

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD  
DENTAL EN MADRES DE NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS DE LOS CENTROS DE  
CUIDADO DIURNO “CUNA MÁS”, ALTO PUNO – 2014.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**MARÍA ANGELA MARCAVILLACA CABANA**

**SERGIO LUIS QUISPE FLORES**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERU**

**2014**

## UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## FACULTAD DE ENFERMERÍA

## ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL EN  
MADRES DE NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO "CUNA  
MÁS", ALTO PUNO - 2014.

## TESIS

PRESENTADA A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, COMO REQUISITO PARA  
OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

## LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO :

  
Mg. Agripina María Apaza Álvarez

PRIMER MIEMBRO :

  
Mtro. Juan Moisés Sucapuca Araujo

SEGUNDO MIEMBRO :

  
Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda

DIRECTORA Y ASESORA :

  
Enf. María de la Paz Choque de Calmet

PUNO - PERÚ

2014

ÁREA : ADULTO

TEMA : SALUD DENTAL EN NIÑOS

## DEDICATORIA

*A Dios por darme la fortaleza, para superar las adversidades; quien guía mis pasos y me ilumina en cada momento de mi vida, poniendo personas maravillosas en mi camino.*

*Con mucho amor a mi querida madre Marcelina quien me apoyo moral y espiritualmente que han hecho posible la culminación de mis estudios.*

*A mis queridos hermanos Cesar, Cristian, Regina y a mi tío Crispín; quienes me apoyaron muchas veces y estuvieron conmigo, cuando más lo necesite.*

*Con infinita gratitud y cariño a Sergio, por su ayuda en la culminación de este trabajo y su compañía en todo momento.*

*María Ángela*

## DEDICATORIA

*Con infinita gratitud y amor, a la memoria de mi madre*

*Eugenia quien guía mis pasos por el camino correcto.*

*Con amor a mi padre Francisco, mi eterna gratitud por  
su sacrificio, comprensión y apoyo que ha hecho  
posible la culminación de mis estudios*

*A mi hermana Esmilda, que con su apoyo  
incondicional, me ayudó en todo momento.*

*Con infinita gratitud y cariño a María Ángela, por su  
apoyo en la culminación de este trabajo y su compañía  
en todo momento.*

*Sergio Luis*

## AGRADECIMIENTO

*A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, por darnos la oportunidad de realizarnos profesionalmente.*

*A la Facultad de Enfermería, por habernos brindado los conocimientos teórico-prácticos para desempeñarnos como profesionales de enfermería.*

*A los miembros del jurado calificador: Mg. Agripina María Apaza Álvarez, Mstro. Juan Moisés Sucapuca Araujo, Mg. Zoraida Ramos Pineda, por su tiempo, sus sugerencias y aportes que nos brindaron para la culminación de la presente investigación.*

*A mi directora y asesora de investigación: Enf. María de la Paz Choque de Calmet, por brindarnos un espacio y su valioso tiempo; por sus constantes orientaciones, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación de la presente investigación.*

*Al Cirujano Dentista Walker Ccalli Chino, por su confianza, generosidad y sobre todo por su apoyo en la presente investigación.*

*A todo el personal del Centro de Cuidado Diurno: Coordinadoras y madres cuidadoras; por habernos brindado la confianza y facilidades durante la ejecución de la presente investigación.*

*A las madres de los Centros de Cuidado Diurno – Alto Puno por su colaboración durante la ejecución de la presente investigación.*

*Al personal administrativo que labora dentro de la facultad por el apoyo que siempre tuvieron hacia nosotros.*

*Maria Ángela y Sergio Luis*

## INDICE

Pág.

**Tabla de contenido**

I. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	9
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	12
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	14
<b>III. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>34</b>
<b>IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....</b>	<b>34</b>
4.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:.....	34
4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:.....	35
<b>V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>41</b>
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	41
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	41
<b>VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
<b>VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>53</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>70</b>
<b>X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>71</b>

## RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la intervención educativa en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños y niñas de 2 a 3 años de edad de los centros de cuidado diurno “Cuna Más” Alto Puno. La investigación fue de tipo pre – experimental; diseño pre test y post test con un solo grupo. La población constituida por 33 madres y la muestra de 30 madres. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario con el que se recolectó datos acerca de los conocimientos sobre salud dental. El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva porcentual y la contrastación de hipótesis con la prueba T de Student. Los resultados obtenidos respecto al conocimiento sobre salud dental antes de la intervención educativa fueron: Inicio de la erupción dental: 36.7% bueno, 23.3% regular y 40% deficiente; después de la intervención: 76.7% bueno, 23.3% regular y 0.0% deficiente. Función de la dentición temporal: 30.0% bueno, 23.3% regular y 46.7% deficiente; después de la intervención: 76.7% bueno, 23.3% regular y 0.0% deficiente. Conocimiento sobre la caries: 40.0% bueno, 16.7% regular y 43.3% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Alimentos cariogénicos: 6.7% bueno, 43.3% regular y 50.0% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Formas de transmisión de la caries: 23.3% bueno, 36.7% regular y 40.0% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% regular. Inicio de la higiene dental: 13.3% bueno, 50.0% regular y 36.7% deficiente; después de la intervención: 90.0% bueno, 10.0% regular y 0.0% deficiente. Importancia de la higiene dental: 0.0% bueno, 46.7% regular y 53.3% deficiente; después de la intervención: 83.3% bueno, 16.7% regular y 0.0% deficiente. Inicio de la atención odontológica: 10.0% bueno, 26.7% regular y 63.3% deficiente; después de la intervención: 73.3% bueno, 26.7% regular y 0.0% deficiente. En conclusión se demuestra con significancia  $0.000 < 0.05$  que la metodología utilizada: educación participativa grupal es efectiva en el incremento del conocimiento y puede ser replicada en otras poblaciones.

**Palabras clave:** Intervención Educativa y salud dental.

## ABSTRACT

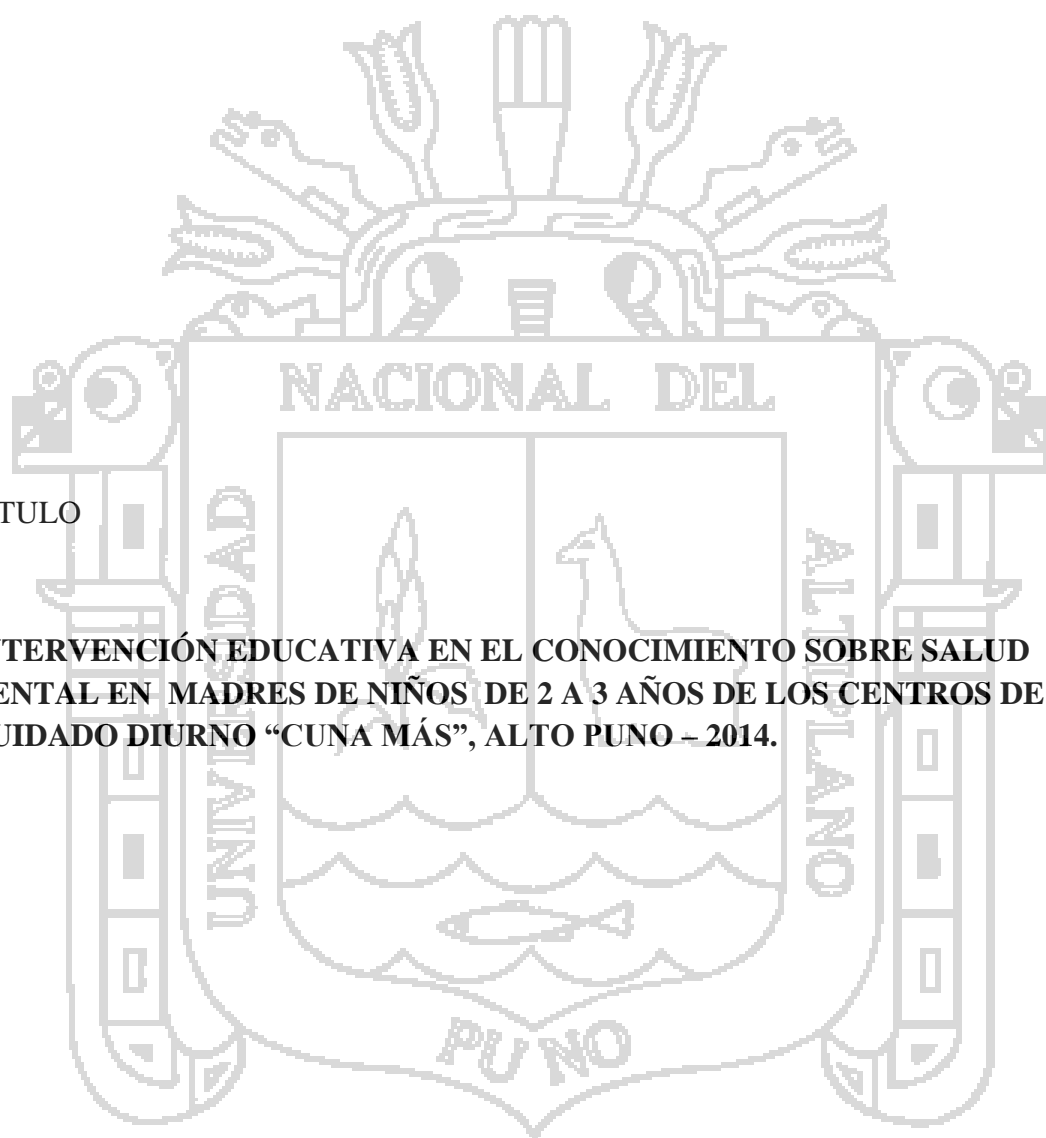
The present research was conducted to determine the educational intervention on knowledge about dental health in mothers of children aged 2-3 years of Day Care Centers "CUNA MAS" Alto Puno. The research were: Pre - Experimental; Pre and Post Test Design Test types with one group. The population consists of 33 mothers and 30 mothers' sample. The technique used was the survey and the survey instrument with which data was collected knowledge about dental health. The data analysis was performed on a percentage descriptive and hypothesis testing with Student's T test. The results regarding dental health knowledge before the educational interventions were: Home teething 36.7% good, 23.3% regularly and 40% deficient; after the intervention: 76.7% good, 23.3% regularly and 0.0% deficient. Role of the dentition: 30.0% good, 23.3% regularly and 46.7% deficient; after the intervention: 76.7% good, 23.3% regularly and 0.0% deficient. Knowledge on caries: 40.0% good, 16.7% regularly and 43.3% deficient; after the intervention: 83.3% good, 16.7% regularly and 0.0% deficient. Cariogenic food: 6.7% good, 43.3% regularly and 50% deficient; after the intervention: 83.3% good, 16.7% regularly and 0.0% deficient. Way of caries transmission: 23.3% good, 36.7% regularly and 40% deficient; after the intervention: 83.3% good, 16.7% regularly and 0.0% deficient. Dental hygiene at home: 13.3% good, 50.0% regularly and 36.7% deficient; after the intervention: 90.0% good, 10.0% regularly and 0.0% deficient. Importance of dental hygiene: 0.0% good, 46.7% regularly and 53.3% deficient; after the intervention: 83.3% good, 16.7% regularly and 0.0% deficient. Home dental care: 10.0% good, 26.7% regularly and 63.3% deficient; after the intervention: 73.3% good, 26.7% regularly and 0.0% deficient. In conclusion demonstrated with significance  $0.000 < 0.05$  that the methodology: participatory education group is effective in increasing knowledge and can be replicated in other populations

**Keywords:** Educational Intervention and dental health.



TÍTULO

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL EN MADRES DE NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO “CUNA MÁS”, ALTO PUNO – 2014.**



## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.

La salud dental es importante para el bienestar general del individuo. En todo el mundo muchas personas sufren innecesariamente el dolor y malestar asociados a enfermedades dentales, como la caries, pese a que estas son en gran medida prevenibles. Siendo la caries la más prevalente de las patologías orales y la principal causa de pérdida de dientes en todos los grupos de edad. Las enfermedades dentales se encuentran dentro de los problemas más preocupantes a nivel mundial, afectando a países industrializados como a países en vías de desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Según la OMS, la caries es la enfermedad dental más frecuente, en su publicación en Ginebra sobre el problema mundial de enfermedades dentales menciona que entre el 60% y el 90% de la población infantil padece caries y aproximadamente cinco mil millones de personas en el mundo han padecido caries dental. (1)

Siendo el Perú uno de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades dentales, resultando alarmante que la incidencia sea en etapas tempranas de vida, Investigaciones realizadas por Tello, Torres H. y Córdova (2010) coinciden en una alta prevalencia de lesiones cariosas en las piezas dentales temporales de los infantes.(2)(3)(4)

Durante el año 2013 en el Perú, la atención por problemas dentales en la población infantil fue de 33 643 casos, cabe destacar que no existen registros de las atenciones realizadas en centros odontológicos particulares. (5)

Dentro de la comunidad de Alto Puno se encuentra el Puesto de Salud “Habitat Humanity” donde no existe profesional de odontología siendo el centro de referencia más próximo el Centro de Salud 4 de Noviembre donde durante el año 2013, se registraron 102 atenciones dentales que constituye el 8.6% del total de la población infantil hasta los 3 años de edad.

De esta cifra tan solo 24 atenciones fueron para un examen estomatológico que constituyen un 23.8%, y 3 atenciones para restauración de superficies dentarias que representa 2.8%; y siendo la caries la causa más frecuente del daño dental en los niños, es evidente de que sus padres y cuidadores desconocen conceptos importantes en relación a la salud dental y las medidas de prevención, perpetuando así conductas poco saludables. Se considera que los padres constituyen un factor de riesgo en el estado de salud dental del niño mediante la transmisión vertical boca a boca de la madre y/o padre al hijo, de las bacterias responsables

de la caries por medio de besos o de la cuchara que utiliza el infante para alimentarse y que la mamá ha lamido o chupado previamente. (6)

Dentro de la familia los padres son los responsables de la educación para la salud dental en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente o simplemente no realizan la higiene dental en los niños, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados; como: la ingesta de productos procesados y bebidas azucaradas siendo sumándose a ello la falta de higiene después de consumir los mencionados productos predisponiendo a la caries en piezas dentarias definitivas, mal posiciones, pérdida dental temprana, alteraciones en la fonación, halitosis, repercusiones estéticas que afecta la autoestima del niño.

En el caso de lesiones avanzadas el niño tendrá que ser sometido a procedimientos traumáticos que repercutirán negativamente en la confianza del niño para futuras atenciones dentales y además constituirá gastos en la economía familiar. (7).

Así mismo se observó durante las prácticas pre - profesionales en el Puesto de Salud “Hábitat Humanity” una alta incidencia de deterioro dental en los dientes temporales de los niños que acudían a sus controles de CRED, del mismo modo se observó en los módulos de cuidado diurno “Cuna Más”, conductas inadecuadas del cuidado dental de los niños y niñas, como: el consumo de snacks o productos azucarados como incentivo para que los niños permanezcan tranquilos por parte de las madres y/o cuidadoras del mencionado centro.

Se observó que no se realiza la higiene dental durante la permanencia del niño en el Centro de Cuidado Diurno “Cuna Más”. Por tanto, la prevención de las lesiones dentales en los infantes debería iniciarse con la educación a los padres; los cuales generalmente no reciben información con relación a la salud dental de sus hijos y siendo la enfermera el personal de salud con mayor contacto con los niños y los padres durante las evaluaciones de crecimiento y desarrollo, inmunización y como en: pediatría, consultorio externo, familia y comunidad; no brinda consejería a la madre sobre temas de salud dental en el infante y solo son llevados al consultorio odontológico cuando tienen las piezas dentales completas y/o presentan lesiones cariosas.

Frente a la problemática expuesta y ante la ausencia de estudios de intervención educativa en la disciplina de enfermería para mejorar la salud dental del infante de 2 a 3 años de edad, se planteó el desarrollo de la presente investigación.

## **1.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

### **A NIVEL INTERNACIONAL**

En una investigación realizada por Aylen de la Cruz en Cuba en el 2007 – 2008 sobre “Efectividad de un programa de intervención educativa sobre salud dental para infantes de edad preescolar”, la investigación fue cuanti-cualitativa, donde el nivel de conocimiento sobre salud dental antes de la aplicación del programa y después de ella, se evaluó mediante entrevistas a los niños y encuestas a los padres y docentes. La información proveniente de las entrevistas y encuestas fue obtenida a partir de las técnicas de observación al participante, completar frases y la composición. Se concluyó que una vez realizada la intervención, los niños fueron capaces de promover buenos hábitos de salud dental y de difundir los nuevos conocimientos adquiridos a sus compañeros, a sus familiares y a otros integrantes de la comunidad. (9).

En la investigación realizada por Alves, M.; Volschan, C.; en Brasil en el 2004 “Educación en Salud Bucal: “Sensibilización de los Padres de Niños en la Clínica Integrada de dos Universidades Privadas”, el estudio fue de análisis cualitativo y la metodología usada fue la dinámica de grupo (grupos focales) donde los alumnos del séptimo ciclo en odontología midieron el conocimiento de Salud bucal de la población de estudio. El análisis cualitativo de los resultados de la dinámica de grupo mostró gran desinformación, al respecto de cómo obtener y mantener la salud bucal. Concluyéndose que hay la necesidad de reflexionar sobre la actuación de los profesionales de salud y en la propuesta de promoción y motivación para la salud bucal. (10).

La investigación realizada por Vila Guillén, M.; en Brasil en el 2007, “Incidencia de Lesiones de Caries en Bebés después de 15 meses de un programa educativo preventivo”, de tipo prospectivo, cuyo objetivo fue evaluar un programa educativo preventivo en el control de la enfermedad de caries dental en 160 bebés de 1 a 21 meses sanos y libres de caries relatan que las madres fueron orientadas en prácticas preventivas mediante charlas

educativas que fueron abordando la importancia de atención precoz y prevención de las enfermedades dentales por el control de hábitos nocivos como la alimentación nocturna, consumo de azúcar.

Llegando a la conclusión que el programa educativo preventivo contribuyó para una menor incidencia de caries, estimulando la adopción de hábitos más saludables, una vez que ocurrió una reducción de 33.0% en la alimentación nocturna y un aumento de 20.9% en la higiene dental. (11).

En la investigación realizada por Holdings LL.; en Cuba en el año 2000, demostró que durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene dental (68,66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86,57%) también, comprobaron que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar; 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron lesiones cariosas ya durante el primer año de vida. Esto refuerza aún más la importancia de la prevención de la salud dental. (12).

En el trabajo realizado por Texeira Gonzales P. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

La población consto de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. Concluyendo que la mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. (13)

Gonzales Martínez F. en su investigación Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia 2010 con la finalidad de describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Con una muestra de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, se realizaron encuestas y entrevistas de grupos focales. La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. En los

padres se observaron buenos niveles de conocimientos(58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables concluyendo que los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños. (14)

#### **A NIVEL NACIONAL**

En una investigación realizada por Torres Soto, M.; en Lima en el 2001, titulada “Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo dirigido a los Padres para el Control de Riesgo de Caries en 50 Infantes de 6 – 36 meses en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega”, de tipo exploratorio y descriptivo encontró que antes de la ejecución del programa el riesgo de caries microbiológico era de 0% nivel bajo, 30% nivel medio y de 70% nivel alto. Mientras que después de la ejecución del programa, es decir, continuas charlas de reforzamiento dirigidas a padres, el riesgo de caries microbiológico era de 22% nivel bajo, 44% nivel medio y de 34% nivel alto. (15).

En una investigación realizada por Tello P.; en Lima en el 2001, “Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con hábitos alimentarios y de higiene dental en niños de 6 a 36 meses de edad”, de tipo correlacional sobre la prevalencia de caries dental y su relación con hábitos alimentarios y de higiene dental en 234 niños de 6 a 36 meses de edad. Dónde se concluye que el mayor porcentaje de caries dental se observó en los infantes cuyos hábitos alimentarios fueron: uso del biberón, lactancia de noche, uso de edulcorantes y consumo de gaseosas; por otro lado, no encontró diferencia significativa entre el porcentaje de caries y la higiene dental, pero si observó diferencia significativa cuando al infante no se le realizó higiene dental nocturna hallando mayor presencia de caries en ellos. Reportó una prevalencia de caries dental de 19,1% en niños entre los 6 a 12 meses, del 59,4% entre los 13 a 24 meses de edad y del 79,3% entre los 25 a 36 meses de vida, que acudieron con sus madres para atenderse en una clínica de bebés. (16).

En otra investigación realizada por Velásquez Huamán Zulema en Lima en 1995, “Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades dentales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social”. Este estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades

dentales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al llamado IPSS, para determinar el nivel de conocimiento de confeccionó un cuestionario. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60,6% de las madres. También se pudo establecer que dentro de este grupo de gestantes prevalecía el grado de instrucción de secundaria completa. Así mismo se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y grado de instrucción. (17).

En una investigación realizada por González Aliaga R.; en Lima en el 2000, titulada “Educación de la madre y el estado de salud de los Iros molares permanentes en sus hijos de 6-10 años”, se presentó un estudio donde relacionaba la educación de la madre y el estado de salud de las Iras molares permanentes. Aquí confronta la realidad que se encuentra atravesando el país y lo referente a salud dental. En este trabajo el nivel de conocimientos de las madres sobre asuntos odontológicos es deficiente, lo cual se ve reflejado en el estado de los dientes de sus hijos, encontrando un porcentaje superior al 92% en relación a Iras molares permanentes cariadas, y lo que es alarmante aún es que existe un 6% de niños entre los 6 –10 años que ya han perdido por lo menos la Ira molar permanente. Con lo cual concluye, que la educación de las madres es un factor importante para mantener el estado de salud de las piezas dentarias, donde los resultados evidencian que las madres que poseen una mejor educación odontológica, sus hijos poseen un mejor estado de conservación de éstas. (18)

#### **A NIVEL LOCAL**

A la fecha a nivel local dentro del área de enfermería no se encontró investigación alguna sobre salud dental en infantes.

Es bajo esta problemática que se propone el desarrollo de la presente investigación.

#### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” Alto Puno – 2014?

#### **1.4 IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO**

La presente investigación estuvo dirigida a mejorar el conocimiento de las madres de los centros de cuidado diurno “Cuna Más” en temas de salud dental.

Además que permitió conocer cuál es el conocimiento sobre salud dental en términos de: desarrollo dental, patología dental, factores de riesgo, elementos de la higiene dental, medidas preventivas y atención odontológica en madres de niños (as) de 2 a 3 años de edad, con la finalidad de incentivar y promover la modificación de comportamientos mediante la ampliación de conocimientos, ya que, existe el problema de deterioro dental en algunos infantes y las madres manifiestan no haber recibido educación en temas de salud dental, ellas cuentan sólo con conocimientos empíricos y conductas aprendidas; siendo ellas las principales responsables de la formación de hábitos de higiene dental en los niños y niñas.

Es importante que las madres adquieran conocimientos adecuados sobre salud dental promoviendo de esa manera la prevención de caries en los infantes y será de utilidad para la enfermera encargada de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del niño.

Es un aporte para la disciplina de enfermería porque el modelo educativo aplicado constituye una herramienta que se suma a los métodos educativos que aplica el profesional de enfermería en las intervenciones educativas, ya que no existen pautas para la educación preventiva de enfermería en temas de salud dental.

Así mismo, los resultados obtenidos son de utilidad para las autoridades de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”, porque permitirá tener una base teórica para establecer estrategias de educación en las madres y de esta manera repercutir favorablemente en la salud dental de sus niños.

Finalmente, los resultados de esta investigación son una fuente de información científica que contribuirá en los docentes, bachilleres y estudiantes de la Facultad de Enfermería para realizar futuras investigaciones.



## II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 2.1.INTERVENCIÓN

Con origen en el vocablo latino *interventio*, intervención es la acción y efecto de intervenir: la intervención es entendida como un conjunto de acciones que se estructuran en relación a las demandas que se establecen desde los sujetos con los cuales se dinamiza la intervención. Este conjunto de acciones se ubica en la relación demanda y respuesta, vía - recurso.

Junto con esta definición existen otras que le asignan a la intervención el carácter de instrumentalización de un conjunto de técnicas aplicables a la solución de cada demanda y que dicha solución será eficaz en la medida que se perfeccionen las técnicas de intervención. (19)

La noción de intervención educativa ha cobrado mayor presencia en los discursos que circulan en el ámbito educativo. De ahí surge el interés por conocer y mostrar qué se quiere expresar a través de esta noción, cuáles son los sentidos de distinción o diferenciación con respecto a la manera convencional de abordar los quehaceres teóricos, metodológicos y prácticos de la educación a partir de nociones como docencia, enseñanza, formación, didáctica, programa educativo, planeación, evaluación, investigación, entre otras.

Al explorar lo que se quiere decir con la noción de intervención educativa, se reconoce un gesto con el cual se expresa una práctica de la diferencia a través de significados manifiestos y latentes en acciones educativas que podrían denominarse menores al estar fuera de los programas educativos normados.

Ello permite pensar en lo educativo como cargado de una diversidad de opciones y posibilidades diferentes a los modos de abordar la tarea educativa, que van desde la composición de los contenidos educativos cuyos temas responden a demandas específicas de procesos de enseñanza y aprendizaje; formación de hábitos y conocimientos o promover la conciencia.

De este modo, son variadas las formas de involucrar a los sujetos para encarar necesidades y problemas específicos de distinto orden en áreas como la salud, sexualidad, medio ambiente, inclusión social, necesidades educativas especiales, calidad de vida, etc. Esto necesariamente diversifica su mediación instrumental, los lugares y espacios en los que operan y las formas de participación de los actores en un proceso de educabilidad. (20)

## **2.2. EDUCACIÓN**

La educación es un proceso humano, cultural y complejo, que transforma y potencia al hombre natural para hacer emerger un hombre distinto. Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura en su conjunto. Se extiende a lo largo de la vida del individuo de diversas maneras dentro de la vida en sociedad, desarrollando capacidades intelectuales, habilidades, destrezas y técnicas compartidas entre las personas por medio de ideas, cultura y conocimiento.

Entonces la educación es un acto individual, que nos convierte en sujetos y un proceso colectivo que nos transforma en seres sociales, los otros factores que componen la ecuación enseñanza-aprendizaje son precisamente los espacios público y privado que funcionan como incubadoras de conocimiento en ambos niveles. (21)

La OPS señala que la educación no es simplemente transmisión de información y memorización sino se demanda una actividad participativa en el proceso de aprender haciendo; su texto se fundamenta en el convencimiento de los objetivos de la educación en crear una situación de aprendizaje es decir promover el contexto el cual puede desarrollar ideas y modificar creencias, actitudes y crear nuevos hábitos de comportamiento. (22)

### **2.2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La educación para la salud es una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta individuales y colectivas favorables a la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educandos-educadores.

También es un proceso dinámico permanente e inacabado de experiencia de aprendizaje intencionales e incidentales entre el individuo y su entorno biopsicosocial que ejercen influencia a su manera de pensar, sentir y actuar; además lo convierte en un producto de su cultura con la capacidad de reproducir o transformar el ambiente que lo rodea. (23)

La educación para la salud ha sido considerada como uno de los campos de innovación y cobra cada vez mayor importancia como área de trabajo pedagógico en la educación, tiene un enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud. Por lo que hace que exista el paso del concepto negativo sobre diferentes aspectos de salud a una visión positiva conduciendo a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida saludable. Con el objetivo de querer mejorar la salud de las personas, se considera dos perspectivas: preventiva y promoción de la salud. (24)

### **2.2.2. EDUCACIÓN PARTICIPATIVA**

Es el tipo de educación que se preocupa de la integración dialéctica entre las personas y su realidad del desarrollo de la capacidad intelectual y de la conciencia social se centra en el análisis del mensaje icónico, y el aprendizaje en la formación de conciencias y en los cambios culturales (25)

Está centrada en el aprendizaje donde el participante es el protagonista de la construcción del conocimiento en este proceso se desarrolla el pensamiento crítico donde el participante plantea y replantea los problemas con propuesta de solución.

Además permite generar un proceso de aprendizaje colectivo e individual, las que enriquecen y potencian, también permiten desarrollar una experiencia de reflexión educativa y finalmente la creación colectiva común del conocimiento donde todos son participes en su elaboración y de sus significancias prácticas. (26)

Según el enfoque cognitivista de Ausubel plantea que el aprendizaje depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por “estructura cognitiva”, al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. El individuo aprende

mediante “Aprendizaje Significativo”, se entiende que es la incorporación de la nueva información a la estructura cognitiva del individuo.

Esto creará una asimilación entre el conocimiento que el individuo posee en su estructura cognitiva con la nueva información, facilitando el aprendizaje. Esto no solo significa la modificación de la idea principal; sino la creación de un nuevo concepto consecuencia de la nueva información y la preexistente. Con la consiguiente internalización. (27)

## ➤ MOMENTOS DE LA EDUCACIÓN PARTICIPATIVA

### a. Momento de motivación

Es el primer momento de una actividad de aprendizaje donde se pone a los participantes frente a esta situación, que despierta la curiosidad y su interés por descubrir. Tiene como propósito de generar y mantener el compromiso efectivo a los participantes y su relación con el aprendizaje.

Se realiza al comienzo de una actividad de aprendizaje significativo y durante su desarrollo para motivar se puede utilizar láminas, hacer preguntas, crear situaciones imaginarias o realizar visitas a lugares previstos de acuerdo con la actividad para programar con las estrategias más apropiadas.

En esta fase, el capacitador busca: generar motivación, crear expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación del grupo; instaurar la reunión, informando a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo; precisar una agenda, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En efecto sin motivación no hay aprendizaje, para conseguir aprendizaje no será posible si las madres no están motivadas, tienen que haber voluntad de aprender y voluntad de cambio.

### **b. Momento básico**

En este momento se requiere dinamizar con los participantes las respuestas que se han dado en la actividad anterior y relacionarlos con sus conocimientos previos, materia de aprendizaje. Además tiene lugar el aprendizaje de los nuevos conocimientos, desde la memoria inicial hasta la formación de conceptos teniendo en cuenta los ritmos y estilos de aprendizaje de los participantes, esto se puede lograr con la utilización de los vídeos, solución de problemas utilizando técnicas educativas de análisis es el momento en el que se propicia a los participantes nuevos aprendizajes; a través de la observación, comparación, formulación de hipótesis, análisis, síntesis, abstracción, experimentación, generalización sinopsis.

En esta etapa los participantes experimentan acerca de lo que hacen y construye su propio conocimiento, de este modo se hace un reajuste entre el saber anterior y el nuevo saber, entre el conflicto cognitivo y la reconciliación cognitiva, entre el interés y acerca del nuevo conocimiento y su sistematización.

### **c. Momento práctico**

Una vez que el conocimiento se produce, se trata de pasar de la memoria de corto plazo hacia la memoria de largo plazo a través de la sistematización y consolidación, para que este momento cumpla su fin.

En este momento la sistematización hace referencia al ordenamiento y clasificación de datos e informaciones, estructurando de manera precisa categorías y relaciones; posibilitando la constitución de base de datos organizados, etc. El capacitador refuerza y consolida los aprendizajes con el trabajo educativo y la vida diaria, es importante recordar que los aprendizajes significativos estén ligados a las situaciones de vida diaria.

Entre las estrategias se puede programar ejercicios relacionadas con los contenidos aprendidos considerando su aplicación a situaciones diversas, como la presentación de informes orales o escritos, elaboración de resúmenes o discusión de grupo.

#### **d. Momento de evaluación**

Se debe recalcar que la evaluación es un proceso permanente, razón por la cual en la que se da en los cinco momentos de la actividad significativa a través de la evaluación inicial del proceso, formativa y sumativa; brindándoles apoyo oportuno a los participantes y dándoles oportunidades de reflexionar de diversas alternativas posibles para tomar decisiones asertivas.

En este momento los participantes hacen su propia evaluación con relación al proceso del aprendizaje significativo, el cumplimiento de las tareas que se comprometen, su grado de participación y desarrollo de competencia prevista de los conceptos y actitudes aprendidas.

Así como el análisis del proceso de la intervención, identificar las principales dificultades en la intervención educativa y sugerir medidas para evitar las mismas dificultades en una nueva intervención educativa.

En este momento se evalúa a través de preguntas sugeridas, lista de cotejo, chequeo o prueba según las necesidades de los participantes.

#### **e. Momento de extensión**

En este momento los participantes relacionan el nuevo conocimiento construido con las áreas y/o disciplinas, reconocen la funcionalidad de su conocimiento en su vida diaria. Es preciso aclarar que, asociar el nuevo contenido con otros, desde el punto de vista global, los participantes pueden motivarse para desarrollar ideas y actividades en relación de la necesidad de nuevos aprendizajes generados en el transcurso de toda la actividad.

Los participantes resuelven problemas cotidianos empleando sus propias habilidades, destrezas y aptitudes, difundiendo la importancia del nuevo conocimiento logrando la demostración de lo aprendido, solucionando problemas en situaciones futuras, fuera y dentro del ámbito del participante.

La actividad de aprendizaje tiene relación con el interés de los participantes, puede estimular y motivar su participación generando las condiciones para desarrollar competencias previstas, permitiendo construir a los participantes su aprendizaje con el apoyo de los capacitadores y sus compañeros. (28)

### **2.3.INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA**

La intervención educativa, es una estrategia puesta en acción cuyo proceso- objeto intenta mejorar o cambiar en un contexto sociocultural determinado, bajo expresiones singulares de la voluntad y el deseo del sujeto y de las instituciones que inciden multifactorialmente. (29)

Para planificar adecuadamente una intervención educativa son muchos los aspectos que deben tomarse en cuenta, por ejemplo: el tiempo y el facilitador que conduce la intervención educativa que debe tener gran habilidad para realizar con rapidez la labor educativa concentrándose en los aspectos específicos de cada intervención. (30)

La intervención de enfermería en la educación para la salud ejerce una importante contribución a los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población. La influencia formal directa la constituyen los contactos terapéuticos del profesional con individuos o grupos.

La influencia formal indirecta es la Educación para la salud realizada por métodos indirectos, a través de medios de difusión de masas, práctica dialogada y participativa que tiene como objetivo la transformación de la realidad de salud de los sujetos y grupos sociales asistidos. (31)

La intervención educativa de Enfermería es un proceso continuo, desarrollado en forma sistemática para brindar educación a los usuarios que demandan servicios de salud. Es fundamental que la enfermería implicada en la educación tenga formación de manera continuada en los aspectos más destacados de la educación.

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto.

En esta interacción con el sujeto cuidado, individuo y colectivos, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro y desarrollo con otros. (32)

Siendo el profesional de enfermería, la persona que se interrelaciona directamente con los usuarios, despliega una amplia labor al brindar la atención a la persona, familia y comunidad. En tal medida realiza actividades de prevención y promoción de la salud.

### 2.3.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento se define a través de una disciplina llamada Epistemología, una doctrina filosófica que se conoce como la teoría de conocimiento. La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, experiencias, valores, información, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saber y experiencias.

El conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por el proceso del devenir social y se halla unido a la actividad práctica. Desde el punto de vista pedagógico; el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho, es la facultad del propio pensamiento y percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Mario Bunge define al conocimiento como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento vulgar.

El primero lo identifica como conocimiento racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y el conocimiento vulgar, como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.



Para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez, es objetivo porque corresponde a la realidad; y es subjetivo porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

El conocimiento vincula procedimientos mentales (subjetivos) con actividades prácticas (objetivas). Sin embargo la ciencia busca el predominio de lo objetivo a través de explicaciones congruentes, predicciones y control de los fenómenos naturales. (33)

La función de enfermería como profesional de salud más próxima a la comunidad, con conocimientos y habilidades particularmente apropiadas para dar respuesta a las necesidades de salud, desarrollan la función como agentes educadores en la persona, familia y comunidad.

➤ **El conocimiento en el cambio de las actitudes**

Una actitud es una predisposición aprendida basada en el conocimiento y orientado hacia la acción de una persona en relación con el objeto o un fenómeno. Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser percibidas de las expresiones verbales o de la conducta observada. Con frecuencia las actitudes se desarrollan durante un periodo prolongado y muchas se adquieren casi en forma subconsciente de otras personas que nos rodean.

La actitud de una persona hacia el material que aprenderá influirá en que ponga en práctica o no su conocimiento; además indica el modo de ver las cosas y enfrentarse con ellos que es duradera y está enraizada en los estratos profundos de la persona que tiene efectividad e influye decisivamente en relación con determinadas cosas.

➤ **Nivel de conocimiento**

Es el conjunto de conocimientos adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de una persona logrados por la integración de los aspectos sociales, intelectuales y experiencias.

Este proceso se puede dar con algunas diferencias y grados de complejidad, según el propósito y material que intervenga, por juicio en relación con criterios externos.

Según PIAGET, el aprendizaje es necesario para entenderlo y controlarlo en busca del equilibrio con su entorno, el hombre adquiere conocimientos mediante experiencias e informaciones que le sirven para enfrentarse y adaptarse a las nuevas situaciones.

Por ello el conocimiento está definido por el grado de comprensión sobre un determinado tema. Así mismo postula que el conocimiento es el resultado de un proceso de interacción dialéctica, de interacción recíproca del participante.

El conocimiento puede ser medido por niveles de lo que se establece el conocimiento entre bueno, regular y deficiente.

**Bueno.** Denominado también como "óptimo", porque hay adecuada distribución cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada, además hay una conexión profunda con las ideas básicas del tema o materia.

**Regular.** Llamada también "medianamente lograda", donde hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos y omite otros. Eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la conexión es esporádica con las ideas básicas de un tema o materia.

**Deficiente.** Considerado como "pésimo", porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva, en la expresión de conceptos básicos los términos no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica. (34)

## 2.4. SALUD DENTAL

La salud dental puede definirse como la ausencia de dolor oro facial agudo y crónico, caries dental, pérdida de piezas dentales, mal oclusiones, y otras enfermedades y trastornos que afectan a las arcadas dentales. (35)

Cada día, en el contexto internacional, se reconoce con mayor fuerza que el componente dental de la salud es parte integral de la salud general y un factor determinante en la calidad de vida de las personas.

A pesar de esto, en los últimos reportes mundiales sobre salud dental la OMS observa que varios problemas ampliamente identificados y estudiados, persisten, particularmente en los grupos menos privilegiados, tanto de países desarrollados como en desarrollo.

De allí que la Organización Mundial de la Salud, afirme que por su extensión, las enfermedades dentales siguen siendo un problema prioritario en salud pública, con consecuencias sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas. La iniciativa mundial de la OMS promueve la implementación de hábitos saludables y además, la integración de la salud dental en los servicios de atención primaria y promover el uso de intervenciones costo-efectivas. (36)

#### **2.4.1. CAVIDAD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

En el momento de nacer, el bebé, no tiene dientes ni procesos alveolares, lo que tiene son porciones basales de hueso recubiertas por una almohadillas gingivales, la cuales, posteriormente, serán segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes, como en la boca del adulto desdentado. El tamaño de las almohadillas gingivales al nacer pueden estar determinados por:

- El estado de madurez del infante al nacer.
- El tamaño al nacer expresado por el peso de nacimiento.
- El tamaño de los dientes primarios en desarrollo.
- Factores puramente genéticos.

La mayoría de los arcos primarios son ovoides y muestran menos variabilidad en su conformación que los permanentes. Habitualmente hay una separación inter dentaria generalizada en la región anterior, la cual no aumenta significativamente después que se ha completado la dentadura primaria. Se ha encontrado que la separación inter dentaria total entre los dientes primarios disminuye continuamente con la edad. (37)

La boca del infante esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales como la succión, deglución, bostezo y la tos. La forma de la arcada permite que los gérmenes dentarios se ubiquen en forma perpendicular.

Con la erupción de los dientes primarios aparecen las Áreas Propioceptivas las cuales son:

1. Periodontal el contacto del incisivo inferior con el superior estimula a los corpúsculos propioceptores que están en el periodonto y ese estímulo, por vía aferente, llega al SNC y por vía eferente, el SNC, responde estableciendo un límite a la mandíbula.
2. Contacto con el paladar la lengua se tendrá que ubicar en otro lado (porque su lugar anterior fue ocupado por los incisivos), ahora se dirige hacia atrás y arriba, y empieza a tener contacto con el paladar, este contacto de la lengua con el paladar origina estímulos que son responsables del crecimiento transversal del paladar.
3. Contacto bilabial El arco o cresta superior tiene forma de herradura, ancha y aplanada. En las zonas laterales presentan 2 prominencias anteroposteriores denominadas burletes palatinos. Las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucalmente y labialmente.

### **2.3.2 DENTICIÓN TEMPORAL**

La erupción dental se define como el movimiento del diente desde su posición de desarrollo dentro del proceso alveolar, hasta que alcanza una posición funcional dentro de la cavidad oral. (38)

El proceso eruptivo, se produce una vez terminada la calcificación de la corona e inmediatamente después de que empieza a calcificarse la raíz y se cree que está regido por un control endocrino que es el resultado de la acción simultánea de distintos fenómenos.

En la erupción de los dientes temporales no es posible dar fechas precisas, puesto que es normal una gran variabilidad de acuerdo con las razas, clima, etc., pero sí que es útil tener

siempre presente la edad promedio para determinar si hay adelantos o retrasos notorios en la dentición. Por tanto, la erupción dentaria puede verse afectada por multitud de factores:

- Prematuridad. Existe la tendencia de retraso en la erupción de piezas dentales en los niños con antecedente de nacimiento prematuro.
- Influencia del sexo. Se ha estudiado la influencia hormonal en el desarrollo de la dentición. Se sabe que los niveles de testosterona en los varones varían a lo largo de las distintas etapas del crecimiento hallando altos niveles desde la décima a la vigésima semana de vida intrauterina, así como en los primeros meses de vida y en la adolescencia, coincidiendo con periodos en los que el desarrollo dentario se encuentra más avanzado en los niños que en las niñas. (39)
- Nivel socioeconómico. En los niños de un menor nivel socioeconómico se produce una erupción dentaria más retardada con respecto a los de un nivel medio o alto.
- Desnutrición. La deficiencia de micronutrientes ocasiona una erupción dental retardada.(40).
- Los primeros dientes temporales en erupcionar son los incisivos (entre el 5to y el 8vo mes) y la secuencia más habitual es:
  - Incisivos centrales inferiores
  - Incisivos centrales superiores
  - Incisivos laterales superiores
  - Incisivos laterales inferiores

Como esta erupción se produce más por retracción gingival que por crecimiento vertical, se establece entre las piezas superiores e inferiores un escalón acentuado, de tal manera que estando los incisivos en boca, las restantes alveolares laterales mantienen su contacto.

Luego de la erupción incisiva se produce la erupción del 1er molar temporal: lo que ocurre entre los 12 y 16 meses cuando entran en contacto los primeros molares superiores e inferiores, se produce el primer levante fisiológico de la oclusión, perdiéndose entonces el contacto entre los rebordes gingivales. En sentido entero-posterior se establece entre ambos una relación de cúspide a fisura por una posición más del inferior.

Posteriormente erupcionán los caninos y segundos molares de acuerdo a la siguiente frecuencia:

- Caninos temporales superiores e inferiores (16 a 20 meses)
- 2do molar temporal inferior (20 a 30 meses) (41)

### 2.3.3 IMPORTANCIA DE LOS DIENTES TEMPORALES

La adecuada secuencia de erupción y la correcta posición de estos dientes en las arcadas tendrán una importancia decisiva en el desarrollo de la cara del niño. Un aspecto importante que se debe tener en cuenta es que hay mayor número de dientes permanentes que de dientes temporales. Por este motivo, pueden observarse espacios entre los dientes temporales; estos espacios permitirán que las piezas permanentes, de mayor tamaño, se coloquen correctamente, lo que posibilita una adecuada forma de morder. (42)

Además, puesto que los dientes temporales se emplean para la preparación mecánica de los alimentos del niño para su digestión y asimilación durante uno de los períodos más activos de crecimiento y desarrollo, es indudable su importancia.

Por otro lado mediante la función masticatoria los dientes temporales desempeñan también una función de estimulación del crecimiento de los maxilares en los tres planos del espacio (antero-posterior, transversal y vertical) y no debemos pasar por alto la importancia de la función de los dientes temporales en la estética del niño.

Algunos se afectan psicológicamente y solicitan su reposición cuando pierden algún diente anterior temporal por trauma. Finalmente una pérdida precoz y accidental de los dientes temporales anteriores pueden llevar a un trastorno en la fonación por dificultarse la pronunciación de los sonidos F, V, S y Z años después de la erupción de los dientes permanentes puede persistir la dificultad en la pronunciación de la S y Z, llegando en ocasiones a requerir una corrección fonética. (43)

Del mismo modo, los dientes primarios van a servir a los niños durante diez o más años. Algunos molares no van a ser reemplazados hasta los doce o trece años. Por eso, conviene cuidarlos a conciencia, es por eso que es necesario cuidar los dientes desde edades muy tempranas. (44).

### 2.3.4 CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

El término caries de primera infancia se define como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños hasta los 36 meses de edad. (45)

Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad. (46)

La caries de primera infancia es una enfermedad multifactorial. En su compleja etiología existe una interacción inexplicable de factores tales como: la infección por *Streptococcus Mutans*, la educación de la madre (o cuidador), lactancia materna prolongada, el estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización del biberón impregnado en miel o azúcar, frecuencia de alimentación del niño, o el consumo de alimentos o bebidas azucaradas, entre otros. (47)

La caries de la infancia temprana usualmente empieza en los incisivos primarios superiores, como una mancha opaca y área de desmineralización a lo largo del margen gingival. A medida que la condición se desarrolla, la caries progresa y empieza a rodear los cuellos de las piezas dentarias.

En situaciones avanzadas, las coronas de los incisivos superiores, se llegan a destruir completamente, dejando solo la raíz del diente. Los molares inferiores primarios, con frecuencia, se ven afectados por el estancamiento de líquidos cariogénicos.

Otras superficies dentales pueden cariarse, dependiendo de la duración y frecuencia de los malos hábitos alimenticios. Una característica importante de esta patología es la ausencia de caries a nivel de los incisivos inferiores, debido a la acción protectora de la lengua y por la proximidad que existe con las glándulas salivales mayores. (48)

Los principales factores del desarrollo de la caries son:

- Huésped: la posición del diente, así como su composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa bacteriana. Los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a las caries que los dientes anteriores porque la lengua no limpia tan fácilmente su superficie, así como por su anatomía, posee más fisuras y surcos que facilitan la acumulación de placa.
- Tiempo: El tiempo juega un rol muy importante, la superficie dental al estar más tiempo expuesta a un agente cariogénico, determina la agresividad de la misma.
- Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries.
- Bacterias: aquellas capaces de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, son, entre otros: Streptococos mutans, Streptococos sanguis, Lactobacillus acidophilus, Actinomyces naeslundii, Actinomyces viscosus.

La ausencia de uno de estos factores limita la aparición o desarrollo de la caries (49)

### 2.3.5 FACTORES DE RIESGO

#### **Circuitos de infectividad:**

Los circuitos de infectividad, que pueden darse simultáneamente, se clasifican en:

- a) De los contactos cercanos, a través de la saliva.
- b) De la lactancia, por deficiente higiene de pezón y/o tetinas.
- c) De la higiene de manos, chupetes, juguetes y otros objetos.



El período de colonización de la cavidad bucal del niño con los microorganismos de la madre se ha establecido en la llamada ventana de infectividad. Una de las principales estrategias en la prevención de es evitar la infección inicial y colonización de la cavidad bucal del niño por el microorganismos patógenos efectuando medidas profilácticas y educativas con su madre con el propósito de controlar la transmisión de bacterias a su hijo después del nacimiento. Dentro de los microorganismos el más estudiado es el *Streptococcus mutans*. La mayoría de los niños parecen adquirir los *Streptococcus mutans* de sus madres por contacto salival a través de besos en la boca, gotas de saliva expulsadas al hablar o al toser, o por usar los cubiertos del niño para probar su comida, entre otras causas. (50).

La primera “ventana de infectividad” transcurre entre los 6 y 31 meses de vida del niño, aunque el período más crítico de colonización bucal por el *Streptococcus mutans* podría estar entre los 19 y 31 meses de edad, lo que sugiere una correlación con la erupción de molares deciduos, piezas con superficies retentivas más propensas de colonizar. También se ha observado que niños más pequeños pueden ser contagiados después de la erupción de sus primeros dientes. Se requieren superficies sólidas para la colonización y multiplicación de *Streptococcus Mutans*. (51)

La caries dental es una enfermedad infecciosa transmisible como lo demostró Keyes en 1960. Desde entonces se ha identificado a un grupo de bacterias fenotípicamente similares conocidas colectivamente como *Streptococcus mutans*, principal bacteria implicada en el inicio y desarrollo de la caries dental. *Streptococcus mutans* incluye las especies *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sobrinus*, considerados los mayores agentes etiológicos de caries dental, mientras que el grupo *Lactobacillus* estaría asociado con el progreso de lesiones cariosas activas. (52)

El gran número de lesiones activas en la madre representa una importante fuente de colonización y transmisión de *Streptococcus mutans* a sus hijos (transmisión vertical). La reducción de colonias de *Streptococcus mutans* en el ambiente bucal es un factor importante en la prevención y control de futuras caries dentales.

En consecuencia, un régimen preventivo aplicado a la madre durante su embarazo resulta en una reducción significativa de sus *Streptococcus mutans* salivales, lo que retarda la colonización de estas bacterias en sus hijos. La transmisión horizontal de *Streptococcus mutans* es otro vector de adquisición, en especial a partir de la etapa preescolar, por contacto con otros niños. (53)

Las respuestas inespecíficas presentes desde las primeras horas de vida extrauterina son reforzadas por la inmunidad pasiva dada antes por la madre a través de la placenta, y después del parto mediante el calostro y la leche materna. La IgA constituye la protección contra la adherencia y colonización microbiana en la cavidad bucal, reduciendo la probabilidad de ciertas enfermedades bacterianas, micóticas y virales como son gingivitis, candidiasis y gingivo-estomatitis herpética, así como la reducción de enfermedades sistémicas cuyos agentes etiológicos ingresan por la boca. (54)

Es muy importante la higiene de manos y uñas, chupetes, tetinas, juguetes y otros objetos que el niño pueda llevar a su boca por ser agentes de transmisión de gérmenes. El período de reconocimiento oral se inicia al nacer y se extiende hasta los dos años y medio de edad.

El niño en la primera infancia satisface por la boca su necesidad de alimento y afecto, además de intentar reconocer a su propio cuerpo e interactuar con el ambiente que le rodea. Es normal que lleve a su boca objetos y extremidades de su cuerpo porque conoce al mundo a través de la boca. (55)

#### **Alimentos y productos cariogénicos:**

Se define alimentos y productos cariogénicos a aquellos con alto contenido de hidratos de carbono, tales como:

- Alimentos cariogénicos: Las frutas con alto contenido de fructosa como por ejemplo las manzanas, platanitos, capulí, melón, mango, limones, uvas, naranjas y sandías. La fruta seca como las pasas e higos.

- Snacks Procesados: Estos alimentos contienen grandes cantidades de carbohidratos simples y alto contenido calórico.
- Las barras de dulces, tortas, las paletas, dulce de azúcar y mantequilla, chocolate y galletitas, todos estos contienen grandes cantidades de azúcares procesados y carbohidratos simples. Los snacks que contienen harina, como los palitos de pan, las galletas y las pastitas y las papitas fritas. Las gaseosas y las bebidas de frutas procesadas contienen altos niveles de azúcar y carbohidratos simples.
- Los azúcares fermentables como la sacarosa, se depositan con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Aunque la caries dental se considera una enfermedad infecciosa, el rol de la dieta diaria en la adquisición de la infección y el desarrollo de la enfermedad es crítico.

Cuanto más adherentes sean estos alimentos, mayor será su cariogenicidad. La solubilidad y la adhesión de los alimentos que se pegan a los dientes y tejidos por periodos prolongados, y aquellos que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH del medio oral. Un pH menor de 5.5 proporciona un medio para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte (56)

La utilización de sustancias azucaradas es la causa más frecuente de caries de primera infancia. El líquido se estanca alrededor de los dientes, particularmente en los niños que se quedan dormidos durante la alimentación. Cuando están dormidos, la salivación disminuye, se reducen las capacidades de amortiguamiento y los efectos protectores de la saliva.

Si los líquidos contienen azúcar, éstos son metabolizados por microorganismos que se encuentran en la boca, produciendo ácidos orgánicos que causan la desmineralización de los dientes. Si estos líquidos cariogénicos son consumidos frecuentemente, los dientes son expuestos a condiciones cariogénicas durante períodos prolongados de tiempo, únicamente con intervalos cortos de reparación o remineralización del diente desmineralizado. (57)

La leche es menos cariogénica que otros azúcares contenidos en líquidos, debido a que la lactosa tiene un menor potencial cariogénico que la sacarosa y a su contenido en fosfoproteínas que inhiben la disolución del esmalte; además de tener propiedades antibacterianas que interfieren con los ácidos metabólicos. Por lo tanto, la leche puede facilitar la re mineralización del esmalte. (58)

### 2.3.6 MEDIDAS PREVENTIVAS

#### ➤ **Higiene dental en la infancia:**

Es de suma importancia explicar a la familia sobre la importancia de la higiene dental. Mientras más temprano se empiece con la higiene dental, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries.

La higiene dental infantil es responsabilidad de un adulto, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. (59)

La técnica debe ser sencilla. Se recomienda a los padres limpiar con especial énfasis las superficies dentales más susceptibles: las vestibulares de los incisivos superiores con movimientos circulares y las fosas y fisuras de los molares con movimientos antero-posteriores y se debe aprovechar para limpiar la lengua si es que el niño lo permite y no se presenta el reflejo nauseoso. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable. (60)

En niños menores de 3 años se sugiere el uso de una pasta con flúor (1000ppm) en cantidad mínima (“raspada” sobre el cepillo) ya que sólo las cremas dentales que contienen concentraciones de 1000 ppm de flúor o más han probado ser eficaces en la reducción de caries.

Una vez que el niño haya aprendido a escupir, es imprescindible que el cepillado se realice con una pasta dental fluorada (1000-1450ppm), en cantidad equivalente a una lenteja.

Así mismo se debe tener especial cuidado en el almacenamiento de los cepillos de los infantes puesto que esta demostrado que es un medio de proliferación de bacterias, y propician la transmisión de bacterias cariogénicas de los cepillos de adultos a los niños en condiciones donde se almacenan en un capillero donde existe contacto entre las cerdas (61)

### 2.3.7 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La primera visita al odontólogo se recomienda, tempranamente, al brotar los primeros dientes y no mucho más allá de los tres años de edad. La regularidad con la que se aconseja la visita de rutina, es cada seis meses, donde se evaluará el desarrollo dental y el correcto desarrollo de los dientes temporales. (62).

### III. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La intervención educativa es efectiva en el incremento del conocimiento sobre salud dental en las madres de los niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” – Alto Puno, 2014.

### IV. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

#### 4.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Intervención educativa en madres de niños de 2 a 3 años.

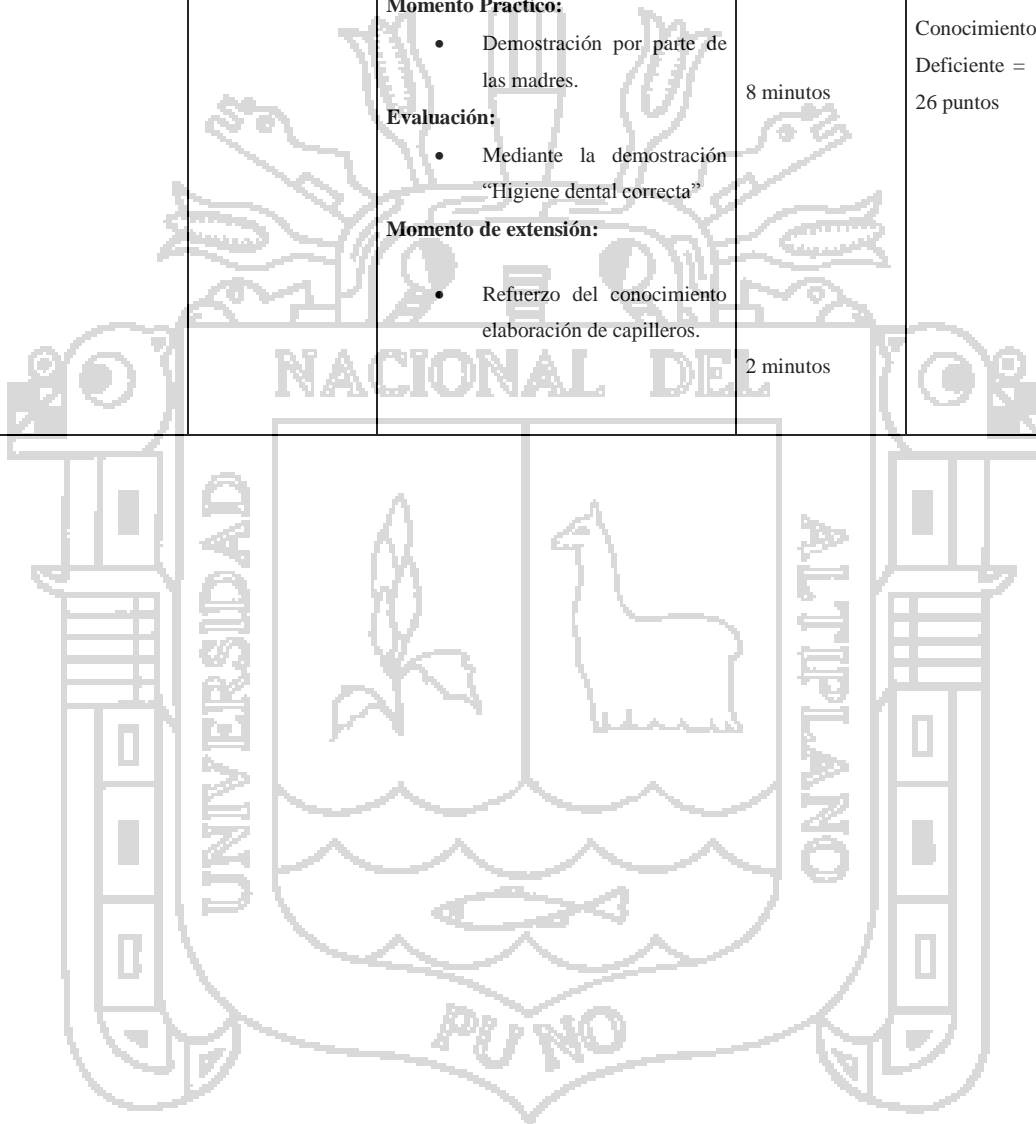
- **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Conocimiento sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años.

**4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA DE TIEMPO	ESCALA
<p><b><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></b></p> <p><b>Intervención Educativa de Enfermería:</b> Es el conjunto de actividades educativas que ofrecen mayores beneficios a la salud, incluyendo la enseñanza por medio de técnicas participativas, lo cual producirá cambios de conducta al final del desarrollo de la intervención educativa al grupo de madres de niños y niñas infantes de 2 a 3 años, en la ejecución: se considera el recojo de saberes previos, sesión educativa y demostrativa, redemonstración y evaluación.</p>	<p>Educación participativa grupal.</p>	<p><b>1ra Sesión</b></p> <p><b>Tema:</b> “Salud Dental”</p> <p><b>Pasos:</b> <b>Momento de la Motivación:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación.</li> <li>• Técnica de motivación</li> </ul> <b>Recuperación de Saberes previos:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante Lluvia de ideas</li> </ul> <b>Momento básico</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sesión expositiva</b> Concepto, importancia, beneficio, higiene dental correcta y recomendación.</li> </ul> <b>Momento Práctico:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demostración por parte de las madres.</li> </ul> <b>Evaluación:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la dinámica “Rio revuelto”</li> </ul> <b>Momento de extensión:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refuerzo del conocimiento mediante trípticos.</li> </ul> </p> <p><b>2da Sesión</b></p> <p><b>Tema:</b> “Higiene Dental”</p> <p><b>Pasos:</b> <b>Momento de la Motivación:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida y presentación.</li> <li>• Técnica de motivación</li> </ul> </p>	<p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>7 minutos</p> <p>2 minutos</p> <p>5 minutos</p>	<p>Conocimiento Bueno = 39 – 52 puntos</p> <p>Conocimiento Regular = 27- 38 puntos.</p> <p>Conocimiento Deficiente = 0- 26 puntos</p>

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA DE TIEMPO	ESCALA
		<p><b>Recuperación de Saberes previos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante cuento “Sapo Dientón”</li> </ul>	5 minutos	<p>Conocimiento Bueno = 39 – 52 puntos Conocimiento Regular = 27-38 puntos. Conocimiento Deficiente = 0-26 puntos</p>
		<p><b>Momento básico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sesión demostrativa</b> Higiene dental correcta e importancia consulta odontológica.</li> </ul>	15 minutos	
		<p><b>Momento Practico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demostración por parte de las madres.</li> </ul>	5 minutos	
		<p><b>Evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mediante la demostración “Higiene dental correcta”</li> </ul>	8 minutos	
		<p><b>Momento de extensión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Refuerzo del conocimiento elaboración de capilleros.</li> </ul>	2 minutos	



VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p><b><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></b></p> <p><b>CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL:</b></p> <p>Es el conjunto de ideas y nociones que tiene la madre sobre salud dental, importancia de cuidar los dientes temporales, patologías frecuentes, caries dental en la infancia, identificación de los factores de riesgo, la identificación de medidas preventivas y consulta odontológica en la infancia.</p>	<p><b>Conocimiento sobre el desarrollo dental.</b></p>	<p><b>Conocimientos sobre inicio de la erupción dental</b></p>	<p><b>Edad promedio, de erupción de dientes temporales:</b></p> <p>a) 6 meses b) 4 meses c) 8 meses d) 12 meses e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos) Regular (2puntos.) Deficiente (0 - 1pts.)</p>
		<p><b>Conocimientos sobre la función de la dentición temporal.</b></p>	<p><b>Utilidad de la dentición temporal:</b></p> <p>a) Sirven para masticar los alimentos, darle forma a la cara y crear espacio para los dientes permanentes. b) Sirven para masticar y para darle forma a la cara. c) Sirven para masticar los alimentos y evitan que los dientes permanentes salgan chuecos. d) Solo sirven para masticar mientras los dientes permanentes no salen. e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos) Regular (2puntos.) Deficiente (0 - 1pts.)</p>
	<p><b>Conocimiento sobre patología dental.</b></p>	<p><b>Conocimientos sobre la caries.</b></p>	<p><b>La Caries:</b></p> <p>a) La caries es una enfermedad contagiosa que daña los dientes y/o muelas. b) La caries es una enfermedad producida por consumir golosinas c) La caries son manchas negras en los dientes y muelas. d) La caries es una placa dura y amarilla que se forma sobre los dientes y muelas. e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos) Regular (2puntos.) Deficiente (0 - 1pts.)</p>
		<p><b>Causas de la caries:</b></p> <p>a) Bacterias, falta de higiene y golosinas. b) Bacterias y falta de higiene. c) Falta de higiene. d) Solo golosinas. e) No sé</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos) Regular (2puntos.) Deficiente (0 - 1pts.)</p>	



VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		<b>Alimentos cariogénicos.</b>	<p><b>Alimentos cariogénicos</b></p> <p>a) Las golosinas, papas fritas, galletas, pan, jugo de frutas y gaseosas.</p> <p>b) Las golosinas, papas fritas, galletas y gaseosas.</p> <p>c) Solo las golosinas y galletas.</p> <p>d) Solo las golosinas.</p> <p>e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
	<b>Conocimiento sobre factores de riesgo.</b>	<b>Formas de transmisión.</b>	<p><b>Consideraciones sobre la alimentación del niño:</b></p> <p>a) Hay que darle la comida al niño con sus propios utensilios y evitar soplarla y probarla.</p> <p>b) Hay que darle la comida del niño con sus propios utensilios y evitar soplarla.</p> <p>c) Se debe soplar la comida del niño para evitar que este muy caliente.</p> <p>d) Se debe probar la comida del niño antes de darle para ver si tiene buen sabor y está muy caliente.</p> <p>e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
			<p><b>Consideraciones sobre el almacenamiento de los elementos de higiene dental.</b></p> <p>a) Los cepillos deben guardarse individualmente.</p> <p>b) El cepillo del niño debe guardarse en un depósito separado de los demás.</p> <p>c) El cepillo del niño debe guardarse en un depósito con los demás con las cerdas hacia arriba.</p> <p>d) El cepillo del niño debe guardarse en un depósito con los demás con las cerdas hacia abajo.</p> <p>e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
			<p><b>Conocimiento sobre la crema dental</b></p> <p>a) Se usa para el cepillado y ayuda a remover bacterias además fortalece los dientes.</p> <p>b) Se utiliza en el cepillado dental y ayuda a la eliminación de las bacterias.</p> <p>c) Sirve para retirar restos de alimentos de los dientes.</p> <p>d) Se utiliza para que los dientes estén blancos.</p> <p>e) No sé</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
	<b>Conocimiento sobre los elementos de la higiene oral.</b>	<b>Conocimientos sobre los elementos de la higiene dental.</b>	<p><b>Conocimiento sobre las características de la crema dental :</b></p> <p>a) Debe contener menor cantidad de flúor y de sabor agradable.</p> <p>b) Debe ser de sabor agradable.</p> <p>c) La misma que de los adultos</p> <p>d) Debe ser más pequeña.</p> <p>e) No sé</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
			<p><b>Características del cepillo dental de un niño:</b></p> <p>a) Pequeño, de cerdas suaves, y cuello flexible.</p> <p>b) Pequeño, de cerdas suaves y mango recto.</p> <p>c) Pequeño de cerdas duras para remover más bacterias y mango flexible.</p> <p>d) De cualquier tamaño y tipo de cerda.</p> <p>e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
	<b>Conocimiento sobre medidas preventivas en salud dental</b>	<b>Inicio de la higiene dental</b>	<p><b>Inicio de la higiene dental</b></p> <p>a) Antes que salga su primer diente.</p> <p>b) Después que salga su primer diente.</p> <p>c) Cuando tenga sus dientes completos.</p> <p>d) Cuando tenga sus dientes y muelas completas.</p> <p>e) No sé.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular ((2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>

VARIABLE	DIMENSION	SUB DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		<b>Importancia de la higiene dental</b>	<p><b>Importancia de la higiene dental.</b></p> <p>a) Porque previene la caries dental.</p> <p>b) Porque evita el dolor de dientes y/o muelas</p> <p>c) Porque evita que los alimentos se queden entre los dientes.</p> <p>d) Porque evita que los alimentos se queden dentro de las caries.</p> <p>e) No es importante porque los dientes temporales se cambian por dientes y muelas permanentes.</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>
	<b>Conocimiento sobre la atención odontológica.</b>	<b>Atención odontológica.</b>	<p><b>Cundo debe llevar a su hijo al odontólogo:</b></p> <p>a) Antes que le salga su primer diente.</p> <p>b) Cuando le salga su primer diente.</p> <p>c) Cuando tenga sus dientes y muelas completas.</p> <p>d) Cuando le duela los dientes y/o muelas.</p> <p>e) Cuando necesite que le saquen un diente y/o muela</p>	<p>Bueno (3 – 4 puntos)</p> <p>Regular (2puntos.)</p> <p>Deficiente (0 - 1pts.)</p>

Fuente: Marco Teórico.

## V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el efecto de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” Alto Puno – 2014.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el conocimiento sobre salud dental, antes de la intervención educativa, en términos de desarrollo dental, patología dental, factores de riesgo, elementos de la higiene dental, medidas preventivas en salud dental y atención odontológica
- Evaluar el conocimiento sobre salud dental, después de la intervención educativa, en términos de: desarrollo dental, patología dental, factores de riesgo, elementos de la higiene dental, medidas preventivas en salud dental y atención odontológica.
- Evaluar el conocimiento sobre salud dental, antes y después de la intervención educativa, para determinar la efectividad de la intervención a partir de los conocimientos obtenidos de las madres.

## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

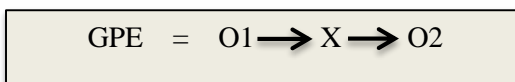
#### 6.1.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo pre-experimental, la que presenta las siguientes características:

- ✓ Manipulación de la variable independiente (Intervención Educativa)
- ✓ Medición de la variable dependiente (Conocimiento sobre salud dental)
- ✓ Asignación de sujetos a la muestra por el método No Probabilístico, por conveniencia (Madres de niños y niñas de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” Alto Puno de la ciudad de Puno.)

### 6.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue:



Dónde:

**GPE:** Grupo pre experimental.

**O1:** Evaluación en el conocimiento sobre salud dental. Antes de la intervención de Enfermería.

**X:** Desarrollo de la intervención participativa grupal.

**O2:** Evaluación en el conocimiento sobre salud dental. Después de la intervención de Enfermería.

### 6.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en Alto Puno, en los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”; es un Programa Social Focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

El Centro Poblado de Alto Puno, se encuentra ubicado a 3 Km al Noreste del centro de la ciudad de Puno, a una altitud de 3.827m.s.n.m, posee un clima frío y seco siendo lluvioso los meses de Diciembre a Marzo, la media anual de temperatura oscila entre 0° a 7 ° C; cuenta con una población de 3.946 habitantes y 162 niños menores de 5 años.

Esta dentro del área de cobertura del Puesto de Salud I-1 “Hábitat Humanity” y el Centro de Salud I – 3 “4 de Noviembre”; existe 2 Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”: Amiguitos I - II y Geniecitos I - II. Se llevó a cabo la presente investigación en 2 Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” donde asisten niños de 2 a 3 años de edad, donde se brinda acompañamiento, nutrición, prácticas de cuidado y aprendizaje infantil temprano.

Cada Centro de Cuidado Diurno tiene un horario de atención de 8 a.m. a 4 p.m.; los límites de cada Centro de cuidado diurno se describirán a continuación:

- Amiguitos I - II es un local que alberga 15 niños, se encuentra en la Av. La Cultura de Alto Puno, funciona en el domicilio de una de las madres cuidadoras, cuenta con tres ambientes, con pisos armables de goma, juguetes para la estimulación psicomotriz, dos ambientes para la alimentación y dos baños móviles para cada género.
- Geniecitos I - II alberga a 15 niños, se encuentra en que se encuentra en la Urbanización 27 de Junio, funciona en el local comunal, cuenta con un ambiente, con un pequeño piso armable de goma para la zona de juego, juguetes para la estimulación psicomotriz, un espacio para la alimentación y dos baños móviles para cada género.

### 6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

**POBLACIÓN:** La población estuvo conformada por 33 madres con niños(as) de 2 y 3 años, 11 meses y 29 días de edad que asisten y se encuentran inscritos en los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”, la población según los registros es predominantemente oriunda de la región, con secundaria completa y de oficio actividades independientes en un 70%, con estudios superiores y de actividades dependientes 15% y un 10% de las madres independientemente a su nivel educativo permanecen en su domicilio en actividades propias de su casa.

**MUESTRA:** La muestra estuvo conformada por 30 madres de niños(as) que asisten y se encuentran inscritos en los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” de Alto Puno.

$$N = \frac{N Z^2 p q}{(N-1)e^2 + Z^2 p q}$$

$Z^2$  = Nivel de confianza

**p** = Madres de niños con conocimiento sobre salud dental

**q** = Madres de niños sin conocimiento sobre salud dental

**N** = Población (33)

**e<sup>2</sup>** = Error muestral (5%)

**n** = Muestra

**REEMPLAZANDO:**

$$n = \frac{33 (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(33 - 1)0.05^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{33 (3.8416)(0.25)}{(33-1)0.0025+(3.8416)(0.25)} = \frac{33 (0.96)}{0.08+0.96} = \frac{31.6}{1.05} = 30$$

n = 30 madres de niños y niñas.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN:**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Madres con niños(as) de 2 a 3 años 11 meses y 29 días de edad.
- Madres con niños(as) que estén inscritos en los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”.
- Madres que acepten su participación en la intervención educativa.
- Madres biológicas o políticas de los niños y niñas.
- Madres que sepan leer y escribir.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Madres con niños(as) menores de 2 años de edad.
- Madres con niños(as) de 4 años a más de edad.
- Madres con niños(as) que no estén inscritos en el Centro de Cuidado Diurno “Cuna Más”.
- Madres que no acepten su participación en la intervención educativa.
- Familiares que no sean madres de los niños (hermanas, abuelas, tías, etc)
- Madres que no sepan leer y escribir.

## 6.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el logro de los objetivos de la presente investigación se aplicó la siguiente técnica:

**Encuesta:** Se aplicó a toda madre que tenga su niño de 2 a 3 años de edad, con la finalidad de obtener respuesta a las interrogantes planteadas con respecto al conocimiento que poseen sobre salud dental en términos de: medidas preventivas en salud dental, factores de riesgo, patologías dentales, desarrollo dental, elementos de la higiene dental y atención odontológica. Toda la investigación se llevó a cabo en los 2 Centros de Cuidado Diurno.

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

**Cuestionario:** para la ejecución de la presente investigación se utilizó el cuestionario para madres que sepan leer y escribir; elaborado por los investigadores, el instrumento estuvo conformado por las siguientes partes:

**1ra Parte:** Encabezado.

**2da Parte:** Datos generales sobre la población de estudio.

**3ra Parte:** Interrogantes sobre salud dental.

Estuvo constituido de 13 preguntas de alternativa múltiple, sobre conocimientos de salud dental, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de la investigación, donde se consideró:

- Conocimiento sobre medidas preventivas en salud dental (2 preguntas)
- Conocimiento sobre factores de riesgo (3 preguntas)
- Conocimientos sobre patologías dentales (2 pregunta)
- Conocimiento sobre desarrollo dental (2 preguntas)
- Conocimientos sobre elementos de la higiene dental (3 preguntas)
- Conocimiento sobre la atención odontológica (1 pregunta)



El instrumento elaborado, se aplicó a toda madre con niño (a) de 2 a 3 años de edad, cada respuesta será calificada en tres categorías: Bueno, Regular y Deficiente.

### Válidez y confiabilidad del instrumento:

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de experto: Cirujano Dentista Walker Ccalli Chino (Centro de Salud I – 3 “4 de Noviembre”). También se realizó una prueba piloto con el propósito de validar el cuestionario elaborado sobre conocimiento de salud dental en madres de niños (as) de 2 a 3 años de edad, la misma que se utilizó en la presente investigación; la prueba piloto se aplicó en el 20% de la población en estudio, es decir; en 6 madres, en el Centro de Salud I-3 “4 de Noviembre”, por presentar características similares; los resultados de la aplicación permitieron mejorar y reformular la redacción de las interrogantes y el planteamiento de las alternativas. Ver (Anexo 02).

N° de preg.	Pregunta inicial.	Pregunta Corregida
1.1	¿A qué edad promedio, se da la erupción de dientes temporales?	¿A qué edad promedio, se da la erupción de dientes temporales “de leche”?
1.2	¿Para qué sirven los dientes temporales?	¿Para qué sirven los dientes temporales “de leche”?
6.1	c) Cuando tenga una caries	c) Cuando le salgan los dientes y/o muelas completos.

Fuente: Prueba Piloto en el Centro de Salud “4 de Noviembre”.

### Calificación del instrumento:

La evaluación del instrumento se realizó en base al esquema de calificación como se muestra, donde cada pregunta tiene 5 alternativas con un puntaje individual de 0 a 4 puntos; donde 4 es la alternativa mas completa y 0 la alternativa incorrecta cada pregunta se califica individualmente en tres categorías:

**Bueno:** 3 – 4 puntos (si la respuesta es correcta o el conocimiento es completo).

**Regular:** 2 puntos (si la respuesta tiene imprecisiones respecto a la interrogante o el conocimiento es parcial).

**Deficiente:** 0 – 1 puntos (si la respuesta es incorrecta o el conocimiento es nulo).

### PUNTAJE GLOBAL

La suma de los puntajes obtenidos por cada madre será categorizada y comparada con la siguiente escalade calificación:

- Conocimiento Bueno 39 - 52 puntos
- Conocimiento Regular 27 - 38 puntos
- Conocimiento Deficiente 00 - 26 puntos

Se realizó una regla de tres simple con los puntajes globales y se comparó con la siguiente escala vigesimal:

- Conocimiento Bueno 16 - 20 puntos
- Conocimiento Regular 11 - 15 puntos
- Conocimiento Deficiente 00 - 10 puntos

### 6.5.PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### COORDINACIÓN:

1. Se solicitó una carta de presentación de la Decanatura para el desarrollo de la investigación.
2. Se solicitó facilidades para la realización de la investigación a la Coordinadora del Servicio de Cuidado Diurno “Cuna Más”.
3. Se realizó coordinaciones con las autoridades locales respectivas de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”, previamente se había realizado actividades de trabajo en los mencionados centros, por lo cual se nos brindó el acceso.
4. Se coordinó las sesiones educativas conjuntamente con la coordinadora y madre guía de los Centros de Cuidado Diurno, antes de realizar las intervenciones educativas.

#### RECOLECCIÓN DE DATOS:

##### a. RECOLECCIÓN DE DATOS RESPECTO AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS (AS) DE 2 A 3 AÑOS:

1. Primeramente y con el apoyo de la coordinadora se solicitó un espacio en la reunión mensual de las madres de los Centro de Cuidado Diurno “Cuna Más”.
2. Se estableció una plática amistosa con las madres de los niños, procediendo a explicar los objetivos de la investigación y se solicitó el respectivo consentimiento. **(Anexo 01)**

3. Seguidamente se aplicó el cuestionario sobre el nivel de conocimiento respecto a la salud dental, que consta de 13 preguntas de alternativa múltiple. (**Anexo 02**), se contó con la colaboración de las madres existiendo algunas dudas en el llenado que fueron subsanadas por los ejecutores.
4. Una vez concluido el llenado el cuestionario, se agradeció a las madres y se les invito cordialmente a participar en las sesiones educativas a realizarse sobre el tema de salud dental.
5. Luego se realizó el procesamiento de los datos obtenidos (Pre test).

Los conocimientos se evaluarón en base a tres categorías: Bueno, regular y deficiente.

#### **b. REALIZACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS:**

##### **Primera sesión educativa**

1. Previamente se envió una invitación con el respaldo de la coordinadora, a las madres de los centros de cuidado diurno a horas 3:00 pm. Con la finalidad que no interfiera con sus actividades cotidianas.
2. En segundo lugar, para el desarrollo de la sesión educativa se acondiciono el ambiente “27 de Junio” al no contar con energía eléctrica se tuvo que realizar la conexión de un domicilio cercano.
3. La sesión empezó con un retraso de 20 minutos al no reunirse la totalidad de las madres en el horario establecido.
4. Al iniciar la sesión educativa se realizó la presentación y saludo previo procediéndose a realizar la dinámica lluvia de ideas, no se contó con la participación activa de la totalidad de las madres, siendo las madres de menor edad las más motivadas en la realización de la dinámica.
5. Se presentó el grafico “Boca sana y boca enferma” logrando la atención de las madres al preguntarles a cuál de las dos imágenes correspondía la boca de sus niños.
6. Se desarrolló el momento básico con una duración de 30 minutos, donde se desarrolló la parte teórica, utilizando data display, laptop, y productos para la demostración (papas fritas, golosinas, frutas, etc) promoviendo la participación de las madres durante el desarrollo de la exposición.

7. Se realizó la dinámica “Rio revuelto” contando con mayor participación de las madres.
8. Finalmente, se entregó trípticos invitando a participar en la segunda sesión educativa y agradeciendo su participación.

### **Segunda sesión educativa**

1. Se invitó a las madres a participar en la sesión educativa con apoyo de la coordinadora y las madres cuidadoras.
2. Se realizó la ambientación con papelotes y gráficos para la realización de la sesión educativa.
3. Al iniciar la sesión educativa se realizó la presentación y saludo previo procediéndose a relatar el cuento “El sapito dientón”.
4. Se desarrolló el momento básico con una duración de 20 minutos, donde se desarrolló la parte teórica, utilizando un modelo dental pediátrico sobre la higiene dental correcta, hubo dificultades debido al tamaño del modelo dental por lo que se tuvo que ir de grupo en grupo para lograr la asimilación correcta del procedimiento por parte de las madres.
5. Se motivó a las madres a explicar el tema y a demostrar el procedimiento, se contó con la participación de algunas madres, quienes lograron realizar la demostración y la explicación teórica de manera correcta. .
6. Finalmente, se entregó materiales para la realización de cepilleros individuales, optando por acuerdo de las madres en dejarlos con el nombre de sus niños en el mismo ambiente.
7. Se procedió a realizar la aplicación del cuestionario del pre test al cual se modificó el orden de las alternativas.
8. Se agradeció a las madres por la participación en la investigación, incitando a replicar en la familia todo lo aprendido.

## **6.6.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

### **PLAN DE PROCESAMIENTO:**

Se realizó las siguientes actividades:

- Codificación del instrumento.

- Vaciado de datos en una tabla.
- Elaboración de cuadros porcentuales.

### ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva porcentual.

$$P = \frac{X}{N} \times 100$$

Dónde:

P = Porcentaje.

X = Casos.

N = Población de estudio.

Para la prueba de hipótesis se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 con la comparación de medias según la prueba T de Student para muestras relacionadas.

### Prueba de hipótesis para la salida entre el grupo experimental:

El objetivo de la prueba de hipótesis es comprobar que los resultados obtenidos en la prueba de salida en el grupo experimental son mayores a los resultados obtenidos en la prueba inicial, por lo que se da los siguientes pasos:

1. Planteamiento de las hipótesis.

**H<sub>0</sub>:** La intervención educativa no es efectiva en el conocimiento sobre la salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” Alto Puno.

**H<sub>a</sub>:** La intervención educativa es efectiva en el conocimiento sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” Alto Puno.

### Regla de decisión:

Considerando los resultados:

- Si la significancia obtenida  $es \leq \alpha$  Rechaza  $H_0$  (Se acepta  $H_a$ )
  - Si la significancia obtenida  $> \alpha$  No se rechaza  $H_0$  (Se acepta  $H_0$ )
2. Con los resultados se aplicó la distribución T de Student para muestras relacionadas, usando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 aplicando la siguiente fórmula:

$$T = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{S_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

Dónde:

X y Y: Medias de las muestras

$S_p$ : Varianzas inesgadas de las muestras

$n_1$  y  $n_2$ : Tamaño de la muestras

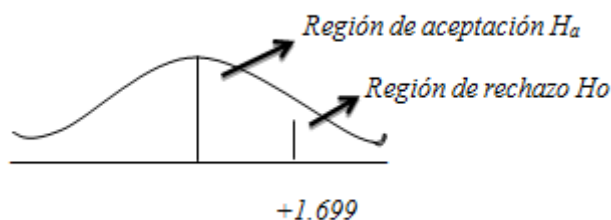
**Datos:**

- Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ :
  - Intervalo de confianza = 95%
  - Grados de libertad ( $N - 1$ ; Donde,  $N =$  Muestra) = 29
  - Diferencia significativa para 29 grados de libertad  $T_t = 1.699$
3. Los valores de la media, desviación típica y tamaño de muestra para ambos grupos es:

**Estadísticos de muestras relacionadas**

EVALUACIÓN	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
PreTest	29,73	30	7,817	1,427
PostTest	42,70	30	5,981	1,009

4. Si damos un nivel de confianza del 95% y un error del 5%,  $\alpha = 0.05$ , hallamos el valor de la tabla de distribución T es  $T_t = 1.699$



5. Aplicando el paquete estadístico SPSS versión 20.0, para obtener la T calculada, obtenemos los siguientes valores:

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					Tt	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pre Test								
Post Test	-12,967	5,183	0,946	-14,902	-11,031	13,703	29	0,000

FUENTE: Paquete Estadístico SPSS versión 20.0

**REGIÓN DE RECHAZO**

Si  $T_c < T_t$  se acepta  $H_0$

$T_c = 13.703$

$T_t = 1.699$

**Conclusión:** Según la prueba T de Student para muestras relacionadas para 29 grados de libertad, nivel de significancia de 0.05, el valor de  $T_t = 1.699$ ; se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  en la variable conocimiento ( $T_c = 13,703 > T_t = 1.699$ ), y se confirma con significancia  $0.000 < 0.05$ , podemos determinar que hay una diferencia significativa en las medias de la variable conocimiento antes y después de la intervención educativa, por lo cual se concluye que la intervención (sesiones educativas) SI tiene efectos significativos en el conocimiento de las madres en temas de salud dental.

## VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL ANTES DE LA INTERVENCION  
EDUCATIVA EN LAS MADRES DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO  
“CUNA MÁS”, ALTO PUNO – 2014**

DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL						TOTAL	
		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desarrollo Dental	Inicio de la erupción dental	11	36.7	7	23.3	12	40.0	30	100
	Función de la dentición temporal	9	30.0	7	23.3	14	46.7	30	100
Patología Dental	Conocimientos sobre la caries	12	40.0	5	16.7	13	43.3	30	100
Factores de Riesgo	Alimentos cariogénicos	2	6.7	13	43.3	15	50.0	30	100
	Formas de transmisión de la caries	7	23.3	11	36.7	12	40.0	30	100
Elementos de la Higiene Dental	Conocimientos sobre los elementos de higiene dental	4	13.3	15	50.0	11	36.7	30	100
Medidas Preventivas en Salud Dental	Inicio de la higiene dental	6	20.0	3	10.0	21	70.0	30	100
	Importancia de la higiene dental	0	0.00	14	46.7	16	53.3	30	100
Atención Odontológica	Inicio de la atención odontológica	3	10.0	8	26.7	19	63.3	30	100

**Fuente:** Cuestionario elaborado por los investigadores y aplicado a las madres.

El cuadro 1, muestra los resultados del conocimiento de las madres antes de la intervención educativa sobre salud dental, donde el 70% de las madres presenta conocimiento deficiente en cuanto al inicio de la higiene dental de los niños, estas cifras son similares a las obtenidas en el estudio realizado por TEIXEIRA (2010) donde el 63% desconoce el inicio de la higiene de los dientes del niño considerando el que se debe iniciar



una vez tengan las piezas dentales completas, así como en el estudio realizado por GONZALES (2010) donde solo el 33.3% de los padres manifiesta el inicio de la higiene dental del niño desde el nacimiento; estas cifras reflejan que no existe conocimiento o existe conocimiento errado sobre el inicio adecuado de la higiene dental en los niños por parte de la población en estudio estas cifras son preocupantes porque un inicio tardío de la higiene dental predispone al niño a lesiones cariosas futuras no solo en los dientes temporales que cumplen una función importante sino que existe la predisposición de caries en dientes permanentes, por ello es indispensable no solo propiciar la información sino establecer estrategias de información que garanticen la adquisición de conocimientos desde el primer contacto de las madres con el establecimiento de salud; donde se debe indicar a la madre o al cuidador sobre hábitos de higiene oral para la prevención de caries, como lo indica la “Norma técnica de salud para el control del crecimiento de la niña y el niño menor de 5 años” NTS N° 087 MINSA en este punto es evidente una deficiencia en el acceso integral del niño o la niña al acudir a un establecimiento primer nivel de atención..

En cuanto al inicio de la atención odontológica se observa que el 63.3% presenta conocimiento deficiente y solo el 10.0 % conocimiento bueno, estas cifras contrastan con los obtenidos por TEIXEIRA (2010) donde el 85.5% de las encuestadas refieren nunca haber realizado la visita al odontólogo, la diferencia en los resultados puede atribuirse a la diferencia entre las muestras; sin embargo estas cifras demuestran que la población persiste en la creencia de que un profesional de la salud solo es necesario en lo asistencial y no en lo preventivo y por tanto consideran innecesario acudir a consulta tempranamente, sino solo cuando existe un problema que no puede ser manejado empíricamente llevando recién al niño; al respecto HALE K. (2003) en su obra “Salud dental. Pediátrica” recomienda que la primera visita al odontólogo sea tempranamente, al brotar los primeros dientes y no más allá de los tres años de edad; así mismo la norma técnica de CRED indica que a partir de los 2 años de edad el niño deberá ser evaluado por el odontólogo y la regularidad, es cada seis meses, donde se evalúa el desarrollo dental y el correcto desarrollo de los dientes temporales, pero esto no se cumple y solo se acude al odontólogo cuando existe una lesión avanzada, pudiendo está haber sido prevenida.

En cuanto a la importancia de la higiene dental el 53.3% de las madres presentan conocimiento deficiente, si bien es cierto que el 46.7% presenta conocimiento regular, estas cifras revelan que las madres tienen conocimiento de la importancia de la higiene

dental, pero este conocimiento es impreciso, porque aún persiste la idea de que la dentición temporal no requiere de los mismos cuidados que una dentición permanente, por la razón; que serán reemplazados posteriormente. Se hace indispensable por parte del personal de salud brindar información incidiendo con mayor énfasis en el inicio temprano del cuidado dental, contribuyendo de esa forma al buen desarrollo de la población infantil.

Respecto al conocimiento sobre los alimentos cariogénicos el 50% de las madres presentan conocimiento deficiente y el 43.3% conocimiento regular, si bien es cierto que las golosinas son una de las causas principales de la formación de lesiones cariosas ANGULO (2005) refiere que: el rol de los carbohidratos fermentables es crítico en la formación de caries ,es por ello; que los alimentos con alto contenido de azúcares refinados poseen un potencial cariogénico alto, otros alimentos con contenido de carbohidratos como los jugos de frutas, papas fritas, alimentos en base a harinas tienen un potencial cariogénico y la higiene dental debe ser no solo al consumir golosinas, como refieren algunas madres; sino, después de consumir cualquier alimento.

En el conocimiento sobre elementos de la higiene dental el 50.0% de las madres presenta conocimiento regular, y el 36.7% de las madres presenta conocimiento deficiente, estas cifras evidencian que las madres tienen conocimientos sobre los elementos de higiene dental, en parte; por el papel de los medios de comunicación en la promoción de sus productos, sin embargo; no se le da un adecuado manejo de los mismos y existe desconocimiento, al respecto muchas de las madres hicieron referencia al uso de la misma crema dental de adultos en los niños; al respecto CORREA (2009) refiere que una crema dental con un contenido de flúor de 1000 ppm en cantidad mínima es suficiente en la prevención de caries en niños menores de 3 años, pero las madres hacen uso de cremas dentales para adultos con contenido de 1450 ppm de flúor, cantidad superior a la recomendada que puede tener efectos adversos en los niños, ya que; sin la supervisión adecuada algunas veces son ingeridas por los niños.

También se observa desconocimiento en el almacenamiento de los cepillos dentales porque se usa un vaso para almacenar todos los cepillos propiciando de esa manera la transmisión de bacterias.

En cuanto a la función de la dentición temporal el 46% presenta conocimiento deficiente, y el 40% de las madres sobre el inicio de la dentición temporal presenta conocimiento

deficiente, FOLAYAN M. (2007), menciona al respecto, que la adecuada secuencia de erupción y la correcta posición de estos dientes en las arcadas tendrán una importancia decisiva en el desarrollo de la cara del niño; estos resultados reflejan la poca importancia que se le da a la dentición temporal, llevando como consecuencia a la pérdida prematura de estas piezas y como estos, se emplean para la preparación mecánica de los alimentos del niño para su digestión y asimilación durante uno de los períodos más activos de crecimiento y desarrollo, es indudable su importancia. Por otro lado también desempeñan una función de estimulación del crecimiento de los maxilares en los tres planos del espacio (antero-posterior, transversal y vertical) y no debemos pasar por alto la importancia de la función de los dientes temporales en la estética del niño. KNEIST S.(2005) también afirma que una pérdida precoz y accidental de los dientes temporales anteriores pueden llevar a un trastorno en la fonación; dificultando la pronunciación correcta de las letras F, V, S y Z; incluso puede persistir la dificultad en la pronunciación de la S y Z, es bajo esta perspectiva que se debe concientizar a los padres sobre la importancia del cuidado de la dentición temporal en los niños conservándolos el mayor tiempo posible hasta su remoción natural por parte de los dientes permanentes.

En cuanto al conocimiento de la caries el 43.3% presenta conocimiento deficiente y el 40% presenta conocimiento deficiente, en cuanto a los medios de transmisión, estos resultados se cree que es debido a que aún persiste el desconocimiento sobre el papel de las bacterias en la formación de lesiones cariosas, aún existe la creencia que la caries es producto solo de la mala higiene y las golosinas, CASTAÑO (2003), en su investigación “Circuitos de infectividad bucal entre madre-hijo. Refiere que la primera “ventana de infectividad” transcurre entre los 6 y 31 meses de vida del niño, aunque el período más crítico de colonización bucal por el *Streptococcus mutans*, bacteria responsable de la caries podría estar entre los 19 y 31 meses de edad.

En conclusión, antes de la intervención educativa; la mayoría de madres tienen conocimiento deficiente referente a temas de salud dental, principalmente en las sub dimensiones: inicio de la higiene dental, importancia de la higiene dental, inicio de la atención odontológica, inicio de la erupción dental, función de la dentición temporal, conocimiento sobre la caries, alimentos cariogénicos y formas de transmisión de la caries. Sin embargo; el conocimiento sobre elementos de la higiene dental presentan un 50% de conocimiento regular estos resultados reflejan que tienen conocimiento sobre los elementos

de la higiene dental porque los medios de comunicación proyectan temas alusivos al tema. Así mismo, el estudio refleja que las madres desconocen sobre los elementos de la higiene dental referidas principalmente en la conservación y disposición de los mismos. Por ello se considera que las medidas preventivas son importantes, sobre todo en la aplicación de metodologías educativas participativas en donde se pretende que la madre se empodere que ciertas conductas como: besar en la boca al niño o masticar los alimentos antes de dárselos; actitudes copiadas de generación en generación, no favorecen a la salud bucal de sus niños y niñas; por lo tanto se sugiere no perder de vista la metodología educativa aplicada la que debe ser permanente hasta lograr cambios de conducta.



CUADRO 2

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN  
EDUCATIVA EN LAS MADRES DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO  
“CUNA MÁS”, ALTO PUNO – 2014**

DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL						TOTAL	
		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desarrollo Dental	Inicio de la erupción dental	23	76.7	7	23.3	0	0.0	30	100
	Función de la dentición temporal	23	76.7	7	23.3	0	0.0	30	100
Patología Dental	Conocimientos sobre la caries	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
Factores de Riesgo	Alimentos cariogénicos	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
	Formas de transmisión de la caries	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
Elementos de la Higiene Dental	Conocimientos sobre los elementos de higiene dental	27	90.0	3	10.0	0	0.0	30	100
Medidas Preventivas en Salud Dental	Inicio de la higiene dental	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
	Importancia de la higiene dental	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
Atención Odontológica	Inicio de la atención odontológica	22	73.3	8	26.7	0	0.0	30	100

**Fuente:** Cuestionario elaborado por los investigadores y aplicado a las madres.

En el cuadro 2, observamos el conocimiento sobre salud dental, después de la intervención educativa; en cuanto a los conocimientos sobre elementos de la higiene dental, el 90% tiene conocimiento bueno, este resultado es debido al interés mostrado por las madres en cuanto al uso adecuado de la crema dental así como; el almacenamiento de los cepillos para evitar su contaminación; CONTRERAS (2002) sobre esto refiere que “La contaminación que se genera en estas herramientas bucales está causando un porcentaje importante de caries dental y enfermedad periodontal que propicia una degradación de la

calidad de vida de los individuos”; y es bastante común ver en las familias que se almacena los cepillos dentales en lugares húmedos como porta cepillos donde las cerdas de estos se ponen en contacto con otros cepillos dentales, causando el traslado de bacterias; sumándose a esto los infantes, al no tener una supervisión por parte de los adultos; utilizan este elemento de higiene como medio de recreación(juegan) exponiéndolo a mayor concentración de microorganismos del ambiente, causando mayor riesgo de contaminación; de ahí la importancia de brindar información al respecto a las madres con la finalidad de que transmitan dicha información a toda la familia.

En cuanto al conocimiento sobre alimentos cariogénicos, se aprecia que el 83.3% posee conocimiento bueno, durante las sesiones se consideró necesario recalcar con énfasis que todos los azúcares incluida la que esta presente en las frutas, tienen potencial cariogénico, pero aún persiste un 16.7% de conocimiento regular esto debido a las madres consideran a las frutas totalmente inocuas, es cierto que no se puede negar el beneficio del consumo de las mismas, pero se debe tener en consideración una adecuada higiene dental después de consumirlas.

En el conocimientos sobre el inicio de la higiene y la importancia de la higiene dental, se observa un incremento importante del conocimiento bueno a 83.3%, esto debido a que las madres tomaron mayor conciencia durante la intervención educativa sobre la higiene dental en los niños, sobre todo en el cuidado de la dentición temporal, sin embargo aún persiste un 16.7% de conocimiento regular, esto es debido a la creencia que tienen algunas madres sobre los dientes temporales; considerándolos indispensables, que no cumplen un rol importante y que serán reemplazadas posteriormente por una dentadura permanente.

Respecto al conocimiento sobre la caries y las formas de transmisión de la caries, se observa que el 83.3% tiene conocimiento bueno en ambos casos, al respecto se puede concluir que hubo una asimilación del conocimiento en cuanto a los temas sobre la caries y los riesgos de trasmisión vertical de bacterias formadoras de caries por parte de las madres a los niños, a través de conductas inadecuadas como: besar la boca, probar los alimentos del niño, etc. al respecto TORRES SOTO, (2001), concluye que “El efecto de un programa educativo-preventivo dirigido a los padres, influye favorablemente en el control de riesgo de caries, disminuyendo las unidades formadoras de colonias de *S. mutans* en saliva de los infantes”. Se concluye que la madre al ser la responsable del cuidado de la salud dental en

los niños debe tener el conocimiento adecuado y aplicarlo con criterio, seguridad y capacidad, y esto repercutirá favorablemente en la salud dental de los niños.

En cuanto al inicio de la erupción dental, se observa que el 76.7% presenta conocimiento bueno, en este punto cabe recalcar que inicialmente un importante porcentaje de las madres consideraban que los dientes temporales no tenían tanta importancia como los dientes definitivos. Al respecto GARCIA (2001) señala que la pérdida prematura de dientes primarios es una de las principales causas de la alteración en el equilibrio estomatológico; ante esta situación el incremento en el conocimiento de las madres, repercutirá favorablemente en la salud dental de sus niños y permitirá mantener la dentición temporal, el mayor tiempo posible en la boca, ya que; las alteraciones que se producen por la pérdida temprana de estas piezas puede afectar la cavidad bucal años más tarde.

En el conocimiento de la función de la dentición temporal se observa que el 76.7% presenta conocimiento bueno, después de la intervención educativa, en gran medida las madres consideran la importancia de la dentición temporal; sin embargo, aún persiste un 23.3% de conocimiento regular, madres que aún no comprenden completamente el rol que cumple la dentición temporal; como dar la forma al rostro del niño, a pesar de ello; el hecho de que hayan tomado mayor conciencia del cuidado de la dentadura temporal repercutirá favorablemente en el desarrollo del niño.

El inicio de la atención odontológica presenta 73.3% de conocimiento bueno, sin embargo; se observa que el conocimiento regular es de 26.7% esto debido a que a pesar de que las madres después de la intervención; consideran la importancia de un inicio temprano de la atención especializada, refieren que existen limitantes para obtener atención odontológica, tanto; geográficas, económicas y del propio sistema de salud para acceder a dichos servicios.

En los resultados obtenidos se observa que el conocimiento bueno tuvo un incremento significativo en las dimensiones: conocimientos sobre los elementos de la higiene dental, inicio de la higiene dental, importancia de la higiene dental, conocimiento sobre la caries, alimentos cariogénicos y formas de transmisión de la caries. Sin embargo, se observa la persistencia en los resultados del conocimiento regular en las dimensiones de: Inicio de la erupción dental, función de la dentición temporal é inicio de la atención odontológica; cabe

mencionar que las madres con conocimiento regular no son las mismas del pre test, es indispensable propiciar el seguimiento considerando factores externos, no considerados en la aplicación de la metodología como: el interés durante las sesiones educativas, elementos distractores, el aspecto emocional, la influencia cultural, etc.

Los resultados reflejan que un grupo de las participantes en las sesiones educativas, no mejoraron su conocimiento, quedando en el calificativo regular; situación que se evidencia en el contexto educativo, que en los adultos; el proceso de aprendizaje es gradual y proclive a ser afectado por diversos factores externos; realidad que debe ser tomada en cuenta para no perder de vista las metodologías educativas aplicadas por el profesional de enfermería. La metodología utilizada “Educación participativa grupal” en el que las madres fueron participes activas de su aprendizaje permitió incrementar su conocimiento de regular a bueno y de deficiente a regular o bueno.





**CUADRO 3**  
**EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ANTES Y DESPUÉS DE APLICAR LA INTERVENCIÓN EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD DENTAL EN MADRES DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO “CUNA MÁS” ALTO PUNO - 2014**

DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	PRE TEST						POST TEST						TOTAL	
		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Desarrollo Dental	Inicio de la erupción dental	11	36.7	7	23.3	12	40.0	23	76.7	7	23.3	0	0.0	30	100
	Función de la dentición temporal	9	30.0	7	23.3	14	46.7	23	76.7	7	23.3	0	0.0	30	100
Patología Dental	Conocimientos sobre la caries	12	40.0	5	16.7	13	43.3	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
	Alimentos cariogénicos	2	6.7	13	43.3	15	50.0	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
Factores de Riesgo	Formas de transmisión de la caries	7	23.3	11	36.7	12	40.0	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
	Conocimientos sobre los elementos de higiene dental	4	13.3	15	50.0	11	36.7	27	90.0	3	10.0	0	0.0	30	100
Elementos de la Higiene Dental	Inicio de la higiene dental	6	20.0	3	10.0	21	70.0	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
	Importancia de la higiene dental	0	0.00	14	46.7	16	53.3	25	83.3	5	16.7	0	0.0	30	100
Atención Odontológica	Inicio de la atención odontológica	3	10.0	8	26.7	19	63.3	22	73.3	8	26.7	0	0.0	30	100

Fuente: Cuestionario elaborado por los investigadores y aplicado a las madres.

En el cuadro 3, observamos los resultados antes y después de la intervención educativa aplicada a las madres de los centros de cuidado diurno, donde el conocimiento tiene un incremento de deficiente a regular y bueno, esta situación puede ser atribuida a la metodología utilizada, la educación participativa grupal al respecto SÁNCHEZ (1995), afirma que las metodologías participativas dan mejores resultados de aprendizaje y ayudan adquirir confianza y seguridad en la comunicación, situación que se pudo apreciar durante la realización de las sesiones educativas al crear un ambiente de confianza se logró mayor participación activa de las madres, lo que garantizó una mayor aprehensión de conocimientos pudiendo exponer el tema en su totalidad resaltando los puntos mas importantes.

Sin embargo existe un porcentaje que existe un porcentaje que presenta conocimiento regular siendo compuesto por madres que presentaron conocimiento deficiente en el pre test, dentro de lo cual es necesario considerar que el nivel de conocimiento es un proceso que se puede dar con algunas diferencias y grados de complejidad, según el propósito y material en relación con criterios externos, siendo pues afecto de factores externos no considerados como la edad, grado de interés, nivel de concentración, estado socioemocional, también es necesario considerar la presencia de algunos niños durante las sesiones educativas, siendo distractores no considerados en el desarrollo de la metodología.

Observamos que respecto al conocimiento sobre inicio de la erupción dental, se obtiene un incremento del conocimiento bueno de 36.7% a 76.7%, la disminución del conocimiento deficiente de 40.0% a 0.0% y 23.0% de conocimiento regular en el pre y post test, estos resultados reflejan que si bien después de la intervención educativa se menciono la edad promedio de erupción de los dientes temporales a los 6 meses y un importante porcentaje de las madres tomo como referencia esa edad, HAGG (1985) refiere que no es posible dar fechas precisas pues es normal una gran variabilidad sin embargo es necesario tener presente la edad promedio para determinar adelantos o retrasos notorios; ante esto un porcentaje de las madres respondieron la erupción a la edad de 4 meses y 8 meses estando dentro del rango de normalidad, pero dentro de la calificación regular en el procesamiento de datos, por

lo que es importante mencionar que se debe tomar la edad de erupción de la dentición temporal dentro de un rango de edad y no como una edad exacta.

En el conocimiento sobre la función de la dentición temporal se obtiene un incremento del conocimiento bueno de 36.7% a 76.7% la disminución del conocimiento deficiente de 40.0% a 0.0% y el conocimiento regular en 23.3% en el pre y post test, en la interrogante aun persiste las respuestas donde se asume que la dentición temporal sirve para crear espacios a los dientes permanentes y la masticación, siendo aun necesario reforzar el conocimiento en la función de dar la forma al rostro del niño.

En el conocimiento sobre la caries se observa el incremento del conocimiento bueno de 40.0% a 83.3%, la disminución del conocimiento deficiente de 43.3% a 0.0% y el conocimiento regular en 16.7% en el pre y post test. En las interrogantes aun queda un porcentaje de las madres que no comprenden aun el papel de las bacterias en la formación de caries, siendo necesario reforzar este punto, pero reconocen sus efectos adversos en el desarrollo del niño, siendo significativo el incremento en el conocimiento en esta patología.

En el conocimiento sobre los alimentos cariogénicos se observa un incremento en el conocimiento bueno de 6.7% a 83.3% ; la disminución del conocimiento regular de 43.3% a 16.7%, y la disminución del conocimiento deficiente de 50.0% a 0.0% siendo importante mencionar que las madres reconocen después de las sesiones educativas que todos los alimentos incluídas las frutas tiene un potencial cariogénico y es importante realizar la higiene adecuada después de ingerir cualquier alimento como medio más eficaz de prevención de la caries.

En el conocimiento sobre las formas de transmisión de la caries se observa un incremento del conocimiento bueno de 23.3% a 83.3%, la disminución del conocimiento regular de 36.7% a 16.7% y la disminución del conocimiento deficiente de 40.0% a 0.0%, sin bien queda un porcentaje de madres que no logran aun el conocimiento bueno en su totalidad debido a que no comprenden totalmente el papel de las bacterias, un importante porcentaje reconoce que algunos hábitos en el cuidado del niño, como los de probar los alimentos, besar la boca, etc. Son medios de

transmisión de las bacterias formadoras de la caries, siendo importante el incremento en el conocimiento.

En el conocimiento sobre los elementos de la higiene dental se observa un incremento del conocimiento bueno de 13.3% a 90.0% la disminución del conocimiento regular de 50.0% a 10.0% y la disminución del conocimiento deficiente de 36.7% a 0.0%; cabe resaltar que las madres en este punto demostraron interés respecto al uso correcto de la crema dental y el almacenamiento adecuado de los cepillos dentales, siendo importante el incremento en el conocimiento puesto que repercutirá favorablemente en la salud dental de los niños.

En el conocimiento sobre el inicio de la higiene dental se observa un incremento en el conocimiento bueno de 20.0% a 83.3%, la disminución del conocimiento deficiente de 70.0% a 0.0%, y el incremento del conocimiento regular de 10.0% a 16.7% , si bien es cierto que hubo un importante incremento en el conocimiento de las madres; inicialmente existía el predominio de la respuesta que refiere al inicio de la higiene al tener las piezas dentales completas, cambiando favorablemente después de las sesiones educativas; aun así es necesario incidir con mas énfasis en este punto porque un inicio tardío en el inicio de la higiene dental tiene serias repercusiones en el niño al predisponerlo a lesiones cariosas en el futuro, siendo importante incluir el inicio temprano de la higiene dental, al primer contacto del niño con el establecimiento de salud.

En la importancia de la higiene dental se observa el incremento en el conocimiento del conocimiento bueno de 0.0% a 83.3% la disminución del conocimiento regular de 46.7% a 16.7% y la disminución del conocimiento deficiente de 63.3% a 0.0%; en este punto cabe resaltar que inicialmente las madres no reconocían la importancia del cuidado de los dientes temporales, pero si la importancia del la higiene de los dientes definitivos como refleja el conocimiento regular, posterior a las sesiones educativas mejoraron favorablemente el conocimiento al reconocer la importancia de los dientes temporales y por consiguiente la importancia de las acciones para su conservación y permanecía en la boca del niño el mayor tiempo posible.

En el inicio de la atención odontológica se observa el incremento del conocimiento bueno de 10.0% a 73.3% y la disminución del conocimiento deficiente de 63.3% a 0.0% , el conocimiento regular permanece en 26.7% en el pre y el post test; en este punto las madres inicialmente consideraban llevar al niño al especialista solo cuando exista dolor o una caries muy avanzada , cambiando favorablemente después de las sesiones educativas, sin embargo a pesar de el incremento en el conocimiento aun persiste la idea de un porcentaje de las madres de solo acudir al especialista en lo asistencial debido a algunas barreras como son la distancia al establecimiento, el tiempo que se requiere en lograr una atención, etc. Siendo necesario incidir en la concientización de las madres en la prevención y el control del desarrollo dental por parte del odontólogo y buscar estrategias multidisciplinarias para lograr este objetivo

Estadísticamente al contrastar con la hipótesis mediante la prueba estadística de T de Student, se confirma con significancia  $0.000 < 0.05$  se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , la intervención educativa fue efectiva, así mismo se observa una diferencia significativa en las medias del conocimiento de 29.73 antes de la intervención educativa a 42.70 después de la intervención educativa confirmando que la metodología aplicada: Educación participativa grupal, es efectiva en el incremento del conocimiento sobre salud dental en las madres de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más”, Alto Puno.

Así mismo, antes y después de la intervención educativa; se logró un incremento general en el conocimiento bueno, como se puede apreciar en el conocimiento sobre los elementos de la higiene dental de 13.3% a 90.0%, en el conocimiento sobre: inicio de la higiene dental de 20.0% a 83.3%, importancia de la higiene dental de 0.0% a 83.3%, conocimiento sobre alimentos cariogénicos de 6.7% a 83.3%, formas de transmisión de caries de 23.3% a 83.3%, conocimiento sobre caries de 40.0% a 83.3%, inicio de la erupción dental de 36.7% a 76.7%, función de la dentición temporal de 30.0% a 76.7%, inicio de la atención odontológica de 10.0% a 73.3%; esos logros pueden ser atribuidos al interés mostrado por las madres y a la estrategia utilizada, si bien la estrategia educativa estuvo planificada y logró un incremento general en el conocimiento. VELÁSQUEZ HUAMÁN (1995), refiere que “Si bien las madres poseen conocimientos, estos no son aplicados

adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud dental, desde temprana edad”.

Y con los datos obtenidos se pueden establecer estrategias de refuerzo en el conocimiento para lograr un incremento del conocimiento en la totalidad de la población. Indudablemente durante la adquisición del conocimiento tiene un papel fundamental en el conocimiento previo de las madres, según la teoría de Ausubel citado por Moreira (2010) el aprendizaje es significativo cuando se incorpora los nuevos conocimientos en la estructura cognitiva de modo no arbitrario, sustantivo y no al pie de la letra, con un esfuerzo deliberado para unir los nuevos conocimientos con conceptos de nivel superior, más inclusivos, en la estructura cognitiva para relacionarlos con las experiencias, con acontecimientos u objetos llamados conocimientos previos con los conocimientos nuevos.

Al realizar el análisis del grupo con conocimiento regular se hace evidente que la modificación de conocimientos en los adultos requiere de un proceso gradual el cual necesitara el refuerzo del conocimiento no solo en dos sesiones, por lo tanto es indispensable el papel del personal de enfermería del centro de salud en el seguimiento y refuerzo promoviendo un trabajo integrado con el personal de odontología mediante el sistema de referencia y de ese modo lograr el cambio de actitudes respecto al cuidado de la salud dental.

Por lo tanto, se logró mejorar los conocimientos sobre salud dental en las madres; en las sub dimensiones: conocimientos sobre los elementos de la higiene dental, inicio de la higiene dental, importancia de la higiene dental, conocimiento sobre la caries, alimentos cariogénicos y formas de transmisión de la caries.

Pero es necesario tomar en cuenta las sub dimensiones: inicio de la erupción dental, función de la dentición temporal y inicio de la atención odontológica donde se observa resultado similar en el pre test y post test en conocimiento regular.

Situación que se atribuye a la influencia de factores externos, como: interés prestado, distractores durante la aplicación de la intervención educativa; la influencia cultural, nivel educativo y el aspecto emocional y social atravesado por la madre en ese periodo de tiempo; por ello la metodología educativa aplicada debe considerar estos factores que permitan la adecuada aprehensión de conocimientos y el cambio de conducta en el cuidado de la salud dental por parte de la población en estudio y se concluye que el trabajo de enfermería en el nivel de prevención es efectiva.



## VIII. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El conocimiento general de las madres antes de la intervención educativa sobre salud dental en madres de niños de 2 a 3 años de los Centros de Cuidado Diurno “Cuna Más” fue predominantemente deficiente, en términos de desarrollo dental, patología dental, factores de riesgo y atención odontológica. Existiendo predominio del conocimiento regular en elementos de la higiene dental; pero estos conceptos son incompletos y no se considera la aplicación adecuada, disposición y conservación de los mencionados elementos, llevando a conductas poco saludables para el cuidado dental de los niños.

**SEGUNDA:** Después de la intervención educativa, se incidió positivamente en el incremento general del conocimiento en términos de: factores de riesgo, elementos de la higiene dental, medidas preventivas en salud dental logrando un incremento significativo en el conocimiento de regular a bueno. Sin embargo, se observó persistencia en el conocimiento regular en términos de: desarrollo dental, patología dental y atención odontológica; cabe mencionar que las madres no son las mismas del pre test. Pero como parte del proceso de aprendizaje que se debe tomar en cuenta el refuerzo del conocimiento mediante el seguimiento y la realización de actividades educativas adicionales incidiendo en estos temas.

**TERCERA:** Se demuestra la efectividad de la intervención educativa mediante la prueba T de Student, mediante la contrastación de hipótesis donde se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por tanto; la intervención educativa es efectiva estadísticamente en el incremento del conocimiento de salud dental; analíticamente existe la presencia de un grupo con conocimiento regular que si bien no es el mismo del pre test, es necesario la intervención educativa periódica con estrategias que consideren factores externos que influyen en el proceso del aprendizaje, para lograr el cambio de conducta en la población en estudio.



## **IX. RECOMENDACIONES**

### **A LAS AUTORIDADES DE LOS CENTROS DE CUIDADO DIURNO**

Propiciar la organización de talleres educativos en equipo, con la participación de un profesional de salud en los módulos de los centros de cuidado diurno “Cuna Más”, con la finalidad de continuar con la mejora del conocimiento de las madres sobre salud dental, por las características peculiares del aprendizaje en adultos.

### **AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Desarrollar programas educativos de intervención activa en las madres sobre el cuidado de la salud dental en el infante, al primer contacto del niño con el establecimiento de salud

Realizar visitas domiciliarias de seguimiento y la realización de actividades educativas adicionales, con la finalidad garantizar el aprendizaje óptimo y el cambio de conducta en las madres sobre el cuidado de la salud dental.

### **A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA**

Realizar estudios de investigación similares sobre salud dental aplicada a las madres con niños menores de 5 años é incidiendo en estrategias educativas según características propias de la población en estudio.

Realizar estudios considerando edad, grado de instrucción, ocupación y número de hijos, aspecto social y emocional de las madres, con relación al conocimiento sobre salud dental, con la finalidad de conocer que factores son los que deben tener en cuenta a la hora de impartir una estrategia educativa.

### **A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

Desarrollar acciones educativas activas sobre salud dental, importancia e higiene dental en el conocimiento de las madres de los niños, a través de las asignaturas “Crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años”, “Persona, Familia y comunidad”.

**X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2004; (online) (Acceso 10 de Enero del 2014) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. TELLO P. “Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con hábitos alimentarios y de higiene bucal en niños de 6 a 36 meses de edad”. 2010. (Revista en Internet). (Fecha de acceso: 14 de enero 2014). Disponible en: [http://www.ceo.com.pe/005\\_revista\\_art01.htm](http://www.ceo.com.pe/005_revista_art01.htm)
3. TORRES LÁZARO H. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. “Estudio epidemiológico sobre caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de 3 a 5 años de edad de Huacho, Perú”. 2010 (Revista en Internet). (Fecha de acceso: 14 de enero 2014).
4. CORDOVA SOTOMAYOR D. Artículo original Caries dental y estado nutricional en niños de 3 a 5 años de edad. Chiclayo-Perú 2010. (Revista en Internet). (Fecha de acceso: 14 de enero 2014). [http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2010/Kiru2010v7n2/Kiru2010v7n2\\_art2.pdf](http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2010/Kiru2010v7n2/Kiru2010v7n2_art2.pdf)
5. MINSA Base de datos del sistema HIS Ministerio de Salud oficina de estadística e informática 2013.
6. LAW V, SEOW W, TOWNSEND G. “Factores que influyen en la colonización de streptococcomutans en los infantes.”. AustDent J. 2007; pág. 93.
7. WAN A, SEOW WK, WALSH L, BIRD P, TUDEHOPE D, PURDIE D. “Asociación Streptococcusmutans: infección oral en el desarrollo de nódulos en recién nacidos pre dentados” J Dent Res. 2001; pág. 1948.

8. CAUFIELD P, CUTTER G, DASANAYAKE A. “Adquisición inicial del streptococomutans en la infancia: evidencia de la ventana de infectividad”. J Dent Res. 1993; pág. 37.
9. AYLEN DE LA CRUZ M. “Efectividad de un programa de intervención educativa sobre salud bucal para infantes de edad preescolar”. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” Facultad de Estomatología. Santa Clara, Villa Clara - Cuba 2010
10. ALVES, M.; VOLSCHAN, C.; HAAS, N. 2004. “Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas da Clínica Integrada de Duas Universidades Privadas”. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integ.: pág. 47
11. VILA GUILLÉN, M. “Eficacia de las técnicas educativas individual y grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de salud bucal del bebé, en madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses” TESIS. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2009
12. HOLDINGS LL. Caries y Embarazo: La importancia del Control y la Prevención. Copyright 2000-2002. Bibliomed. (Fecha de acceso: 04 de octubre 2013) Disponible en:<http://www.buenasalud.com>
13. TEIXEIRA GONZÁLEZ, P. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años Hospital materno infantil San Pablo Uruguay 2010.
14. GONZÁLEZ MARTÍNEZ F. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres y cuidadores en hogares infantiles Colombia 2010
15. TORRES SOTO, M. “Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo Dirigido a los Padres para el Control de Riesgo de Caries en 50 Infantes de 6-36 meses en la UIGV”. Lima-Perú 2001

16. TELLO P. “Estudio epidemiológico de la prevalencia de caries y su relación con hábitos alimentarios y de higiene bucal en niños de 6 a 36 meses de edad”. Ceo .com.pe. (Revista en Internet). (Fecha de acceso: 15 de octubre 2013). Disponible en: [http://www.ceo.com.pe/005\\_revista\\_art01.htm](http://www.ceo.com.pe/005_revista_art01.htm)
17. VELÁSQUEZ HUAMÁN, Z. “Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social”. Tesis- Bachiller. UPCH. 1995.
18. GONZALES ALIAGA, R. “Educación de la madre y el estado de salud de las Iras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años”. Lima-Perú. Tesis – Bachiller UNMSM. 2000.
19. ROZAS PAGAZA, M. “La intervención profesional en relación con la cuestión social el caso del trabajo social”. Editorial Espacio. Buenos Aires pág. 25
20. NEGRETE ARTEAGA, T. La intervención educativa un campo emergente. Revista de educación y desarrollo N° 13; Abril - Junio 2013 pág. 35-36
21. GARCÍA V., Principios de Pedagogía sistemática. Pág. 25 Madrid, 1992
22. CASAS G.; “Educación para la salud” Loma 2004”. [online] [Acceso 10 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/educasa.pdf>
23. SERRANO M.; “Educación para la salud del siglo XXI”. 2° Edición. Pág. 23-24. España 2008.
24. GARCÍA E.; Introducción a la educación para la participación ciudadana. Artículo [online] [Acceso 10 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/educasa.pdf>

25. MARTINEZ SANCHEZ E. Educación para la lectura crítica de la televisión Artículo [online] [Acceso 01 de Noviembre del 2014]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15800408>
26. VARGAS L. BUSTILLOS G.; “Técnicas participativas para la educación popular”. Tomo II. 6° Edición. Buenos Aires. Argentina 1997.
27. AUSUBEL D.; MOREIRA M. Aprendizaje Significativo: La teoría de David Ausubel. Sao Paulo, Centauro. 2ª edición. 2010.
28. ÁLVAREZ A.; “Modelo de sesión de aprendizaje-enseñanza de enfoque cognitivo” [online] [Acceso 12 de Maro del 2014]. Disponible en: [http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1197697096453\\_1180531223\\_8039.Mexico](http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1197697096453_1180531223_8039.Mexico) 2007.
29. DUQUE CARDONA S. Dimensión del cuidado de enfermería “Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento”. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>
30. RUÍZ DE LA PEÑA R. Los orígenes del concepto “Intervención educativa: reflexiones para mejorar la eficacia social de los programas educativos” Mayo 2005.
31. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Salud oral “Parte informativo” Washington D.C: 2006.
32. MONTEMAYOR P.; Educación para el paciente. [online] [Acceso 12 de Enero del 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59304607/sesion-educativa>.
33. CAITANO B. El conocimiento científico. Enciclopedia Encarta 2001.<http://www.monografias.com/trabajos11/concient/concient.shtml>

34. PIAGET J.; Naturaleza y los métodos de la epistemología. Pág 107-125. Buenos Aires Argentina 1997.
35. OMS Organización mundial de la salud. “Salud Bucal” Centro de prensa “Nota informativa N°318”. Febrero de 2007.
36. OMS Carpeta de prensa, “Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro” Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/es/>.
37. VELAYOS J. “Anatomía de la cabeza para odontólogos” Ed. Médica Panamericana, 2007 4ta edición Pág. 97-98.
38. VENTIADES F. J, TATTUM B. K. Patología oral del recién nacido. Rev. bol.ped. v.45 n.2 La Paz abr. 2006, pág. 13.
39. BARBERÍA LEACHE E. Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de alteraciones Pediatría Integral. 2001; pág. 40.
40. HÄGG U, TARANGER J. “Desarrollo dental, edad dental y recuentos de diente. Un estudio longitudinal del momento de aparición de dientes en niños suecos desde el nacimiento hasta los 18 años”. The Angle Orthod. 1985 Apr; pág. 93.
41. VENTIADES F. J, TATTUM B. K. Patología oral del recién nacido. Rev. bol.ped. v.45 n.2 La Paz abr. 2006, pág. 13.
42. GARCIA M. F. “Pérdida prematura de dientes primarios y su relación con la edad y sexo en pre escolares” Trabajo de investigación. [online] [Acceso 02 de marzo del 2014]. Disponible en:  
  
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24847/1/articulo2.pdf>
43. KNEIST S. “Fuentes de infección de la caries”, Quintes Science (ed. esp.) Volumen XVIII, Número 3, pág. 121-130, Marzo 2005.

44. FERRE J. “Dentición Temporal” Nota informativa - Clínica Gaudi- Terrasa - España 2001.
45. LENANDER-LUMIKARI M, LOIMARANTA V, “Saliva y caries dental”, AdvDent Res N°14; Diciembre 2000. pág 40.
46. VELÁSQUEZ BOJÓRQUEZ A. “La importancia del cuidado de los dientes temporales Tribuna de San Luis”. 07 de mayo del 2012.
47. KRAMER, N. Estomatología del recién nacido. Disponible en:  
URL:[http://www.webodontologica.com/odon\\_interconsulta.asp](http://www.webodontologica.com/odon_interconsulta.asp)
48. ELICE C, FIELDS H. FAILURETOTRIVE: “Revisión de la literatura, los informes del caso y las implicaciones para el tratamiento dental” Odontología Pediátrica 1990; pág. 9.
49. PÉREZ LUYO A, QUENTA SILVA E, ET AL. “Caries Dental en dientes deciduos y jóvenes” Lima – Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2004.
50. KNEIST S. “Fuentes de infección de la caries”, Quintes Science (ed. esp.) Volumen XVIII, Número 3, pág. 121-130, Marzo 2005.
51. CASTAÑO DE CASARETTO H, DRICAS D, MAYOCCHI K ET AL., “Circuitos de infectividad bucal entre madre-hijo. Estudio sobre información materna y disposición al cambio” Revista de la Asociación Odontológica Argentina- Vol. 91, N° 4, Agosto-Setiembre del 2003.
52. TATAY V, ALMERICH J, SAN ANTONIO I. “Análisis de los factores de riesgo de caries en dentición temporal”. Arch. Odonto-estomatología. 1997; Vol.13 pág. 21-23.

53. LIPARI A Y ANDRADE P. “Factores de Riesgo Cariogénico”. Revista Chilena de Odontopediatría, 2002 Vol.13 pág.7-8.
54. WEBER A, GÓMEZ S, HOLA L, “Manejo Preventivo de la Ventana de la Infectividad, Estudio Prospectivo a 5 Años”, Revista de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso-Chile, Vol.2, N° 5, Oct.2001, pág. 354-360.
55. KARLETTO KORBER F, CORNEJO LS, GIMÉNEZ MG, EARLY “Adquisición de Streptococcus Mutans para Niños”. Acta Odontológica Latino Americana: N°18 pág. 69.
56. ANGULO MACEDO M, “La caries dental. Etiología y estrategias de prevención” Johnson&Johnson, N° 4. Marzo 2005, pág. 4-5.
57. CASTAÑO DE CASARETTO H, DRICAS D, MAYOCCHI K ET AL., “Circuitos de infectividad bucal entre madre-hijo. Estudio sobre información materna y disposición al cambio”. Revista de la Asociación Odontológica Argentina- Vol. 91, N° 4, Agosto-Setiembre de 2003.
58. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Salud Bucal. Orientaciones para el Equipo de Salud del Primer Nivel de Atención de la Salud Bucal de las Gestantes y Niños de 0 a 36 Meses.Uruguay.2008. Pág. 22-26.
59. UNKEL JH, FENTON SJ, HOBBS G, FRERE CL .Habilidades de cepillado en los niños según edades. J DentChildren 1995 Pág. 48.
60. CONTRERAS A. Contaminación bacteriana de cepillos dentales en niños y sus padres: una cuestión de educación Revista estomatología Vol. 10, pág. 6
61. CORREA MS, DISSENHA RM, WEFFORT SY. Salud Dental del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los padres, los



profesionales de salud y los educadores. 1ªed. Sao Paulo: Gen Santos Editora; 2009. Pág. 176.

62. DEPARTAMENTO DE SALUD DE CATALUNYA. Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud a la edad pediátrica. Infancia con Salud. Diciembre 2008. Disponible en: URL: [www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/) [Acceso el 1 de Noviembre 2013].

