

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**TESIS**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU  
EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN  
MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES EN ACLAS C.S. I-3  
CARDOZO EN EL AÑO 2017**

Para obtener el Título Profesional de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Autores:

**Bach. LIZANA OJANAMA, SARAITH**

**Bach. MATIAS ISUIZA, CARMEN MÓNICA**

Asesores:

**C.D. ANA MARIA JOAQUINA MOURA GARCIA Dra.**

**IQUITOS – PERÚ**

**2017**



UNAP

Facultad de Odontología

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11am horas del día 14 de Julio de 2017, se constituyeron en la Facultad de Odontología los miembros del jurado de tesis, designado mediante Resolución de Decanal Nº 0015-2017-FO-UNAP, integrado por los siguientes docentes: **C.D. PEDRO CHÁVEZ TORO** (Presidente), **M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZÁLES** (Miembro) y **C.D. ÚRSULA MARÍA RODRÍGUEZ SANJURJO** (Miembro). Se dio inicio al acto de sustentación pública de la tesis: **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBES DE 0 A 12 MESES EN ACLASS C.S. I-3 CARDOZO EN EL AÑO 2017"**, presentado por las Bachilleres en Odontología **CARMEN MÓNICA MATIAS ISUIZA** y **SARAITH LIZANA OJANAMA**, para optar el título profesional de Cirujano Dentista, que otorga la Universidad de acuerdo a la Ley y al Estatuto vigente.

Después de haber escuchado la exposición de los sustentantes y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas en forma Satisfactoria, el Jurado procedió a las deliberaciones correspondientes en privado, llegando a la siguiente conclusión:

La tesis ha sido: Aprobada por: Unanimidad.

Siendo las 12m. horas del día de la fecha se da por terminado el acto sustentatorio.

Agradeciendo al sustentante por su exposición.

C.D. PEDRO CHÁVEZ TORO  
Presidente

M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZÁLES  
Miembro

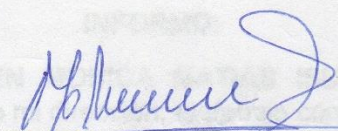
C.D. ÚRSULA MARÍA RODRIGUEZ SANJURJO  
Miembro



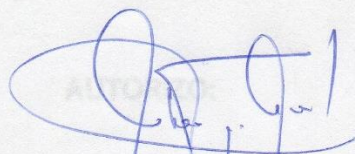
**TESIS:**

**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO  
SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBÉS DE 0  
A 12 MESES EN ACLAS C.S. I-3 CARDOZO EN EL AÑO 2017”**

**MIEMBROS DEL JURADO**



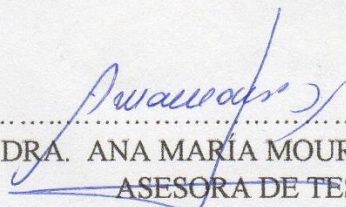
.....  
DR. PEDRO CHÁVEZ TORO  
PRESIDENTE



.....  
M.C CARLOS ALBERTO CORAL GONZÁLES  
MIEMBRO



.....  
C.D ÚRSULA RODRÍGUEZ SANJURJO  
MIEMBRO



.....  
DRA. ANA MARÍA MOURA GARCÍA  
ASESORA DE TESIS

**C.D ANA MARIA JOAQUINA MOURA GARCIA Dr.**

Asesor de Tesis

**INFORMO:**

Que las bachilleres, **CARMEN MÓNICA MATIAS ISUIZA Y SARAITH LIZANA OJANAMA**, han realizado bajo mi dirección, el trabajo contenido en el informe final de tesis titulado: **“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES EN ACLAS C.S. I – 3 CARDOZO EN EL AÑO 2017”** considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado ante el jurado Calificador.

**AUTORIZO:**

A los citados bachilleres a presentar el informe final de tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

## DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por darme sabiduría, por ser mi guía en cada paso que doy y darme la bendición de tener una hermosa familia. A mis amados padres AUGUSTO y CELIA gracias por los valores que me Inculcaron, por sus sabios consejos por su dedicación y todo el apoyo incondicional que me brindaron a lo largo de los años durante mi formación profesional.

A mis hermanas LILLIAN, SILVIA y queridos ABUELITOS, que siempre tengo su apoyo incondicional y que son parte fundamental en mi vida.

A Dios por que sin Él la vida no tiene sentido y porque sus tiempos son perfectos en mi vida. A mis amados padres PABLO LIZANA Y ANA B. OJANAMA, que en toda la necesidad vivida siempre tenían para brindarme lo necesario en mi largo camino de superación; a mi amado esposo ANGEL ORTEGA AZABACHE, por todo el esfuerzo puesto en mi para ayudarme en todo momento y ser parte de mis desvelos y triunfos. A mis queridos hermanos PABLO Y OBED LIZANA y a mi amada familia por el apoyo y amor a mi persona.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darnos la vida, la inteligencia y la motivación para salir adelante, cumpliendo una meta más en nuestras vidas.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por recibirnos y darnos la oportunidad de aprender, crecer y forjarnos como profesional.

A nuestra asesora, por habernos brindado su apoyo, tiempo, paciencia y asesoría en la realización de este trabajo de investigación, dándole el respectivo peso científico.

A los cirujanos dentistas miembros del jurado evaluador del proyecto de tesis por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

Gracias a todos los que de alguna manera nos brindaron su ayuda para alcanzar esta meta.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1. Identificación del problema.....	3
1.2.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivos Específicos.....	5
1.4. Justificación.....	6
1.4.1. Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II	
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Fundamento Teórico.....	12
2.3. Marco Conceptual.....	30
2.4. Términos operacionales.....	31
2.5. Hipótesis.....	33
2.6. Operacionalización de variables.....	34
2.7. Indicadores.....	35
CAPÍTULO III	
3.1. Materiales y Métodos.....	36
3.1.1 Tipo de Investigación.....	36
3.1.2. Diseño Específico.....	36
3.1.3. Población y Muestra.....	37
3.1.4. Metodología, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.1.4.1 Metodología de recolección de datos.....	38
3.1.4.2 Técnica.....	39
3.1.4.3 Instrumento de recolección de datos.....	39
3.1.5. Procesamiento de la información.....	40
3.1.6. Análisis inferencial.....	40
3.1.7. Consentimiento informado.....	41
CAPÍTULO IV	
4.1. Resultados.....	43
4.2. Discusión.....	52

4.3. Conclusiones.....	53
4.4. Recomendaciones.....	54
CAPÍTULO V	55
Referencias Bibliográficas.....	
ANEXOS	
Anexo 01: Instrumento de recolección de datos.....	59
Anexo 02: Intervención educativa.....	65
Anexo 03: Matriz de consistencia.....	68
Anexo 04: Validez del instrumento.....	69



## ÍNDICE DE TABLA

		<b>Pág.</b>
TABLA N° 01.	Puntaje del nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	44
TABLA N° 02.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebes de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	45
TABLA N° 03.	Puntaje del nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	46
TABLA N° 04.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebes de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	47
TABLA N° 05	Eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres de bebes de 0 a 12 meses, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	48
TABLA N° 06	Resultados de la Prueba T de Student para la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I – 3 – Cardozo - 2017.	49
TABLA N° 07	Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses, según grado de instrucción, ACLAS C.S. I – 3 - Cardozo 2017.	50
TABLA N° 08	Puntaje antes y después de la intervención educativa según el grado de instrucción de las madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I – 3 Cardozo 2017.	51

## ÍNDICE DE GRÁFICO

	Pág
GRÁFICO N° 01. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	44
GRÁFICO N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebes de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	45
GRÁFICO N° 03. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	46
GRÁFICO N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebes de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – 2017.	47

# **INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES EN ACLAS C.S. I-3 CARDOZO EN EL AÑO 2017**

Carmen Mónica Matias Isuiza<sup>1</sup>, Saraith Lizana Ojanama<sup>2</sup> y Ana Maria Joaquina Moura Garcia<sup>3</sup>

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia de la intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.

El diseño de estudio fue Experimental; del tipo cuasi experimental, correlacional, cuantitativo. La población objeto de estudio estuvo representada por todas las madres de bebés de 0 a 12 meses que tenían programadas su atención en el mes de mayo a dicho centro de salud, la que estuvo constituida por 95 madres de bebés de 0 a 12 meses. Para la muestra no se usó fórmula estadística ya que se abordó a todas las madres de bebés de 0 a 12 meses que acuden al servicio de Enfermería del centro de Salud Cardozo en el mes de mayo hasta completar la muestra, a quienes se les aplicó el instrumento. La ficha de recolección de datos, estuvo compuesta por un ítem, el cual obtuvo los resultados sobre conocimientos sobre salud bucal. La misma que fue tomada antes de la intervención educativa y después de la intervención educativa.

Se analizaron los datos de las 95 madres de bebés de 0- 12 meses atendidas en el ACLAS C.S I-3 Cardozo. Se observó que antes de la de la intervención educativa prevalecía el nivel de conocimiento bueno y regular en un 76,8% y 16,8% respectivamente de las madres con desviación estándar de  $\pm 2,5$ ; el nivel de conocimiento se incrementó después de haberse llevado la intervención educativa, obteniéndose un nivel de conocimiento muy bueno con un 81,1% (77) con tendencia a un nivel de conocimiento bueno y un 18,9% (18) desviación estándar fue  $\pm 1,4$ . Además se observa que la prueba de t de student da un valor de  $t_{calculado} = 13,803$ ,  $gl = 44$  y  $p \text{ valor} = 0,000$ ; por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, la Intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de bebés

Palabras clave: Intervención educativa, Salud bucal, conocimiento.

# **EDUCATIONAL INTERVENTION ON ORAL HEALTH AND ITS EFFECT ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE IN MOTHERS OF BABIES FROM 0 TO 12 MONTHS IN ACLAS C.S. I-3 CARDOZO IN THE YEAR 2017**

Carmen Mónica Matias Isuiza<sup>1</sup>, Saraith Lizana Ojanama<sup>2</sup> y Ana Maria Joaquina Moura Garcia<sup>3</sup>

## **ABSTRACT**

The present research aimed to determine the efficacy of educational intervention on oral health and its effect on the level of knowledge in mothers of babies from 0 to 12 months in ACLAS C.S. I-3 Cardozo in the year 2017.

The study design was Experimental; Quasi-experimental, correlational, quantitative. The study population was represented by all the mothers of babies from 0 to 12 months who had scheduled their care in May to the health center, which was constituted by 95 mothers of babies from 0 to 12 months. For the sample, statistical formula was not used since all mothers of infants aged 0 to 12 months who came to the Nursing service of the Cardozo Health Center in May were used to complete the sample, who were given the instrument. The data collection sheet was composed of one item, which obtained the results on oral health knowledge. The same was taken before the educational intervention and after the educational intervention.

Data from the 95 mothers of 0-12 month old infants treated at ACLAS C.S I-3 Cardozo were analyzed. It was observed that before the educational intervention, the level of good and regular knowledge prevailed in 76.8% and 16.8%, respectively, of mothers with a standard deviation of  $\pm 2.5$ ; The level of knowledge increased after the educational intervention was carried out, obtaining a very good level of knowledge with 81.1% (77) with a tendency towards a good knowledge level and 18.9% (18) standard deviation was  $\pm 1.4$ . In addition it is observed that the student t test gives a value of  $t_{\text{calculated}} = 13,803$ ,  $gl = 44$  and  $p \text{ value} = 0.000$ ; So there is evidence to reject the null hypothesis and accept the alternative hypothesis; That is to say, the educational intervention is effective raising the level of knowledge in oral health of the mothers of babies

Key words: Educational intervention, Oral health, knowledge.

## CAPITULO I

### 1.1. INTRODUCCIÓN

La Educación para la salud en odontología es la combinación de prácticas de enseñanza-aprendizaje que buscan mejorar y mantener la salud bucal. Siendo las enfermedades de mayor prevalencia en odontología la caries dental y la enfermedad periodontal. Por ello, se debe enfatizar en mensajes como la higiene bucal, hábitos alimenticios adecuados, el uso de flúor y otras medidas de prevención.

Cuando hablamos de prevención nos referimos al objetivo más importante de nuestra profesión, la prevención es conocida como el arma eficaz contra la enfermedad y alteraciones en la estructura bucal del ser humano, con ello evitamos así el daño y dolor causado como consecuencia de la inacción por el desconocimiento. Gracias a ello ayudamos a nuestros niños a evitar el trauma al ir al consultorio odontológico solo para tratamientos dentales, los cuales ellos relacionan la visita al odontólogo con una experiencia desagradable y dolorosa. Las madres son las responsables de los primeros años de vida del bebé he ahí la importancia de nuestra investigación.

La promoción es una acción social que incluye a la población como un todo, que depende de la participación de la misma y su objetivo es aumentar la salud, así mismo la prevención está dirigida a la población con riesgo a enfermar relacionada con los servicios de salud y cuya finalidad es la ausencia de la enfermedad.

En la región Loreto, a nivel de la dirección regional de salud Loreto en el 2016, la caries ocupó el quinto lugar dentro de la morbilidad general de las enfermedades, de una morbilidad de 5'284,948 enfermedades diagnosticadas, la caries se presentó en una cantidad de 76, 913 ocupando así el quinto lugar en el 2016.

Predominando así en niños menores de 11 años siendo la red Maynas ciudad donde se presentó la mayor cantidad con 41,097 caries.

Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la estrategia sanitaria nacional de salud bucal de la dirección general de salud de las personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Identificación del problema**

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

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

Actualmente no existe un protocolo de uso, racionalización y efectividad con respecto al empleo de estos medios de educación, siendo en este caso el problema, el estandarizar y verificar la efectividad de cada uno de estos métodos, determinando la mejor manera de hacer llegar este conocimiento, base y pilar fundamental la sub especialidad de odontopediatría.

### **1.2.2. Formulación del problema**

¿Es eficaz una intervención educativa en salud bucal para determinar su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo?



### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar la eficacia de la intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a. Identificar y registrar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de bebés de 0 - 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017 antes de la intervención educativa.
- b. Identificar y registrar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de bebés de 0- 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017 inmediatamente después de la intervención educativa.
- c. Comparar los resultados de los datos encontrados en el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017, antes y después de aplicar la intervención educativa.
- d. Evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Realizamos esta investigación porque consideramos importante que la madre conozca las distintas formas de prevención ya que de ella va a depender el cuidado y protección de los dientes del bebé desde temprana edad para dar una mejor calidad de vida.

La intervención educativa en salud bucal es de mucha utilidad ya que ayudará a desarrollar, mejorar los conocimientos y los hábitos puestos en práctica hasta ese momento.

Teniendo en cuenta que las madres son las responsables en la educación y formación de hábitos, es importante que conozcan las distintas técnicas de cuidado en salud bucal; sin embargo algunas veces no cuentan con información adecuada y oportuna.

Es por esto la importancia de nuestra investigación ya que la información obtenida será valiosa y relevante para el centro de salud y en nuestro medio.

#### **1.4.1. Limitaciones de la investigación**

Una limitante es el tiempo para disponer de las madres sometidas a este estudio ya que normalmente se acercan a las charlas con los bebés y eso crea un ambiente de ansiedad por el tiempo empleado para el muestreo.

Espacio pequeño del auditorio para albergar a toda la muestra.

Falta de tiempo de las madres

Incomodidad por tener al bebé en brazo

## CAPITULO II

### 2.1. ANTECEDENTES

**BENAVENTE Y COLS. (2010)** Realizaron un estudio en 143 madres, para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la salud bucal de sus hijos de 6 a 60 meses, encontraron que el 68,5% tiene nivel de conocimiento regular y el 9.1%, bueno y no se ve reflejado en el estado de salud del niño; presumiendo que los conocimientos no son aplicados correctamente.<sup>1</sup>

**TEIXEIRA P. Y COL. (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.<sup>2</sup>

**DOBARGANES C Y COL. (2011)** Tiene como objetivo evaluar el impacto de una estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Se realizó un estudio de intervención comunitaria en la clínica estomatológica Ignacio Agramonte, del municipio Camagüey, se diagnosticaron factores de riesgo y problemas de salud bucal, se determinó el índice de higiene bucal y se aplicó una entrevista estructurada para obtener el nivel de información sobre salud bucal para luego implementar la estrategia educativa. Resultados: se detectó presencia de higiene bucal deficiente (83,3 %) y dieta cariogénica (78,3 %), el 76,6 % de las gestantes estaba afectada por enfermedad periodontal y el 61,6 % por caries dental. Al inicio de la investigación el nivel de información fue regular e insuficiente y la higiene bucal no aceptable (81,6 %); al finalizar los resultados

fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%). Conclusiones: se destacaron el cepillado incorrecto y la dieta cariogénica como principales factores de riesgo para la salud bucal de las gestantes, y como afecciones bucales más frecuentes la enfermedad periodontal y la caries dental. Predominaron las evaluaciones de insuficiente y regular al analizar el nivel de información sobre salud bucal al inicio del estudio, y de bien y excelente al finalizar la intervención. Se logró mejorar la eficiencia de la higiene bucal en la mayoría de las embarazadas. <sup>3</sup>

**BEDON ANCANI R Y COL. (2011)** el estudio tuvo como objetivo determinar los efectos de un programa preventivo en salud bucal para mejorar el conocimiento y la práctica de salud bucal de los escolares de 6 años del centro poblado de Quistococha el 2011.

Antes de la aplicación del programa se realizó el pre test en los dos grupos, observándose un predominio en la falta de conocimiento de la higiene en el grupo experimental (43.3%) y en el grupo control 46.7%). Se aplicó el programa solo al grupo experimental. Después de la aplicación del programa se realizó un post test en los dos grupos, resultando que el 100% del grupo experimental y solo el 46.7% del grupo control respondieron adecuadamente. Es así que después de la aplicación del programa se observó cambios significativos en el grupo experimental siendo el nivel de significancia ( $p= 0.000$ ) éstos hallazgos permitieron aprobar la tesis de estudio. <sup>4</sup>

**GARCÍA RODRÍGUEZ Y COL. (2013)** existe desconocimiento sobre salud bucal en las embarazadas lo que trae como consecuencia que acudan con una alta frecuencia a los servicios estomatológicos, según resultados de investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento de salud bucal en embarazadas del consultorio La California en el Estado Lara, con una muestra de 93 gestantes quedó demostrado que el mismo era deficiente. Conclusiones: el programa educativo diseñado permitirá incrementar el conocimiento sobre salud bucal de las embarazadas elevando su calidad de vida.<sup>5</sup>

**LLODRA C. (2013)** Prevención e intervención temprana no están disponibles para muchos bebés y niños pequeños, en particular los de las poblaciones vulnerables. Profesionales de la salud que atienden a bebés y niños pequeños están en una posición excelente para prevenir problemas de salud oral que se produzcan, para identificar problemas en una etapa temprana, y para ayudar a las familias a localizar servicios de salud oral.

Muchos de los problemas de salud oral se pueden evitar si los padres toman el buen cuidado de las encías y los dientes de su bebé o niño, optimizar la exposición al fluoruro tópico y sistémico, y eliminar la exposición prolongada a los hidratos de carbono simples. Profesionales de la salud pueden promover la salud bucal de los bebés y niños por aprender acerca del desarrollo oral, enfermedad bucal, higiene bucal, fluoruro, nutrición y prevención de lesiones y la violencia y mediante el intercambio de información con los padres y trabajar en colaboración con los profesionales de la salud oral. <sup>6</sup>

**BENSIMON SORIA (2014)** El presente estudio tuvo como objetivo determinar los efectos de las charlas educativas en el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Iquitos. El tipo de investigación fue Cuantitativa y el diseño de investigación fue No Experimental, del tipo descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes distribuidos: 36 H.A.I.; 10 C.S. Túpac; 9 C.S. Moronacocha; 7 C.S. San Antonio; 6 P.S. El porvenir. Se utilizó un cuestionario validado por Pita Fernández (1996). Luego de recibir la charla en los establecimientos de Salud se obtuvo como resultados: Hospital Apoyo Iquitos, prueba de entrada 38.9% entre bueno y regular, prueba de salida 61.1% muy bueno, Centro de Salud Túpac Amaru, prueba de entrada 50% regular, prueba de salida 50% bueno, Centro de Salud Moronacocha, prueba de entrada 44.4% regular, prueba de salida 55.6% bueno, Centro de Salud San Antonio, prueba de entrada 57.1% regular, prueba de salida 57.1% bueno, Puesto de Salud El Porvenir, prueba de entrada 50.0% regular, prueba de salida 83.3 muy bueno. Se acepta que las charlas educativas incrementan en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los pacientes atendidos en los establecimientos de salud Iquitos. <sup>7</sup>

**PANDURO DEL CASTILLO (2015)** La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia de la zona Bagazán - Distrito de Belén. <sup>8</sup>

**MUÑOZ-CABRERA Y COL (2015)** El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de la técnica educativa desarrollo de habilidades para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Las madres fueron asignadas al grupo experimental y control en forma aleatoria. Se evaluó la higiene oral de sus hijos preescolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Al inicio la media del nivel de conocimientos de salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control. Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). En lo que se refiere a la higiene oral, las medias del índice al inicio, 30 y 60 días fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo control fueron 2,51; 2,02 y 1,69 respectivamente. La técnica desarrollo de habilidades demostró ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares. <sup>9</sup>

**CUPÉ-ARAUJO Y COL. (2015)** Validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a instituciones educativas iniciales en zonas urbano marginales de la provincia de Lima en el año 2012. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64. Conclusión: El instrumento es seguro y confiable en la medición de los conocimientos sobre salud bucal en los padres de familia de niños que asisten al nivel inicial. <sup>10</sup>

## **2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO:**

### **Higiene bucal**

#### **Conocimiento**

Existen muchas definiciones sobre conocimiento. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La real academia de la Lengua Española define conocer, como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, pero de nuevo resalta la duda. <sup>11</sup>

#### **Conocimiento sobre salud bucal**

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades de mayor prevalencia o incidencia como caries dental, enfermedad periodontal y maloclusiones; además de los aspectos preventivos que son los más importantes. <sup>11,12</sup>

#### **Prevención para salud bucal**

Desde 1984 en que se llevó a cabo la reunión del grupo de trabajo OMS San José, Costa Rica, se considera a la salud bucal como componente de la atención primaria de salud. Ya hasta ese momento no existía una caracterización precisa del concepto de salud bucal ni de sus componentes metodológicos en los programas de salud, por lo que “se enumeraron las actividades que permitirían sustentar y planificar la atención primaria de salud bucal y los aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación”<sup>13</sup>

#### **Programa de odontología para bebés**

Ya desde hace décadas muchos autores habían señalado la necesidad de iniciar la atención odontológica en niños de corta edad, incluso desde el momento mismo



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

En el Perú, la odontología para bebés tiene sus inicios en 1989 con el establecimiento de un programa piloto de atención odontológica desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. En el Perú, los programas de atención para bebés han mostrado resultados favorables.<sup>14</sup>

### **Educación para la prevención de la caries dental y la salud bucal del bebé**

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

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa, multifactorial, originada por bacterias, se localiza en los dientes causando su reblandecimiento y llegando a formar una cavidad, causando dolor y pérdida dental.

La caries dental en la primera infancia se puede manifestar de forma agresiva y rápida causando la completa destrucción de la corona dental, lo que pudiera generar complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños afectados.

Es así que para lograr una prevención eficaz de la enfermedad la odontología para bebés se basa en el supuesto que “la educación genera prevención” y esta educación hay que darle a las madres de bebés, incluso desde antes del nacimiento del bebé.

Bajo esta premisa y con la definición de Educación para la Salud dada por la OMS de que la Educación para la Salud es “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la Salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la Salud”, podríamos concluir que para lograr la Salud bucal en el bebé es indispensable la prevención de enfermedades bucales por medio de la educación.<sup>15</sup>

### **Enfermedades e higiene bucal**

Los problemas y enfermedades bucodentales más frecuentes son debido a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental e incluyen procesos infecciosos por caries dental o enfermedades periodontales como gingivitis o periodontitis.<sup>16</sup>

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico por incluir en su contenido azúcares como la sacarosa o la glucosa.

Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de hábitos como el cepillado dental, profilaxis en consultorio dental, uso de enjuagues, uso de hilo dental y visitas periódicas al odontólogo. Las enfermedades bucodentales son prevenibles y el dolor que éstas traen consigo innecesario.<sup>16,17</sup>

### **Asesoramiento prenatal sobre salud bucal**

El objetivo, es esencialmente de educación para la salud, entendiendo 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.<sup>16</sup>

### **Higiene del lactante**

La madre debe 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.<sup>16</sup>

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.<sup>17</sup>

### **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 10 volúmenes en una proporción de 4 a 1.<sup>17</sup>

- 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. <sup>17</sup>
  
- C.** El bebé no debe dormir con la boca sin aseo.
  
- D.** Cepillar los dientes tres veces al día, después de los alimentos y obligatoriamente antes de dormir. <sup>17</sup>
  
- 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). <sup>17</sup>
  
- 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. <sup>17</sup>

### **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 van 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 dento bacteriana, lo que aumenta el riesgo a caries.<sup>18</sup>

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.

### **Dieta**

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud, así como la prevención de una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.<sup>19</sup>

### **Nutrición en el embarazo**

Es evidente la influencia de la nutrición en el embarazo y en el desarrollo inicial del bebé. Durante el embarazo hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el desarrollo del 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 mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que éstos pueden alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre materna. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes

y oxígeno de la madre al feto, a la vez que elimina las sustancias de desecho del mismo, conduciéndolos a la sangre materna para su excreción.<sup>19,20</sup>

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 de caries dental.<sup>21,22</sup>

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 se encuentra la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano dentario del esmalte.

El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Así mismo, la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo ésta primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.<sup>22, 19, 20, 18</sup>

Minerales como el calcio y el fósforo constituyen tejidos duros como los huesos y dientes en un porcentaje aproximado del 99% y 80% respectivamente y adicionalmente proporcionan a dichos tejidos fuerza y rigidez. Una deficiente estructura dentaria, que se manifiesta en una mayor predisposición a caries dental, puede ser el resultado de una ingesta deficiente de calcio en el periodo de formación de los dientes. Trastornos en el metabolismo del calcio y el fósforo durante el periodo de formación de los dientes, pueden dar como resultado una hipoplasia grave del esmalte y defectos en dentina.<sup>19, 20</sup>

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 de la dieta de la madre, el proceso de

maduración del esmalte al momento de la erupción, el tamaño, forma y composición química de los dientes de sus hijos.<sup>23</sup>

### **Consideraciones nutricionales durante la lactancia**

A excepción del periodo prenatal, el periodo de crecimiento más rápido de los humanos ocurre durante los primeros 6 meses de vida. El peso al momento del nacimiento se duplica los primeros 6 meses de vida y se triplica al cumplir el año. La lactancia materna se reconoce como el mejor método de alimentación del niños en sus primeros 4 o 6 meses de vida, después de esto la leche materna puede ser sustituida por diversos alimentos.<sup>24</sup>

Tanto la leche materna como la leche de vaca, pueden inducir a la aparición de caries dental, y su ingestión sin cuidados bucales diarios llega a originar la caries temprana de la infancia. Las ventajas nutricionales, inmunológicas e incluso económicas del amamantamiento la hacen la alimentación más apropiadas para el lactante. Con relación a su posible potencial cariogénico, la leche humana como solución azucarada es capaz de remover la desmineralización del esmalte siempre que se tenga como sustrato disponible durante 8 horas seguidas.<sup>24,25</sup>

Se debe de orientar más tanto a los profesionales de la salud como a las madres de los lactantes, en relación a los efectos perjudiciales del hábito de dormir con el biberón o amamantando. Los dientes deciduos deben de comenzar a limpiarse tan pronto como emergen en la cavidad bucal, para ello la madre puede envolver su dedo índice con una gasa y remover los restos alimenticios que se depositan en la superficie dental después de cada alimentación. La administración de un biberón con agua después de cada alimentación debe de fomentarse como hábito pues también contribuye como auxiliar en la higiene del lactante.<sup>26, 27,11, 25</sup>

### **Nutrición durante la erupción 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.<sup>20, 24, 25, 19</sup>

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.<sup>25</sup>

### **Caries**

Es una enfermedad de origen multifactorial, dinámica y de progresión lenta. Los síntomas relacionados a ella incluyen la pérdida gradual de minerales, que van desde una disolución ultra estructural y microscópica, hasta la destrucción total de sus tejidos dentarios.<sup>28, 19, 25</sup>

### **Etiología de 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:
  - **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.
  - **Disposición de dientes en la arcada:** el apiñamiento dentario predispone a la caries dental.
  - **Constitución del esmalte:** las deficiencias adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización puede favorecer el desarrollo de caries.



- **Edad post eruptiva del diente:** la susceptibilidad de caries es mayor inmediatamente después de la erupción de diente, y disminuye con la edad.

**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.<sup>20</sup>

**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.

**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 remineralización y desmineralización, aumentando el riesgo de caries.

### **Manifestaciones clínicas de 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.<sup>29</sup>
  
- **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.<sup>29, 30</sup>

### **Diagnóstico de 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.<sup>29, 30, 32</sup>

La caries incipiente en fosas y fisuras es difícil de diagnosticar por radiografía de aleta de mordida. Sin embargo una lesión de caries poco agresiva pueden conducir a una infravaloración de su diagnóstico, como ocurre con la caries oculta.

En fosas y fisuras donde se sospecha la existencia de caries se puede facilitar la exploración clínica mediante una apertura mínima de la fisura con una fresa redonda muy pequeña para realizar un diagnóstico más exacto.<sup>31, 33</sup>

### **Caries temprana de la infancia**

La academia americana de odontología pediátrica define a la caries de infancia temprana, como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitado 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.<sup>34</sup>

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 a los recién erupcionados. 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.<sup>35, 23</sup>

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.<sup>36, 24</sup>

### **Factores de riesgo de la caries temprana de la infancia**

Los dientes que se exponen antes a un ambiente cariogénico serán los primeros en mostrar signos de la enfermedad. Por tanto, los niños con alto riesgo pueden desarrollar caries en los incisivos superiores poco después de su erupción. Si el alto riesgo continúa se podría desarrollar caries de fisuras en los molares temporales, y posteriormente caries proximal.<sup>36</sup>

Los niños con riesgo de caries moderado pueden iniciar caries en una edad más tardía, normalmente caries de fisura y posiblemente caries proximal en molares.

Entre los factores de riesgo tenemos:

- **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, inicia 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.

36

- **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.<sup>24,37,28,25</sup>
- **Transmisibilidad microbiana de madre al hijo:** La presencia de streptococos y lactobacilos en la cavidad oral de niños muy pequeños ha sido demostrada en diferentes estudios microbiológicos reportados en la literatura, siendo generalmente transmitidos de la madre a su niño mediante la saliva materna, a través de besos, de utensilios o por los dedos del infante que van de la boca de la madre a la suya, considerando la saliva como el principal vehículo de transmisibilidad.<sup>25</sup>

### **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:<sup>34, 19, 23</sup>

- 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.

### **Boca y maxilares del recién nacido**

Para poder reconocer alguna alteración y/o enfermedad bucal en el bebé, es necesario conocer primero los componentes anatómicos normales de la boca del bebé.

En la boca del recién nacido se presentan alteraciones estructurales propias de su edad como son:

- **Apoyo de succión o sucking pad:** ubicado en la parte media del labio superior. Contiene proyecciones vellosas múltiples que aumentan de volumen durante el contacto con el seno de la madre. Esta zona ayuda a que la boca del bebé pueda adherirse mejor al seno materno durante el amamantamiento. El apoyo de succión está más desarrollado en bebés de menor edad y que reciben lactancia materna.
- **Rodetes gingivales:** se encuentran separando el vestíbulo de la cavidad bucal propiamente dicha. El rodete superior se encuentra protruido y el rodete inferior se encuentra retruido, la distancia vertical entre estos oscila entre 5-6mm. Distancias mayores a 1 cm o mínimas en las que no existen diferencias entre el superior y el inferior hay una tendencia futura al desarrollo de maloclusiones clase II o clase III.

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

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

### **Erupción dentaria**

La cronología de erupción de los dientes temporales según la Asociación Dental Americana (ADA) 1981 es como sigue:

- Incisivos Inferiores : 6 – 10 meses.
- Incisivos Superiores : 8 – 12 meses.
- Primeros Molares : 12 – 16 meses.
- Caninos : 16 – 20 meses.
- Segundos Molares : 20 – 30 meses.

### **Importancia**

La erupción de los dientes temporales delimita la frontera entre una alimentación exclusivamente líquida, de una gradual alimentación de texturas más consistentes. A través de la erupción de los cuatro grupos dentales se va formando la oclusión: incisivos (1º momento), primeros molares (2º momento), caninos (3º momento) y segundos molares (4º momento).

Por ello la importancia de la correcta secuencia en la erupción dental.

### **Distribución de los dientes deciduos**

En la boca del niño hay 20 dientes temporales:

Arcada Superior (10): Incisivos centrales superiores (2), incisivos laterales superiores (2), caninos superiores (2), primeros molares superiores (2) y segundos molares superiores (2).

Arcada Inferior (10): Incisivos centrales inferiores (2), incisivos laterales inferiores (2), caninos inferiores (2), primeros molares inferiores (2) y segundos molares inferiores (2).

La diferencia de la dentición temporal respecto a la dentición permanente es que la dentición temporal tiene una forma menos marcada, con menos cúspides, de color más blanco-azulada, tamaño más pequeño y no existen las premolares ni las terceras molares

### **Importancia de los dientes deciduos**

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

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

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

### **Importancia del flúor en la prevención de la caries dental**

El flúor se absorbe en el estómago y el intestino delgado por difusión pasiva, luego pasa al plasma para depositarse casi exclusivamente en los huesos y dientes. Algunos de los efectos beneficiosos del flúor en la prevención de la caries dental son:

- Resistencia del esmalte a la desmineralización.
- Favorece la capacidad del esmalte para la remineralización.



- Aumenta el pH.
- Interfiere en la adhesión bacteriana.
- Efecto antimicrobiano (inhibidor del crecimiento bacteriano).
- Efecto bactericida en altas concentraciones.
- Se deposita como fluoruro cálcico en la placa dental y se libera paulatinamente.

### **Tratamiento de Flúor en bebés**

El flúor correcto en la aplicación para bebés es el Flúor de sodio neutro al 0,05%, se instruye la aplicación del mismo sobre los dientes presentes en boca (previa limpieza de los mismos) mediante hisopado: 2 gotas desde la aparición del primer diente hasta el año y 4 gotas entre el año y los dos años. Después de colocar las gotas se debe frotar las superficies.

Se sugiere que el inicio de su recomendación sea a partir de los 2 – 3 años de edad; sin embargo, el pediatra u odontopediatra podrían recomendarlo antes, teniendo en consideración las orientaciones pertinentes de dosis y frecuencia diaria.

En todo momento se deben respetar las normas de seguridad, ya que se trata de una aplicación tópica. La preparación del fluoruro de sodio neutro al 0,05% es responsabilidad de la clínica y se da en frascos goteros de 10cc, para ser utilizados en casa. Cuando este gotero se agota, la madre debe llevar el mismo a la clínica para recargarlo o cambiarlo por uno nuevo sin costo. Es parte de la responsabilidad de ella.<sup>38</sup>

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL:**

Dentro del ámbito odontológico las intervenciones educativas tienen un rol importante ya que la salud bucal es parte fundamental de todo ser vivo, porque conduce a un desarrollo integral.

Debemos tener en cuenta que actualmente las madres que acuden a los centros de salud no cuentan con información adecuada y oportuna, es por ello que consideramos que existe la necesidad de implementar intervenciones educativas de salud bucal ya que la promoción y prevención debe comenzar motivando y educando a la madre en relación a su higiene oral.

El conocimiento oportuno dirigido a las madres de bebés de 0 a 12 meses, ayudará a obtener resultados óptimos y mejorar la calidad de vida para un desarrollo integral en el ámbito de salud.

Al poder transmitir conocimiento mediante intervenciones educativas, cambiaremos las actitudes negativas y procederemos a efectuar mejoras en los conocimientos de salud bucal de los bebés y obtendremos niños más saludables y psicológicamente bien, con buena autoestima y madres educadas en el cuidado bucal de ella y de los que la rodean.

## **2.4. TÉRMINOS OPERACIONALES:**

### **1. PREVENCIÓN**

Prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).<sup>39</sup>

### **2. SALUD**

Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social.<sup>39</sup>

### **3. SALUD BUCAL**

La salud bucal es integral a la salud general y es esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos. La identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas.<sup>39</sup>

### **4. AMELOGÉNESIS**

Proceso de formación del esmalte.<sup>39</sup>

### **5. DENTINOGÉNESIS**

Proceso de formación de dentina.<sup>39</sup>

### **6. HIPOPLASIA DENTAL**

Es una de las enfermedades más raras y el esmalte se observa comprometido en la dentición de color amarillento o cafésoso y además con puntos o depresiones debido a enfermedades, como la malnutrición o la inanición al tiempo que los dientes están formando.<sup>39</sup>

### **7. SUCCIÓN DE CHUPÓN**

Este hábito puede llegar a ocasionar mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. Los hábitos como el chupete y el dedo se denominan hábitos de succión no nutritiva. La succión es una función potente, instintiva y refleja en el recién

nacido. Por ello, estos hábitos en los primeros años son considerados normales porque se asocian a la necesidad de satisfacción afectiva y de seguridad.<sup>39</sup>

## **8. SUCCIÓN DIGITAL**

La succión digital puede ser de uno o varios dedos de la mano, siendo la más común la succión del dedo pulgar. “Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético”.<sup>39</sup>

## **9. SUCCIÓN LABIAL**

Puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. Generalmente la succión se da en el labio inferior, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior.<sup>39</sup>

## **10. NIVEL DE CONOCIMIENTO**

Aprendizaje adquirido estimado a una escala, puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular y malo) o cuantitativa (ej. de 0 a 10).<sup>40</sup>

## **11. EFICACIA**

Tiene capacidad de alcanzar un objetivo o propósito y produce el efecto esperado.<sup>41</sup>

## **12. EFICIENTE**

Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir lo que queremos determinadamente.<sup>42</sup>

## **13. INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

Es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando.<sup>43</sup>

## **2.5. HIPOTESIS**

La intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS		ESCALA DE MEDICIÓN
					Según su naturaleza	Según su función	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA	Es un proceso que interfiere o influye, con el fin de mejorar y cambiar una situación.	Realización de las charlas a las madres con temas de salud bucal.	<p>Conocimiento sobre dentición, enfermedades y alteraciones bucales en el bebé.</p> <p>Medidas preventivas en salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La boca</li> <li>- Los dientes</li> <li>- Periodonto</li> <li>- Caries</li> <li>- Gingivitis y periodontitis.</li> <li>- Técnica de cepillado</li> <li>- Flúor</li> <li>- Lonchera saludable</li> </ul>	Cuantitativa	Independiente	Ordinal
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LA MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES	Es el conocimiento que presentan las madres sobre temas de salud bucal del bebé	Se evaluará según el instrumento en : Muy bueno: 16-18 Bueno: 11-15 Regular: 06-10 Malo: 0-05	----- -----	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre test</li> <li>- Post test</li> </ul>	Cuantitativa	Dependiente	Ordinal

## 2.7. INDICADORES E INDICES

### INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

1. Muy bueno	:	16	-	18
2. Bueno	:	11	-	15
3. Regular	:	06	-	10
4. Malo	:	0	-	05

## CAPITULO III

### 3.1. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1.1. Tipo de investigación:

El tipo de estudio fue CUANTITATIVO porque los resultados fueron medidos en términos numéricos previa recolección sistemática de información así como el procesamiento de análisis e interpretación de información mediante pruebas estadísticas.

#### 3.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación que se utilizó en el estudio fue experimental del tipo cuasi experimental con pre prueba y post prueba y un solo grupo.

$G_E: O_1 \text{ -----} X \text{-----} O_2$

Dónde:

X: Aplicación de la Intervención Educativa.

$G_E$ : Grupo experimental.

$O_1$ : Test antes de la Intervención Educativa.

$O_2$ : Test después de la Intervención Educativa.



### **3.1.3. Población y Muestra**

#### **3.1.3.1. Población**

La población objeto de estudio estuvo representada por todas las madres de bebés de 0 a 12 meses que tenían programadas su atención en el mes de mayo al centro de salud ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017, la que estuvo constituida por 95 madres de bebés de 0 a 12 meses.

#### **3.1.3.2. Muestra**

En el presente trabajo, no se usó fórmula estadística para determinar la muestra, ya que se consideró a todas las madres de los niños menores de 1 año; es decir, al 100% de la población.

**Procedimiento de muestreo:** Se utilizó el muestreo por conveniencia.

**Selección de la muestra:** Se abordó a todas las madres de bebés de 0 a 12 meses que acuden al servicio de Enfermería del centro de Salud Cardozo en el mes de mayo hasta completar la muestra, a quienes se les aplicará el instrumento.

**Criterios de inclusión:** Se consideró los siguientes criterios:

- Madres de niños de 0 a 12 meses de nacido.

**Criterios de exclusión:** Se considerarán los siguientes criterios:

- Madres de niños de 2 años a más.
- Madres de niños que no desean participar.

### **3.1.4. Metodología, Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

#### **3.1.4.1. Metodología de recolección de datos**

##### **Antes de la intervención educativa**

- Se solicitó el permiso al gerente del ACLAS C.S. I – 3 Cardozo para trabajar con las madres de bebés de 0 a 12 meses que acudían al área de enfermería para su control mensual en el mes de mayo del año 2017.
- Se instaló proyector y materiales didácticos para la intervención educativa.
- Previo a la aplicación del instrumento, se solicitó el consentimiento informado.
- Se explicó a las madres de los bebés el propósito del estudio, se solicitó su colaboración, veracidad, sinceridad en sus respuestas
- Se realizó la evaluación (pre test) de la intervención educativa

##### **Durante la intervención educativa**

- Se explicó a las madres de los bebés sobre la investigación del procedimiento a realizar.
- Se realizó la intervención educativa con el uso de material didáctico y el uso de multimedia propia con los temas de la intervención.
- La intervención educativa fue teórica y práctica.

##### **Después de la intervención educativa**

- Se realizó la evaluación (post test) de la intervención educativa en madres de bebés de 0 a 12 meses del ACLAS Cardozo.
- Se verificó que los instrumentos estuvieran correctamente llenados.
- Se agradeció la participación y colaboración de las madres participantes.

- Concluida la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación posterior.
- Se destruyó los instrumentos.

#### **3.1.4.2. Técnica**

La técnica a emplear en el presente estudio fue el siguiente:

- **Expositiva:** la técnica expositiva o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la educación para la salud. El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación.

#### **3.1.4.3. Instrumentos de Recolección de Datos**

El instrumento a utilizar fue el siguiente:

**Instrumento N° 01. Cuestionario:** elaborado por los investigadores para medir el nivel de conocimiento de las madres de bebes de 0 a 12 meses; que consto de las siguientes partes: presentación, instructivo, datos generales, contenido conformado por 18 preguntas y finalizó con un área para observaciones, despedida y agradecimiento.

**Validez:** para determinar la validez de los instrumentos se empleó la técnica de juicio de expertos conformado por 09 profesionales de salud y 01 profesional de lengua y literatura.

**Confiabilidad:** se aplicó la prueba piloto en el centro de salud Cardozo a un 10% de la población quienes tenían las mismas

características de la muestra, utilizando el Coeficiente Alpha de Crombach.

Cabe indicar que el juicio de expertos se inició el día 17 de abril del 2017 y se culminó el día 28 de abril del 2017, para lo cual se solicitó la participación de 09 profesionales de salud y 01 profesional de lengua y literatura, la validez y confiabilidad final fue de 87.6% para el cuestionario, la misma que se interpreta como un nivel aceptable, es decir mide la variable que se pretende medir.

### **3.1.5. Procesamiento de la información:**

Los datos fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico SPSS 22.0. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En el análisis univariado se utilizaron frecuencias simples y porcentuales para mostrar el comportamiento individual de la variable a estudiar. En el análisis inferencial se aplicaron pruebas de inferencia estadística como la prueba no paramétrica de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson y la prueba de contingencia para variables nominales y categóricas.

El nivel de confianza para la prueba fue del 95% con un nivel de error  $\alpha = 0,05$  para validar la hipótesis planteada.

### **3.1.6. Análisis inferencial**

#### **Prueba de hipótesis estadística: prueba T de Student**

#### **Contrastación de la hipótesis**

Con la finalidad de contrastar la hipótesis planteada en la investigación, se procedió a desarrollar el siguiente proceso de prueba de hipótesis.

“La intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I - 3 Cardozo en el año 2017”

### **Formulación de la hipótesis estadística**

$H_0$  : La intervención educativa **No** es eficaz para elevar el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017.

$H_a$  : La intervención educativa **Si** es eficaz para elevar el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017.

### **Nivel de significancia**

$\alpha = 0.05$

### **Regla de decisión**

Rechazar la hipótesis nula si:  $p < 0,05$  (nivel de significancia)

### **3.1.7. Consentimiento Informado**

- Los derechos humanos de los participantes que conformaron la muestra de estudio de investigación fueron respetados manteniendo en anonimato la información de los sujetos.
- La participación de las unidades de estudio fueron en forma voluntaria previa información de los objetivos del presente estudio, fueron tratados con respeto, considerando su integridad física y moral, y se tuvo en cuenta el consentimiento informado.

- Las preguntas del cuestionario no alteraron la salud física, mental y social de los sujetos de estudio.
  
- Los resultados que se obtuvieron fueron confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio. En todo momento se tuvo en cuenta la ética y la bioética en salud.
  
- Los datos fueron analizados en forma agrupada, luego de este procedimiento los instrumentos fueron destruidos.

## **CAPITULO IV**

### **4.1. RESULTADOS**

Después de realizar la recolección de la información se procedió al análisis de los datos obtenidos del instrumento ya descrito, de acuerdo a los objetivos planteados el cual se presenta a continuación.

#### **Análisis Univariado**

La población objeto de estudio estuvo constituida por 95 madres de bebés de 0 a 12 meses que tenían programadas su atención en el mes de mayo al centro de salud ACLAS C.S. I – 3 Cardozo 2017, de la cual la muestra objeto de estudio estuvo constituida por el 100% de las madres.

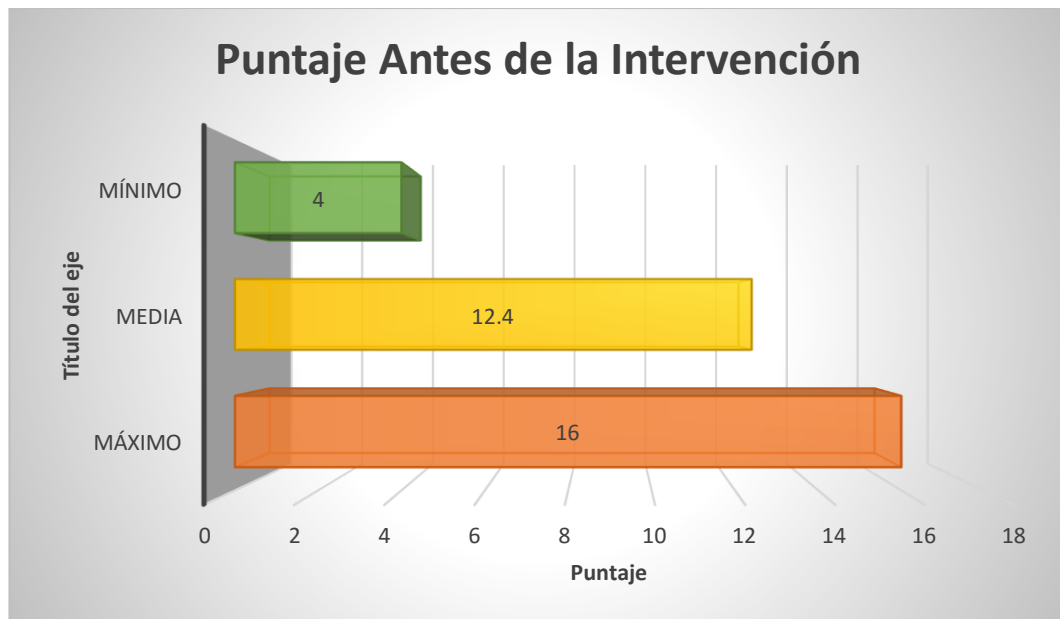
En la tabla 01 y gráfico 01 se observó el puntaje del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, donde el puntaje promedio fue de 12,4 y desviación estándar de  $\pm 2,5$  considerada como un nivel de conocimiento bueno (11 – 15); además se aprecia que la puntuación mínima fue 04 (malo) y la puntuación máxima fue 16 (muy bueno).

TABLA N° 01. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres antes de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 CARDOZO – en el año 2017.

	Mínimo	Máximo	Puntaje Promedio
Puntaje	04	16	12,4 $\pm$ 2,5

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO N° 01. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres antes de la intervención educativa, ACLAS C.S I – 3 Cardozo – en el año 2017.



Fuente: Datos de la investigación



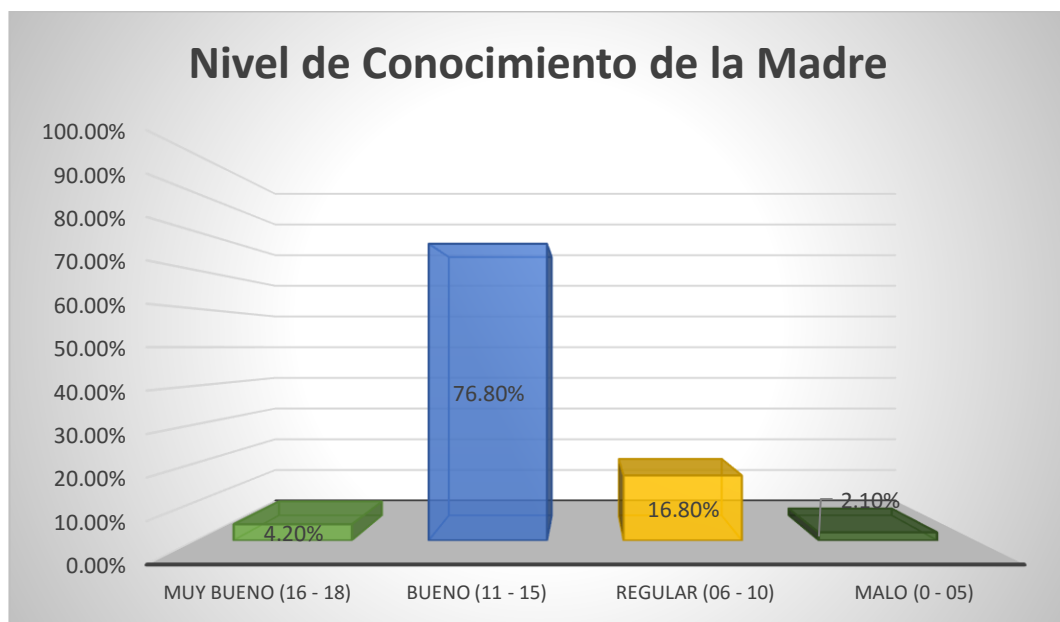
En la tabla 02 y gráfico 02 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, del 100% (95) de madres, el 4,2% (4) tuvieron un nivel de conocimiento muy bueno, el 76,8% (73) tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 16,8% (16) tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 2,1% (2) tuvieron un nivel de conocimiento malo.

TABLA N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS Cardozo – en el año 2017.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy Bueno (16 – 18)</b>	4	4,2
<b>Bueno (11 – 15)</b>	73	76,8
<b>Regular (06 – 10)</b>	16	16,8
<b>Malo (0 – 05)</b>	2	2,1
<b>Total</b>	95	100,0

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO N° 02. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, ACLAS C.S I – 3 Cardozo – en el año 2017.



Fuente: Datos de la investigación

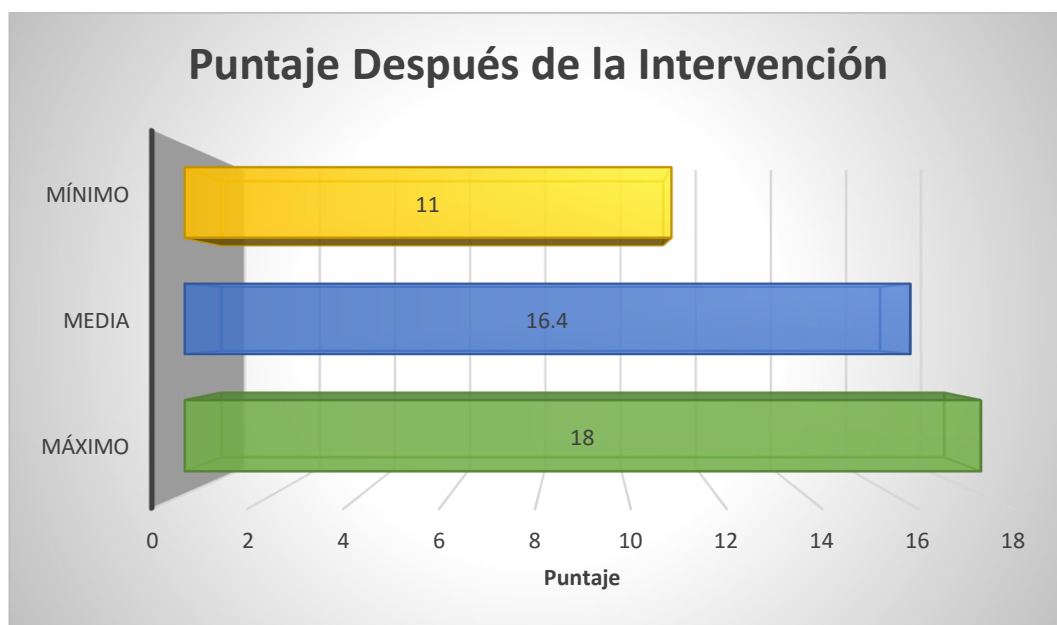
En la tabla 03 y gráfico 03 se observa el puntaje del nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de realizada la intervención educativa, donde el puntaje promedio de 16,4 y desviación estándar fue  $\pm 1,4$  considerada como un nivel de conocimiento muy bueno (16 – 18); además se aprecia que la puntuación mínima fue 11 (bueno) y la puntuación máxima fue 18 (muy bueno).

TABLA N° 03. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres después de la intervención educativa, ACLAS Cardozo – en el año 2017.

	Mínimo	Máximo	Puntaje Promedio
<b>Puntaje</b>	11	18	16,4 $\pm$ 1,4

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO N° 03. Puntaje del nivel de conocimiento de las madres después de la intervención educativa, ACLAS C.S I – 3 Cardozo – en el año 2017



Fuente: Datos de la investigación

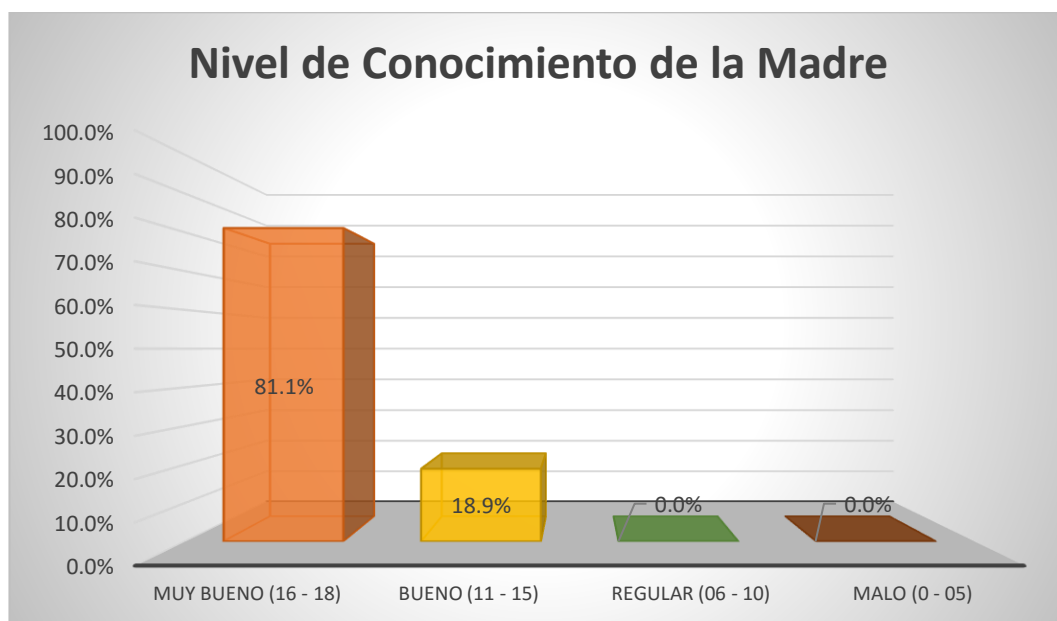
En la tabla 04 y gráfico 04 se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, del 100% (95) de madres, el 81,9% (77) tuvieron un nivel de conocimiento muy bueno y el 18,9% (18) tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

TABLA N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I - 3 Cardozo – en el año 2017.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy Bueno (16 – 18)</b>	77	81,1
<b>Bueno (11 – 15)</b>	18	18,9
<b>Total</b>	95	100,0

Fuente: Datos de la investigación

GRÁFICO N° 04. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de la intervención educativa, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – en el año 2017.



Fuente: Datos de la investigación

En la tabla 05 se muestra la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses, se observa que antes de la de la intervención educativa prevalecía el nivel de conocimiento bueno y regular en un 76,8% y 16,8% respectivamente de las madres, el nivel de conocimiento se incrementó después de haberse llevado la intervención educativa, obteniéndose un nivel de conocimiento muy bueno con un 81,1% (77) con tendencia a un nivel de conocimiento bueno en un 18,9% (18).

TABLA N° 05. Eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo – en el año 2017.

Nivel de Conocimiento	Pre test		Post test	
	f	%	f	%
<b>Muy Bueno (16 – 18)</b>	4	4,2	77	81,1
<b>Bueno (11 – 15)</b>	73	76,8	18	18,9
<b>Regular (06 – 10)</b>	16	16,8	0	0,0
<b>Malo (0 – 05)</b>	2	2,1	0	0,0
<b>Total</b>	95	100,0	95	100,0

Fuente: Datos de la investigación

En la Tabla 06 se observa la prueba T de Student para la eficacia de la intervención educativa, el cual nos indica que hay diferencia entre las puntuajes antes de la intervención con una media de 12,35 y una desviación estándar de 2,457 y los puntuajes después de la intervención con una media de 16,39 y una desviación estándar de 1,371. Esto indica que el puntaje de conocimiento después de la intervención en salud bucal aumento en 4,042 puntos con una desviación estándar de 2,854 y un error estándar de 0,293.

Además se observa que la prueba de t de student da un valor de  $t_{calculado} = 13,803$ ,  $gl = 44$  y  $p \text{ valor} = 0,000$ ; por lo que hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna; es decir, la Intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de bebes de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo - 2017.

TABLA N° 06 Resultados de la prueba t de student para la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de las madres de bebes de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017.

Estadístico de muestras emparejadas	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje antes de la intervención	95	12,35	2,457	0,252
Puntaje después de la intervención	95	16,39	1,371	0,141

Fuente: Datos de la investigación

Prueba de muestras Emparejadas	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Puntaje antes de intervención – puntaje después de intervención	-4,042	2,854	0,293	-4,624	-3,461	-13,803	94	0,000

Fuente: Datos de la investigación

En la tabla 07 se muestra el nivel de conocimiento de las madres según el grado de instrucción, del 76,8% de madres con nivel de conocimiento bueno en salud bucal antes de la intervención, el grado de instrucción secundaria fue la más resaltante con un 57,9%, el cual varió a un 81,1% de madres con un nivel de conocimiento Muy Bueno después de haber realizado la intervención educativa.

TABLA N° 07. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses según grado de instrucción, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017.

Grado de instrucción	Nivel de conocimiento Pre test				Nivel de conocimiento Pos test	
	Muy bueno (16 - 18)	Bueno (11 - 15)	Regular (06 - 10)	Malo (00 - 05)	Muy bueno (16 - 18)	Bueno (11 - 15)
<b>Primaria</b>	0 (0,0%)	7 (7,4%)	5 (5,3%)	1 (1,1%)	10 (10,5%)	3 (3,2%)
<b>Secundaria</b>	2 (2,1%)	55 (57,9%)	10 (10,5%)	1 (1,1%)	55 (57,9%)	13 (13,7%)
<b>Superior</b>	2 (2,1%)	11 (11,6%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	12 (12,6%)	2 (2,1%)
<b>Total</b>	4 (4,2%)	73 (76,8%)	16 (16,8%)	2 (2,1%)	77 (81,1%)	18 (18,9%)

Fuente: Datos de la investigación

En la tabla 08 se observa el Puntaje del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa según el Grado de instrucción de las madres, en madres con nivel primario, en la primera prueba el puntaje promedio fue de 10,69, con desviación estándar de  $\pm 3,301$  aumentando significativamente después de la intervención educativa en la segunda prueba con un puntaje de 16,23 con desviación estándar de  $\pm 1,301$ . En madres con nivel secundario, en la primera prueba el puntaje promedio fue de 12,43 con desviación estándar de  $\pm 2,281$ , aumentando el puntaje después de la intervención educativa con un puntaje de 16,41 con desviación estándar de  $\pm 1,395$ . En madres con nivel superior, en la primera prueba el puntaje promedio fue de 13,50 con desviación estándar  $\pm 1,605$ , el cual aumento después de la intervención educativa durante la segunda prueba con una media de 16,43 con distribución estándar de  $\pm 1,399$ .

Observando la tabla, podemos decir que mientras mayor es el grado de instrucción de la madre, mayor será el nivel de conocimiento que van adquiriendo.

TABLA N° 08 Puntaje antes y después de la intervención educativa según grado de instrucción de las madres de bebés de 0 a 12 meses, ACLAS C.S. I – 3 Cardozo en el año 2017.

Grado de instrucción		Media	Desviación estándar	N
<b>Primaria</b>	Primera prueba	10,69	3,301	13
	Segunda prueba	16,23	1,301	13
<b>Secundaria</b>	Primera prueba	12,43	2,281	68
	Segunda prueba	16,41	1,395	68
<b>Superior</b>	Primera prueba	13,50	1,605	14
	Segunda prueba	16,43	1,399	14

Fuente: Datos de la investigación

## 4.2. DISCUSIÓN

El estudio realizado en las madres de bebés de 0- 12 meses en el ACLAS Cardozo I – 3; denotaron niveles aceptables en cuanto al conocimiento sobre la salud bucal del bebé, arrojando resultados de 76.8% de nivel conocimiento bueno; en contraste con el estudio realizado de TEIXEIRA P. Y COLS (2011) la cual dio con resultado que la mayoría de las madres de bebés de 0- 3 años presentaron niveles de conocimiento sobre la salud bucal del bebé muy bajo de 1-1%. Lo que difiere con BENAVENTE Y COLS (2010) que encontraron un nivel de conocimiento regular de 68,5% y 9.1% bueno.

Con respecto a la efectividad de las técnicas educativas en el nivel de conocimiento de salud bucal tanto en la prueba de entrada y de salida el nivel de conocimiento en el estudio realizado a las madres del ACLAS C.S. I – 3 - Cardozo fue aceptable con un resultado de 76,8% muy bueno para la prueba de entrada y terminando con un 81,9% muy bueno en la prueba final.

Algo similar se puede apreciar en la investigación de BENSIMON SORIA (2014) que tuvo una muestra de 68 pacientes divididos en varios centros de salud: 36 H.A.I.; 10 C.S. Túpac; 9 C.S. Moronacocha; 7 C.S. San Antonio; 6 P.S. El porvenir. Se utilizó un cuestionario validado por Pita Fernández (1996). Luego de recibir la charla en los Establecimientos de Salud se obtuvo como resultados: Hospital Apoyo Iquitos, prueba de entrada 38.9% entre bueno y regular, prueba de salida 61.1% Muy bueno, Centro de Salud Túpac Amaru, prueba de entrada 50% regular, prueba de salida 50% bueno, Centro de Salud Moronacocha, prueba de entrada 44.4% regular, prueba de salida 55.6% bueno, Centro de Salud San Antonio, prueba de entrada 57.1% regular, prueba de salida 57.1% bueno, Puesto de Salud El Porvenir, prueba de entrada 50.0% regular, prueba de salida 83.3 muy bueno.



### 4.3. CONCLUSIONES

Las conclusiones descritas en esta investigación son los resultados de los objetivos de la investigación.

1. El nivel de conocimiento sobre salud bucal que presentaron las madres de bebés de 0 a 12 meses antes de la intervención educativa, donde el puntaje promedio fue de 12,4 (D.E  $\pm$ 2,5), de un máximo de 18 puntos
2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses después de realizado la Intervención educativa, donde el puntaje promedio fue de 16,4 (D.E  $\pm$ 1,4), de un máximo de 18 puntos
3. La eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres de bebés de 0 a 12 meses, se observa que antes de la intervención educativa prevalecía el nivel de conocimiento bueno en un 76,8% de las madres
4. La eficacia de la intervención en el nivel de conocimiento se incrementó después de haberse llevado la intervención educativa, obteniéndose un nivel de conocimiento muy bueno con un 81,1% (77) con tendencia a un nivel de conocimiento bueno en un 18,9% (18).
5. La prueba T de Student demuestra que la intervención educativa es eficaz, mejorando el nivel de conocimiento en las madres de bebé de 0- 12 meses del ACLAS C.S. I-3 Cardozo.

#### **4.4. RECOMENDACIONES**

##### **1. Al Ministerio de Salud**

- Que haya un odontólogo permanente en el área de CREDE para que pueda orientar a las madres sobre la salud bucal del bebé
- Los internos de odontología deben ser los encargados en programas preventivos y capacitación sobre salud bucal para las madres que acuden a los diferentes centros de salud de la región Loreto.

##### **2. Al Colegio Odontológico**

- Planificación organización y ejecución de programas a través de la comisión de salud bucal dirigidos a nivel comunitario, por lo cual debe aunar esfuerzos con las facultades de odontología de las diversas universidades con la finalidad de dar un mayor enfoque a la parte preventiva para que se pueda lograr una correcta concientización sobre salud bucal, a toda la población.

##### **3. A las Facultades de Odontología de las diferentes universidades de la región Loreto**

- Las facultades deben unificar criterios, tienen que tener un solo patrón en cuanto a la enseñanza de la salud bucal a las madres.

## **CAPITULO V**

## 5.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Benavente LA, Chein SA, Campodónico CH, Palacios E, Ventocilla MS, Castro A Y Cols.** Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. *Odontol. Sanmarquina*. 2012 [citado el 23 de enero del 2014]; 15(1):14-18. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)
2. **Teixeira P, Vásquez C, Domínguez V, Portaluppi V, Alfonzo L, Mao C, y col.** Nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. *Rev. Salud Pública Parag.* 2011; Vol. 1 (1): 3-12
3. **Dra. Ana María Dobarganes Coca; Dra. Magda Lima Álvarez -** Intervención educativa en salud bucal para gestantes. *AMC vol.15 no.3 Camagüey mayo-jun.* 2011
4. **Bedón Ancani, Rosario – Juarez Concha, Karina Amelia –** Efecto de un programa preventivo en salud bucal en escolares de 6 años del centro poblado de Quistococha, 2011.
5. **Dra. Marisel García Rodríguez, Dra. Ileana María Yero, Dra. Ana María Rivadeneira Obregón<sup>3</sup>, Dra. Lidia Ester Nazco Barrios.** Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. *Gaceta médica espiritana* 2013; 15
6. **Llodra Calvo Jc.** *Equidad* revista en línea. Madrid: Fundación del colegio de odontólogos y estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013. p.55-70. 26 de agosto de 2013
7. **Bensimon Soria, Carmen Lucy; Machaca Chujandama.** Efecto de charlas educativas en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en pacientes atendidos en los establecimientos de salud, IQUITOS – 2014
8. **Panduro Del Castillo, Myriam Betty.** Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia, Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014

9. **Welser Emilio Muñoz-Cabrera\* & Manuel Antonio Mattos-Vela** - Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. Int. J. Odontostomat. vol.9 no.2 Temuco ago. 2015
10. **Ana Cecilia Cupé-Araujo<sup>1</sup>, Carmen Rosa García-Rupaya.** Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol. Herediana vol.25 no.2 Lima abr. 2015
11. Ministerio de salud. Manual de normas técnico administrativo del subprograma de salud bucal. Dirección general de salud de las personas. Lima-Perú, p. 16-33,1996
12. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes. Disponible en: [sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez\\_v\\_m/cap2.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/rodriguez_v_m/cap2.htm)
13. [sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2004\\_n2/pdf/a05.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2004_n2/pdf/a05.pdf) de CG Borda - 2014
14. **Robinson y Naylor (1963) y ACS y col. (1992)** Una filosofía necesaria en la práctica odontopediátrica. disponible en: [www.dental-tribune.com/.../14224\\_una\\_filosofa\\_necesaria\\_en\\_la\\_practica\\_odontopediatria](http://www.dental-tribune.com/.../14224_una_filosofa_necesaria_en_la_practica_odontopediatria)
15. **Palma C.** Embarazo y Salud Oral. Odontol pediátr. (Madrid) 2009; 17(1): 1-3.
16. **Bastarrechea M, Betancourt N, Perez M.** Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev cubana estomatol 2009; 46(4): 1-15
17. **Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M.** Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(1):269-276
18. **Navas R, Mejía M, Rojas T.** Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición. Acta odontol. venez 2006; 44 (3): 346-351.

19. **Rodríguez J, Rodríguez C, Cople L.** Influencia del consumo de azúcar, uso de medicamentos e higiene oral en la prevalencia de caries en bebés. *Acta Odontol Venez* 2008; 46 (2):165-169
20. **Sousa J, Fracasso M.** Comportamento materno versus temperamento da criança: Influência no padrão de saúde bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa* 2010; 10(1):47-54
21. **Aristimuño C.** Educación para la salud. *Reflexiones acta odontol Venez* 2000; 38 (3): 1-2
22. **Guillen C, Huapaya O, Loayza R, Torres G, Chein S, Garibay P, Anticona C, Pum J.** Odontología para el bebè: Modelo de atención Pública. *Odont. Sanmarquina* 2004;8(2):32-40
23. **Bernabé E, Delgado E, Sánchez P.** Resultado de un sistema para la vigilancia de caries de infancia temprana. *Rev Med Herediana* 2006; 17(4):227-233
24. **González F, Sánchez R, Carmona L.** Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla Cartagena. Bogotá. *Rev Salud Pública* 2009; 11(4):620 – 630
25. **Targino A, Soares J, Cunha F, Pereira L, Cavalcanti R.** Conhecimento de gestantes sobre a saú de bucal dos bebês. *Rev. Bras Ci Saúde* 2009; 13(1): 41-47
26. **Reis D, Pitta D, Barbosa H, Pinto de Jesus M, Leonelli de Moraes M, Gonçalves M.** Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1):269-276
27. **Osorno C.** Manual de actividades clínicas de odontopediatria. 1a ed. México Trillas 1990; pp 26-7.
28. **Pérez S, Vallejos A, Gutiérrez P, Casanova J, Casanova A.** Predictive model for dental caries in schoolchildren. *J Dental Res* 2000;79:291-295
29. **An Palestein Helderman WH, Ter Pelkwijk L, Van Dijk JWE.** Caries in fissures of permanet first molars as predictor for caries increment. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1989;17:282-4

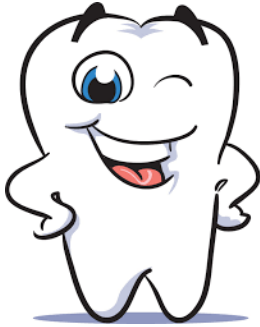
30. **Penchas J.** The dilemma of treating severely decayed first permanent molars in children: To restore or to extract. *J Dent Child* 1994;199-205
31. **Gutiérrez MP.** Validación de un indicador predictivo del riesgo de aparición de caries en dientes permanentes. *Rev Méd D.F.* 1987;4:183-7
32. **García A, De La Teja E.** Caries temprana de la infancia. Prevención y tratamiento. México. *Acta Pediatr mex* 2008; 29(2):69 – 72.
33. **Escribano A, López A, López C, Saenz U.** Caries de biberón. *Rev Clin Med Fam* 2008, 2(4): 1-5
34. **Misrachi C.;** Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral, *Odontología chilena* 42 (2):87-92, 1994.
35. **Alonso M, Karawosky L.** Caries de Infancia Temprana. *Periodontología y Reproducción Humana* 2009; 23(2):90-97
36. **Rodríguez M, Pimentel E.** ¿Puede la leche humana llegar a producir caries: Por qué y Cómo? *Act Odontol Venez.* 1998; 36(1): 1-7
37. **Carrasco-Loyola ML, Villena-Sarmiento RS, Pachas-Barrionuevo FM, Sánchez-Huamán YD.** Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana.* 2009; 19(2):83-90
38. **Elias Podesta Mario C.** – Odontología para Bebés – aplicación de flúor – 2016
39. **Marcelo Friedenthal,** Diccionario de odontología 2da Edición – 1996

## ANEXOS

### ANEXO N° 01

#### **“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES EN ACLAS C.S I-3 CARDOZO EN EL AÑO 2017”**

##### Ficha para protección de derechos humanos



#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, declaro que cumpla con todos los criterios de inclusión y acepto de manera libre, voluntaria y sin presión a participar en el trabajo de investigación denominado “Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 A 12 meses, en ACLAS C.S I-3 Cardozo en el año 2017”, realizada por las Bachilleres de odontología Carmen Mónica Matías Isuiza y Saraith Lizana Ojanama.

Iquitos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses, en ACLAS C.S I-3 Cardozo en el Año 2017”,

### Presentación

Señora, somos las bachilleres de odontología Carmen Mónica Matías Isuiza y Saraith Lizana Ojanama, estamos realizando un estudio sobre el Salud bucal y Nivel de Conocimiento de las madres de bebés de 0 A 12 meses del ACLAS C.S I-3 Cardozo.

Si usted accede a participar en este estudio, será en forma voluntaria y confidencial por lo que, usted tiene todo el derecho de aceptar o negarse a participar en este estudio.

Le informamos que no le ocasionará gastos económicos y que la información solo será utilizada para este estudio; asimismo, usted tendrá todo el derecho de retirarse del estudio en el momento que usted sienta que sus derechos se están vulnerando.

Los datos obtenidos se analizarán en forma agrupada y con la ayuda de códigos; en ningún caso se manejará información individualizada y sus datos personales no serán revelados a terceros en ningún momento.

Luego del procesamiento de los datos obtenidos, los instrumentos usados para la recolección de datos serán destruidos con el fin de proteger la integridad física y moral de los participantes del estudio.

¿Acepta usted ser parte de esta investigación?

SÍ

NO

.....  
**FIRMA Y HUELLA DIGITAL**



## **I. DATOS GENERALES:**

1. Dirección:.....Referencia:.....
2. Edad Actual:.....
3. Grado de instrucción:  
Primaria           ( )  
Secundaria       ( )  
Superior           ( )

## **II. CONTENIDO DE LA ENCUESTA:**

### **MARQUE LA ALTERNATIVA QUE CONSIDERE CORRECTA:**

1. ¿Quiénes forman la boca?
  - a) Dientes, encía, lengua, paladar y boca
  - b) Ojo, pestaña y ceja
  - c) Uña, dedo, mano
  
2. ¿Qué es higiene bucal?
  - a) Bañarse, secarse y peinarse
  - b) Es cepillarse los dientes, uso de hilo dental y enjuague
  - c) No cepillarse los dientes
  
3. ¿Para qué sirve la encía en un bebé?
  - a) Masticación
  - b) Lactancia
  - c) Pronunciación
  
4. ¿Para qué sirven los dientes de leche?
  - a) Sirve para que el niño no este desmuelado
  - b) No tienen importancia
  - c) Sirven para hablar, mantener el espacio, masticar.
  
5. ¿Qué es la caries dental?
  - a. Enfermedad producida por una bacteria.
  - b. Es un gusano que come los dientes
  - c. Es cuando sangran las encías

6. ¿Qué es la caries de biberón?
- a) Es cuando el biberón está sucio
  - b) Enfermedad que infecta los dientes de leche por consumir mucho azúcar
  - c) Es cuando el niño tiene fiebre por no tomar su biberón
7. ¿Quiénes forman la caries dental?
- a. Agua y bacterias
  - b. Comida con exceso de azúcar, bacteria, diente y tiempo.
  - c. Diente, agua y comida
8. ¿Qué es la placa bacteriana o sarro dental?
- a) Restos de dulces y comidas
  - b) Manchas blanquecinas
  - c) Restos de alimentos y microorganismos como placas sobre los dientes
9. ¿Cómo se debe utilizar el agua oxigenada para la limpieza de la boca del bebé?
- a. 1 cucharada de agua oxigenada y 4 cucharadas de agua hervida.
  - b. 1 cucharada de agua oxigenada y 3 cucharadas de agua hervida.
  - c. 3 cucharadas de agua oxigenada y 1 cucharada de agua hervida.
10. ¿Sabe cuándo comienzan a salir los dientes de leche del niño?
- a) A los 6 meses de nacido
  - b) A los 6 años de edad
  - c) Al año de nacido
11. ¿Qué pasa si tu niño pierde sus dientes por caries?
- a) Tendrá dificultad para masticar.
  - b) Tendrá la apariencia de niño alegre.
  - c) Tendrá dificultad para respirar

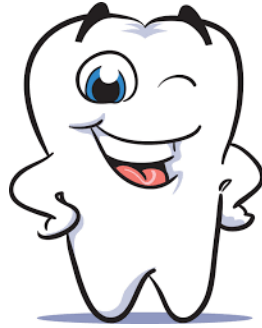
12. ¿Qué debemos hacer si tú niño se cae golpeándose la boca y empieza a sangrar?
- Se debe esperar a que el bebé deje de sangrar.
  - Llevarlo rápidamente al odontólogo.
  - Usted deberá tratar de curarlo.
13. ¿Qué es la pasta dental?
- Es un líquido que se usa después del cepillado
  - Es una crema que se utiliza con el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios
  - Es un polvo
14. ¿Por qué es importante el flúor en los dientes del niño?
- Protege y fortalece los dientes de las caries
  - Previene el sangrado de las encías
  - Aclara los dientes
15. ¿Cuándo se puede aplicar flúor tópico?
- Cuando le salgan sus dientes
  - Cuando el niño pueda escupir
  - Cuando es un bebé
16. ¿Cuántas veces al año es recomendable visitar al dentista?
- Dos veces al año
  - Cuatro veces al año
  - Todos los meses del año
17. ¿A qué edad salen las primeras molares de hueso?
- A los 10 años
  - A los 7 años
  - A los 6 años
18. ¿Sabe usted cuáles son los alimentos saludables para mantener los dientes sanos?
- Dulces y caramelos
  - Frutas y verduras
  - Panes y galletas

Observaciones:.....  
.....

¡Muchas gracias por su colaboración!

**ANEXO N° 02**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MADRES DE BEBÉS DE 0 – 12  
MESES EN ACLAS C.S. I – 3 CARDOZO**



**AUTORAS :**

**LIZANA OJANAMA SARAITH**

**MATIAS ISUIZA CARMEN MÓNICA**

**ASESORES :**

**C.D ANA MARIA JOAQUINA MOURA  
GARCIA**

**IQUITOS – PERÚ  
2017**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

### I. DETERMINACIÓN DE ACTIVIDADES

- a) Organización de grupos
- b) Organización de tiempo
- c) Determinación de espacio
- d) Determinación de recursos

### II. EJECUCIÓN

#### a) Organización de grupos:

- Para realizar la intervención educativa se organizará en diversos grupos por día y estará a cargo de las investigadoras.

#### b) Organización de tiempo:

SESIONES	TEMA	TIEMPO
PRIMERA	La boca	10 minutos
SEGUNDA	Los dientes	10 minutos
TERCERA	El periodonto	10 minutos
CUARTA	Caries	10 minutos
QUINTA	Gingivitis y periodontitis	10 minutos
SEXTA	Técnicas cepillado	10 minutos
SEPTIMA	Flúor	11
OCTAVA	Lonchera saludable	12 minutos
		10 minutos

#### c) Determinación de espacio:

- La intervención educativa se desarrolló en el auditorio de ACLAS C.S. I- 3 Cardozo

#### d) Determinación de recursos:

- Proyector multimedia
- Diapositivas
- Cámara digital
- Computadora
- Televisor

- Láminas con imágenes
- Maquetas de dientes
- Tipodont dental
- Kit de cepillos y pastas dentales
- Premios diversos

ANEXO N° 03

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SALUD BUCAL Y SU EFECTO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MADRES DE BEBÉS DE 0 A 12 MESES EN ACLAS C.S I-3 CARDOZO EN EL AÑO 2017”

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES E INDICES	DISEÑO
“Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S I-3 Cardozo, en el Año 2017”	¿Es eficaz una intervención educativa en salud bucal para determinar su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en el ACLAS C.S. I – 3 Cardozo?	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>a) Determinar la eficacia de la intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>a. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de bebés de 0- 12 meses en las madres antes de la intervención educativa en ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.</p> <p>b. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de bebés de 0- 12 meses en las madres inmediatamente después de la intervención educativa ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.</p> <p>c. Determinar la eficacia de una intervención educativa de conocimiento sobre prevención de salud bucal de las madres de los bebés de 0 a 12 meses mediante el uso de material didáctico ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017.</p> <p>d. Comparar los resultados de los datos encontrados en el nivel de conocimiento de las madres de bebés de 0 a 12 meses ACLAS C.S. I-3 Cardozo en el año 2017, antes y después de aplicar la intervención educativa.</p>	La intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal de las madres de bebés de 0 a 12 meses en el C.S. I – 3 Cardozo.	<p><b>Variable dependiente:</b> Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de bebés de 0 – 12 meses.</p> <p><b>Variable independiente :</b> Intervención educativa</p>	<p><b>Intervención educativa:</b> Muy bueno: 16 – 18 Bueno: 11 – 15 Regular: 06 – 10 Malo : 0 – 05</p>	<p>▪ <b>Tipo de investigación</b> Cuasi experimental – Cuantitativo correlacional.</p> <p>▪ <b>Diseño de la investigación :</b> Experimental.</p>



## VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ITEMS DE EXPERTOS	EXPERTOS	Total de ítems correctos	%
EXPERTO 1			
EXPERTO 2			
EXPERTO 3			
EXPERTO 4			
EXPERTO 5			
EXPERTO 6			
EXPERTO 7			
EXPERTO 8			
EXPERTO 9			
EXPERTO 10			
TOTAL			Σ=

**Validez (% final del Instrumento)= 96,60%**

### Conclusión final de la Evaluación

Validez :  
 .....

Interpretación :  
 .....

### Instrucciones.

- El porcentaje de cada uno de los expertos se obtendrá de la siguiente manera:

$$P = \frac{\text{TOTAL DE ITEMS} \times 100\%}{\text{TOTAL DE ITEMS DEL INSTRUMENTO}}$$

- La Validez viene a ser el % final de instrumento y obtendrá de la siguiente manera:

$$\text{Validez} = \frac{\sum = DE \%}{\text{TOTAL DE ITEMS DE EXPERTOS}}$$

### Evaluación de la Validez:

VALOR (%)	INTERPRETACIÓN DE LA VALIDEZ
0 – 24	Muy Baja
25 – 49	Baja
50 – 69	Regular
70 – 89	Aceptable
90 – 100	Elevada

**Nota:** En ciencias de la salud, la validez de un instrumento es a partir de 70%.