



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

INFORME DE TESIS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS
MADRES SOBRE SALUD BUCAL EN RELACION CON EL
ESTADO DE HIGIENE BUCAL DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS
DEL I.E.P. JUAN ESPINOSA MEDRANO. LIMA 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

AUTOR: AYALA PRADO, Judy Inés

ASESOR: Mg.CD.Esp. CESPEDES PORRAS, Jacqueline

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, por cada una de sus
bendiciones.

A mi familia, por llenarme de
amor.

A mis amigos, por enseñarme que si
existe la verdadera amistad.

La autora.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mis más profundo
agradecimientos:

A Dios a quien llevo presente en todo momento de
mi vida.

A los docentes de la universidad, por sus
enseñanzas y por formar profesionales
comprometidos con la salud
bucal de nuestro país.

A los padres de los niños
preescolares que colaboraron en
mis prácticas; y a todas las
personas que me ayudaron
incondicionalmente a lo largo de mi
vida universitaria.

Así también a todas las personas
que hicieron posible la ejecución de
este
proyecto.

La autora

Aquellos que educan bien a los niños merecen recibir más honores que sus propios padres, porque aquellos sólo les dieron vida, éstos el arte de vivir bien.

ARISTÓTELES

5. Asesor(a) de tesis.

Mg.CD.Esp. PORRAS JACQUELINE, Céspedes

6. Jurado.

CD Esp VALVERDE CAMPOS, Jhonny Augusto.
Vocal

CD. Esp. ECHEVERRI JUNCA, Luz Helena.
Presidenta

Mg. BAMONDE SEGURA, Leyla Katherine.
Secretaria

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DEL CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Justificación.....	6
1.4. Objetivos	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Base teórica	14
2.3. Bases conceptuales	14
2.4. Hipótesis	17
2.5. Variables e indicadores	17
2.6. Definición operacional de términos	18
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	19
3.1. Tipo y nivel de investigación	19
3.2. Población y muestra.....	20
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	23
3.5. Aspectos éticos	24

CAPÍTULO IV	25
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
4.1. Resultados descriptivos	25
4.2. Comprobación de hipótesis	34
4.3. Discusión.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. CONCLUSIONES.....	42
5.2. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grado de escolaridad de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	25
Tabla 2. Características demográficas de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	26
Tabla 3. Estado de la higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	27
Tabla 4. Descripción de las actitudes sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	28
Tabla 5. Descripción de los conocimientos sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016.....	29
Tabla 6. Descripción de las prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	31
Tabla 7. Descripción de las actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016.....	32
Tabla 8. Correlación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016	34
Tabla 9. Relación entre las actitudes de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016	35
Tabla 10. Correlación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación gráfica del grado de instrucción de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	25
Figura 2. Representación gráfica del estado de la higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016	27
Figura 3. Representación gráfica de las actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016.....	32

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre nivel de conocimiento, actitud y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano. Lima, 2016.

Métodos. El estudio fue analítico, observacional, transversal y prospectivo; la muestra fueron 51 niños, seleccionándose por un muestreo probabilístico. La comprobación de hipótesis fue mediante las pruebas: tau b de kendall y Chi cuadrada, para un $p \leq 0,05$, con un 95% de confianza.

Resultados. El estado de la higiene bucal de los niños en estudio, en un 72,5% (37) fue de nivel regular. El nivel de conocimiento de la muestra fue aceptable 72,5% (37). El tipo de actitudes fue favorable [84,3% (43)], y las prácticas fueron pobres [60,8% (31)]. Se halló relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños [tau b de kendall = 0,347 y $p = 0,020$]. No hubo relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal [tau b de kendall = 0,084 y $p = 0,300$], de las actitudes de las madres [$X^2 = 3,590$ y $p = 0,166$] con el estado de higiene bucal de los niños en estudio, por lo que se aceptó la hipótesis nula.

Conclusiones. Existe relación entre las prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños en estudio, aceptándose la hipótesis de investigación.

Palabras claves: salud bucal, conocimientos, actitudes, prácticas, higiene bucal, madres, niños preescolares.

SUMMARY

Objective. To determine the relationship between the level of knowledge, attitude and practices of mothers on oral health with the oral hygiene status of children from 3 to 5 years of age I.E.P Juan Espinosa Medrano. Lima, 2016.

Methods The study was analytical, observational, transversal and prospective; the sample was 51 children, selected by probabilistic sampling. The hypothesis testing was through the tests: tau b from kendall and Chi square, for a $p \leq 0.05$, with 95% confidence.

Results The oral hygiene status of the children under study, in 72.5% (37) was of a regular level. The level of knowledge of the sample was acceptable 72.5% (37). The type of attitudes was favorable [84.3% (43)], and the practices were poor [60.8% (31)]. A relationship was found between the mothers' level of oral health practices and the children's oral hygiene status [tau b de kendall = 0.347 and $p = 0.020$]. There was no relationship between mothers' level of oral health knowledge [tau b de kendall = 0.084 and $p = 0.300$] and mothers' attitudes [$X^2 = 3.590$ and $p = 0.166$] with the oral hygiene status of children in study, for which the null hypothesis was accepted.

Conclusions There is a relationship between the practices of mothers on oral health and the oral hygiene status of the children under study, accepting the research hypothesis.

Keywords: oral health, knowledge, attitudes, practices, oral hygiene, mothers, preschool children.

CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general, ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo, teniendo consecuencias fisiológicas aún más complejas porque pueden alterar el estado nutricional, las relaciones interpersonales, la salud mental, entre otros. Al respecto Díaz, Carrillo, Terrazas, Canales (1), explican que el desarrollo de muchas enfermedades bucodentales se encuentra determinada en gran medida por los conocimientos, prácticas, actitudes hacia el cuidado propio de la salud, paralelamente estas conductas se encuentran reguladas por patrones culturales y de tradición popular, así como por la importancia que el individuo le dé a la enfermedad.

Información reciente del Banco Mundial de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), confirma dos tendencias en el estado de salud bucal de la población mundial, pues señalan que existe un deterioro en la mayoría de los países en vías de desarrollo y un progreso en casi todos los países industrializados. Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentarias, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares (2). En este sentido, la salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, por los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención (3).

Frente a dicha problemática, la atención a la higiene bucal no es sólo una cuestión de bienestar físico, sino también de satisfacción emocional y afectiva. Los niños necesitan la supervisión de los adultos para realizar la higiene bucal adecuada, con controles periódicos al consultorio dental, también es importante el control de ingesta de alimentos no cario génicos, sobre todo los azúcares y las harinas refinadas, entre otros.

Tal como señala Marchena (4), la boca requiere de un cuidado a temprana edad en cuanto a su limpieza, nos referimos desde que recibimos por primera vez nuestros alimentos. Los escasos conocimientos respecto a hábitos correctos de

higiene bucal como medio eficaz para prevenir la aparición de enfermedades buco dentales, constituye un problema que atañe a gran parte la población infantil. En este sentido, la participación de las madres juega un papel importante en el cuidado y la educación para la salud bucal de los niños en edad preescolar, fundamentalmente para el cambio de hábitos nocivos de alimentación, higiene oral y cuidados específicos tendientes a mejorar la salud bucal de los niños (5). Los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre en relación a la higiene bucal de forma inadecuada, constituye en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional.

Al respecto Silva (6) explica que la falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de salud, y en especial de la salud bucal, constituye una problemática, en la cual la educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima, asegurando la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida (7).

En la actualidad, a pesar de los múltiples avances de la tecnología, muchos padres ignoran la importancia de la higiene bucal de los dientes primarios o temporales y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico; es muy cotidiano escuchar a los padres referirse a estos dientes como innecesarios porque después vienen otros dientes, y tienden a olvidarse un poco de la salud y la higiene bucal del niño; esta última, debe ser un acto sistemático dentro del hogar (10).

Los niños en edad preescolar representan el grupo etario en situación de alto riesgo de caries producto de una higiene bucal deficiente; es allí en donde la participación de las madres juega un papel importante en el cuidado y la educación para la salud bucal del bebe y los menores de 5 años, fundamentalmente para el cambio de hábitos nocivos de alimentación, higiene oral y cuidados específicos tendientes a mejorar la salud bucal de los niños (5), pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño (7).

La salud bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, diversos reportes del análisis de situación de salud, revelan que los

problemas bucodentales, ocupan las tres primeras morbilidades en los niños y adultos (6). El Ministerio de Salud (MINSA) explica que la condición de salud bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, siendo la prevalencia de caries dental es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública (8).

A nivel latinoamericano el Perú presenta un deficiente nivel de salud bucal, superado por países vecinos como Chile, Brasil, Colombia entre otros. Lograr cambiar esta dramática situación requiere de la participación activa de todos los sectores involucrados y la ciudadanía organizada que represente a amplios sectores de nuestra población que sufren día a día las dolencias y una baja calidad de vida como consecuencia de la crónica indiferencia de los gobiernos de turno para atender las necesidades de salud bucal en las últimas décadas (9).

Respecto a la magnitud del problema en estudio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos, afectando entre un 60 y 90% de niños en edad escolar.

En Perú, Moses (11), realizó un estudio en niños de 6 a 12 años, los resultados del índice de higiene oral simplificado mostraron que el 57,49% presentaron regular higiene y, finalmente, el 7,69% presentaron mala higiene oral. De La Cruz (12) halló en niños entre 5 a 12 años que el 95% tiene un nivel de higiene oral moderado y alto.

El MINSA, en el 2010, reportó que 95 de cada 100 peruanos padece caries dental, el índice de caries a los 12 años era de 5.86, lo que muestra que el Perú no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que esta se incrementa con la edad(10). Más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad periodontal 85% y mal oclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en Dentición Permanente y Primaria (CPOD o CEOD) es de aproximadamente 6, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado (10).

Marchena (4) desarrolló estudio donde determinó que las condiciones de salud oral de los niños no han cambiado en los últimos años, por lo que se necesita

evaluar nuevas formas de intervención para cambiar esta situación, empezando a concientizar a los padres a mantener una cavidad bucal saludable.

En la Región Loreto, según reportes de la Dirección Regional de Salud en el 2016, la caries ocupó el quinto lugar dentro de la morbilidad general de las enfermedades, de una morbilidad de 5'284,948 enfermedades diagnosticadas, la caries se presentó en una cantidad de 76, 913 ocupando así el quinto lugar en el 2016. Predominando así en niños menores de 11 años siendo la Red de salud de Maynas ciudad donde se presentó la mayor cantidad con 41,097 caries (13).

En el 2017, el MINSA, reporta que la prevalencia de caries dental en niños menores de 11 años es de 85% mientras que en niños de 3 a 5 años es de 76% como consecuencia de una inadecuada higiene bucal (14).

Respecto a las causas de la problemática en estudio, la falta de educación, entre otras que hacen que la población no asista al odontólogo a menos que tenga un problema que limite su actividad diaria (5). La higiene bucal deficiente, es una de las causas de la caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer (15).

También, las prácticas inadecuadas de madres y cuidadores incrementa el riesgo para el desarrollo de caries de infancia temprana Caries de Infancia Temprana, en infantes y niños pequeños, promoviendo la colonización temprana de la cavidad oral. Los factores asociados a la caries de infancia temprana incluyen bajo nivel socioeconómico de las familias, diferencias culturales, pocas visitas al dentista, bajo nivel educativo de la madre, poco conocimiento sobre salud bucal entre las madres, higiene oral inadecuada y una dieta altamente cariogénica en los niños, las que se asocian a los conocimientos adquiridos a temprana edad y que contribuyen en la transmisión y desarrollo de hábitos de padres a hijos (5).

Las consecuencias, de un mal estado de la salud bucal, conllevan a la aparición de enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta, el autocuidado, por tanto, es una conducta que debería realizar la persona para sí misma, pero que no nace con ella, sino que hay que desarrollarla a través del aprendizaje con el uso de las técnicas afectivo-participativas (5).

La caries dental, ocasionada por una deficiente higiene bucal es una enfermedad dinámica que se presenta en el diente en contacto directo con los depósitos microbianos causantes de la enfermedad por la falta de higiene bucal; su resultado es una pérdida de minerales y produce así una destrucción localizada de los tejidos duros del diente (5). Las consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento , riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud (15).

La evidencia científica muestra que las enfermedades bucodentales se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura (16).

También, el conocimiento, prácticas y actitudes adecuados de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar estas enfermedades en los niños. Este depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal a nivel intramural y extramural (17).

Ante esta situación, como profesionales de odontología, tenemos la visión de orientar hábitos adecuados de higiene, alimentación, etc., así como factores que favorecen la aparición de enfermedades bucales. Es necesario, implementar y consolidar futuros programas de promoción de salud bucal y prevención de las enfermedades bucodentales, las cuales deben generar un impacto efectivo y así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables desde muy pequeños (7).

La higiene bucal debe convertirse en un acto en el que deben participar todos los miembros de la familia junto al niño. De esta manera, se asegura que se cree el hábito que continuará al crecer (10). Asimismo, las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores. La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general (15). Es importante reflexionar que se debe trabajar de forma conjunta, siendo que no se puede limitar la educación sobre higiene oral solo a los odontólogos. El equipo completo de salud está en la

obligación de colaborar con odontología, evaluar los problemas de boca y remitir lo necesario (2).

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinoza Medrano, Lima 2016?

1.3. Justificación

El estudio se justificó por las siguientes razones:

A nivel teórico

Este estudio es importante porque la salud bucal infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública, siendo que este grupo es una de las más susceptibles de padecer problemas de salud bucal, tal como lo evidencian los reportes del MINSA. Por tanto este estudio, permitirá contar con evidencia científica para mejorar la atención odontológica, la educación para la salud, mejorando así la prestación de los servicios de odontología (13).

Del mismo modo, abordar la situación de salud bucal en nuestro medio, requiere aplicar enfoques de Salud Pública, con estrategias preventivas claras que permitan asumir este problema, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial mediante actividades que vinculan la acción individual, comunitaria y profesional.

Los hábitos de higiene bucal se establecen durante los primeros años de vida, siendo los padres y principalmente la madre quien funciona como modelo de aprendizaje. Lamentablemente no todos los padres están preparados para realizar una higiene bucal adecuada. Mediante este estudio se podrán proponer estrategias más efectivas en torno a la educación de los padres. El profesional de odontología sigue siendo la fuente principal de información sobre salud oral, los padres actúan la mayoría de las veces, como la fuente primaria de información para sus hijos y por lo tanto, deben ser involucrados en las propuestas educativas. Además comentan, que en vista que los niños pasan la mayor parte del día en el colegio (19).

A nivel practico

Se necesita una visión integral acerca de la salud oral y cambiar el paradigma sobre la necesidad de consulta y control por un odontólogo enfoca a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. En odontología siempre se habla que la prevención es la forma más económica y eficaz para evitar la aparición y el desarrollo de esta enfermedad. Dentro de las diversas actividades de prevención, tenemos la educación y la motivación de las madres en relación con sus hábitos de higiene oral, y cuánto saben sobre el tema.

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también cobra relevancia identificar los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas que los pacientes o sus responsables tienen sobre la salud bucal (18).

Este estudio es de suma importancia para el profesional de odontología, entre otros profesionales de la salud, con ello enseñar a los padres las técnicas adecuadas de la higiene bucal, mejorando sus conocimientos, actitudes y prácticas. Estos hábitos de forma deficiente pueden generar enfermedades y condiciones posteriores como mala posición del paladar y dental, respiración oral y desviación entre otros.

A nivel Social

La salud bucal es esencial para una óptima calidad de vida, ya que tiene influencia en la vida cotidiana y en las relaciones con nuestros padres. Las enfermedades orales son uno de los problemas principales de salud pública debido a su alta prevalencia, una forma de tratarla a largo plazo es la modificación de conductas de riesgo. Para ello, en una fase inicial debemos establecer los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral que tiene las madres de los niños (20), pues son ellas las responsables de la educación en los hogares, pero no todos están preparados o tienen los conocimientos suficientes para realizarlos adecuadamente y transmiten a sus hijos, hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano, Lima - 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Describir los conocimientos de las madres sobre salud bucal, de los niños de 3 a 5 años en estudio.
2. Describir las actitudes de las madres sobre salud bucal, de los niños de 3 a 5 años en estudio.
3. Describir las prácticas de las madres sobre salud bucal, de los niños de 3 a 5 años en estudio.
4. Determinar el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano, Lima 2016.
5. Determinar la relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano, Lima 2016.
6. Determinar la relación entre las actitudes de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano, Lima 2016.
7. Determinar la relación entre las prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinosa Medrano, Lima 2016.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A continuación, se realiza una breve descripción de los antecedentes internacionales, nacionales y locales que orientan el trabajo de investigación, debido a que son referencias de publicaciones científicas que ayudan a comprender el fenómeno en estudio mediante teorías o conclusiones elaboradas por especialistas en el tema, ello permitirá profundizar sobre la importancia de la temática en estudio. En base a esto, se presentan a continuación algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirven de enlace y de referentes para este estudio. Posteriormente, se consideran los principales enfoques teóricos que sustentan la investigación, analizándolas y relacionándolas con el tema de estudio.

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

En Chile, **Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta S. (2013)**, desarrollaron un estudio transversal titulado “nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago”; cuyo objetivo fue conocer el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización de GES odontológico. La población muestral fueron 200 puérperas atendidas en el servicio integral de la mujer de una clínica. Concluyeron que el nivel de conocimiento de las puérperas resultó ser similar al de otros países latinoamericanos, sin embargo los valores que encontrados distan de los observados en países desarrollados, existe un número importante de mujeres embarazadas que no hacen uso de su garantía GES en atención dental, la educación en salud oral durante el control prenatal debe ser una tarea prioritaria de los servicios de salud, tanto a nivel de motivación como de formar hábitos saludables para la familia (21).

En España **Bosch R R, Rubio A M, García H F. (2012)**, desarrollaron un estudio titulado “Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años”. La muestra fueron 50 niños de 9-10 años de edad. Aplicaron una encuesta sobre conocimientos acerca de la salud bucodental antes y después de la intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños. Evaluaron el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa. Los resultados

evidenciaron que antes de la intervención el 78% contestaron que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Antes de la intervención educativa, el 80% de los niños tenían un índice de O'Leary superior al 20%. Obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa. Concluyeron indicando que los conocimientos de los niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa (22).

Antecedentes nacionales

En Trujillo, **Silva R, (2016)**, desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo con un diseño observacional, transversal, prospectivo, titulado “nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E N°66 “César Vallejo Mendoza” en la provincia de Chepén”; tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria. Aplicaron una encuesta estructurada a 332 estudiantes en dicha Institución, concluyendo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la Institución Educativa N° 66 “César Vallejo Mendoza” fue el 86% en un nivel alto y 14% regular y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de dicha institución según sexo fue alto, femenino con 89% y masculino con 83% (6).

En Chimbote, **Hidalgo C K (2016)**, llevó a cabo un estudio cualitativo, de nivel aplicativo, de tipo observacional y descriptivo, no experimental transversal titulado “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de la Institución Educativa N° 88013 “Eleazar Guzmán Barrón” de la Provincia del Santa Región Ancash Mayo; donde evaluaron el nivel de conocimiento sobre salud bucal en 50 padres de familia. Los resultados indica que del 100% de los padres de familia evaluados el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal, es regular con un 92 %, según grupos etarios de 26 a 30 años y de 36 a 48 años tuvieron un 24% regular y según género femenino 76% regular, evaluando cada categoría encontramos que en el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, se obtuvo un porcentaje de 40% nivel bueno, 38 % regular y 22% malo. En la categoría conocimiento con

respecto a las principales enfermedades bucales fue de 90% de los encuestados presentó un conocimiento malo, 10% regular y 0% bueno, acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, un 88%, que poseen un nivel de conocimiento malo, 10% regular y 2% bueno **(23)**.

En Trujillo, **Ríos A C (2014)**, realizó un estudio descriptivo transversal y correlacional, titulado “conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo Essalud”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en niños. La muestra fue 255 madres que acudieron al Programa de Crecimiento y desarrollo que cumplieron los criterios de selección, aplicaron cuestionario estructurado auto administrado para registrar los datos. Concluyó que las madres tenían buen nivel de conocimientos, actitudes aceptables y prácticas regulares sobre la salud oral en los niños, lo que es favorable para lograr hábitos de higiene adecuados en los niños que mejore su calidad de salud oral (5).

En Iquitos, **Tobler G, Casique G (2014)**, llevaron a cabo un estudio de tipo correlacional y de corte transversal, titulado “relación entre la caries dental en preescolares de la I.E. “los honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral”. Tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. La muestra fueron 246 preescolares de 3 a 5 años de edad y sus respectivas madres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Concluyeron que existe relación significativa entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral ($p = 0.01$) (24).

En Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash **Peña H N, Nolasco T A. (2012)**, desarrollaron un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; con el objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en las gestantes, para lo cual aplicaron una encuesta estructurada de manera voluntaria en 60 gestantes que acudieron a consulta prenatal. Los resultados evidenciaron un nivel de conocimiento en Salud Bucal en un 73,3% mostró un nivel malo, el 26,7 % tuvo un nivel regular y 0% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 63,3% tuvo

un nivel malo, el 33,3% un nivel regular y 3,3% obtuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 86, 7% tuvo un nivel malo, el 13,3% un nivel regular, y 0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 53,3% tuvo un nivel malo, el 33,3% un nivel regular, mientras que el 13,3% un nivel bueno; en cuanto al desarrollo dental el 80% tuvo un nivel malo, el 20% tuvo un nivel regular, y 0% mostró un nivel bueno. El rango de edad más frecuente fue el de 20 a 24 años con un 60%, con un nivel de conocimiento malo y el grado de instrucción más frecuente en gestantes fue primaria con un 46,7%, el cual mostró un nivel de conocimiento malo (25).

Antecedentes locales

En Lima, **Marchena, P (2015)**, desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, transversal y correlacional titulado “relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial de la Victoria”, cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes. La muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes. En la primera etapa de la investigación evaluaron el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres, para lo cual aplicaron un cuestionario de 16 preguntas, dividido en 4 segmentos: 1er segmento sobre elementos de higiene bucal, 2do segmento sobre hábitos de higiene bucal, 3er segmento sobre patologías bucales y el 4to segmento sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda etapa evaluaron el índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes utilizando el índice de Greem y Vermillon, concluyendo que el nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%); el índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%. Existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes (4).

En Lima-Perú **Ávalos J (2012)**, desarrollaron un estudio observacional, descriptivo y transversal titulado “Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la

calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 "Pedro A. Labarthe". La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. Aplicaron un cuestionario de preguntas cerradas; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimientos básicos de salud oral y el índice de higiene oral simplificado (IHO-s). Para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral emplearon la prueba Chi cuadrado. Los resultados evidenciaron que la mayor parte de la muestra presentó un "regular" conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por "bueno" (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un "mala" (59,2%), seguido por "regular" (38,2%). No encontraron relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral (P: 0,360). Concluyeron que aunque la mayor parte de la muestra presentó un "regular" conocimiento en salud oral, la mayoría presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral (26).

En Lima, Benavente, **Benavente L, Chein V, Campodónico R, Palacios A, Ventocilla H, Castro R A, et al. (2012)**; llevaron a cabo un estudio de tipo analítico y transversal titulado "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 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, que acudieron a establecimientos hospitalarios del ministerio de salud (MINSa) y seguro social (ESSALUD). La población estuvo constituida por madres de familia con sus hijos menores de 5 años de edad, (6 a 60 meses). La muestra fueron madres con sus hijos menores de 5 años de edad (n=143). Concluyeron que las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años en la población estudiada (7).

2.2. Base teórica

2.2.1. Teoría del aprendizaje social

La teoría cognitiva social formulada por Bandura trata de proporcionar una caracterización lo más completa y sistemática posible de los factores, tanto internos como externos, que influyen en los procesos humanos de aprendizaje. Según Albert Bandura, el ser humano pasa muchas horas del día adquiriendo conocimientos, a ello se le denomina aprendizaje. Casi sin darnos cuenta, repetimos comportamientos que vemos en los demás. Sin embargo, no somos autómatas. Elegimos el modelo, observamos atentamente, memorizamos y evaluamos si nos compensa imitarle, o no (27).

En esta teoría se destaca la idea de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los otros, las personas adquieren conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. También aprenden acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder, y actúan de acuerdo con que cree que debe esperar como resultado de sus actos (27).

Del mismo modo, la teoría del aprendizaje social se muestran los cuatro procesos que lo dirigen y componen: atención (a partir de los rasgos significativos de la conducta), retención (sobre todo de aquellas conductas que han servido de modelos en un determinado momento), reproducción motora (supone la conversión de las representaciones simbólicas en las acciones apropiadas), motivacional (según las consecuencias observadas para una mayor efectividad) (27).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Conocimiento

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO – OBJETO (28).

2.3.2. Practica

La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos (28). El concepto de práctica puede ser utilizado con varias acepciones distintas. Incluso dependiendo del contexto puede actuar como un

sustantivo (por ejemplo cuando se dice: “ con la práctica se mejora”), pero también como un adjetivo (cuando se dice “realizar ejercicios es práctico para la salud”), de cualquier modo el termino siempre tiene que ver con la noción de que algo se realizara o llevara a cabo y que requiere determinado conocimiento para que los resultados sean los esperados (25).

Asimismo, las prácticas de higiene bucal, es un modo de proceder de cada individuo adquiriendo por repetición actos iguales o semejantes. Este conjunto de acciones realizadas habitualmente tiene como fin la remoción química y mecánica de la placa bacteriana, controlando su desarrollo. También se incluye la limpieza de la lengua, mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias (29).

2.3.3. Actitud

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE) la actitud es el estado de ánimo que se expresa de una cierta manera. Según Rodríguez (28), la actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

2.3.4. Salud Bucal.

La OMS define salud bucal como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial (30).

La salud bucodental también puede definirse como la ausencia de dolor orofacial constante, de cáncer, aftas bucales, enfermedades periodontales, caries dental y/o pérdida de dientes (30). Otros autores definen a la salud bucal como el equilibrio y estabilidad del sistema estomatológico.

Al respecto, Cardenas (31), explica que la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la mal oclusión dentaria.

Según Huesca (32), la salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente. Por salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma. Cuando se habla de salud bucal no debe limitarse el concepto a pensar únicamente en dientes, encías, mucosa oral, todas relacionadas con el proceso masticatorio, ya que la cavidad oral también desempeña otros tipos de funciones.

Por su parte Aguirre, Sáenz, Sánchez (33) refieren que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales.

2.3.5. Higiene bucal

Son prácticas de limpieza que ayuda a prevenir enfermedades en las encías, debe ser realizado de forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva (32).

Pongoy (34), en tanto señala que la higiene bucal es el cuidado adecuado de sus dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. La buena higiene bucal incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.

Por su parte, Poveda (35) señala que la higiene dental es el conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas

La higiene bucal es el cuidado adecuado de sus dientes, encías y boca para prevenir y promover la salud de las enfermedades bucales. La buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente (36).

Otros autores definen a la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos

enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal (37).

2.4. Hipótesis

Ha₁: Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinoza Medrano. Lima-2016

Ha₂: Existe relación entre el tipos de actitudes de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinoza Medrano. Lima-2016

Ha₃: Existe relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P Juan Espinoza Medrano. Lima-2016

2.5. Variables e indicadores

Variables	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Valor
Conocimiento, Actitudes y Prácticas. (variable Independent)	Categórico	Conocimiento	Encuesta Conocimiento Sobre salud oral	Nominal	Bueno=8-6 Regular=5-3 Deficiente=2-0
		Actitudes	Actitud sobre Salud Bucal	Nominal	Positivo=6-4 Negativo =3-1
		Practicas	Prácticas sobre Salud bucal	Nominal	Bueno=6-5 Pobre= 3-4 Malo = 1-2
Estado de Higiene Bucal (variable dependiente)	Categórico	Única	I.H.O.S	Ordinal	Bueno= 0,0- 1,2 Regular= 1,3 - 3,0 Malo= 3,1 - 6,0
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN					
Edad de la madre	Categórico	Grupo etareo	D.N.I	Ordinal	Madre joven Madre adulta Madre adulta mayor
Grado de Instrucción de la madre	Categórico	Escolaridad	Encuesta	Ordinal	Primaria Secundaria Superior
Edad de los pre-escolares	Numérica	Única	Encuesta	Ordinal	3 4 5
Sexo de los Pre-escolares	Categórico	Genero	Encuesta	dicotómica	Masculino Femenino

2.6. Definición operacional de términos

Conocimientos. Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones en este caso a la salud bucal. En el presente estudio el conocimiento fue valorado como bueno, regular y deficiente.

Actitudes. Es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo, en el presente estudio se consideró las actitudes positivas y negativas frente a la salud bucal.

Prácticas. Conjunto coherente de acciones realizadas habitualmente, cuyo fin es realizar la remoción química y mecánica de la placa bacteriana, controlando su desarrollo, en nuestro estudio se consideraron prácticas buenas, pobres y malas.

Higiene bucal. Es el proceso de tener el aparato bucal en óptimas condiciones de limpieza. En el presente estudio se consideró la higiene, buena, regular y Malo.

Estado de salud bucal. Es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes. Se consideró el estado de salud bueno, regular y malo.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

La investigación corresponde a la siguiente taxonomía según Supo (2015):

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados, este estudio fue de **tipo observacional**, ya que no existió intervención alguna por parte de la investigadora; solo se buscó evaluar el problema de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de **tipo prospectivo**, porque se recabó los datos de una fuente primaria.

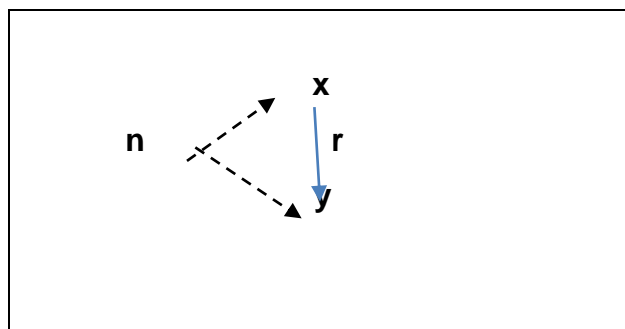
Referente al número de ocasiones en que se mide la variable; el tipo de estudio fue de **tipo transversal** porque se estudiaron las variables en un solo momento.

Y por el número de variables del estudio, la presente investigación fue **analítico**, ya que se cuenta con más de dos variables.

El enfoque de esta investigación, corresponde al cuantitativo; puesto que se probó las hipótesis con base el análisis estadístico para cumplir con el objetivo del estudio.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue correlacional; porque se establecieron una relación entre ambas variables.



Dónde:

n = muestra de estudio

x = variable: CAP (conocimiento, actitud y práctica de la salud bucal)

y = variable: higiene bucal

r = relación de las variables

3.2. Población y muestra

Población: Se trabajó con una población de 80 estudiantes matriculados, en el nivel inicial, durante el periodo lectivo del 2016.

El estudio se realizó en el Institución Educativa Particular “**Juan Espinosa Medrano**” del distrito de San Martín de Porras en Lima.

Muestra

Para determinar el tamaño de muestra, se consideró la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	80
Alfa (Máximo error tipo I)	α =	0.050
Nivel de Confianza	1- α/2 =	0.975
Z de (1-α/2)	Z (1- α/2) =	1.960
Prevalencia	p =	0.500
Complemento de p	q =	0.500
Precisión	d =	0.050

Tamaño de la muestra	n =	66.35
----------------------	-----	--------------

La muestra de nuestro estudio estuvo constituida por 66 madres con sus respectivos niños preescolares, al realizar el proceso de control de calidad de los datos se eliminaron 15 encuestas, siendo la muestra final 51 niños con sus respectivas madres, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Madres que asistieron a la reunión informativa convocada por la investigadora.
- Niños de 3 -5 años en los cuales se obtuvieron su asentimiento y consentimiento de sus padres.
- Madres que voluntariamente desearon participar en el estudio y brindaron su consentimiento Informado.

Criterios de exclusión

- Niños de 3 a 5 años cuyo grado de colaboración fue bajo o Nulo.

- Madres de familia que presentaron alguna discapacidad intelectual que no le permitió brindar una adecuada información.

Tipo de muestreo

Fue el muestreo probabilístico, aleatorio simple.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para evaluar la cavidad bucal de los niños se necesitó de un ambiente proporcionado por el colegio con buena iluminación y utilizamos adicionalmente linternas para poder observar mejor se les explicó a los niños el procedimiento, previa aceptación del asentimiento y consentimiento informado de los padres.

En un primer momento, se procedió a utilizar violeta de genciana como tinción en las piezas que fueron evaluadas, se observó la cantidad de estructura dentaria que era teñida y se procedió a registrar en las fichas de recolección de datos.

En un segundo momento, se realizó una charla referente a la prevención en salud bucal dirigida a las madres de manera participativa y se culminó con el reparto de artículos de limpieza bucal para todos los niños y de un folleto informativo sobre prevención en salud bucal.

Posteriormente, se inició con la aplicación de los instrumentos de medición, los cuales se describen a continuación:

- **Guía de entrevista de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal (anexo 03).** Este instrumento fue autoconstruido, con tres dimensiones. En las actitudes se consideraron 6 ítems, conocimiento con 8 ítems y prácticas con 6 preguntas. Las preguntas de las variable conocimientos, actitudes y prácticas fueron tomados de los autores: Ana Cecilia Cupé-Araujo, Carmen Rosa García-Rupaya. Rosa Sence Campos, Yhedina Sánchez Huamán. Farith González Martínez, Carmen Cecilia Sierra Barrios, Luz Edilma Morales Salinas.
- **Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). (Anexo 04).** Fue elaborado por Greene y Vermillion, quienes crearon el índice de higiene bucal (**OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index**); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos

anteriores y posteriores de la boca. La modificación recibió el nombre de **OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified)**. Este instrumento mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término desechos dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

La técnica usada fue la entrevista y la observación.

Validación de los instrumentos de medición

Validación por juicio de expertos.

Dicha validez se realizó a través de juicio de 6 expertos, ello permitió constatar si los contenidos de los instrumentos son coherentes con la relación entre las preguntas (ítems) del instrumento y las variables (con sus dimensiones) planteadas en el test de elaboración propia. En los anexos del trabajo se adjunta las respectivas constancias.

Confiabilidad

A nivel cuantitativo se midió las propiedades métricas (confiabilidad); del instrumento de medición, los cuales para el cual se aplicó una *prueba piloto a 12 madres con sus respectivos niños con características similares a la muestra en estudio, ajenos a la muestra en estudio, con los cuales se elaboró una base de datos, a los cuales se aplicó la prueba de Alfa de Crombach;* donde se determinó se obtuvo un valor de 0,7 para la variable conocimientos, actitudes y prácticas (19 ítems), ello garantizó la aplicación del instrumento a la muestra en estudio.

Procedimiento de recolección de datos.

- a) Se solicitó el permiso respectivo al director de la escuela odontológica de la Universidad Norbert Wiener una carta de presentación dirigida al director de la institución educativa.
- b) Se cursó una carta dirigida al director de la Institución Educativa Particular Juan Espinosa Medrano, pidiendo el permiso correspondiente para ejecutar el trabajo de investigación.
- c) Se procedió a realizar la coordinación de los días y horarios con los docentes de las respectivas aulas (3, 4,5 años) dela Institución educativa Juan Espinosa Medrano para aplicar los instrumentos de medición.
- d) Se convocó a una reunión de Padres de familia y a través de un consentimiento informado en el cual se les explicará la metodología y objetivos de este estudio. Se obtuvo los permisos para poder examinar a los niños de 2, 3 y 5años de edad, para la recolección de datos.
- e) Se procedió a obtener la información mediante el cuestionario dirigido a las madres, se realizó el análisis respectivo a los niños (Examen clínico), obteniendo el índice de Higiene Oral de los niños.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas y en gráficos de las variables en estudio.

Análisis de los datos

Análisis descriptivo. Según la naturaleza de las variables se utilizaron los siguientes: en el caso de variables cualitativas (género, edad), se utilizaron las medidas de frecuencia y sus respectivos porcentajes, también se elaboraron

las figuras de sectores y de barras dependiendo de las respuestas dicotómicas o politómicas o de ser variables nominales u ordinales. Y en el caso de las variables numéricas se utilizaron las medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

Análisis inferencial. Para la comprobación de las hipótesis de acuerdo a las variables se aplicó la prueba **tau b de kendall para variables categóricas y ordinales y la prueba Chi cuadrado (χ^2) relacionar las variables en estudio (dos por tres variables categóricas).**

Se tuvo en cuenta el valor p, de la significancia estadística, se consideró si: el valor $p \leq$ de 0.05, entonces se aceptó la hipótesis del investigador y se rechazó la hipótesis nula y si el **p valor es > 0.05** se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis del investigador. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22, de Windows.

Aspectos éticos

En la presente investigación se consideró que la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Asimismo, el presente trabajo de investigación fue presentado al comité de ética de la universidad patrocinadora del estudio, para su respectiva revisión y/o aprobación. También, se aplicó el asentimiento y consentimiento informado, en los cuales se plasmó los siguientes principios éticos:

No maleficencia: este estudio no representó ningún riesgo, puesto que no se hizo ninguna intervención.

Autonomía: las madres tuvieron libre derecho de decidir la participación de sus menores hijos.

Beneficencia: este estudio en el futuro representará un beneficio porque proporcionará una evidencia científica que permitirá un mejor abordaje de la salud bucal.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Grado de escolaridad de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Grado de escolaridad	n= 51	
	fi	%
Primaria	6	11,8
Secundaria	25	49,0
Superior	20	39,2

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

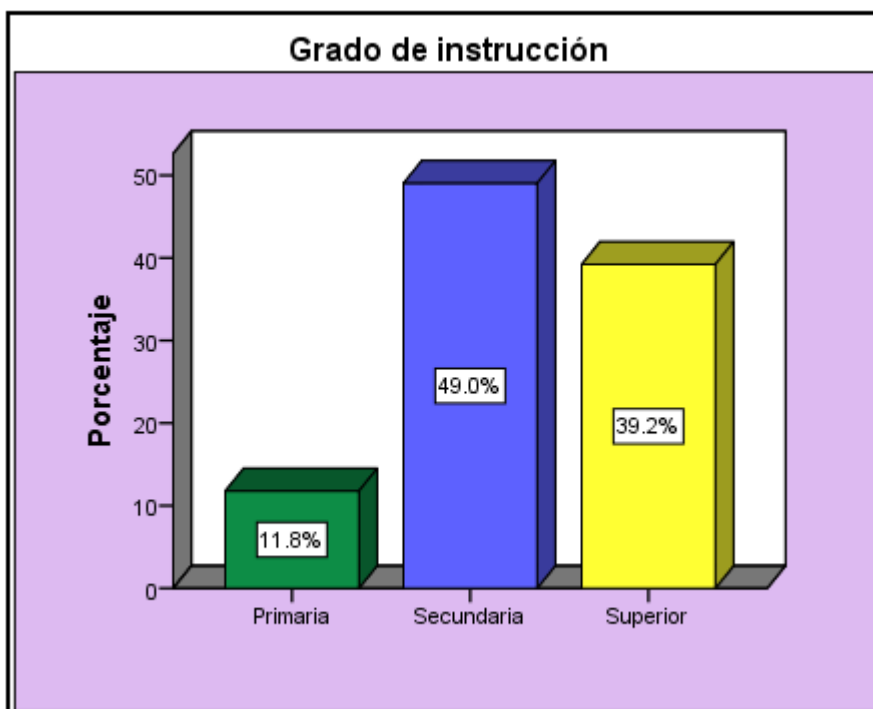


Figura 1. Representación gráfica del grado de escolaridad de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

En la tabla 1 y figura 1 acerca de las características generales de las madres de niños de 3 a 5 años en estudio, respecto al grado de escolaridad, se muestra que, 11,8% (6) cuentan con primaria; 49,0% (25) con secundaria y; 39,2% (20) con superior.

Tabla 2. Características demográficas de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Características demográficas	n= 51	
	fi	%
Edad de los niños		
3 años	10	19,6
4 años	20	39,2
5 años	21	41,2
Género		
Masculino	32	62,7
Femenino	19	37,3

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

En la presente tabla acerca de las características demográficas de los niños de 3 a 5 años en estudio, en cuanto a la edad de los niños, 19,6% (10) tienen 3 años; 39,2% (20) 4 años y; 41,2% (21) 5 años. Referente al género de la muestra, se aprecia que, 62,7% (32) pertenecen al género masculino, frente al 37,3% (19) de féminas.

Tabla 3. Estado de la higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Higiene bucal	n= 51	
	fi	%
Bueno	6	11,8
Regular	37	72,5
Malo	8	15,7

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

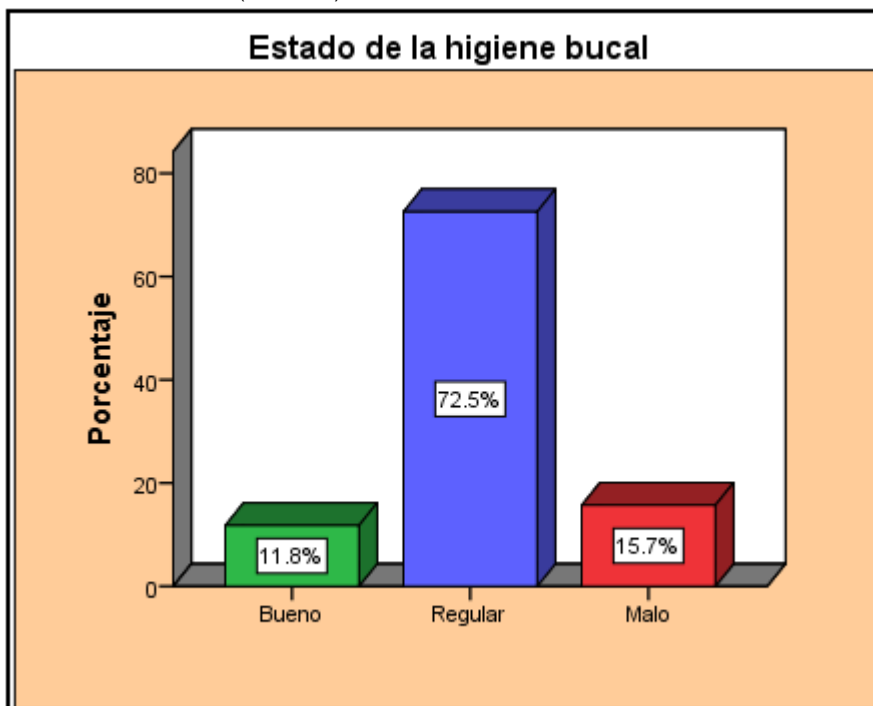


Figura 2. Representación gráfica del estado de la higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

En la presente tabla y figura sobre el estado de la higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, se evidencia que, 11,8% (6) tienen una buena higiene; 72,5% (37) regular y; 15,7% (8) tienen una mala higiene.

Tabla 4. Descripción de las actitudes sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Actitudes	n= 51					
	De acuerdo		No sabe		Desacuerdo	
	fi	%	fi	%	fi	%
Los microorganismos que causan la caries en su niño lo puede adquirir a través de la saliva	31	60,8	14	27,5	6	11,8
Una alimentación frecuente de azúcar, asociado a la falta de higiene puede producir caries dental	46	90,2	3	5,9	2	3,9
La higiene bucal de su niño debe realizarse desde que aparece el primer diente o incluso antes	41	80,4	7	13,7	3	5,9
La pasta dental es importante para la prevención de caries dental	40	78,4	5	9,8	6	11,8
Considera importante que su niño visite al dentista antes de los 2 años	36	70,6	8	15,7	7	13,7
Su niño es capaz de lavarse los dientes sin supervisión de un adulto	27	52,9	5	9,8	19	37,3

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

La presente tabla sobre las actitudes sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que una importante proporción están “De acuerdo” en que, los microorganismos que causan la caries en su niño lo puede adquirir a través de la saliva [60,8% (31)]; 90,2% (46) una alimentación frecuente de azúcar, asociado a la falta de higiene puede producir caries dental; 80,4% (41) la higiene bucal de su niño debe realizarse desde que aparece el primer diente o incluso antes; 78,4% (40) la pasta dental es importante para la prevención de caries dental; 70,6% (36) considera importante que su niño visite al dentista antes de los 2 años y; 52,9% (27) su niño es capaz de lavarse los dientes sin supervisión de un adulto. Mientras que, en menor proporción mostraron no saber y estar en desacuerdo.

Tabla 5. Descripción de los conocimientos sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Conocimientos	n= 51					
	Verdadero		Falso		No sabe	
	fi	%	fi	%	fi	%
La caries es la mancha que aparece en los dientes producido por la presencia de microorganismos, consumo de azúcar y falta de higiene	49	96,1	0	0,0	2	3,9
El primer diente del bebé puede aparecer a partir de los 6 meses de edad	38	74,5	6	11,8	7	13,7
Todos los dientes de leche están completos en boca a la edad de 2 años	22	43,1	13	25,5	16	31,4
El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar y carbohidratos	37	72,5	6	11,8	8	15,7
La higiene bucal del niño debería realizarse después de cada comida incluso antes de que aparezca el primer diente	46	90,2	3	5,9	2	3,9
El flúor de la pasta dental fortalece los dientes y previene caries dental	30	58,8	9	17,6	12	23,5
Es necesario curar la caries en los dientes de Leche	21	41,2	20	39,2	10	19,6
La concentración de flúor es igual en la pasta dental del adulto ,que en la pasta dental de niño	4	7,8	15	29,4	32	62,7

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

La presente tabla acerca de los conocimientos sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que una importante proporción indicaron “Verdadero” en que, la caries es la mancha que aparece en los dientes producido por la presencia de microorganismos, consumo de azúcar y falta de higiene [96,1% (49)]; 74,5% (38) el primer diente del bebé puede aparecer a partir de los 6 meses de edad; 43,1% (22) todos los dientes de leche están completos en boca a la edad de 2 años; 72,5% (37) el principal tipo de comida que

puede causar caries es el azúcar y carbohidratos; 90,2% (46) la higiene bucal del niño debería realizarse después de cada comida incluso antes de que aparezca el primer diente; 58,5% (30) el flúor de la pasta dental fortalece los dientes y previene caries dental; 41,2% (21) es necesario curar la caries en los dientes de Leche y; 7,8% (4) la concentración de flúor es igual en la pasta dental del adulto ,que en la pasta dental de niño. Mientras que, en menor proporción indicaron falso y no saber.

Tabla 6. Descripción de las prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Prácticas	n= 51					
	Siempre		A veces		Nunca	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sopla la comida para enfriarla o la prueba antes de dársela al niño	26	51,0	16	31,4	9	17,6
Qué tan seguido le da alimentos y jugos dulces a su niño	15	29,4	34	66,7	2	3,9
Qué tan seguido realiza la higiene bucal de su niño	29	56,9	22	43,1	0	0,0
La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes de su niño es de todo el largo del cepillo	31	60,8	14	27,5	6	11,8
Uso biberón con algún líquido dulce, cuando su niño era un bebé	14	27,5	16	31,4	21	41,2
Su niño debe iniciar la visita al dentista antes de que le salga todos los dientes de leche	26	51,0	13	25,5	12	23,5

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

La presente tabla acerca de las prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que una importante proporción indicaron que “Siempre”, sopla la comida para enfriarla o la prueba antes de dársela al niño y su niño debe iniciar la visita al dentista antes de que le salga todos los dientes de leche [51,0% (26)]; qué tan seguido le da alimentos y jugos dulces a su niño [29,4% (15)]; qué tan seguido realiza la higiene bucal de su niño [56,9% (29)]; la cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes de su niño es de todo el largo del cepillo [60,8% (31)]; uso biberón con algún líquido dulce, cuando su niño era un bebé [27,5% (14)]. Mientras que, en menor proporción practican a veces o nunca.

Tabla 7. Descripción de las actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

Actitudes, conocimientos y prácticas	n= 51	
	fi	%
Conocimiento		
Bueno	10	19,6
Regular	37	72,5
Deficiente	4	7,8
Actitudes		
Positivo	43	84,3
Negativo	8	15,7
Prácticas		
Bueno	4	7,8
Pobre	31	60,8
Mala	16	31,4

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).



Figura 3. Representación gráfica de las actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano. Lima 2016

En la presente tabla sobre las actitudes, conocimientos y prácticas sobre salud bucal de las madres de niños de 3 a 5 años en estudio, en cuanto al conocimiento, 19,6% (10) tiene un buen conocimiento; 72,5% (37) regular y; 7,8% (4) deficiente. Referente a las actitudes, 84,3% (43) tienen una actitud positiva,

frente al 15,7% (8) que tienen actitud negativa. Así mismo sobre las prácticas, 7,8% (4) realizan buenas prácticas; 60,8% (31) practica pobre y; 31,4% (16) realizan malas prácticas.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 8. Correlación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016

Nivel de conocimientos	Estado de higiene bucal						Tau b de kendall	p-valor
	Bueno		Regular		Malo			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Bueno	0	0,0	10	19,6	0	0,0	0,084	0,300
Regular	6	11,8	24	47,1	7	13,7		
Deficiente	0	0,0	3	5,9	1	2,0		
Total	6	11,8	37	72,5	8	15,7		

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

Analizando la correlación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que el 47,1% (24) presentaron un estado de higiene bucal regular y un nivel de conocimiento regular.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de kendall, se halló un valor calculado de 0,084, sin significancia estadística ($p = 0,300$). Así mismo se muestra una correlación ínfima, por ello se aceptó la hipótesis nula.

Tabla 9. Relación entre las actitudes de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016

Actitudes	Estado de higiene bucal						X ²	p-valor
	Bueno		Regular		Malo			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Positivas	6	11,8	37	72,5	8	15,7	3,590	0,166
Negativas	0	0,0	8	15,7	0	0,0		
Total	6	11,8	37	72,5	8	15,7		

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

Al evaluar la relación entre las actitudes de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que el 72,5% (37) presentaron un estado de higiene bucal regular y una actitud Positiva.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 3,590, sin significancia ($p = 0,166$). Por ello se aceptó la hipótesis nula.

Tabla 10. Correlación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del I.E.P. Juan Espinosa Medrano del Distrito de San Martín de Porras, Lima 2016

Nivel de prácticas	Estado de higiene bucal						Tau b de kendall	p-valor
	Bueno		Regular		Malo			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Bueno	2	3,9	1	2,0	1	2,0	0,347	0,020
Pobre	4	7,8	25	49,0	2	3,9		
Malo	0	0,0	11	21,6	5	9,8		
Total	6	11,8	37	72,5	8	15,7		

Fuente. Guía de encuesta (Anexo 01).

Analizando la correlación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, se aprecia que el 49,0% (25) presentaron un estado de higiene bucal regular y un nivel de prácticas pobre.

Comprobando la relación entre dichas variables, mediante la prueba de tau b de kendall, se halló un valor calculado de 0,347, con significancia estadística ($p = 0,020$). Así mismo se muestra una correlación moderada, por ello se rechazó la hipótesis nula.

4.3. Discusión

A continuación se explican que los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva del investigador, y finalmente se extraen elementos para plantear las conclusiones, siendo que fue muy limitado la información referida a las prácticas de salud bucal y la higiene bucal, ya que este fue la única hipótesis significativa que se halló en el estudio.

Asimismo, la presente investigación es muy singular para la muestra aplicada (validez interna) mas no para muestras que guarden características similares en otros contexto (validez externa); por lo que futuras investigaciones podrían desarrollar estudios con mayor tamaño muestral. Se garantiza la validez interna del estudio para el contexto del estudio, en el sentido que, las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativa a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p > 0,05$.

Si bien los hallazgos del presente estudio provienen de una información transversal obtenida a partir de una encuesta, en el diseño se lograron incluir los elementos mínimos requeridos para la obtención de validez: utilización de instrumentos validados, obtención de una muestra probabilística proporcional, restricción de sujetos a partir de criterios de exclusión y análisis estratificado. En tal sentido, los resultados obtenidos se consideran importantes, ya que para que una intervención tenga éxito es necesario conocer previamente las necesidades reales del grupo poblacional al cual va dirigida antes de realizar cualquier tipo de intervención, orientándose inicialmente por los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucal y su relación con higiene bucal, los cuales pueden ser analizados desde la perspectiva de los padres y cuidadores para servir de guía a los profesionales y tenerlos en cuenta para preservar la salud bucal en estos individuos.

La salud bucal es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud por la carga de patologías orales, los costos de tratamiento y la posibilidad de medidas eficaces de prevención. La salud bucal en la actualidad no es un tema prioritario, siendo que es una problemática de salud con alta prevalencia e

incidencia. La salud bucal debería ser uno de los objetivos de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública, en las vías de desarrollo (38). Irónicamente, la prevención es sencilla, dependiendo de la adopción de comportamientos iniciados a edad temprana de manera a influir en la escogencia de estilos de vida saludables. En razón a ello, el principal aporte de esta investigación es que permitirá ayudar a los padres y a sus hijos, a partir de la medición de su nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud bucal. Teniendo en cuenta que los hábitos de higiene bucal se establecen durante los primeros años de vida, siendo los padres y principalmente la madre quien funciona como modelo de aprendizaje.

Los resultados obtenidos y las ventajas señaladas motivan a profundizar la temática del estudio. Del mismo modo, los resultados del estudio contribuirán a la propuesta de líneas de acción para reforzar las actuales actividades preventivas y promocionales de caries y gingivitis del párvulo en los establecimientos educacionales. De esta manera, se pretende dar un paso más hacia la complementariedad entre salud y educación en la consecución del objetivo común de mejorar la calidad de vida de la población.

Se contrastaron 3 hipótesis, de las cuales solo una de ellas resultó significativo, se halló relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio [tau b de Kendall, =0,347 y $p = 0,020$], por lo que se aceptó la hipótesis de investigación. Al respecto, Rumaire, Peña (39), señalan que la práctica de la higiene bucal es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación, correspondiente a padres y docentes, por ello se ha de enfatizar que es un tema básico en el desarrollo en los programas de la educación para la salud. Cuando el niño/a acude a la escuela presenta unos hábitos de higiene, más o menos adquiridos en el domicilio familiar; en la escuela estos hábitos han de ser reforzados o sustituidos según su carácter.

También, el Ministerio de Salud de Chile (40), resalta que la salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, entre otros aspectos, con un estado bucal favorable.

La higiene bucal son prácticas que provienen de los grupos sociales a los cuales pertenece la persona. Por ello, una mujer que tiene malos hábitos de

cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se creará un círculo vicioso que perpetua el desarrollo de las caries (41).

Según Meléndez (42), la práctica de la higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad, y a partir de este momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de su higiene oral nocturna.

Tal como explica Campos (37), generalmente, la población adquiere primero conocimientos, después actitudes y finalmente comportamientos respecto a un hábito. Sin embargo, algunos programas realizan el recorrido contrario; imponen unos beneficios que obtienen y cambian la actitud. Las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y que consisten en la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos.

Los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido y de sus experiencias. Por ello, gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos y mejorar las prácticas sobre las conductas saludables y las de riesgo, sin considerar que esto es apenas una parte de todos aquellos factores que determinan el estado de salud (38).

Para que la higiene bucal sea efectiva, debe ser bien realizada. Esto es difícil para un niño, pues la capacidad de manejar sus manos y efectuar movimientos delicados y de precisión se adquieren con los años. A medida que crecen los niños, se facilita la tarea de barrido mecánico, van desarrollando la madurez para cepillarse por sí solos los dientes, pero siempre este debe ser supervisado por un adulto responsable (43), especialmente por la madre o por la persona responsable del cuidado del infante. A medida que el niño crece, son introducidos otros elementos para el cuidado de su dentición. Desde la aparición del primer molar deciduo, se cambia la gasa por el cepillo dental. Entre los 3 y 4 años de edad el niño alcanza cierto grado de desarrollo psicomotor que le permitirá por sí solo manipular el cepillo teniendo la supervisión de sus padres por lo menos una vez al día (44).

Por ello es necesario que el entorno que rodea a los niños y niñas debe por tanto potenciar que éstos adquieran los conocimientos y habilidades necesarios

que les permitan tener una buena salud en general y de cuidado dental en particular (45).

Por su parte, Sence (46) explica que los padres y cuidadores pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades de sus hijos, pues son los principales transmisores de hábitos de salud bucal, incluyendo el cepillado diario y una consulta odontológica temprana. En salud oral diversas investigaciones han determinado una asociación entre la mala condición de salud bucal de los niños y el desconocimiento o conocimiento inexacto de los padres sobre medidas preventivas en salud oral, así como con la falta de orientación y supervisión de hábitos en sus hijos (inicio del cepillado bucal, técnicas y momentos de cepillado) (47).

En tanto, Rajab, Petersen, Bakaeen, Hamdan (48), encontraron que a pesar que la mayoría de padres relaciona una mala salud bucal con la mala higiene o dieta rica en azúcares, la mayoría solo llevan a sus hijos al dentista por razones sintomáticas; lo que demuestra que la condición de salud bucal de los niños también depende de la valoración que le dan los padres. Así, se ha determinado que comprender sus necesidades y la capacidad de controlar el cepillado y dieta de sus hijos son los más importantes predictores de hábitos favorables en los niños (49); adicionalmente, la percepción de la condición de salud bucal influye en la percepción de calidad de vida (50).

Los expertos coinciden en señalar que los hábitos adquiridos durante las edades más tempranas son críticos para mantener una buena salud a lo largo de la vida. Los padres deben animar a sus hijos a cepillarse regularmente y usar la seda dental y aquí el ejemplo que pueden dar siguiendo ellos mismos unas costumbres adecuadas es de vital importancia.

Por su parte Cupé, García (15) indican que los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños . Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.

La comprensión de los padres sobre las necesidades en salud general y bucal de sus hijos podría ayudar a superar las barreras que encuentran para

acceder a la atención en salud. Entre estas barreras, además del factor económico, se encuentra el comúnmente mencionado “sobrecargo en la vida cotidiana”. Otros hábitos de higiene, como el lavado de manos, han sido evaluados encontrándose prácticas inadecuadas asociadas a madres de zonas rurales y con bajo nivel de instrucción (51, 52).

Frente a los resultados hallados, numerosos estudios apoyan la Educación para la Salud en las escuelas como instrumento de Promoción y Prevención de la Salud Bucodental. Por ello la importancia de conocer proyectos que se dirijan a trabajar este aspecto. Instituciones como la OMS, la UNESCO y la UNICEF apoyan el desarrollo de Programas de Educación para la Salud en las escuelas, al permitir Promocionar y Educar en Salud, abarcando a la mayoría de la población (53).

Los resultados del presente estudio serían aplicables a la luz del diseño de intervenciones acordes con las necesidades de los individuos, lo que puede garantizar un impacto positivo sobre su salud oral, a partir de la consolidación de los conocimientos, promoción de actitudes favorables y prácticas orales adecuadas. Siendo la salud bucal un aspecto importante en el cuidado integral de la población infantil, los padres de familia se consideran la fuente primaria de la educación temprana en los menores, así como los maestros y toda persona encargada de su cuidado. Actualmente el número de padres que trabajan fuera del hogar va en incremento, por lo que los niños pasan una cantidad considerable de tiempo en centros educativos, de manera que su personal se involucra en la higiene general y el cuidado de la salud oral, de modo que todas las intervenciones de promoción deben ir dirigidas a ambos grupos (15).

A partir de estos análisis cabe resaltar que existe una necesidad de reorientar las actividades de los profesionales de salud al nivel comunitario donde las estrategias debe incluir la comprensión de factores que determinan los comportamientos tales como conocimientos, actitudes y las prácticas en los determinados contextos social y cultural en los que intervienen los diferentes determinantes de la salud bucal, sobre en todo en lo que respecta a los conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucal.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados se arribó a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento de las madres en estudio sobre salud bucal de los niños de 3 a 5 años fue de nivel regular.
2. El tipo de actitud de las madres sobre salud bucal de los niños de 3 a 5 años fue positiva en una gran proporción de la muestra en estudio.
3. Las prácticas de las madres sobre salud bucal de los niños de 3 a 5 años de mayor predominio fueron pobres.
4. El estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años evidenció una higiene regular.
5. Al contrastar las hipótesis en estudio, en un primero momento se halló que no existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, por lo que se aceptó la hipótesis nula.
6. También al analizar la relación entre las actitudes de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, mediante la prueba de chi cuadrado, no se halló significancia estadística entre dichas variables. Por ello también se aceptó la hipótesis nula.
7. En un tercer momento, se analizó la relación entre el nivel de prácticas de las madres sobre salud bucal y el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años en estudio, y se halló relación entre dichas variables, por lo que se aceptó las hipótesis de investigación.

5.2. RECOMENDACIONES

A continuación se realizan algunas recomendaciones:

Sector salud

- Articular los esfuerzos de varios sectores y que promueva el desarrollo de planes, programas proyectos y acciones, planteadas en coherencia con el contexto y las condiciones particulares de la población infantil en torno a la salud infantil.
- Promover en los padres que asisten a los diferentes servicios de salud, la educación sobre cuidados orales de sus hijos. Insistir que exista una oportuna y regular asistencia al odontólogo desde la aparición de los primeros dientes.
- Modificar los programas vigentes de salud oral, dirigidos a preescolares, de instituciones públicas y privadas, a fin de adquirir los conocimientos básicos sobre higiene bucal y pueda a su temprana edad prevenir la formación de la placa bacteriana y posteriormente la caries.
- Elaborar programas educativos que incluyan la participación de docentes y padres de familia para fortalecer las actividades y lograr un efecto multiplicador.
- Capacitar a los docentes en temas de salud bucal, manejo de la técnica del cepillado, entre otros.

Sector educación

- La escuela tiene la obligación de abordar la salud como base que les permita alcanzar sus objetivos educativos. Hay evidencias científicas que indica una relación entre la mala salud y los resultados educativos. La mala salud impide el aprendizaje. Además es en este periodo de la vida cuando las medidas preventivas han demostrado que producen sus mejores efectos.
- Fomentar más horas de actividades de promoción de la salud bucal y prevención de la enfermedad a nivel de las instituciones educativas.
- Desarrollar metodologías de educación como los talleres vivenciales para mejorar la adopción de las prácticas de higiene bucal.

- Desarrollar talleres didácticos de técnicas de higiene bucal, en coordinación con los profesionales de odontología.

Profesionales de la odontología

- Desarrollar programas de intervención sanitaria, impulsando un trabajo en equipo para la planificación, ejecución, programación y evaluación de las actividades de salud, necesarios para garantizar la atención más adecuada en la solución de los problemas relacionados con la salud integral del niño.
- Organizar e implementar charlas preventivas, donde los odontólogos se encarguen de filtrar, capacitar, educar y promover el conocimiento sobre la higiene bucal dental para motivar al niño y la niña al cuidado de su boca utilizando medios audiovisuales, radiofónicos y los medios disponibles, en los salones de clase.
- Propiciar información, pero ésta por sí sola no es capaz de originar cambios en la conducta de los individuos, es indispensable facilitar escenarios para el intercambio de opiniones, experiencias, sentimientos y la elaboración de nuevos mensajes educativos.
- Realizar talleres vivenciales donde se enseñe y refuerce las técnicas adecuadas de cepillado y uso de hilo dental a los niños de nivel primario, a cargo de personal capacitado.
- Involucrar en la acción oportuna a los padres y maestros de las Cunas para una mayor motivación e incentivo en la estimulación de la higiene oral en esta etapa de la vida.

Para los padres de familia

- Orientar a los padres y/cuidadores de los niños sobre la importancia de la prevención que conlleva a la enseñanza con charlas educativas y crear conciencia sobre todos los métodos que se deben utilizar para mantener una buena higiene bucal como parte de la salud integral del individuo.
- Motivar las practicas de auto-cuidado de higiene bucal en nuestros hijos para prevenir las enfermedades bucales, cumpliendo con las normas de higiene: como el cepillado tres veces al día, el uso del hilo dental, enjuagues bucal, etc.

- Acudir periódicamente a las citas programadas por su odontólogo para el control y el mantenimiento de su higiene bucal así como a una evaluación general cada 6 meses.
- Participar en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para la comunidad científica

- En estudios posteriores incluir datos que nos permitan determinar sobre el nivel socioeconómico que constituirían una variable importante en este tipo de estudios.
- Desarrollar estudios con mayor tamaño muestral, con el fin de garantizar la validez externa.
- Realizar investigaciones similares evaluando la variable nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de higiene bucal en niños preescolares de forma longitudinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Romero RM, Carrillo Cárdenas M, Terrazas Ríos JF, Canales Martínez CE. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Rev de la Asociación Dental Mexicana. 2001;58(2):68-73.
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria. Modulo salud oral [Internet]. [Consultado 2017 Dic 06]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>.
3. Ministerio de Salud. Chile. Plan nacional de salud buco dental 1990-1999 [Internet]. [Consultado 2017 Dic 05]. Disponible en: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/en/lil-275287>.
4. Marchena Pejerrey Z. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria - 2015. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Estomatología; Lima, 2015.
5. Ríos Angulo CM. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo Essalud, 2014. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Estomatología; Trujillo, 2014.
6. Silva Moncada R. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la IE N° 66 “César Vallejo Mendoza” de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Odontología; Trujillo; 2016.
7. 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. Rev. Odontología Sanmarquina. 2012;15(1):14-8.

8. Ministerio de Salud. Análisis de La Situación de Salud del Perú [Internet]. [Consultado 2017 Ene 02]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>.
9. Delgado Llancari R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna–Huancavelica. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. E.A.P de Odontología; 2012.
10. Díaz Cárdenas Y, Valdés Sardiñas S, Suárez Morales X, de León Echevarría A, Riera Vázquez L, Martínez Pérez Y. Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar. *Medicentro Electrónica*. 2015;19(4):233-9.
11. Moses Augusto XA. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate–Vitarte en el año 2013. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Odontología; 2014.
12. De la Cruz Rubianes E, Evangelista Rodríguez J, Milla Torres D, Monge Poma V, Nuñez Muños M, Perez Cahuaya L, et al. Determinación del riesgo estomatológico en niños de 5 a 12 años que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año. [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2008.
13. Lizana Ojanama S, Matias Isuiza CM. Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en ACLAS CS I-3 Cardozo en el año 2017. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de Odontología; 2017.
14. Ministerio de Salud. Sala de prensa. implementa acciones para proteger a los niños de la caries dental [Internet]. [Consultado 2017 Dic 04]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25670>.
15. Cupé Araujo AC, García Rupaya CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatológica Herediana*. 2015;25(2):112-21.

16. Misrachi C, Sáez M. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Rev. Cuad Méd Soc.* 1989;30(2):27-33.
17. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Rev. Medisan.* 2011;15(10):1445-58.
18. González Martínez F, Sierra Barrios CC, Morales Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Rev. Salud pública de México.* 2011;53(3):247-57.
19. Oliveira ER, Narendran S, Williamson D. Oral health knowledge, attitudes and preventive practices of third grade school children. *Rev. Pediatric dentistry.* 2000;22(5):395-400.
20. Cueto U, Soto C, Muñoz D. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. *Rev Chil Salud Pública.* 2010;14(2-3):361-3.
21. Núñez J, Moya P, Monsalves MJ, Landaeta S. Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. *International journal of odontostomatology.* 2013;7(1):39-46.
22. Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Rev. Avances en odontoestomatología.* 2012;28(1):17-23.
23. Hidalgo Castro KB. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de la institución educativa N° 88013 "Eleazar Guzmán Barrón" del distrito de Chimbote provincia del Santa región Ancash Mayo-2016. [Tesis de grado]. Lima: Universidad de Chimbote. Facultad de Odontología; 2016.
24. Tobler García DC, Casique Gonzales LD. Relación entre la caries dental en preescolares de la IE Los Honguitos y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. distrito Iquitos-Maynas 2014. [Tesis de grado]. Iquitos: Universidad de Iquitos. Facultad de Odontología; 2014.
25. Peña Hinojosa N, Nolasco Torres A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes multigestas Puesto Salud La Florida, Chimbote 2013. In *Crescendo Ciencias de la salud.* 2014;1(1):12-544.
26. Avalos JC. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Rev. Kiru.* 2016;12(1).

27. Bandura A, Rivière A. Teoría del aprendizaje social. Rev. Espasa-Calpe Madrid. 1982;7(3):56-65.
28. 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.
29. Saavedra Padilla N. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños de 0 a 36 meses y el nivel de conocimiento sobre salud oral de madres en el Hospital Marino Molina Scippa, Lima 2011. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Odontología; 2011.
30. Guada N. La salud bucal como un derecho humano [Internet]. [Consultado 2017 Dic 02]. Disponible en: <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/anuc/n36/art11.pdf>.
31. Cardenas Zegarra OP. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 2do de secundaria de la institución educativa “Fe y Alegría N° 16” del distrito de Chimbote, Ancash, Mayo 2015. [Tesis de grado]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
32. Huesca Acost E. Salud bucal [Internet]. [Consultado 2017 Dic 05]. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-higiene-bucal.pdf>.
33. Aguirre L, Sáenz Martínez LP, Sánchez Pérez TL. Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud. Rev. Invest. 2006;4(2):34-77.
34. Pongoy M. Educación para la salud. La educación para todos 2ª ed Guayaquil Ecuador. 2007.
35. Poveda Ayón JD. Higiene Oral y Problemas Bucodentales de los niños de la Escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa. [Tesis de grado de Odontología]. Lima: Universidad San Gregorio de Portoviejo. Unidad Académica Salud; 2011.
36. Barreno G. Proyecto Educativo para Promover la Higiene Bucodental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la Comunidad Miguicho Adentro. Cantón Santa Ana. Provincial Manabí 2011 [Tesis bachiller]. Riobamba- Ecuador: Escuela superior Politencia de Chimborazo;2011.

37. Campos M. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1° año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua – Cañete [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
38. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. CES odontología. 2004;17(1):19-29.
39. Rumaire R, Peña M. Estrategias para motivar los hábitos de higiene bucal en los niños. [Trabajo de Grado para optar al título de Técnico Superior Universitario en Educación Mención Preescolar]. República Bolivariana de Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior. Instituto Universitario de Educación Especializada. Educación Mención Preescolar. Maracaibo Estado Zulia; 2010.
40. Ministerio de Salud de Chile. Programa de prevención y promoción en salud bucal [Internet]. [Consultado 2017 Ene 02]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>.
41. Palomer L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Rev chilena de pediatría. 2006;77(1):56-60.
42. Meléndez M. Conocimiento y hábitos en higiene bucal de usuarios que acuden a la clínica odontológica del centro de salud Juan Manuel Morales, Blue Fields – RAAS III Trimestre 2007. [Tesis de grado]. Managua: Universidad Nacional de Nicaragua Managua; 2007.
43. Ávila S. Influencia del programa educativo “Sonríe Feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del Colegio José Olaya Balandra, Distrito de Mala, 2009. [Tesis para obtener el título profesional]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal Facultad Odontología; 2011.
44. Chamorro I. Evaluación del Potencial Cariogénicos de los alimentos contenidos en loncheras de preescolares del Centro Educativo Ecológico Trilingüe Gonzalo Ruales Benalcazar. [Tesis de postgrado de Odontopediatría] Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2009.
45. Gaeta ML, Cavazos J, Cabrera MdR. Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2017;15(2).

46. Sence Campos R. Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. *Rev. Kiru*. 2015;6(1).
47. Gussy MG, Waters E, Riggs E, Lo SK, Kilpatrick N. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Australian dental journal*. 2008;53(1):52-60.
48. Rajab L, Petersen P, Bakaeen G, Hamdan M. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002;12(3):168-76.
49. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community dental health*. 2004;21(1 Suppl):102-11.
50. Talekar Pahel B, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and quality of life outcomes*. 2007;5(1):6.
51. Scott BE, Lawson DW, Curtis V. Hard to handle: understanding mothers' handwashing behaviour in Ghana. *Health Policy and Planning*. 2007;22(4):216-24.
52. Sakisaka K, Wakai S, Wongkhomthong S-A. Domestic hygiene behaviour of mothers with children aged 0-5 years old in Tayabo village, Nueva Ecija, the Philippines. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2002;14(2):91-8.
53. Pardo Navarro M. Proyecto de salud bucodental en la educación infantil. [Trabajo de final de grado en Maestro de Educación Infantil]. España: Universitat Jaume; 2015-2016.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Cod

Estimada Madre:

Mi nombre es **Judy Ayala Prado**, soy alumna de la Facultad de Odontología de la Universidad Norbert Wiener y estoy realizando mi Tesis para obtener el título profesional. El nombre de mi investigación es " **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL EN RELACION CON EL ESTADO DE HIGIENE BUCAL DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL I.E.P. JUAN ESPINOSA MEDRANO. LIMA 2016”**" Esperando lograr su participación en este estudio y que esta sea de forma **voluntaria e informada**, le solicito lea lo siguiente:

El propósito del presente documento, es aplicar un cuestionario desarrollado para describir el nivel de conocimiento que poseen las madres de niños de 3-5 años de edad, sobre **CONOCIMIENTOS,**

ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL y compararlo con el estado de higiene bucal de los niños según la edad de la madre, grado de instrucción, número de hijos. Éste consta de 3 dimensiones. **CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICA** para cumplir con los objetivos ya mencionados. . Responder las preguntas le tomará máximo 15 minutos de su tiempo. **La información obtenida se manejará de forma confidencial.** Su participación es voluntaria y puede retirarse si así lo desea. Asimismo se realizara una evaluación oral al niño para observar el estado de higiene bucal mediante el **INDICE DE HIGIENE** que consta de una tinción de los dientes de su niño para medir el acúmulo de restos alimenticios, dicha tinción no ocasiona malestar en los niños ni dolor.

No existe remuneración por su participación en el estudio. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número para realizar un análisis estadístico, lo mismo que su consentimiento, por lo que se respetará su identidad personal. Por tratarse de un cuestionario, no existe ningún riesgo asociado para su salud física.

Por ende acepto llenar el cuestionario y que mi menor hijo sea examinado por la responsable del trabajo. Teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y únicamente para fines de estudio.

Responsable del trabajo: Juey Ayala Prado

Código del niño:.....

Firma de la madre o apoderado:.....

D.N.I......

Fecha de aplicación:.....



Cod
ANEXO 2

ASENTIMIENTO INFORMADO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL EN RELACION CON EL ESTADO DE HIGIENE BUCAL DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL I.E.P. JUAN ESPINOSA MEDRANO. LIMA 2016”

Mi nombre es Judy Ines Ayala Prado soy estudiante de la Universidad privada Norbert Wiener, de la escuela de Odontología. Actualmente estoy realizando una investigación quiero saber si tienes la boquita limpia, si tu mami o papi te cepillan los dientes y para ello quiero pedirte que me ayudes.

Tu participación en el estudio consistirá en dejar que yo realice una exploración (revisión) de tu boca para observar el estado en que se encuentra.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que si en cualquier momento ya no quieres participar en el estudio, no habrá ningún problema.

Esta información me ayudara para poder relacionar cuanto sabe tu mami o papi sobre higiene bucal, esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus resultados, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas tu huellita digital.

Sí quiero participar



Fecha: _____ de _____ de ____.

ANEXO N°3

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL.



Cod

Edad de la madre: Menores de 20 años () De 20 años a mas () de 30 años a mas ()

Edad del niño: 3 () 4 () 5 ()

Nº de hijos: 1 () 2 () Mas de 3 ()

Nivel de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior Universitaria () Superior Técnico ()

ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL	de acuerdo	No se	desacuerdo
1. ¿Piensa Ud. que los microorganismos que causan la caries en su niño lo puede adquirir a través de la saliva?			
2. ¿Opina Ud. que una alimentación frecuente de azúcar, asociado a la falta de higiene puede producir caries dental?			
3. ¿Piensa Ud. que la higiene bucal de su niño debe realizarse desde que aparece el primer diente o incluso antes?			
4. ¿Opina Ud. que la pasta dental es importante para la prevención de caries dental?			
5. Considera importante que su niño visite al dentista antes de los 2 años?			
6. ¿Piensa Ud. que su niño es capaz de lavarse los dientes sin supervisión de un adulto?			
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL	Verdadero	Falso	No se
1. La caries es la mancha que aparece en los dientes producido por la presencia de microorganismos, consumo de azúcar y falta de higiene?			

2. El primer diente del bebé puede aparecer a partir de los 6 meses de edad?			
3. Todos los dientes de leche están completos en boca a la edad de 2 años?			
4. El principal tipo de comida que puede causar caries es el azúcar y carbohidratos?			
5. La higiene bucal del niño debería realizarse después de cada comida incluso antes de que aparezca el primer diente?			
6. El flúor de la pasta dental fortalece los dientes y previene caries dental?			
7. Es necesario curar la caries en los dientes de Leche?			
8. La concentración de flúor es igual en la pasta dental del adulto, que en la pasta dental de niño?			
PRACTICAS SOBRE SALUD ORAL	Siempre	A veces	Nunca
1. ¿Sopla la comida para enfriarla o la prueba antes de dársela al niño?			
2. ¿Qué tan seguido le da alimentos y jugos dulces a su niño?			
3. ¿Qué tan seguido realiza la higiene bucal de su niño?			
4. ¿La cantidad de pasta dental que usa para el cepillado de los dientes de su niño es de todo el largo del cepillo?			
5. ¿Uso biberón con algún líquido dulce, cuando su niño era un bebé?			
6. Su niño debe iniciar la visita al dentista antes de que le salga todos los dientes de leche?			

ANEXO 4
Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).



Cod.

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

I.H.O. (Greene y Vermillón)

VALORES:

Pza	55v	51v	65v
Valor			
Pza			
Valor	85L	71v	75L

RESULTADO:

Índice Gingival:
0= SIN GINGIVITIS
0.1 – 1.0 = LEVE
1.1 – 2.0 = MODERADO
2.1 – 3.0 = SEVERO

VALORES:

Pza	55v	51v	65v
Valor			
Pza			
Valor	85L	71v	75L

RESULTADO:

Índice Higiene Oral:
0.0 – 0.5 = BUENO
0.6 – 1.5 = REGULAR
1.6 – 3.0 = MALO

ANEXO 5
DOCUMENTOS

SOLICITO: CARTA DE PRESENTACION PARA EJECUTAR
PROYECTO DE TESIS (PILOTO)

Dr. Carlos Galvez Ramirez
Director de la EAP de Odontología
Universidad Privada Norbert Wiener

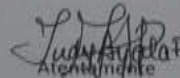
De mi mayor consideración:

Yo, Ayala Prado Judy alumna del décimo ciclo de la carrera de odontología, identificada con el DNI 10667941, domiciliada en av. Colombia 245 Pueblo Libre. Me dirijo a usted para solicitarle:

Se me otorgue la carta de presentación para ejecutar la Prueba Piloto de mi Proyecto de Tesis que lleva por nombre: **"CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCAL EN RELACION CON EL ESTADO DE HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL I.E.P JUAN ESPINOZA MEDRANO DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES. LIMA 2016.**

Dicha carta de presentación tiene que ir dirigida a nombre del Director: Gary Espinoza Alarcón.
Institución Educativa Particular Juan Espinosa Medrano.

Agradeciendo la atención a la presente solicitud reitero mi estima y consideración personal.


Atentamente

Judy I. Ayala Prado
Interna de Odontología



Lima, 06 de octubre de 2016

CARTA N° 13-10 - 638 - 2016-DPCS-UPNW

Doctor
Gary Espinoza Alarcón
Director de la Institución Educativa Particular Juan Espinoza Medrano
Presente.


De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y aprovechando la oportunidad le informo que la SITA, July I. Ayala Prado, está ejecutando el proyecto de tesis titulado "Conocimiento, actitudes y prácticas de las madres sobre salud bucal en relación con el estado de higiene bucal de los niños de 2 a 5 años del I.E.P. Juan Espinoza Medrano del distrito de San Martín de Porres, Lima 2016", para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista, motivo por el cual solicito a usted la autorización para facilitar el ingreso a su digna institución y poder aplicar los instrumentos de investigación.

Agradecido por su gentil atención a la solicitud le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,




Dr. Agustín Ramón los Stoll
Decano (a)
Facultad de Ciencias de la Salud



CARTA DE ACEPTACIÓN

Lima 17, de Octubre del 20016

Dr. Carlos Galvez Ramirez
Director de la EAP de Odontología
Universidad Privada Norbert Wiener

Asunto: Carta de Aceptación

Por medio de la presente comunico a ustedes que, la Srta Judy L Ayala Prado de la escuela de odontología ha sido aceptada en esta Institucion Educativa a fin de que realice la investigación que lleva por título: "Conocimiento, Actitudes y Practicas de las madres sobre salud bucal en relacion con el estado de higiene bucal de los niños de 3 a 5 años del IEP Juan Espinosa Medrano del distrito de San Martin de Porres.Lima 2016" la cual coincide con su formación profesional.

Las actividades que realizara sera aplicar el instrumento de la investigación, que consiste en una encuesta dirigida a las madres de familia, el IHOS aplicado a los niños y sus madres.

Esperando cumplir con lo solicitado.


Gory Espinoza Alarcon
Director de la IEP "Juan Espinosa Medrano"

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

Lima, 22 de Octubre 2016

Dra. Estela Ricse Chaupis

Es grato dirigirme a usted para manifestarle nuestro saludo cordial.

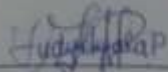
Dada su experiencia profesional, méritos académicos y profesionales, le solicitamos su colaboración como Experto para la validación de contenido que conforma el instrumento (encuesta) que será aplicada a una muestra seleccionada con la finalidad de recoger información directa para la investigación titulada:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE SALUD BUCALEN RELACION CON EL ESTADO DE HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DEL I.E.P. JUAN ESPINOSA MEDRANO DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRAS, LIMA 2016"

Para efectuar la validación usted deberá leer detenidamente cada enunciado y sus correspondientes ítems de respuesta de acuerdo al criterio personal y profesional que corresponda al instrumento.

De antemano se le agradece cualquier sugerencia con respecto a la redacción, contenido, la pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante para la mejora del mismo.

Atentamente,



Judy Ayala Prado

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: RUISE CHAVEZ ESTELA
 1.2 Cargo e Institución donde labora: U.A.P.
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación:

- 1.4 Autor(es) del Instrumento:

- 1.5 Título de la Investigación:

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Bajo 2	Regular 3	Buena 4	Muy Buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas					✓
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (Realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x4) + (2x0) + (3x0) + (4x0) + (5x1)}{50} = 1 \quad \frac{4+95}{10} = \frac{99}{10} = 0.99$$


III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0.00 – 0.60]
Observado	(0.60 – 0.70]
Aprobado	(0.70 – 1.00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Recomendar la validación de los proyectos

22 de Oct del 2018.


 Firma y Sello

ANEXO 6
FOTOGRAFICAS DEL TRABAJO DE CAMPO





