43	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	5.56	
44	1	2	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6.67	
45	4	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	4.44	
46	3	3	2	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	7.78	
47	1	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	8	8.89
48	3	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	5	5.56	
49	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1.11	
50	3	2	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3.33	
51	1	2	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	6	6.67
52	3	2	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	5.56	
53	2	2	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5.56	
54	1	3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	7.78	
55	3	3	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5.56	
56	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	14	15.56	
57	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	14	15.56	
58	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	12	13.33	
59	3	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	13	14.44	



60	3	3	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	8	8.89	
61	2	2	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	9	10.00
62	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	8.89	
63	1	2	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4.44	
64	2	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	4.44	
65	2	2	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	7	7.78
66	3	2	3	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	7	7.78
67	2	3	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	11	12.22
68	3	2	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	7	7.78
69	3	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	13	14.44
70	3	1	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	6	6.67
71	1	2	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	8	8.89
72	3	2	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5	5.56
73	3	3	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	10	11.11
74	2	3	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	7	7.78
75	3	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	4.44
76	2	3	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	9	10.00
77	3	1	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.22
78	1	2	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	10	11.11
79	1	2	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	7	7.78
80	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2.22
81	2	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4.44
82	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4	4.44
83	2	3	2	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	12	13.33
84	3	3	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10.00
85	2	2	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	9	10.00
86	3	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4.44
87	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	8	8.89



88	3	2	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	6	6.67
89	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4.44
90	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6.67	
91	2	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	9	10.00
92	1	2	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	5.56
93	1	3	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	8	8.89
94	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	8	8.89
95	4	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5.56
96	3	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	10	11.11
97	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3.33	
98	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.11	
99	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	10	11.11	
100	3	2	3	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5.56	
101	3	2	2	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	8	8.89
102	3	2	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	3.33	
103	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	8	8.89	
104	3	3	3	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	11	12.22	
105	2	2	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	6.67	
106	2	2	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	7.78	
107	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	5	5.56	
108	3	3	2	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6.67	
118	2	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3.33		
119	3	3	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	9	10.00	
120	3	3	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	9	10.00	
121	3	2	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	12	13.33	
122	3	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	8	8.89	
123	3	2	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	9	10.00	
124	2	2	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	12	13.33	



125	3	3	2	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	11	12.22
126	3	2	3	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10.00
127	2	2	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	7	7.78
128	3	2	3	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	7	7.78
129	2	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	11	12.22
130	2	2	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	11	12.22
131	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	10	11.11
132	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	12	13.33
PORCENTAJE MAXIMO POR CADA OBJETIVO				17%		17%		11%		33%				22%									
PUNTAJE POR CADA OBJETIVO				396		396		264		792				528									
PUNTAJE OBTENIDO POR CADA OBJETIVO				104		227		175		162				247									
PORCENTAJE RESULTADO DE CONOCIMIENTO POR CADA OBJETIVO				4%		10%		7%		7%				10%									
PUNTAJE TOTAL DE LAS ENCUESTAS				2376																			
PORCENTAJE TOTAL				100%																			