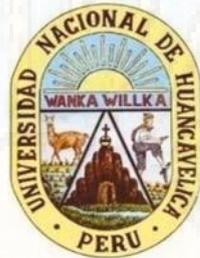


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL EN MADRES
DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD JUAN PARRA DEL RIEGO,
HUANCAYO, MAYO A JULIO 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR:
CONTRERAS VASQUEZ, IRMA LOURDES**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HUANCAVELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 13:30 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del

(la) Egresado(a): CONTRERAS VÁSQUEZ IRMA LOURDES

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Conocimientos de Salud Bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de Salud Juan Parra de Riego, Huancayo, mayo a julio 2019.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 563-2019 concluyendo a las 14:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de 10 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
P. OBSTETRICIA

[Firma]
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL

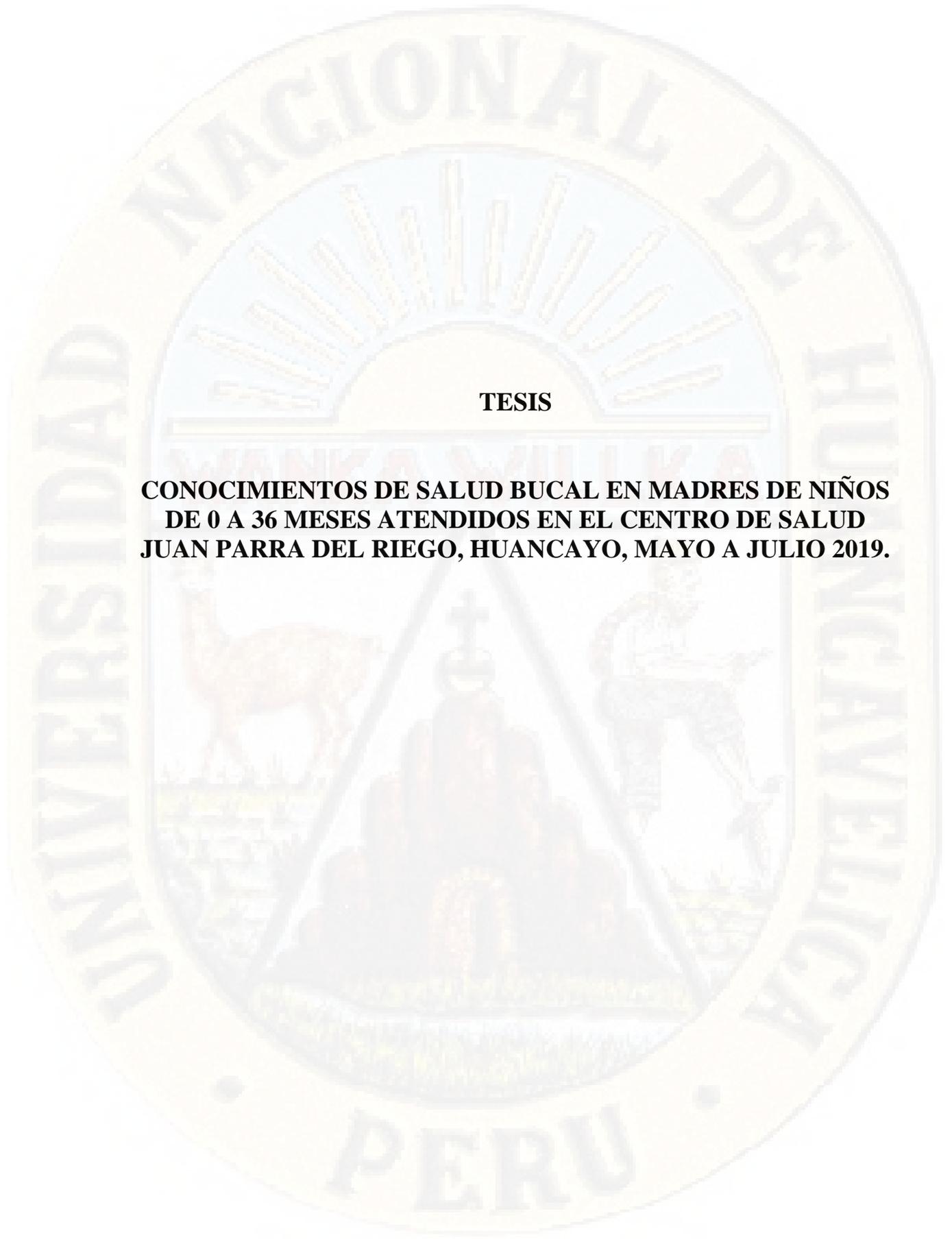


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
VºBº DECANA
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

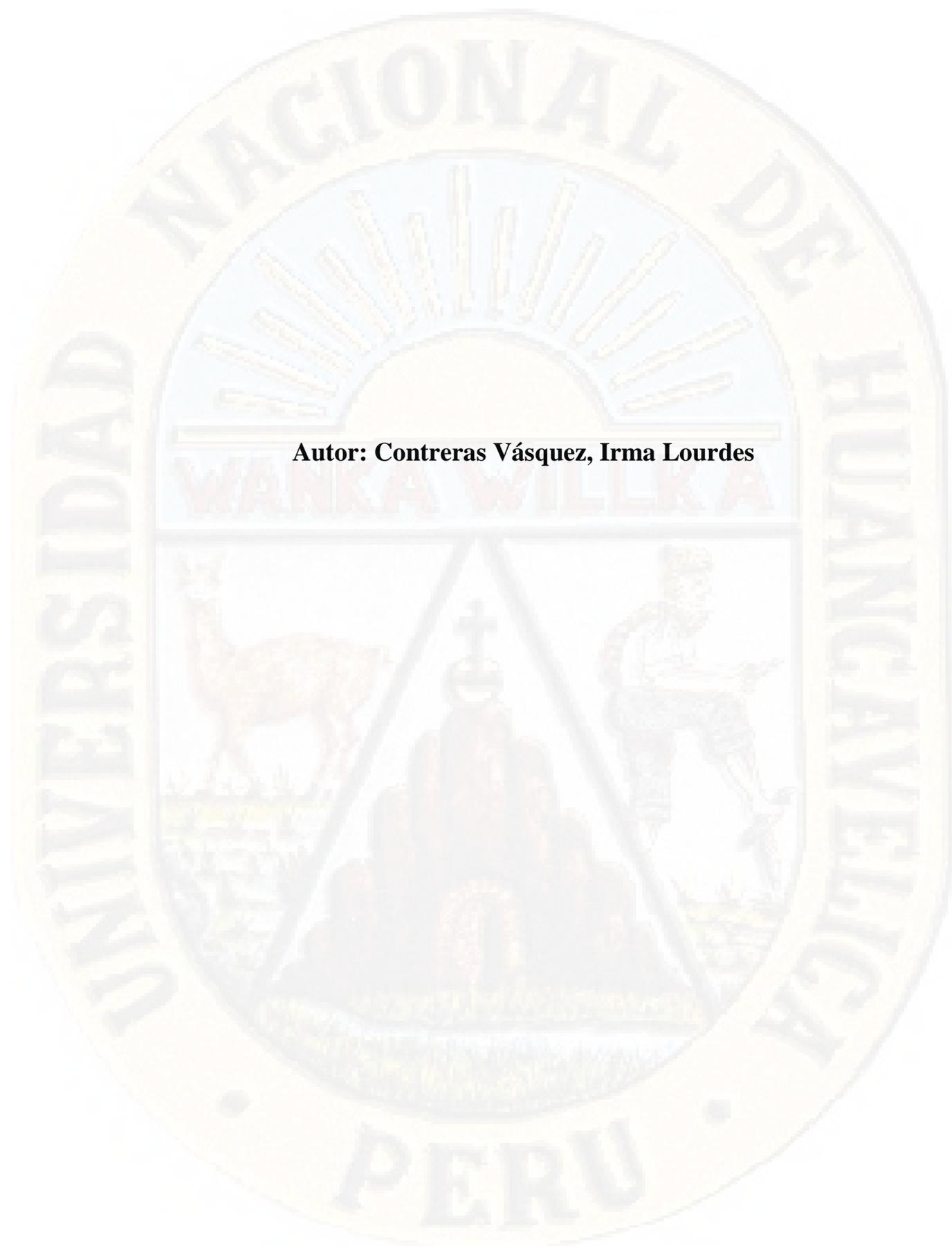


[Firma]
KELLY Y. RIVEROS LAURENTE
SECRETARIA DOC.

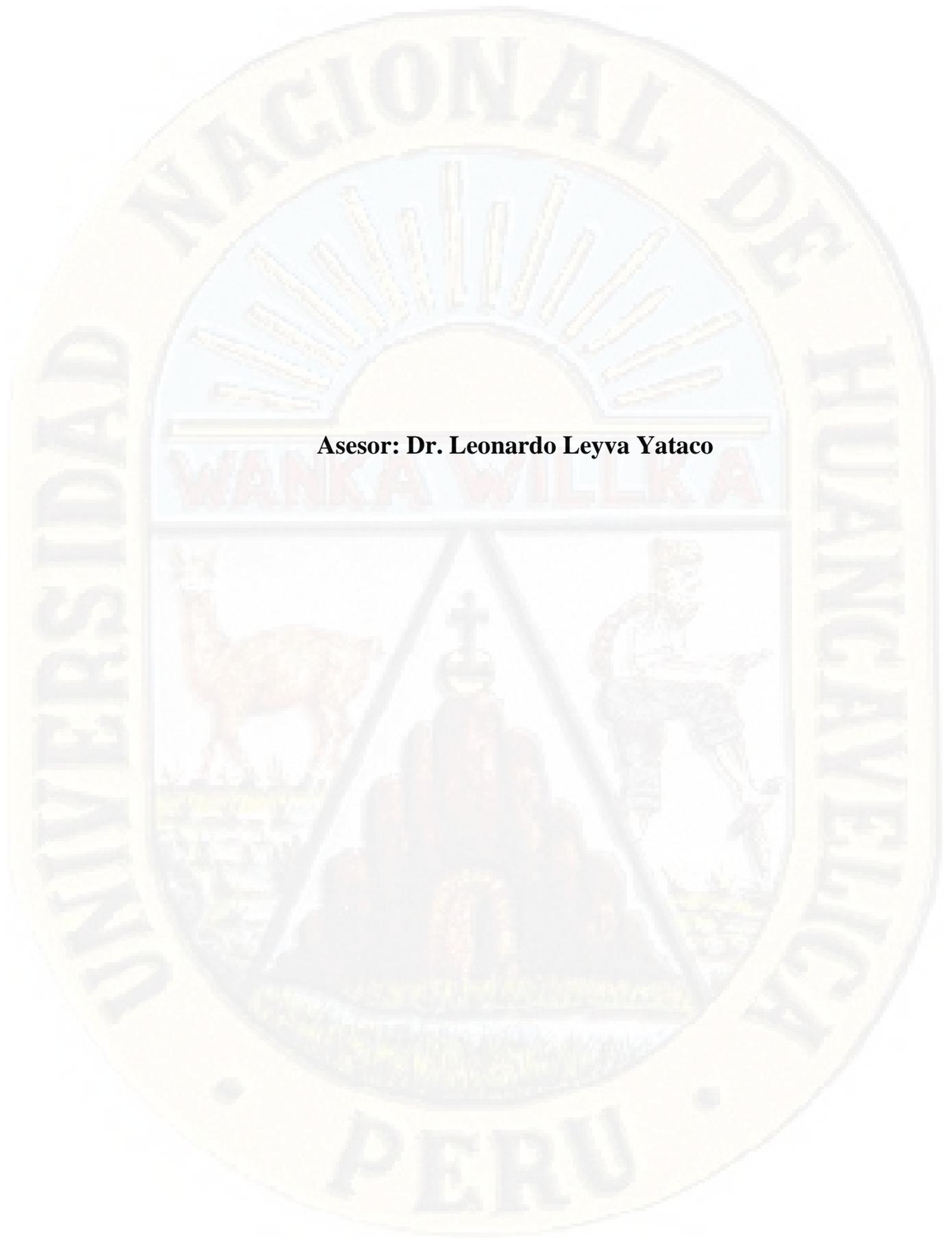


TESIS

**CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL EN MADRES DE NIÑOS
DE 0 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
JUAN PARRA DEL RIEGO, HUANCAYO, MAYO A JULIO 2019.**



Autor: Contreras Vásquez, Irma Lourdes



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A mis padres Teodoro e Irma, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido tener una carrera profesional maravillosas, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, perseverancia y valentía, gracias por su gran apoyo, consejos, valores y la motivación constante que me ha permitido ser una buena persona; pero más que nada, gracias por su gran amor. Los amos, Dios los siga bendiciendo.

A mi hija Gabriela, tu afecto y tu cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de buscar lo mejor para nuestra familia. Te agradezco por apoyarme y enseñarme a encontrar en lado dulce de la vida, te agradezco por ser la hija más amorosa y agradecida, te agradezco tu colaboración en la ejecución de la investigación. Fuiste una de mis motivaciones más grandes para concluir con éxito esta hermosa tesis. Te amo por siempre hija maravillosa, bendiciones.

A mi hijo Daniel, tu ambición y perseverancia para conseguir tus metas, fueron mi inspiración más importante para concluir con éxito esta investigación, gracias por cada palabra de apoyo, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta tesis, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir poco tiempo con ustedes, es parte de estos sacrificios. gracias por ser el hijo que toda madre desea. Eres una de mis motivaciones más importantes para mi crecimiento personal y profesional. Te amo por siempre hijo maravilloso, bendiciones.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por su infinito amor y bondad, por guiarme con su luz hacia un camino que me permitió llegar hasta este punto, con salud para lograr mis objetivos.

Agradezco a mis hermanos y hermanas Yolanda, Cesar, Oscar, Nancy, José y Alfredo por ser fuente de inspiración para mi crecimiento personal y profesional, por sus enseñanzas, por sus valores y por su amor.

Gracias Dr. Leonardo Leyva Yataco por su apoyo, paciencia, dedicación y su asesoría en la realización de este trabajo de investigación.

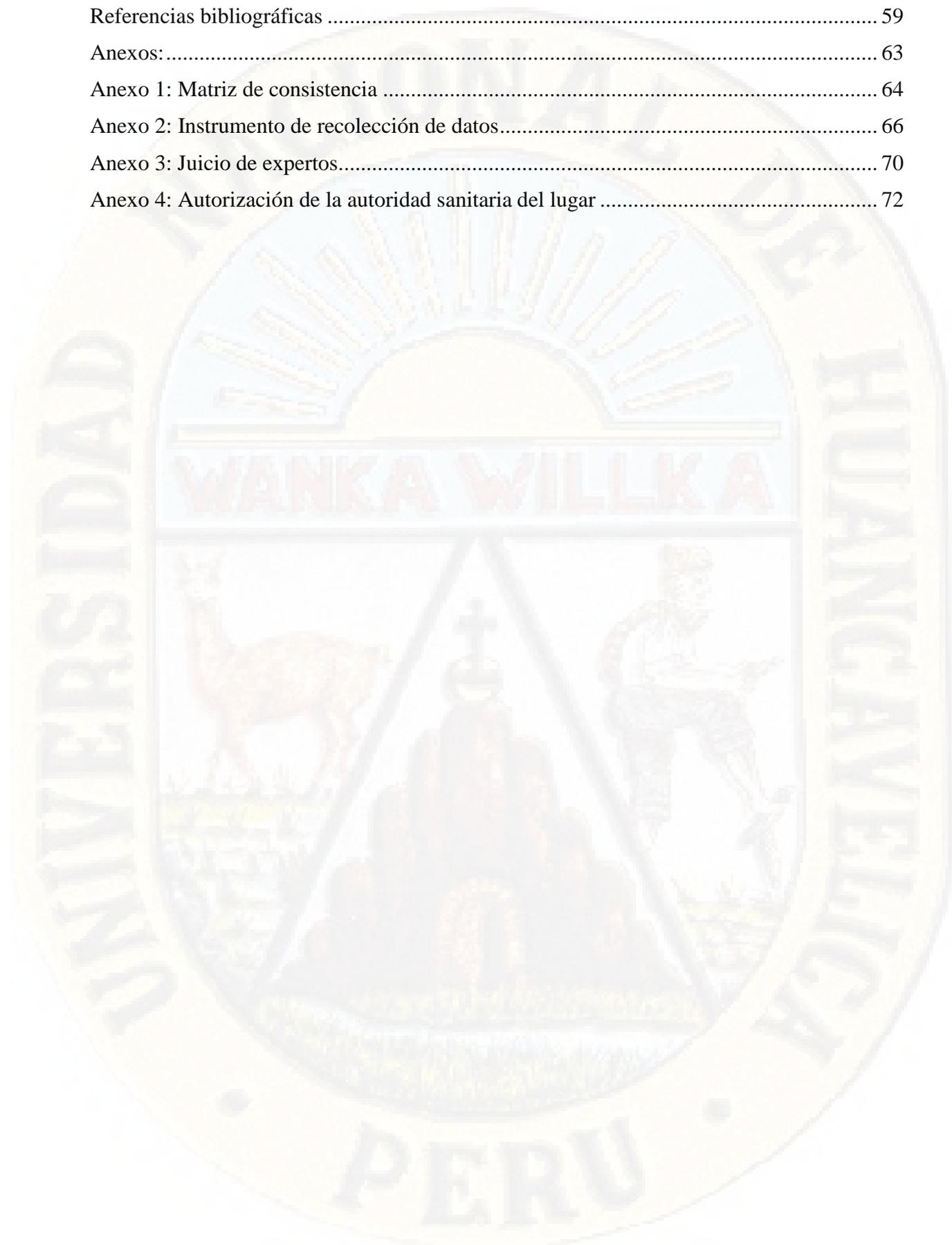
Agradezco al Mg. Percy Rupay, Director Ejecutivo de la Micro Red El Tambo – Centro de Salud Juan Parra del Riego, por el permiso concedido para llevar acabo el presente trabajo de investigación.

Gracias a las madres y/o padres de los niños que brindaron su tiempo para aplicarla las encuestas y a todas las personas que, colaboraron durante el desarrollo de la investigación.

Índice

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación	18
1.5. Limitaciones	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos	40
2.4. Variables de estudio.....	40
2.5. Operacionalización de variable	41
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	42
3.2. Tipo de investigación.....	42
3.3. Nivel de investigación	42
3.4. Métodos de investigación	43
3.5. Diseño de investigación.....	43
3.6. Población, muestra y muestreo.....	44
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.8. Procedimiento de recolección de datos	45
3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	45
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	47
4.2. Discusión de resultados	54
Conclusiones.....	57
Recomendaciones	58

Referencias bibliográficas	59
Anexos:.....	63
Anexo 1: Matriz de consistencia	64
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	66
Anexo 3: Juicio de expertos.....	70
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	72



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de la madre y edad del niño atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	47
Tabla 2.	Sexo y lugar de procedencia del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	48
Tabla 3.	Nivel de Instrucción de la madre del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	49
Tabla 4.	Nivel de Instrucción del padre del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	50
Tabla 5.	Nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	51
Tabla 6.	Nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal según el sexo de su hijo de 0 a 36 meses, atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	52
Tabla 7.	Nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal según el nivel de instrucción de la madre de los niños de 0 a 36 meses, atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.	53

Resumen

Objetivo. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019. **Método.** La investigación fue observacional, transversal, descriptivo. Método inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron las madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego de Huancayo de mayo a julio del 2019. según registros fueron un total de 101 madres. La muestra fue 80 madres calculada con un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario. **Resultados.** La edad promedio de las madres de los niños de 0 a 36 meses fue de 27.99 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 44 años. El 75% tuvieron mas de 23 años. La edad promedio de los niños fue de 13.54 meses, el 50% tuvieron más de 11 meses. El 42.5% (34) de los niños fueron de sexo masculino y el 57.5% (46) fueron de sexo femenino. El 100% (80) fueron de la zona urbana. De las madres el 5% (4) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior. De los padres el 6.3% (5) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 46.3% (37) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior. El 1.3% (1) de las madres tuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 61.3% (49) tuvieron un nivel de conocimiento medio y el 37.5% (30) tuvieron un nivel de conocimiento alto. En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento alto fue en un 34.2% y 44.7% respectivamente. En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento medio fue en un 63.2% y 55.3% respectivamente. **Conclusiones.** Seis de cada diez madres tuvieron un nivel de conocimiento medio en salud bucal, las madres con mayor nivel de instrucción tienen un mejor conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos, el nivel de conocimiento sobre la salud bucal no es homogéneo en todas las madres; esto probablemente se deba a que las estrategias en promoción y prevención de la salud bucal están dejando de ser efectivas en el contexto del estudio.

Palabras clave: Salud bucal, niños de 0 a 36 meses, conocimientos de las madres, nivel de conocimientos.

Abstract

Objective. To determine the level of knowledge about oral health in mothers of children from 0 to 36 months attended at the Juan Parra del Riego Health Center, Huancayo, May to July 2019. **Method.** The research was observational, cross-sectional of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all mothers of children aged 0 to 36 months treated at the Juan Parra del Riego de Huancayo Health Center from May to July 2019. According to records, a total of 101 mothers were registered. The sample was 80 mothers calculated with a confidence level of 95% and significance of 5%. The technique was the survey, the instrument was the questionnaire. **Results:** The average age of mothers of children from 0 to 36 months was 27.99 years, the minimum age was 14 years and the maximum age was 44 years. 75% were over 23 years old. The average age of the children was 13.54 months, 50% had more than 11 months. 42.5% (34) of the children were male and 57.5% (46) were female. 100% (80) were from the urban area. Of the mothers, 5% (4) had a primary education level, 47.5% (38) had a secondary education level and 47.5% (38) had a higher education level. Of the parents, 6.3% (5) had a primary education level, 46.3% (37) had a secondary education level and 47.5% (38) had a higher education level. 1.3% (1) of the mothers had a low level of knowledge, 61.3% (49) had a medium level of knowledge and 37.5% (30) had a high level of knowledge. In mothers who had a secondary and higher education level, the high level of knowledge was 34.2% and 44.7% respectively. In mothers who had a secondary and higher education level, the average level of knowledge was 63.2% and 55.3% respectively. **Conclusions:** Six out of ten mothers had a medium level of knowledge in oral health, mothers with a higher level of education have a better knowledge about the oral health of their children, the level of knowledge about oral health is not homogeneous in all mothers; This is probably due to the fact that strategies for the promotion and prevention of oral health are no longer effective in the context of the study.

Keywords: Oral health, children from 0 to 36 months, knowledge of mothers, level of knowledge.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud “define la salud bucodental como un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial” (1).

La prevalencia de la caries de la infancia temprana varía de 3% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de las poblaciones, sobre todo cuando éstas pertenecen a grupos de nivel socioeconómico bajo (4).

En el Perú, un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo; encontró una prevalencia de caries de infancia temprana del 46,2%, el 8,3% tenían edades entre 6 a 12 meses, el 43,3% entre 13 a 24 meses y el 48,3% entre 25 y 36 meses; se observó un aumento de la frecuencia y de la severidad de caries cuando aumenta la edad (12).

Los padres desempeñan un papel importante en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos en la salud de los niños (6).

Para que exista salud bucal, los padres deben estar educados en cuanto a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal (7, 8).

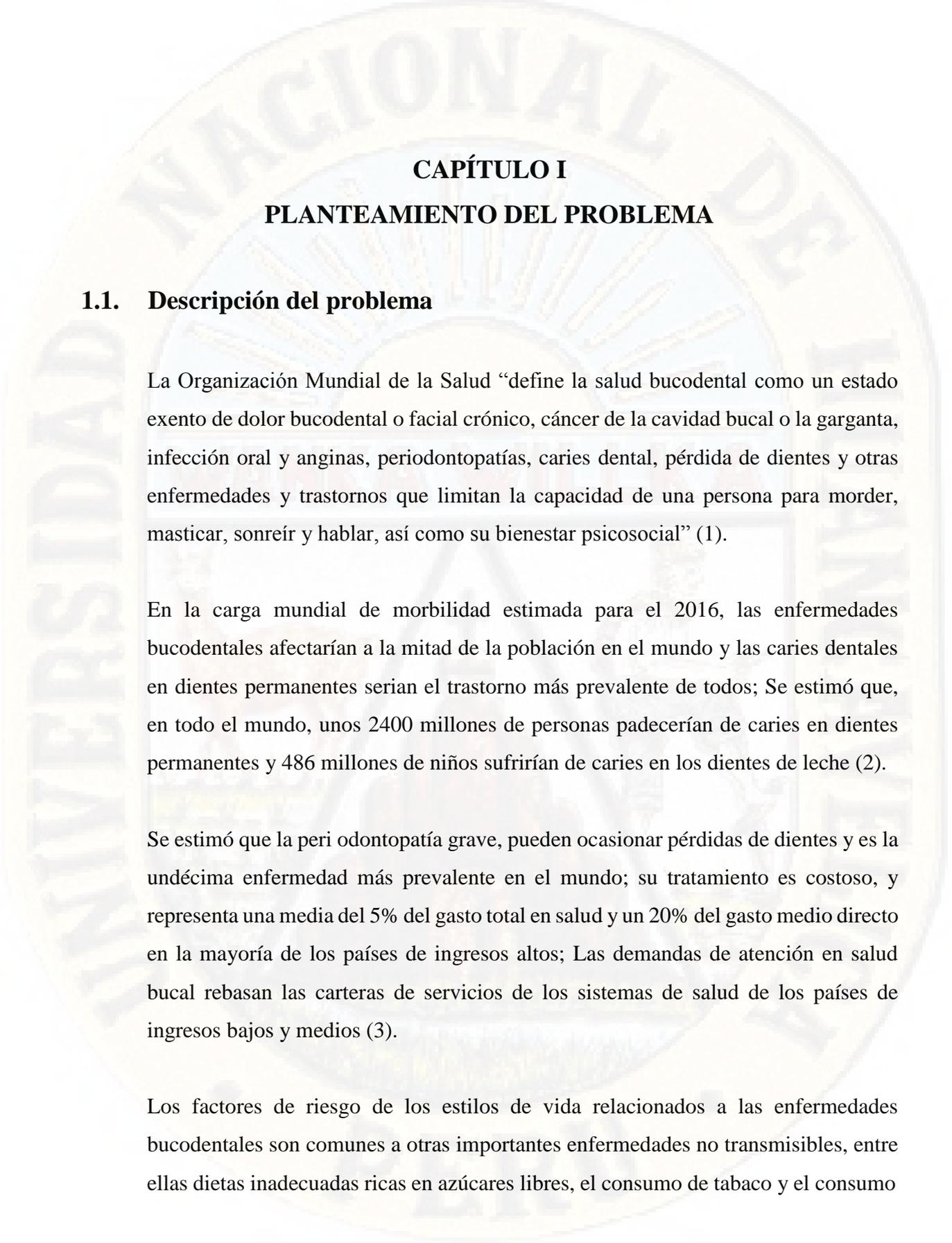
Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área materno-infantil y al trabajo de pediatría de una manera general (9).

Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico (10).

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud; Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general (11). Por lo cual también es muy importantes que las acciones educativas en salud bucal sean a toda la familia.

Ante lo mencionado surgió la motivación de estudiar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses; ya que existe escasa información sobre este tema en el contexto andino de Huancayo.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud “define la salud bucodental como un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial” (1).

En la carga mundial de morbilidad estimada para el 2016, las enfermedades bucodentales afectarían a la mitad de la población en el mundo y las caries dentales en dientes permanentes serían el trastorno más prevalente de todos; Se estimó que, en todo el mundo, unos 2400 millones de personas padecerían de caries en dientes permanentes y 486 millones de niños sufrirían de caries en los dientes de leche (2).

Se estimó que la peri odontopatía grave, pueden ocasionar pérdidas de dientes y es la undécima enfermedad más prevalente en el mundo; su tratamiento es costoso, y representa una media del 5% del gasto total en salud y un 20% del gasto medio directo en la mayoría de los países de ingresos altos; Las demandas de atención en salud bucal rebasan las carteras de servicios de los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios (3).

Los factores de riesgo de los estilos de vida relacionados a las enfermedades bucodentales son comunes a otras importantes enfermedades no transmisibles, entre ellas dietas inadecuadas ricas en azúcares libres, el consumo de tabaco y el consumo

nocivo de alcohol; La mala higiene dental y la exposición insuficiente al flúor tienen efectos negativos en la salud bucal (3).

La prevalencia de la caries en los niños a edad temprana varía de 3% a 90% dependiendo de la vulnerabilidad de estas poblaciones de niños, sobre todo cuando éstas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo (4).

En la actualidad, la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades odontológicas, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos de los individuo, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención de este problema de salud, así como las prácticas diarias de higiene y la actitud frente a la misma (5).

Los padres desempeñan un papel muy importante en el soporte emocional, estilos de vida, comportamientos frente a enfermedades o tratamientos en la salud de los niños (6).

Para que exista salud bucal, los padres deben estar educados en cuanto a la promoción de la salud bucal, prevención de los enfermedades odontológicas; así mismo deben estar concientizados para sensibilizar tempranamente a sus niños en desarrollar estilos de vida que permitan un buen desenvolvimiento en cuanto a sus hábitos de salud bucal (7, 8).

La mayoría de intervenciones para proteger y cuidar la salud bucal de los niños se basa en una constante participación de los padres, en los programas del área materno-infantil (9).

Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico (10).

La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud; Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general (11). Por lo cual

también es muy importantes que las acciones educativas en salud bucal sean a toda la familia.

Reconocer el rol de la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor Igualdad y cooperación con ella; Las relaciones de poder tradicionales, que se basan en el saber del profesional y su posición clave para permitir el acceso a diversos servicios sociales y de salud, han de ser sustituidas por alianzas terapéuticas, en pro de la salud donde se apoye y fortalezca el rol de la familia en la salud (11).

En el Perú, un estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo; encontró una prevalencia de caries de infancia temprana del 46,2%, el 8,3% tenían edades entre 6 a 12 meses, el 43,3% entre 13 a 24 meses y el 48,3% entre 25 y 36 meses; Se observó un aumento de la frecuencia y de la severidad de caries cuando aumenta la edad (12).

Ante lo mencionado surge la motivación de estudiar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses; ya que existe escasa información sobre este tema en el contexto andino de Huancayo. No hay estudios que permitan conocer el conocimiento que tienen las madres sobre la salud bucal desde un enfoque socio sanitario; en el entorno en que viven; para una intervención sanitaria integral; con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características generales de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses según características generales de los niños atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características generales de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses según características generales de los niños atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

1.4. Justificación

El estudio obedeció a la necesidad de conocer el grado de conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019.

Los padres desempeñan un papel importante en el soporte emocional, estilos de vida saludable de los niños frente a enfermedades o tratamientos en la salud bucal infantil (6). Para que exista salud bucal, los padres deben estar educados en cuanto a la promoción de la salud bucal, prevención de enfermedades odontológicas y concientizados en desarrollar en sus niños estilos de vida saludable que permitan un buen desarrollo de hábitos en salud bucal (7, 8).

Las intervenciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en la participación permanente de los padres, en programas preventivo promocionales que

ofrecen los establecimientos de salud (9). Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico (10).

En la atención odontológica a niños se observa diversos problemas de salud bucal como dientes cariados, dientes perdidos, deficiente higiene bucal, placa bacteriana entre otros; estos problemas de salud están muy relacionado con el conocimiento que tienen los padres sobre salud bucal para la prevención de problemas odontológicos, promover hábitos saludables y cuidado para una adecuada salud bucal de los niños.

En el contexto social de la jurisdicción del Centro de Salud Juan Parra del Riego de Huancayo; la madre es quien pasa mayor tiempo a cuidado del niño; por lo mencionado surgió la motivación de investigar cual es el nivel de conocimientos sobre salud en las madres de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud. El caracterizar a estos niños y conocer el nivel de conocimientos sobre salud oral de las madres; permitirá implementar o reorientar las acciones estrategias en promoción de la salud bucal y prevención de problemas odontológicos en este grupo etario; así mismo promover hábitos y estilos de vida saludables en salud oral; por otra parte, el estudio contribuirá al desarrollo de futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones

Los resultados encontrados no pueden ser completamente representativos en todos los contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una jurisdicción andina con predominancia urbana; pero los resultados son muy aplicables para conocer el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de niños de 0 a 36 meses e implementar estrategias acordes a sus realidades para mejorar la salud bucal de los niños. Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral del tema investigado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Delgado et al (13); investigaron el nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental menores 0 – 3 años, atendidos centro de salud Jaramijo, marzo - agosto 2014; Objetivo determinar el nivel de conocimiento de higiene oral en las madres y su influencia en la salud bucodental en sus hijos de 0 a 3 años, atendidos Centro de Salud Jaramijo, marzo - agosto 2014; El estudio metodológico es descriptivo de corte cualitativo; la población fue de 80 madres de los menores de 0 a 3 años; Se evidenció que la gran mayoría de las madres lactantes tenían un nivel de educación bajo que corresponde a un 55%, el 57% que corresponden a 54 madres, no conocen sobre la higiene que deben hacer a sus hijos; Un alto porcentaje de madres obtuvieron un nivel bajo en conocimiento sobre higiene oral; Por lo que se concluyó, la falta de conocimiento sobre higiene oral en las madres son los factores que inducen la presencia prematuramente de caries en los menores, por lo que se debe implementar programas de educación a las madres de este sector.

Quintero et al (14); investigaron el nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal de escolares y su repercusión en la incidencia de caries dental; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de representantes legales sobre salud bucal y su repercusión en la incidencia de la caries dental, en niños en edad escolar; Es una investigación descriptiva con un diseño de campo no experimental; La población estuvo conformada por los pacientes que asisten al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo 2013, con una muestra intencional de 40 personas; Se encontró que la mayoría de los

representantes encuestados tenían conocimientos acerca de la higiene bucal y sobre la alimentación cariogénica de sus hijos; Respecto al estado de progresión de la caries, las de tamaño 1 fueron las que presentaron mayor porcentaje de aparición (34.25%), mientras que las de menor prevalencia fueron las catalogadas como tamaño 0 (3.43%), según Mount y Haume; De los datos obtenidos se demuestra que a pesar de los conocimientos que poseen los representantes legales acerca la higiene bucal y dieta cariogénica, no existe una disminución significativa en los índices de caries de los niños estudiados.

A nivel nacional.

Paz (15); estudio el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del HONADOMANI “San Bartolomé” MINSA 2014; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de sus hijos que asistieron a los servicios de odontoestomatología y odontopediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, siendo un estudio descriptivo, observacional y transversal, la muestra consto de 369 madres de niños de 0 a 36 meses; se aplicó una encuesta estructurada de 20 preguntas para la recolección de información del nivel de conocimiento de las madres, en donde se abarcó temas como crecimiento y desarrollo, lactancia materna y hábitos alimenticios, higiene oral, caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión, atención odontológica y tratamientos preventivos; los resultados obtenidos, según respuestas correctas, se agruparon en una escala de bueno, regular y malo. Un 33,9% de las madres tuvieron de 32 a 38 años, el 25,7% tuvieron de 18 a 24 años y un 25,2% tuvieron de 25 a 31 años; el 81,6% de las madres tuvieron nivel de instrucción secundaria, el 16% tuvieron educación técnica y/o superior y el 15,4% tuvieron nivel de instrucción primaria. El nivel de conocimiento que predominó fue el regular con el 56,9% de las madres encuestadas, seguido del nivel malo con el 3,7% y del nivel bueno con el 11,4%; hallándose una relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres con su edad, grado de instrucción y número de hijos (15).

Musac y Lozano (16); estudiaron el nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal en las madres de niños de 3 a 5 años de la IEI;

Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén; con el propósito de evidenciar si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud en medidas preventivas en salud bucal en las madres, Iquitos 2010; la muestra fue de 180 madres; se construyó 2 instrumentos de Nivel de conocimiento y actitudes en medidas preventivas en las madres, fue validada por la técnica de Juicio de Expertos y una prueba piloto; la confiabilidad fue evaluada con coeficiente Alfa de Cronbach donde el Nivel de conocimiento fue de 0,78, suficientes y de actitud fue de 0,71 favorables; la evaluación de los instrumentos fue de 98,9% y 98,2% respectivamente; los resultados obtenidos fueron: 71,1% (128) de madres de niños presentaron conocimiento suficiente, el 89,4% (161) de las madres presentaron actitud favorable y el 67,2% (121) de las madres tenían conocimiento suficiente y actitudes favorables; se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud en relación a las Medidas Preventivas en Salud Bucal de las madres de niños de 3 a 5 años de edad de IEI; Cuna Jardín Corazón de Jesús.

Benavente et al (17); investigaron el nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad; El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal; La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años de edad (n=143); El tipo de muestreo fue no probabilística por cuotas; Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillion; IHO-S); No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16); Las edades de los hijos de las madres fueron de 6 a 18 meses un 19,6%, de 19 a 36 meses un 36,4% y de 37 a 60 meses un 44%; El nivel de instrucción de las madres fue:

primaria 7%, secundaria 60%, superior técnica 22%, superior universitaria 11%; El nivel de conocimientos de las madres fue bueno en un 9,1%, regular en un 68,5% y bajo en un 22,4%; Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77,6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no solo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Caries dental.

La caries dental es una disbiosis, que se manifiesta principalmente por el consumo alto de azúcares fermentables; la disbiosis es la alteración del equilibrio y de la proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora oral; La caries dental es una disolución química localizada de la superficie dentaria que resulta de eventos metabólicos que se producen en la biopelícula (placa dental) que cubre el área afectada; Estos eventos metabólicos son conocidos como el proceso carioso; La interacción entre los depósitos microbianos y los tejidos duros del diente puede resultar en una lesión cariosa que es el signo o síntoma del proceso (18).

2.2.1.1. Etiología.

La caries dental es una enfermedad multifactorial tal como otras enfermedades como el cáncer, la diabetes y las enfermedades coronarias; tal vez el factor etiológico que tenga mayor impacto en caries dental, es el consumo de azúcares, principalmente la frecuencia; El azúcar necesita ser metabolizada por bacterias presentes en la cavidad oral (principalmente S Mutans), cuya patogenicidad dependerá de propiedades individuales o su forma de interacción con otras bacterias (biopelícula); El producto del metabolismo (ácidos orgánicos), será el responsable de remover el mineral del diente, pero esto dependerá de otros factores como

la calidad de la saliva, o la calidad de la estructura dentaria; si estos factores etiológicos interactúan de manera coordinada, el resultado final será la pérdida mineral neta del diente, iniciándose el proceso de caries dental (19).

2.2.1.2. Fisiopatología.

Las lesiones progresan desde una simple pérdida mineral superficial, hasta una cavidad franca y evidente; La pérdida mineral a nivel microestructural se da de manera constante en la superficie dentaria, pero existe una dinámica de equilibrio que permite que los minerales que se han perdido, vuelvan a ser repuestos (remineralización); cuando el equilibrio se rompe, nos encontramos ante una lesión inicial, lesión de subsuperficie en el esmalte, que en este estadio puede ser revertido (lesión de caries inicial, lesión incipiente, lesión cariosa no cavitada) (20). Cuando este proceso continúa con un desbalance entre la mineralización y la remineralización, se produce la cavidad que penetra en niveles más profundos del esmalte y la dentina; el proceso cada vez tiene menos probabilidades de revertirse y estamos ante una lesión cariosa cavitada (20).

2.2.1.3. Aspectos epidemiológicos

A pesar de los avances tecnológicos en el desarrollo de nuevos materiales dentales preventivos y restauradores y de la creciente cantidad de evidencia científica de alto nivel que respalda a las intervenciones preventivas en salud bucal, la caries dental continúa siendo un problema de salud global; se ha reportado que las consecuencias de esta enfermedad, comparada con otras condiciones que afectan la salud bucal, son las que más afectan la calidad de vida del individuo desde edades tempranas; además, la alta morbilidad de la caries dental aumenta el gasto público del sector salud y el gasto de bolsillo de la población (18).

En el Perú; la caries dental es la enfermedad más prevalente entre la población infantil y a partir de los 5 años de edad, los problemas de la cavidad oral son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud del MINSA; la prevalencia y severidad de esta enfermedad aumenta dramáticamente con la edad durante los primeros 6 años de vida, y pese al mayor número de Facultades de Odontología, de odontólogos y de odontopediatras, el estado de salud oral de la población infantil no ha cambiado mucho, según se evidencio al comparar los resultados de los dos estudios nacionales de salud bucal realizados por el MINSA (18).

2.2.1.4. Factores de riesgo asociados

Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad o injuria (WHO 2016); La determinación de los factores de riesgo principales de una enfermedad es muy importante porque en base a ello se pueden planear las estrategias preventivas; Los factores de riesgo de caries dental en niños y niñas son múltiples e incluyen la experiencia pasada de caries dental, información socio-demográfica y socio-económica, condición médica, higiene oral, hábitos dietéticos, bacteria oral, presencia de fluoruros y características del huésped, entre otros; Estos parámetros, que se pueden medir objetivamente, generan la determinación de nivel de riesgo subjetivo a través de diversas herramientas; el factor que predice de manera más precisa la probabilidad de lesiones cariosas en el futuro, es la experiencia pasada de caries (18).

Medio ambiente

El medio ambiente tiene un rol importante en caries dental, podría haber ciertas discrepancias en cuanto a la definición de los factores que pueden ser considerados como medio ambientales, según algunos autores, el medio ambiente podría estar representado por las prácticas culturales, la frecuencia de visitas

al odontólogo, la exposición al flúor en sus diferentes formas, el status socioeconómico, la frecuencia, cantidad y momento de ingestión de los azúcares, la historia familiar de caries dental, y la presencia de dientes y sus características; hay abundante evidencia que los factores mencionados anteriormente tienen una relación directa con caries dental (18).

Estilos de vida

Nakai (2006); describe a la caries dental como una enfermedad infecciosa en los primeros años de vida (por la infección primaria de las bacterias cariogénicas) y luego una enfermedad que es influenciada por los estilos de vida (hábitos de higiene, hábitos de dieta); Desde muy temprano, las personas adquieren hábitos de diferente naturaleza; Algunos de estos hábitos son beneficiosos, pero otros pueden generar problemas; Hay una relación muy estrecha entre el consumo de carbohidratos fermentables y caries dental.

El gusto por los carbohidratos fermentables puede comenzar desde muy temprano bajo la influencia de la familia, los amigos y la escuela; una vez el niño se acostumbra al consumo constante de azúcares, es muy difícil poder cambiar este hábito; lo mismo sucede con la higiene; existe una influencia muy importante de la familia en temas de higiene; un niño que comienza muy temprano a adquirir hábitos de higiene correctos, es posible que los mantenga durante toda su vida (18).

Factores hereditarios

Muchos de los factores relacionados a caries dental tienen un componente hereditario, factores como el flujo y cantidad de saliva, la estructura dentaria, el sistema inmunitario y hasta las preferencias por los azúcares, han demostrado tener un componente hereditario importante; es probable que, por ello, exista una relación directa entre los niveles de caries dental de

padres y niños; hay mucha investigación por hacer para determinar si hay genes específicos que tienen una influencia mayor sobre la herencia en caries dental (18).

2.2.2. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

2.2.2.1. Medidas generales y preventivas

La caries dental es una enfermedad controlable, siempre y cuando exista un equilibrio constante en el medio ambiente oral; para evitarla o detener el progreso de la enfermedad, la evidencia científica indica que las medidas deben enfocarse en el restablecimiento de la homeostasis y no en la restauración; por ello, a raíz de una mejor comprensión del proceso biológico de la enfermedad, el cambio de paradigma en el manejo de la caries dental es hoy una cuestión indiscutible; Actualmente, las estrategias en el manejo de la caries dental en la infancia se enfocan principalmente en la prevención de su desarrollo, en vez del control de la severidad una vez instaurada; Las medidas generales y preventivas con respecto a la caries dental son cuestiones interrelacionadas e incluyen principalmente un control de azúcares en la dieta y el uso racional de flúor tópico; para fines didácticos, las medidas generales y preventivas se dividen en aquellas que debemos explicar a los padres/cuidadores del niño para seguir en casa, y aquéllas que debemos aplicar profesionalmente (18).

Manejo de la caries: consejos para casa

- Retrasar al máximo la introducción de azúcares en la dieta del niño.
- Reducir al máximo la cantidad y frecuencia de azúcares (<10% de la energía total diaria consumida) (18).
- Evitar el consumo de carbohidratos fermentables (incluida leche azucarada) a la hora de dormir (y especialmente durante el sueño) (18).

- Cepillado dental desde la erupción del primer diente, mínimo 2 veces al día, con una pasta dental $\geq 1000\text{ppm}$ de flúor*; escupir exceso, no enjuagar (18).
- Uso de hilo dental cuando no exista contacto entre dientes, cada noche antes del cepillado nocturno (18).
- Enjuagues de fluoruro de sodio al 0,05% en niños y niñas mayores de 6 años con alto riesgo de caries (18).

Manejo de la caries: procedimientos profesionales

- Visita odontológica antes del primer año de vida
- Aplicación de barniz de flúor desde la erupción dental; cada 3 meses en niños y niñas con lesiones de caries activas y cada 6 meses en niños y niñas sin lesiones de caries o con lesiones inactivas (18).
- Colocación de sellantes de fosas y fisuras en los molares, lo más pronto posible tras su erupción, en caso de tener un buen control de humedad se optará por sellantes resinosos, en caso contrario, se podrán usar sellantes de ionómero (18).
- Para el manejo de lesiones no cavitadas oclusales en esmalte, sea en dentición primaria o permanente, se recomienda la colocación de sellantes; en lesiones no cavitadas en superficies lisas, se recomienda colocar barniz de flúor (18).
- Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes primarios, se recomienda el uso de técnicas mínimamente invasivas (resina, técnica atraumática con resina o ionómero); Si la destrucción es severa, se pueden considerar coronas preformadas (18).
- Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes permanentes, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina si el control de la humedad es correcto (18).

Uso de pasta dental fluorada

Actualmente se acepta que la incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene oral diaria ha sido la verdadera responsable de la reducción en la prevalencia de caries dental en el mundo; por ello, los niños y niñas que no estén utilizando pastas dentales fluoradas no reciben estos beneficios preventivos; La evidencia científica es contundente en relación a la efectividad de las pastas dentales con concentraciones de ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor en la reducción de caries, tanto en la dentición permanente como en la primaria (18).

Los beneficios anticaries de la pasta dental fluorada se potencian si el cepillado dental es supervisado y si se realiza al menos 2 veces al día; en relación al riesgo de fluorosis, contrario a lo que se podría pensar, la evidencia indica que cepillarse con pastas de baja concentración de flúor (< 600 ppm) no disminuye el riesgo de fluorosis, pero sí aumenta significativamente el riesgo de caries dental; Por ello, para lograr un balance entre los beneficios anticaries de la pasta fluorada y el riesgo de fluorosis dental leve por ingesta, en los niños y niñas de hasta 3 años no se debe colocar más que un “granito de arroz” o “raspadita”; Esta cantidad equivale a 0.1ml, lo que supondrían 13 cepillados dentales al día con una pasta de 1,000ppmF o 8 cepillados al día con una pasta de 1,500ppmF para alcanzar el límite tolerable (asumiendo que se traguen 100% de la pasta); Para niños y niñas mayores de 3 años (a cuya edad hay mayor capacidad para escupir y menor riesgo de tragarse la pasta), se sugiere una cantidad de pasta tamaño “alverjita”; Esta cantidad equivale a 0.25ml, lo que supondrían 8 cepillados al día con pasta de 1,000ppmF o 6 cepillados al día con una pasta de 1,500ppmF para alcanzar el límite tolerable (asumiendo que se traguen 100% de la pasta); Para maximizar el efecto preventivo de la pasta dental, se sugiere que el niño no se

enjuague con agua durante o después del cepillado, sino que sólo escupa el exceso (18).

Visita odontológica

La utilización del cepillado dental con pasta fluorada debe empezar en cuanto erupción del primer diente primario (alrededor de los 6 meses de edad), cobra vital importancia la visita odontológica antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries, así como para explicar a los padres las medidas de prevención de la caries dental; Los niños y niñas que acuden tempranamente al odontólogo tiene más probabilidades de recibir cuidados orales apropiados ya que la visita odontológica precoz provee una excelente oportunidad para educar a los padres (antes de que aparezca el problema) y de reducir el riesgo del niño a enfermedades bucales; Es por ello que todas las academias científicas internacionales recomiendan la primera visita dental de un niño durante el primer año de vida (18).

Medidas generales para el manejo de la caries dental

Grado de recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
Higiene Bucal		
A	Desde la erupción del primer diente, todos los niños y niñas deben utilizar pastas dentales de 1000-1500 ppm de flúor en el cepillado dental bajo supervisión paterna* (18). El cepillado con pasta fluorada debe realizarse por lo menos 2 veces al día.	1++
BP	Una vez que exista contacto dental, se recomienda instruir en el uso del hilo dental en niños y niñas de alto riesgo, una vez al día, de preferencia antes del cepillado nocturno (18).	2+
B	Se recomienda el uso diario de colutorios de fluoruro de sodio al 0,05% en niños y niñas mayores de 6 años, bajo supervisión paterna, especialmente aquellos de alto riesgo de caries (18).	1+

Grado de recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
Intervenciones profesionales		
A	El barniz de flúor al 5% debe ser aplicado al menos cada 6 meses en todos los niños y niñas, desde la erupción dental (18).	1++
B	Se recomienda usar gel de fluoruro fosfato acidulado al 1,23% al menos cada 6 meses, en niños y niñas mayores de 6 años cuando no se tenga la posibilidad de colocar barniz de flúor (18)	1++
A	Se deben aplicar sellantes en los molares con fosas y fisuras profundas de todos los niños y niñas, lo más pronto posible tras su erupción; en caso de tener un buen control de humedad se optará por sellantes resinoso; en caso contrario, se podrán usar sellantes de ionómero (18).	1++

A todas las edades, especialmente en menores de 3 años, se debe aconsejar evitar enjuagar con agua después del cepillado (sólo escupir el exceso de pasta) y se debe asistir con el cepillado dental a todos los niños hasta los 7 años (18).

Para dar consejos sobre cepillado y uso de pasta fluorada, la primera visita dental debe realizarse antes del primer año de vida, especialmente en niños de alto riesgo de caries dental (18).

2.2.2.2. Terapéutica

A pesar de que la mayoría de los odontólogos entienden por terapéutica el manejo operatorio o quirúrgico de la lesión de caries dental, es importante resaltar que ignorar los procedimientos terapéuticos no operatorios en el manejo de la enfermedad de caries dental es biológicamente ilógico y éticamente inaceptable; asimismo, cabe mencionar que, en comparación a las medidas preventivas, el tratamiento restaurador, en todas sus áreas, tiene mucho menor nivel de evidencia científica; Históricamente, el tratamiento de lesiones cavitadas en la dentición primaria y dentición permanente joven ha pasado por muchas etapas; en los inicios de la operatoria dental contemporánea, el Dr Black y sus colegas pensaban que las lesiones de caries dental debían ser eliminadas por completo y ser manejadas bajo el concepto de extensión por prevención, es decir,

eliminar las fosas y fisuras sanas junto con las que presentaban lesiones cariosas, para así prevenir lesiones en el futuro (18).

La operatoria dental contemporánea ha evolucionado enormemente y actualmente se entiende que se debe ser lo más conservador posible en el tratamiento quirúrgico de las lesiones de caries; En caso de que el paciente presente lesiones de caries dental iniciales (mancha blanca) no cavitadas, tanto en dentición primaria como en permanente, se debe optar por cambios de hábitos (que ocasionaron la enfermedad en primer lugar) y la remineralización de las lesiones con barniz de flúor (comparados con otros productos remineralizantes), aunque no existe evidencia científica del protocolo más eficaz en relación a la frecuencia ideal de aplicación; En relación a lesiones cavitadas, para ir acorde a la filosofía de mínima invasión (con el objetivo de preservar al máximo la vitalidad pulpar), se debe optar por materiales adhesivos, tanto en la dentición primaria como en la permanente; Asimismo, a pesar de la efectividad de la amalgama dental como material para obturaciones en molares permanentes, el compromiso político para reducir el uso de la amalgama (Convenio de Minamata sobre mercurio, ratificado por el Perú en el 2015), restringirán su uso a mediano y largo plazo (18). Para el manejo de lesiones de caries dental oclusales cavitadas limitadas al esmalte, tanto en dentición primaria como en permanente, se recomienda el uso de sellantes de fosas y fisuras con el fin de detener la progresión de la caries dental, aunque es necesario controlar periódicamente la integridad de los sellantes; para lesiones cavitadas en dentina en dentición primaria, se recomienda el uso de técnicas mínimamente invasivas; acerca del material, realmente la evidencia es insuficiente para optar claramente por uno u otro; en general, se pueden usar resinas o ionómero de vidrio, dependiendo del control de la humedad; Si la destrucción es severa, se pueden considerar coronas preformadas en molares primarios; Para lesiones cavitadas en dentina en

dentición permanente, de extensión limitada, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina, siempre y cuando el control de la humedad lo permita (18).

Las principales recomendaciones en relación al tratamiento restaurador de las lesiones de caries dental se resumen en el siguiente cuadro:

Grado de recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
Manejo de lesiones no cavitadas		
B	En molares permanentes que presentan lesiones de caries oclusales en esmalte no cavitado, se debe aplicar sellantes de resina para detener la progresión de la caries dental; es necesario controlar periódicamente la integridad del sellante (18). El barniz de flúor puede ser útil en la reversión de las lesiones iniciales, aunque no se conoce la frecuencia de aplicación más exitosa (18).	1
Manejo de lesiones cavitadas		
B	Para el manejo de caries en dientes primarios con lesiones dentinarias cavitadas, se recomienda el uso de técnicas mínimamente invasivas (resinas, Técnica restauradora atraumática); si la destrucción es severa, se pueden considerar coronas preformadas (18). Para el manejo de caries en dientes permanentes con lesiones dentinarias oclusales cavitadas de extensión limitada, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina (18).	1

2.2.3. Enfermedades bucales prevalentes

2.2.3.1. Caries dental

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible, la cual requiere que estén presentes al mismo tiempo múltiples factores, para que la enfermedad se desarrolle (18):

- 1) Un hospedero susceptible (diente)
- 2) La flora bucal cariogénica (microorganismos)
- 3) Sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta.
- 4) Espacio de tiempo lo suficientemente prolongado en el cuál interactúen los factores antes mencionados.

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre y aunque algunos estudios en la pasada década han indicado reducción en la prevalencia de la caries

dental en algunos países del mundo, esta enfermedad continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (15). La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental; La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales; La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fósforo, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante; Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros; Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta; La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes; Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización (15).

2.2.3.2. Caries de infancia temprana

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, es decir, entre el nacimiento y los 71 meses de edad; Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa; En aquellos niños de tres a cinco años de edad, la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas, ausentes en dientes primarios anteriores superiores, o con un

índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa (15).

La CIT puede ser una forma de caries particularmente virulenta, que comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición (15).

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios; Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se le asociaba a la utilización de éste; sin embargo, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos; Además, se sabe que también la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries; La alimentación al seno materno, por sí sola, no genera CIT, pero cuando se combina con la ingesta de otros carbohidratos se ha encontrado que es altamente cariogénica (15).

La CIT muestra un patrón característico relacionado a dos factores: el primero, a la secuencia de erupción de los dientes, por esto afecta principalmente a los dientes anteriores superiores; y el segundo, a la posición de la lengua durante la alimentación, la cual protege a los dientes inferiores de los líquidos durante la alimentación, por lo que generalmente estos dientes no están afectados; Dependiendo del tiempo activo del proceso, los primeros molares primarios generalmente están involucrados, seguidos de los segundos molares y los caninos y, en casos severos, inclusive los dientes inferiores; El riesgo de este tipo de

caries también puede ser determinado por defectos del desarrollo del esmalte preexistentes llamados hipoplasias (15).

Diversos estudios han demostrado que las hipoplasias predisponen al diente a la colonización temprana del patógeno causante de la caries dental; el *Streptococo mutans*; estas hipoplasias del esmalte son comunes en los niños con bajo peso al nacer o con enfermedades sistémicas durante el periodo neonatal; hay evidencia considerable de que la malnutrición durante el periodo perinatal causa hipoplasias y existe una asociación consistente entre las hipoplasias clínicas y la CIT (15).

La prevención empieza con la intervención durante los periodos prenatal y perinatal; Se les debe indicar a las mujeres mejorar su nutrición durante el tercer trimestre de su embarazo y la alimentación del niño durante su primer año de vida, ya que es el periodo durante el cual el esmalte madura para así evitar posibles hipoplasias (15).

La CIT no sólo afecta los dientes, también tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries; Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos, entre ellos, al dolor; También la CIT ha sido asociada por algunos investigadores a deficiencias de hierro (15). Además, existe el riesgo de desarrollar nuevas lesiones cariosas, tanto en la dentición primaria como en la permanente, así como sufrir una hospitalización de emergencia, lo cual aumenta los costos y tiempos de tratamiento, ya que se puede requerir de técnicas de sedación o anestesia general; Existe en estos pacientes un desarrollo físico insuficiente (altura/ peso), pérdida de días escolares y aumento de días con actividad restringida, dificultad en el aprendizaje y disminución de calidad de vida relacionada con la salud bucal (15).

2.2.4. Conocimiento

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia (21). La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación (22).

El modelo de conocimiento-acción establece, que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta; Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje; Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada (22).

De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas

El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información que pueda ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, las clases en la escuela o en la universidad, etc (23).

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior mental que es el conocimiento; La

información de hechos específicos consiste en recordar unidades de información específica y aislable; Se subrayan los símbolos cuyos referentes son concretos; Este material, que revela un nivel de abstracción muy bajo, podría concebirse como los elementos que a partir de los cuales se construyen formas más complejas y abstractas de conocimientos (24).

2.2.5. Características sociales

Las características sociales son una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (25). Estas características en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (25).

2.2.5.1. Edad

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; la edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez; la edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas (25).

2.2.5.2. Educación de la madre

La educación en la madre ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad en diversos problemas de salud; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para ella

sus hijos y familia; por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (26).

2.2.5.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (27).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente); Para aspectos de estudio consideraremos (28):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (28).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (28).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (29).

2.3. Definición de términos

Conocimiento. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Nivel de conocimiento. Es la medida en que el aprendizaje es adquirido estimado en una escala.

Salud bucal. ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros.

Nivel de conocimiento sobre salud bucal. Es el aprendizaje de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes; además de los aspectos preventivos y promocionales.

Caries dental. Es la destrucción de los tejidos de los dientes, causado por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros.

2.4. Variables de estudio

Variable: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego.

Dimensión: Características generales del niño de 0 a 36 meses

Subvariables:

Edad del niño en meses.

Sexo del niño de 0 a 36 meses.

Lugar de procedencia del niño.

Edad de la madre en años.

Nivel de Instrucción de la madre

Nivel de Instrucción del padre

Dimensión: Nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Subvariables:

Cuestionario de 20 preguntas sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses

2.5. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego.	Conjunto de información almacenada en la madre mediante la experiencia o el aprendizaje sobre la salud bucal en los niños.	Aplicación del cuestionario a las madres de niños de 0 a 36 meses, sobre el Nivel de conocimiento s en salud bucal y estimación del Nivel de conocimiento expresados en categorías: Conocimiento Alto, Conocimiento medio y conocimiento Bajo.	Características generales del niño de 0 a 36 meses	Edad del niño en meses.	Edad del niño en meses cumplidos atendido en el centro de salud	Numérico
				Sexo del niño de 0 a 36 meses.	Sexo del niño de 0 a 36 meses atendido en el centro de salud	Masculino (1) Femenino (2)
				Lugar de procedencia del niño.	Lugar de procedencia del niño atendido en el centro de salud	Rural (1) Urbano (2)
				Edad de la madre en años.	Edad de la madre del niño de 0 a 36 meses (en años cumplidos)	Numérico
				Nivel de Instrucción de la madre	Nivel de Instrucción de la madre niño de 0 a 36 meses	Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)
				Nivel de Instrucción del padre	Nivel de Instrucción del padre niño de 0 a 36 meses	Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)
			Nivel de conocimientos sobre salud bucal.	Nivel de conocimientos sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego,	Cuestionario de 20 preguntas sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses	Bajo (0-6) (1) Medio (7-13) (2) Alto (14-20) (3)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud Juan Parra Del Riego, se realizó en el distrito de Huancayo, en el periodo de tiempo de mayo a julio del año 2019. El distrito de Huancayo es uno de los veintiocho que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno Regional de Junín. Limita por el norte con el distrito de El Tambo; por el este con el distrito de Pariahuanca; por el sur con los distritos de Chilca y Sapallanga, así como con el departamento de Huancavelica; y, por el oeste la provincia de Chupaca. Tiene un área de 237,55 kilómetros cuadrados, una altitud media de 3249 metros sobre el nivel del mar. La capital del distrito se encuentra localizado a 11°59'36" latitud sur y 75°04'17" latitud oeste.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas; su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (30-32).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente; es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer

su estructura o comportamiento; es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (30, 33-35).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (36); es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (36).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; el estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (32, 34, 35).

Donde:

M O

M: Madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud Juan Parra Del Riego.

O: Nivel de conocimientos de salud bucal.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego de Huancayo de mayo a julio del 2019. según los registros estadísticos las madres de los niños de 0 a 36 meses son un total de 101 madres.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (32, 34, 37, 38).

3.6.2. Muestra:

La muestra para la aplicación del cuestionario del estudio fue calculada con un nivel de confianza del 95%, nivel de significancia del 5%, proporción esperada del 50%; La muestra obtenida para el estudio es 80 madres de niños de 0 a 36 meses (32, 34, 37, 38).

3.6.3. Muestreo:

El muestreo será aleatorio simple. De los 101 niños de 0 a 36 meses y sus madres registradas en el EESS, se tomó una muestra de 80 madres seleccionados de manera aleatoria según los registros.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, de la cual se exploró, describió y explicó una serie de características (39).

El instrumento fue el **cuestionario** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; el cual fue elaborado en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada

al software SPSS 20, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa.

En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud. El permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del cuestionario de investigación.

Quinto: Con la debida autorización del director del Centro de Salud, se tuvo una reunión con el responsable del programa de salud bucal y el responsable de los servicios de salud, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, libro de seguimiento y posteriormente se aplicó el cuestionario a las madres de los niños.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 20 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según

la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.



CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron los conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019

Tabla 1. Edad de la madre y edad del niño atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Estadísticos	Edad de la madre en años	Edad del niño(a) en meses
Cantidad de madres	80	80
Media	27.99	13.54
Moda	30	3
Desviación estándar	6.437	10.434
Mínimo	14	1
Máximo	44	35
Percentil 25	23.00	4.00
Percentil 50	28.00	11.00
Percentil 75	31.75	21.75

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

En la tabla 1. Del 100% (80) de madres de niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. La edad promedio de las madres fue de 27.99 años, la edad de 30 años fue la más frecuente en el grupo de madres estudiadas, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 44 años. El 75% tuvieron más de 23 años, el 50% tuvieron más de 28 años, el 75% tuvieron menos de 31.75 años.

Del 100% (80) de los niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. La edad promedio de los niños fue de 13.54 meses, la edad de 3 meses fue la más frecuencia en el grupo de niños, la edad mínima fue de 1 mes y la edad máxima de 35 meses. El 75% tuvieron más de 4 meses, el 50% tuvieron más de 11 meses, el 25% tuvieron más de 21.75 meses.

Tabla 2. Sexo y lugar de procedencia del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	34	42.5
Femenino	46	57.5
Total	80	100.0
Lugar de procedencia urbana	80	100.0
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 2. Del 100% (80) de los niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. El 42.5% (34) fueron de sexo masculino y el 57.5% (46) fueron de sexo femenino. El 100% (80) fueron de la zona urbana.

Tabla 3. Nivel de Instrucción de la madre del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Nivel de Instrucción de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	5.0
Secundaria	38	47.5
Superior	38	47.5
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 3. Del 100% (80) de madres de niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. El 5% (4) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior.

Tabla 4. Nivel de Instrucción del padre del niño de 0 a 36 meses atendido en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Nivel de Instrucción del padre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	5	6.3	6.3
Secundaria	37	46.3	52.5
Superior	38	47.5	100.0
Total	80	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 4. Del 100% (80) de padres de niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. El 6.3% (5) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 46.3% (37) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Nivel de conocimiento de la madre sobre salud bucal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nivel de conocimiento bajo	1	1.3	1.3
Nivel de conocimiento medio	49	61.3	62.5
Nivel de conocimiento alto	30	37.5	100.0
Total	80	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 5. Del 100% (80) de madres de niños de 0 a 36 meses atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo. El 1.3% (1) tuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 61.3% (49) tuvieron un nivel de conocimiento medio y el 37.5% (30) tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Tabla 6. Nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal según el sexo de su hijo de 0 a 36 meses, atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Nivel de conocimiento de la madre sobre salud bucal	Sexo del niño(a)					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento bajo	0	0.0%	1	2.2%	1	1.3%
Nivel de conocimiento medio	19	55.9%	30	65.2%	49	61.3%
Nivel de conocimiento alto	15	44.1%	15	32.6%	30	37.5%
Total	34	100.0%	46	100.0%	80	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 6. El nivel de conocimiento alto fue mayor en las madres de hijos de sexo masculino (44%) en comparación a las madres con hijos de sexo femenino (32.6%).

El nivel de conocimiento medio fue mayor en las madres de hijos de sexo femenino (65.2%) en comparación a las madres con hijos de sexo masculino (55.9%).

El nivel de conocimiento bajo se presentó en las madres con hijos de sexo femenino (2.2%).

Tabla 7. Nivel de conocimiento de las madres sobre salud bucal según el nivel de instrucción de la madre de los niños de 0 a 36 meses, atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Nivel de conocimiento de la madre sobre salud bucal	Nivel de Instrucción de la madre							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Nivel de conocimiento bajo	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	1.3%
Nivel de conocimiento medio	4	100.0%	24	63.2%	21	55.3%	49	61.3%
Nivel de conocimiento alto	0	0.0%	13	34.2%	17	44.7%	30	37.5%
Total	4	100.0%	38	100.0%	38	100.0%	80	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de conocimientos en salud bucal de madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.

Tabla 7. En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento alto fue en un 34.2% y 44.7% respectivamente. En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento medio fue en un 63.2% y 55.3% respectivamente.

4.2. Discusión de resultados

La edad promedio de las madres de los niños de 0 a 36 meses fue de 27.99 años, el 50% tuvieron más de 28 años, el 75% tuvieron más de 23 años; estos resultados son un tanto similares a lo hallado por Paz (15), quien encontró la mayoría de las madres tuvieron cierta madures.

Es importante considerar que tres de cada cuatro madres tuvieron más de 23 años, a partir de esta edad la mujer presenta una maduración biológica, fisiológica, psicológico y social; así mismo a esta edad las mujeres asimilan los cambios con más facilidad, dedican más tiempo y energía; a sus hijos y familias; esto aunado a un buen nivel educativo permite a la madre tener una mejor predisposición para aprender sobre el cuidado de sus hijos sobre todo en la salud bucal; por lo cual es importante que sector salud implemente estrategias comunicacionales adecuadas a este grupo de madres; que permitan sensibilizar, educar a las madres y a sus familias en promoción de la salud y salud familiar.

La edad promedio de los niños fue de 13.54 meses. El 75% tuvieron más de 4 meses, el 50% tuvieron más de 11 meses. El 42.5% (34) de los niños fueron de sexo masculino y el 57.5% (46) fueron de sexo femenino. El 100% (80) fueron de la zona urbana. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados.

Es importante que estos niños tengan acceso pleno a los servicios de salud, como a las visitas domiciliarias sanitarias; así mismo que el sistema de salud incorpore estrategias prácticas que permitan que las madres de los niños y sus familias fomenten el cuidado adecuado del niño en lo concerniente a la salud bucal.

De las madres de los niños de 0 a 36 meses el 5% (4) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior. El 6.3% (5) de los padres tuvieron nivel de instrucción primaria, el 46.3% (37) tuvieron nivel de instrucción secundaria y el 47.5% (38) tuvieron nivel de instrucción superior. Los resultados difieren de lo hallado por Delgado et al (13), Benavente et al (17), Paz (15), quienes encontraron un menor nivel educativo. El haber encontrado un mayor nivel educativo en los padres en comparación a otros estudios similares, aun siendo esto positivo para el desarrollo familiar, los resultados indican que en la zona de estudio aún existe un

limitado acceso a la educación sobre todo a la superior por diversos factores, por lo cual es importante que el sector correspondiente plantee acciones integrales que mejoren el acceso a la educación de la población; un mayor nivel educativo permitirá que los padres y sus familias tengan una mejor comprensión a la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud bucal, estilos de vida saludable, promoción de la salud y prevención de riesgos.

El 1.3% (1) de las madres tuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 61.3% (49) tuvieron un nivel de conocimiento medio y el 37.5% (30) tuvieron un nivel de conocimiento alto. El nivel de conocimiento alto fue mayor en las madres de hijos de sexo masculino (44%) en comparación a las madres con hijos de sexo femenino (32.6%). El nivel de conocimiento medio fue mayor en las madres de hijos de sexo femenino (65.2%) en comparación a las madres con hijos de sexo masculino (55.9%). En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento alto fue en un 34.2% y 44.7% respectivamente. En las madres que tuvieron nivel de instrucción secundaria y superior el nivel de conocimiento medio fue en un 63.2% y 55.3% respectivamente. Sobre el nivel de conocimiento los resultados son un tanto similares a lo encontrado por Quintero et al (14), Musac y Lozano (16), quienes hallaron que la mayoría de madre tuvieron conocimientos sobre salud bucal.

Por otra parte los resultados encontrados fueron opuestos a lo hallado por Delgado et al (13), Paz (15), Benavente et al (17), quienes encontraron una mayor proporción de madres con un nivel de conocimiento bajo y una menor proporción de madres con nivel de conocimiento alto.

Los resultados indican que a pesar que las madres de los menores de 0 a 36 meses tienen un nivel educativo secundario o superior, seis de cada diez tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la salud bucal de su hijo; esto probablemente se deba a que las estrategias en promoción y prevención de la salud bucal implementadas por el sistema de salud del ámbito investigado han dejado de ser efectivas y es necesario replantearlas considerando que se tienen padres con un mejor nivel educativo y madres jóvenes; así mismo es pertinente fortalecer las acciones de promoción de la salud bucal con visitas domiciliarias integrales; por otra parte al analizar el nivel de instrucción y nivel de conocimiento los resultados indican que las madres y padres

con mayor nivel de instrucción tienen un mejor conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos; esto indica que los padres están pendientes del cuidado de la salud bucal de sus hijos y lo que necesitan es mayor información; la cual debe ser brindada por el sector salud del ámbito local de manera objetiva y comprensible a través de estrategias comunicacionales acordes al grupo objetivo considerando la predisposición de los padres y las familias en el contexto en el cual viven. Es importante promover en la familia, comunidad, gobiernos locales la promoción de la salud bucal.

Conclusiones

- Primero. La edad promedio en las madres entrevistadas fue de 27.99 años, tres de cada cuatro madres tuvieron más de 23 años y todas fueron de procedencia urbana.
- Segundo. La mayoría de las madres y padres de los niños de 0 a 36 meses tuvieron un nivel educativo secundario o superior. En las madres el 95% tuvieron nivel de instrucción secundario o superior y en los padres el 94% tuvieron un nivel de instrucción secundario o superior.
- Tercero. Seis de cada diez madres tuvieron un nivel de conocimiento medio en salud bucal y tres de cada diez un nivel de conocimiento alto.
- Cuarto. El nivel de conocimiento alto en salud bucal fue mayor en las madres de hijos de sexo masculino en comparación a las madres con hijos de sexo femenino.
- Quinto. Las madres con mayor nivel de instrucción tienen un mejor conocimiento sobre la salud bucal de sus hijos.
- Sexto. Las madres de los menores de 0 a 36 meses a pesar de tener un nivel educativo secundario o superior, el nivel de conocimiento sobre la salud bucal no es homogéneo en todas; esto probablemente se deba a que las estrategias en promoción y prevención de la salud bucal están dejando de ser efectivas.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas integrales, que incorporen la promoción de la salud, salud familiar y visitas domiciliarias integrales para una buena bucal de los niños. Seguir fortaleciendo el acceso a la educación, para una mejor comprensión de la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud.

Al sector salud reorientar las acciones sanitarias o intervenciones según el contexto con estrategias integrales en salud familiar y comunitaria, con personal profesional capacitado y con una actitud positiva hacia la salud bucal; así mismo implementar estrategias comunicacionales adecuadas a las características de las madres de los niños de 0 a 36 meses y público objetivo; que permitan sensibilizar, educar a las madres y a sus familias en promoción de la salud bucal y salud familiar. Es importante que los niños tengan acceso pleno a los servicios de salud bucal, como a las visitas domiciliarias integrales; así mismo que el sistema de salud incorpore estrategias prácticas que permitan que las madres de los niños y sus familias fomenten el cuidado adecuado del niño en lo concerniente a la salud bucal.

Es importante promover en la familia, comunidad, gobiernos locales la promoción de la salud bucal.

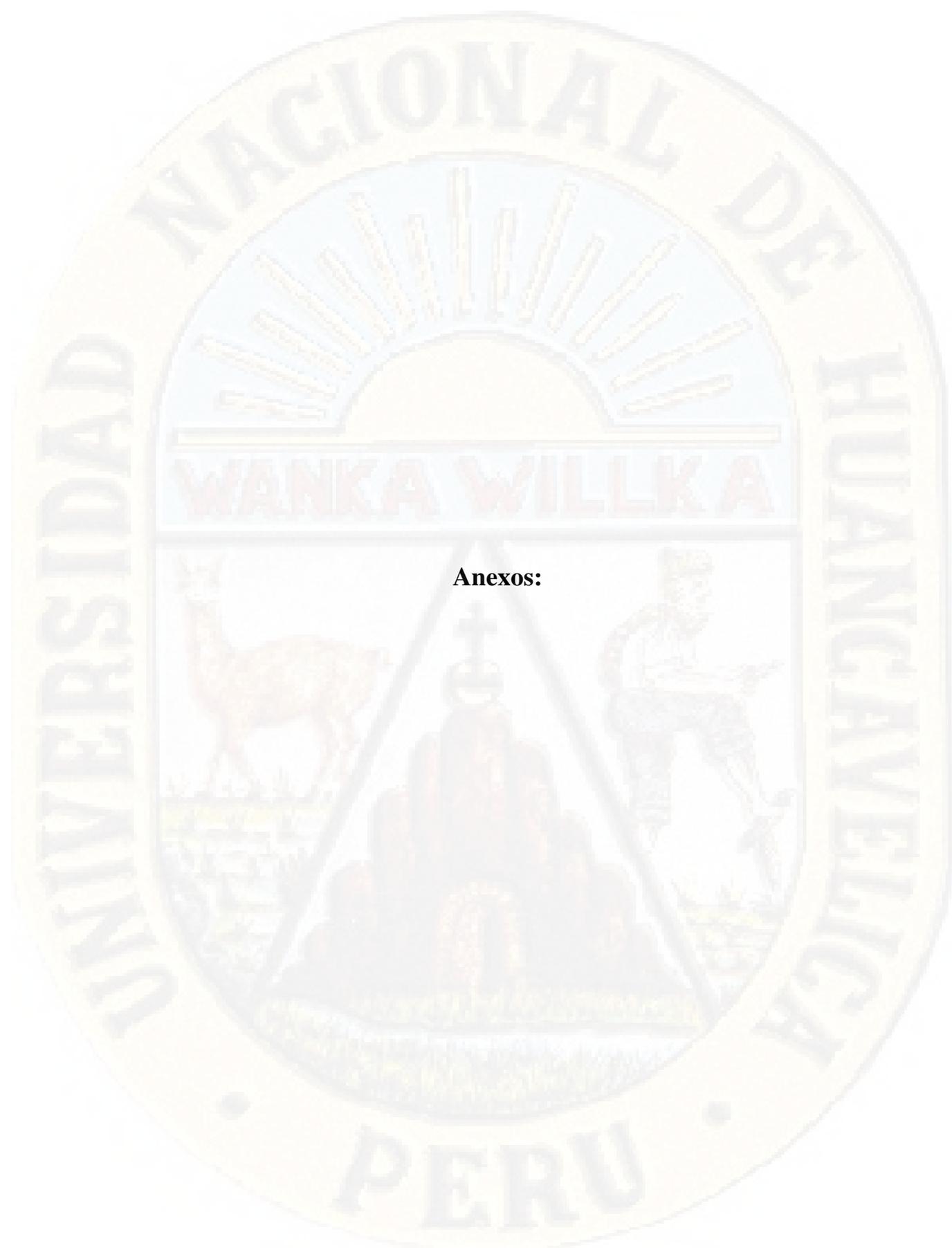
Referencias bibliográficas

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003;31:3-24.
2. Vos T, Abajobir A, Abate K, Abbafati C, Abbas K, Abd-Allah F. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Datos y cifras [Centro de prensa, Notas descriptivas. 24 de septiembre de 2018]. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2018 [cited 2019 01 de agosto]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
4. Yiu C, Wei S. Management of rampant caries in children. *Quintessence International* 1992; 23 (3): 159-168.
5. González Martínez F, Sierra Barrios CC, Morales Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud pública de México*. 2011;53(3):247-57.
6. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Gayton D, Carlton J, Buttery J, et al. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke*. 2000;31(5):1016-23.
7. Organization WH. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization. 2003.
8. Araújo Dias MS. Estudo dos factores de risco em saúde oral em crianças escolarizadas. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2009.
9. Gomes Pinto V. Saúde Bucal Coletiva. Saúde bucal coletiva. 4ta. ed. São Paulo: Santos Editora; 2000.
10. Pinto MHB, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil—perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(31):210-6.

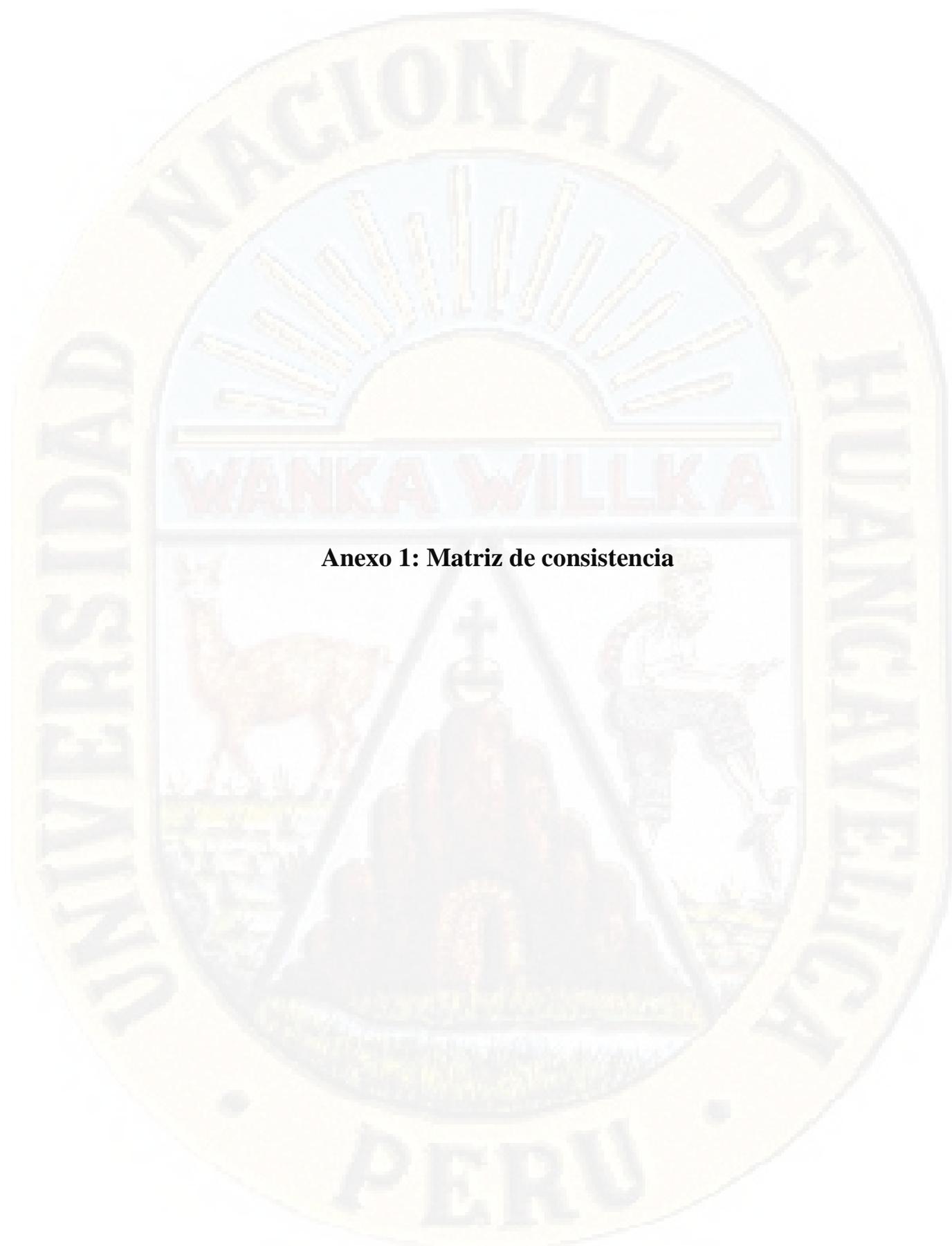
11. De la Cuesta Benjumea C. Familia y salud. Revista ROL de Enfermería. 1995(203-204):21.
12. Clemente Romero C. Prevalencia de caries de infancia temprana según el método ICDAS II y su relación con los factores de riesgo asociados en infantes de 6 a 36 meses [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2015.
13. Delgado Pilozo ME, Chusino Alarcón E, Bravo Cevallos DM. Nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental menores 0–3 años. Revista Publicando. 2016;3(7):90-7.
14. Quintero E, Machado R, Bisamon C, Blanchard MG, Hernández M. Nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucal de escolares y su repercusión en la incidencia de caries dental. Odous Científica. 2015;16(2): 31-38 31.
15. Paz Mamani MA. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani “San Bartolomé” Minsa 2014 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología; 2015.
16. Musac Guerra WL, Lozano Carpio NK. Nivel de conocimiento y actitud en relación a medidas preventivas en salud bucal en las madres de niños de 3 a 5 años de la IEI Cuna Jardín Corazón de Jesús, distrito de Belén [Tesis de grado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Odontología; 2010.
17. Benavente Lipa LA, Chein Villacampa SA, Campodónico Reátegui CH, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma MS, Castro Rodríguez A, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol Sanmarquina. 2012;15(1):14-8.
18. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. Lima: Ministerio de Salud, Dirección de Salud Bucal 2017.
19. Kidd EA, Fejerskov O. Essentials of dental caries. 4ta ed. New York: Oxford University Press; 2016.
20. Fejerskov O, Nyvad B, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. 3ra ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2015.

21. Rodríguez León CA. Conocimiento de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago [Tesis de grado]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de odontología; 2005.
22. Misrachi C. Estrategias y métodos para la promoción de la salud. Santiago de Chile: Red Chilena de Proyectos para el Desarrollo Social/Fundación W: K: Kellogg. 1993.
23. Anglas C. Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de salud bucal en la población de Lima metropolitana y Callao [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.
24. Rodríguez M. Investigación científica en salud bucal. 1ªed Caracas: Editorial Carhel, CA. 1992.
25. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
26. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
27. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
28. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
29. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
30. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
31. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
32. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
33. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
35. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
36. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
37. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
38. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
39. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70p.



Anexos:

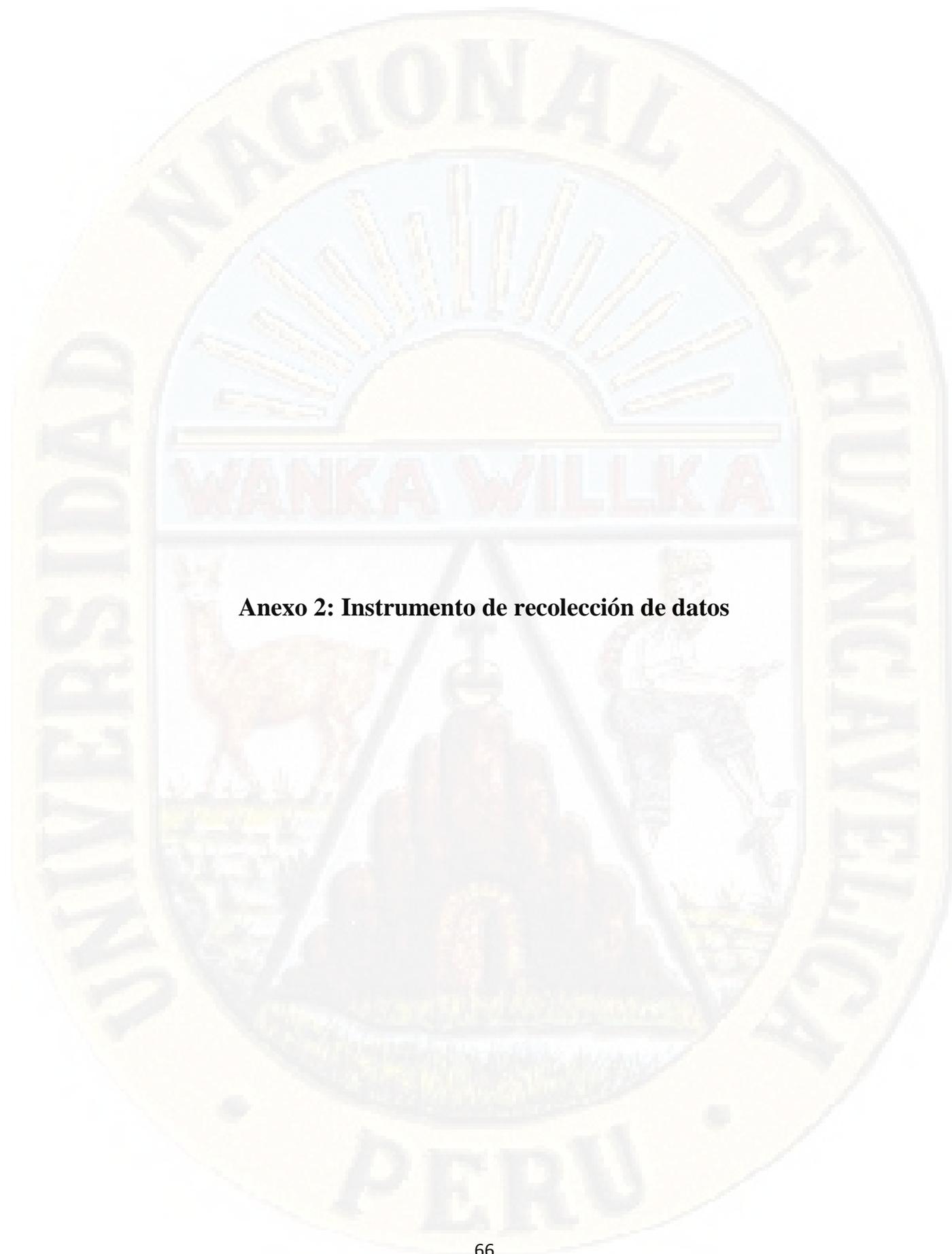


Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características generales de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses según características generales de los niños atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019? 	<p>Objetivo general Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Describir las características generales de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses según características generales de los niños atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio del 2019. 	<p>En la atención odontológica a niños se observa diversos problemas de salud bucal como dientes cariados, dientes perdidos, deficiente higiene bucal, placa bacteriana entre otros; estos problemas de salud están muy relacionado con el conocimiento que tienen los padres sobre salud bucal para la prevención de problemas odontológicos, promover hábitos saludables y cuidado para una adecuada salud bucal de los niños. En el contexto social de la jurisdicción del Centro de Salud Juan Parra del Riego de Huancayo; la madre es quien pasa mayor tiempo a cuidado del niño; por lo mencionado surgió la motivación de investigar cuales es el nivel de conocimientos sobre salud en las madres de los niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud. El caracterizar a estos niños y conocer el nivel de conocimientos sobre salud oral de las madres; permitirá implementar o reorientar las acciones estrategias en promoción de la salud bucal y prevención de problemas odontológicos en este grupo etario; así mismo promover hábitos y estilos de vida saludables en salud oral; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego.</p>	<p>Características generales del niño de 0 a 36 meses</p>	<p>Edad del niño en meses.</p> <p>Sexo del niño de 0 a 36 meses.</p> <p>Lugar de procedencia del niño.</p> <p>Edad de la madre en años.</p> <p>Nivel de Instrucción de la madre</p> <p>Nivel de Instrucción del padre</p> <p>Nivel de conocimientos sobre salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego.</p>	<p>Edad del niño en meses cumplidos atendido en el centro de salud</p> <p>Sexo del niño de 0 a 36 meses atendido en el centro de salud</p> <p>Lugar de procedencia del niño atendido en el centro de salud</p> <p>Edad de la madre del niño de 0 a 36 meses (en años cumplidos)</p> <p>Nivel de Instrucción de la madre niño de 0 a 36 meses</p> <p>Nivel de Instrucción del padre niño de 0 a 36 meses</p> <p>Cuestionario de 20 preguntas sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses</p>	<p>Numérico</p> <p>Masculino (1) Femenino (2)</p> <p>Rural (1) Urbano (2)</p> <p>Numérico</p> <p>Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)</p> <p>Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior (4)</p> <p>Bajo (0-6) (1) Medio (7-13) (2) Alto (14-20) (3)</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, prospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de realizar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego</p> <p>O: Nivel de conocimientos sobre salud bucal.</p> <p>Población, muestra, muestreo La población Son todas las madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego de Huancayo de mayo a julio del 2019, según los registros estadísticos las madres de los niños de 0 a 36 meses son un total de 101 madres.</p> <p>Muestra: La muestra para la aplicación del cuestionario del estudio fue calculada con un nivel de confianza del 95%, nivel de significancia del 5 %,proporción esperada del 50 . %</p> <p>La muestra obtenida para el estudio es 80 madres de niños de 0 a 36 meses.</p> <p>Muestreo: El muestreo será aleatorio simple. De los 101 niños de 0 a 36 meses y sus madres registrados en el EESS, se tomara la muestra de 80 que serán seleccionados de manera aleatoria según los registros..</p>



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

FORMATO N° 01

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL DE MADRES DE NIÑOS DE 0 A 36 MESES

Investigación: Conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019

Presentación.

Estimada Señora, tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy egresada de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, me encuentro desarrollando una investigación sobre “Conocimientos de salud bucal en madres de niños menores de 3 años”; por lo cual solicito su participación en la presente investigación, agradecería que su respuesta sea con la honestidad que amerita la presente; la información que nos brinde será de carácter CONFIDENCIAL Y ANONIMO. los resultados permitirán plantear estrategias de mejora; le agradezco anticipadamente por su valiosa colaboración.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Fecha de aplicación del instrumento: _____/_____/ 2019
- 1.2. Numero de historia clínica: _____
- 1.3. Fecha de nacimiento del niño(a): _____/_____/ 201_
- 1.4. Edad del niño(a) en meses: _____
- 1.5. Sexo del niño: Masculino (1) Femenino (2)
- 1.6. Lugar de procedencia del niño: Rural (1) Urbano (2)
- 1.7. Edad de la madre en años: _____
- 1.8. Nivel de Instrucción de la Madre:
- | | | | |
|------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| 1.8.1. Sin instrucción | (1) | 1.9. Nivel de Instrucción del padre: | |
| 1.8.2. Primaria | (2) | 1.9.1. Sin instrucción | (1) |
| 1.8.3. Secundaria | (3) | 1.9.2. Primaria | (2) |
| 1.8.4. Superior | (4) | 1.9.3. Secundaria | (3) |
| | | 1.9.4. Superior | (4) |

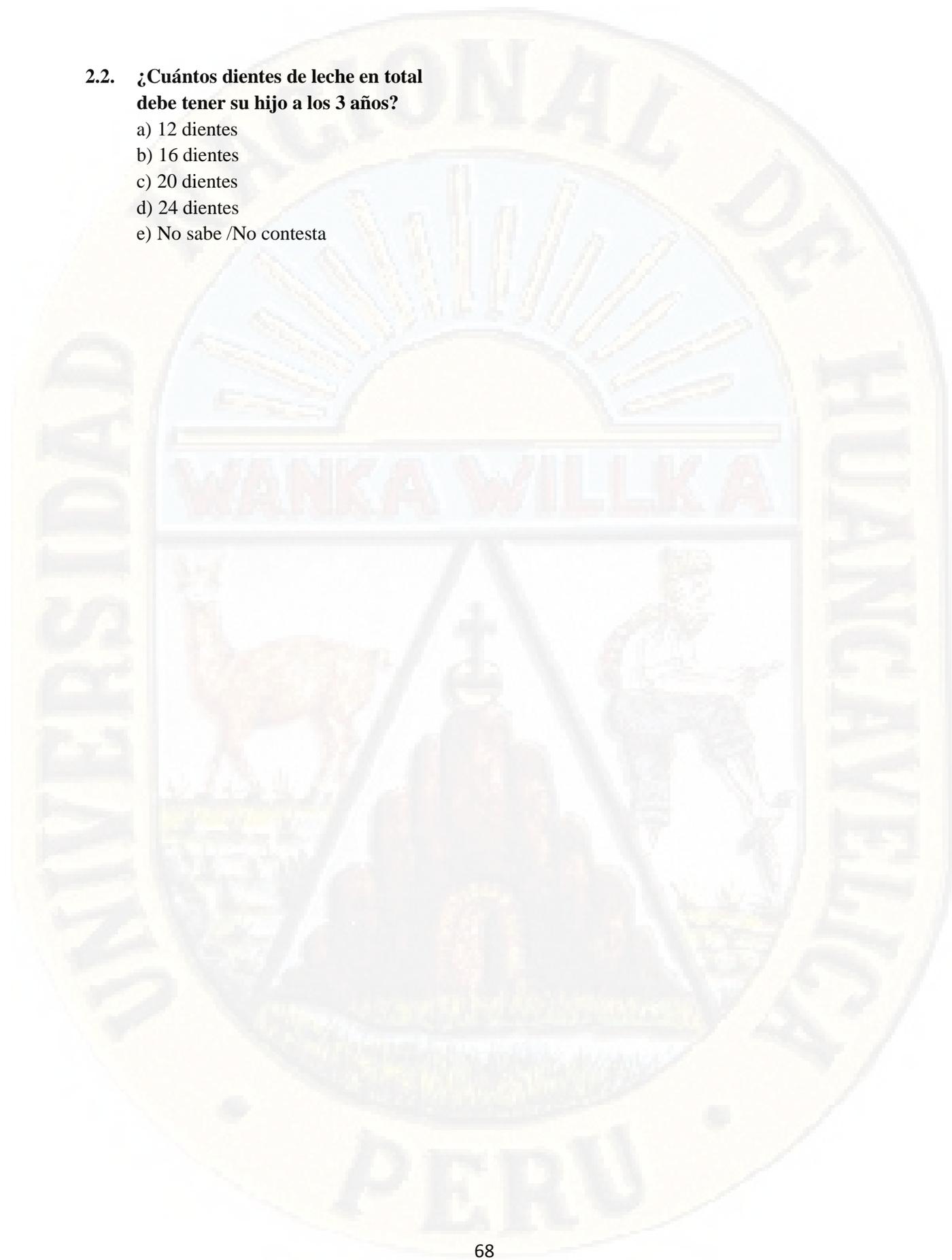
II. Marque la respuesta que considere correcta del cuestionario sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses.

CUESTIONARIO

- 2.1. ¿A qué edad terminan de salir todos los dientes de leche de su hijo? e) No sabe /No contesta
- a) A los 6 meses
- b) Al año y medio aproximadamente
- c) A los 2 años aproximadamente
- d) A los 3 años aproximadamente

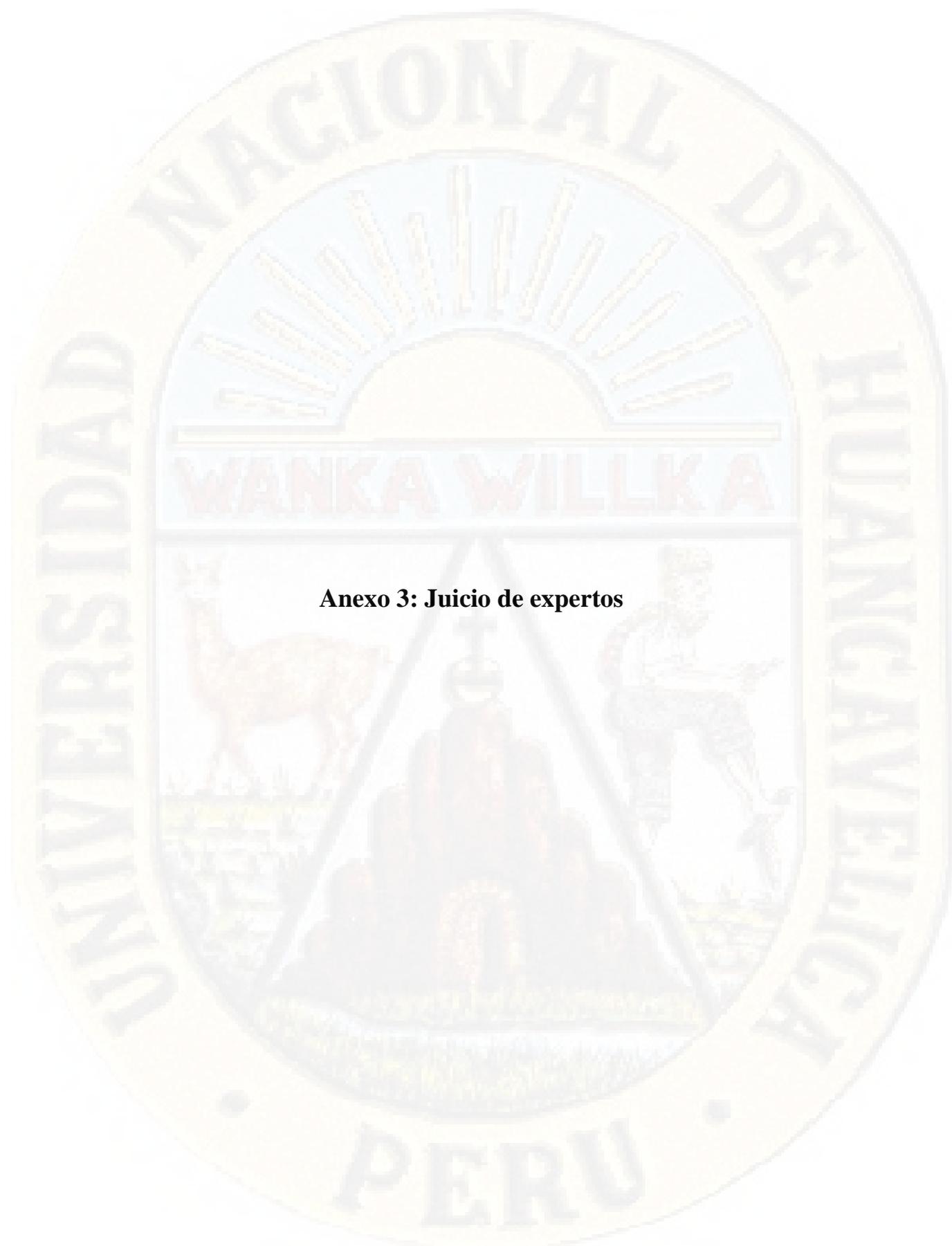
2.2. ¿Cuántos dientes de leche en total debe tener su hijo a los 3 años?

- a) 12 dientes
- b) 16 dientes
- c) 20 dientes
- d) 24 dientes
- e) No sabe /No contesta



- 2.3. ¿Cuándo debe Ud. empezar a limpiar la boca de su hijo?**
- a) Desde el nacimiento
 - b) Cuando le empiezan a salir sus dientes de leche
 - c) Cuando le terminan de salir todos los dientes de leche
 - d) Cuando le empiezan a salir los dientes permanentes
 - e) No sabe /No contesta
- 2.4. ¿En qué momento del día Ud. debería limpiar la boca de su hijo?**
- a) Sólo en las mañanas
 - b) Sólo en las noches
 - c) Antes de cada comida
 - d) Después de cada comida
 - e) No sabe /No contesta
- 2.5. ¿A qué edad debe Ud. empezar a realizar el cepillado de los dientes de su hijo?**
- a) A los 2 años de edad aproximadamente
 - b) Al año de edad
 - c) Cuando terminen de salir todos los dientes de leche
 - d) Apenas le aparezca el primer diente de leche
 - e) No sabe /No contesta
- 2.6. ¿Cuál de estas acciones se recomienda al realizar la higiene bucal de su hijo menor de 5 años?**
- a) Echarle bastante pasta dental al cepillo
 - b) Usar enjuagatorios bucales
 - c) Usar el cepillo grande de adulto
 - d) Usar un cepillo pequeño de cerdas suaves
 - e) No sabe /No contesta
- 2.7. ¿Por qué es importante la lactancia materna para la boca de su hijo?**
- a) Tendrá dientes más blancos
 - b) Porque ayudará a que se desarrollen bien el aparato masticatorio
 - c) Porque aprenderá a respirar por la boca
 - d) Porque hablará mejor
 - e) No sabe /No contesta
- 2.8. ¿Hasta qué edad debe recibir su hijo lactancia materna exclusiva?**
- a) Hasta los 3 meses
 - b) Hasta los 6 meses
 - c) Hasta los 9 meses
 - d) Hasta los 12 meses
 - e) No sabe /No contesta
- 2.9. ¿Hasta qué edad el niño podría hacer uso del biberón?**
- a) Hasta el año
 - b) Hasta los 2 años
 - c) Hasta los 3 años
 - d) Hasta que su hijo lo deje solo
 - e) No sabe /No contesta
- 2.10. La enfermedad periodontal es aquella que daña los tejidos de sostén del diente: hueso, ligamento y encía. ¿Qué indicaría que su hijo presente un problema periodontal?**
- a) Encías retraídas (encías que se alejan de los dientes)
 - b) Tener las encías rojas e inflamadas.
 - c) Que le sangren las encías al realizar la limpieza bucal.
 - d) Todas las anteriores
 - e) No sabe /No contesta
- 2.11. ¿Qué acciones predisponen la aparición de caries dental en su niño?**
- a) El uso del biberón con líquidos azucarados antes de hacerlo dormir
 - b) El consumo de una dieta rica en harinas y azúcares
 - c) Limpieza bucal deficiente
 - d) Todas las anteriores.
 - e) No sabe /No contesta
- 2.12. ¿Qué acciones pueden contagiar caries dental a su hijo?**
- a) Darle un beso a la boca de su hijo
 - b) Soplar su comida de la cuchara o plato que usa para alimentarlo
 - c) Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo
 - d) Todas las anteriores
 - e) No sabe /No contesta

- 2.13. Maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la mala forma en que éstos encajan entre sí. ¿Qué lo puede causar?**
- a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón
 - b) El chuparse el dedo constantemente
 - c) Factores genético
 - d) Todas las anteriores
 - e) No sabe /No contesta
- 2.14. ¿A qué edad debe ser la primera visita de su hijo al dentista?**
- a) Antes del primer año de edad
 - b) Al año de edad
 - c) A los 2 años de edad
 - d) A los 3 años de edad
 - e) No sabe /No contesta
- 2.15. ¿La colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses sirve para prevenir las caries en niños?**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta
- 2.16. Se debe realizar visitas regulares al Odontólogo según el riesgo de caries dental (cada 3 meses en lesiones de caries activas o cada 6 meses sin caries).**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta
- 2.17. El uso frecuente y prolongado del biberón con infusiones azucaradas. Zumos envasados o naturales azucarados es perjudicial para los dientes de los niños.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta
- 2.18. La pérdida de los dientes de leche de forma prematura tiene efectos negativos sobre los dientes definitivos.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta
- 2.19. Las caries en los dientes de la leche deben recibir tratamiento odontológico.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta
- 2.20. El tratamiento odontológico de sellado de fosas y fisuras previene las caries en los dientes.**
- a) Verdadero
 - b) Falso
 - c) No sabe / no contesta



Anexo 3: Juicio de expertos

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Cuestionario sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses

Investigación: Conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
 1.2. Grado académico : _____
 1.3. Mención : _____
 1.4. DNI/ Celular : _____
 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{\square\square\square + \square\square\square + \square\square\square + \square\square\square + \square\square\square}{\square\square} = \text{-----}$

□□

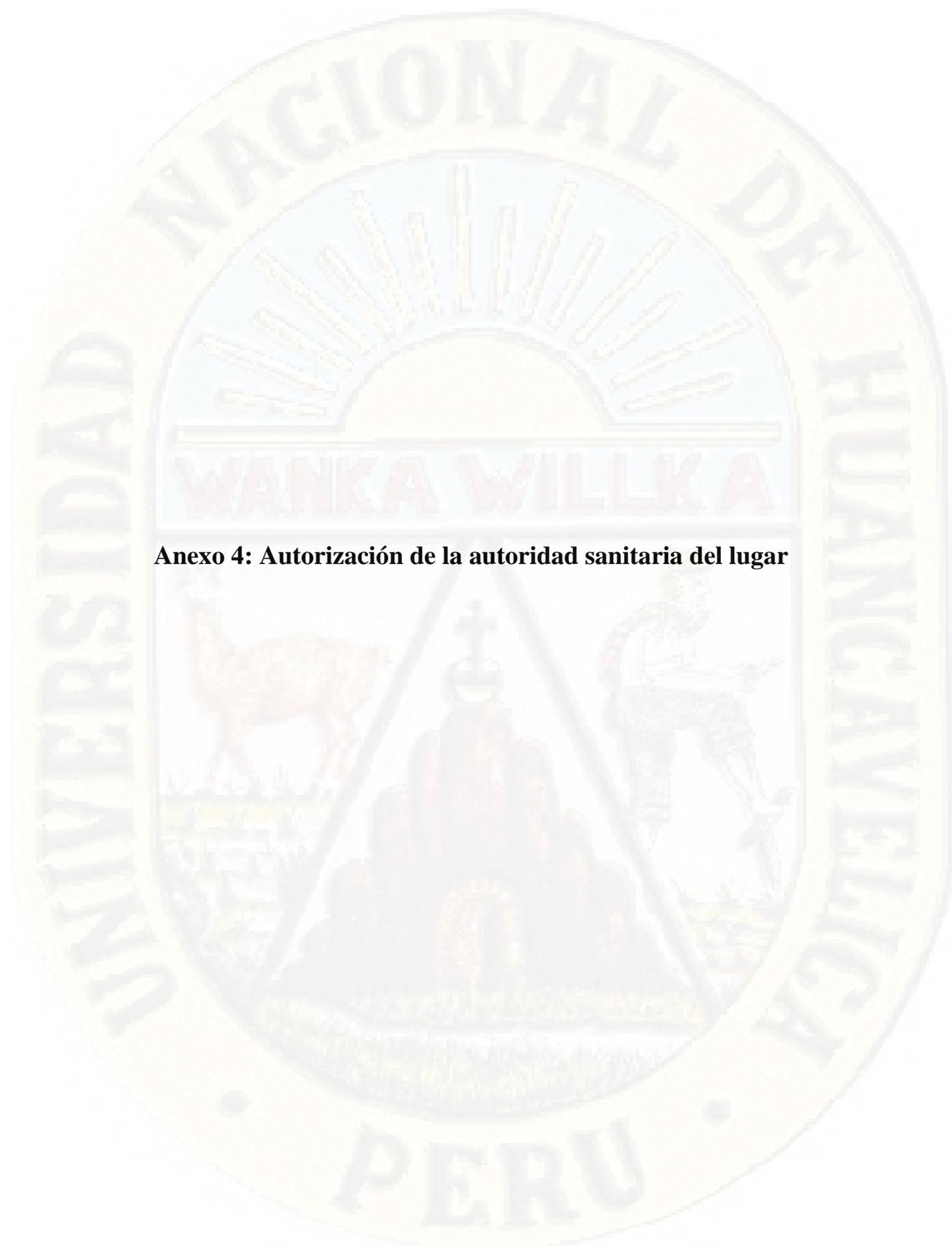
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....
 Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD JUAN PARRA DEL RIEGO, HUANCAYO - JUNÍN

SD.

Yo, Contreras Vásquez, Irma Lourdes identificado (a) con D.N.I. N° _____, Odontóloga de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre conocimientos de salud bucal en madres de niños de 0 a 36 meses atendidos en el centro de salud Juan Parra Del Riego, Huancayo, mayo a julio 2019

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes primarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 07 de abril del 2019.

Firma del Interesado