



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN
“ODONTOPEDIATRIA” – II VERSIÓN**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MAESTROS
DE PRE-ESCOLAR SOBRE EL MANEJO DE TRAUMATISMOS
DENTALES**

**Tesis presentada para optar el
Grado Académico de Magister
en “Odontopediatría”**

MAESTRANTE: LAURA ADRIANA SÁNCHEZ O.

Santa Cruz - Bolivia

2020



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia

PROGRAMA DE MAESTRIA EN
“ODONTOPEDIATRIA” – II VERSIÓN

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MAESTROS
DE PRE-ESCOLAR SOBRE EL MANEJO DE TRAUMATISMOS
DENTALES

Tesis presentada para optar el
Grado Académico de Magister
en “Odontopediatría”

MAESTRANTE: LAURA ADRIANA SÁNCHEZ O.

TUTOR: GUIDO PERONA MIGUEL DE PRIEGO DDS. ESP. Mg.

Santa Cruz - Bolivia

2020

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A mi mamá Roxana, quien con su amor, ejemplo, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades porque todo es posible cuando nos lo proponemos, y sobre todo de tener la certeza de que Dios está conmigo siempre.

A mi hijita Emma, que es quien me inspira cada día a superarme. Escucharte decir “Mi mamá es la mejor”, son las palabras que me llenan de amor y mucha fuerza.

A mi papi Lalo y Verito por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar en todo momento conmigo, gracias.

A toda mi familia, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento, hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan a cumplir mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a mis amigas, por apoyarme cuando más lo necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día. De verdad mil gracias amigas queridas, siempre las llevo en mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Un agradecimiento especial a la Dra. Dalia Daher, una profesional de quien tengo el orgullo de decir que la conozco toda la vida. Por ti decidí seguir el camino de la Odontopediatría, por tu pasión y cariño. Gracias Doctora Cielito.

Muchas gracias a mi tutor, por la enorme paciencia y la gran ayuda que me brindó en estos últimos meses. Dr. Guido Perona Miguel de Priego, una de mis grandes inspiraciones al entrar al mundo de la Odontopediatría y seguir con tanta pasión en este.

A la Universidad Andina Simón Bolívar, por presentar programas tan completos y con profesionales excepcionales.

Mi Profundo agradecimiento a las autoridades y personal que hacen la Unidad Educativa Cambridge y Colegio Fe y Alegría, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de sus establecimientos educativos.

RESUMEN

Los traumatismos bucodentales se producen con frecuencia a partir del inicio de la actividad física y motora de los niños. Estos traumatismos causados por lo general a partir de un accidente, se presentan con mayor frecuencia a partir de los primeros años de escolaridad, por lo que es necesaria la formación y capacitación al personal responsable del cuidado de los niños en general y particularmente al personal de las instituciones educativas a las que los niños asisten de manera regular.

El estudio fue dirigido a determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de preescolar sobre el manejo de los traumatismos dentales en niños preescolares en la unidad educativa colegio Cambridge y colegio Fe y Alegría Santa Cruz-Bolivia. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, en el que a través de la aplicación de un cuestionario que contenía estudios de casos hipotéticos a través de los cuales se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesores en relación a la presencia de casos de fractura dental, avulsión dental y sangrado bucal. Fueron 24 los profesores de nivel inicial de ambas unidades educativas los que participaron del estudio. Las conclusiones fueron que, el conocimiento de los maestros de preescolar sobre traumatismos dentales es muy bueno, un 75%. En relación a la actitud que los maestros de preescolar asumen ante los accidentes dentales es por lo general regular. Un 50% de los profesores tomaron una actitud identificada como regular. Las prácticas que los profesores del nivel preescolar tienen frente al sangrado bucal son adecuadas en un 65%. Este porcentaje de profesores utilizarían un medio físico para el inmediato control del sangrado. En relación a la avulsión dental, las prácticas de los profesores del nivel preescolar son adecuadas, la totalidad de los profesores considera la conservación del diente avulsionado. Finalmente, se determinó que el medio de transporte de elección para la pieza avulsionada, el 41,7% prefiere la saliva y el 29,2% prefiere el agua como medio de transporte.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.1.1 Problema de Investigación.....	4
1.1.1.1 Identificación.....	4
1.1.1.2 Formulación del problema.....	5
1.1.2 Justificación.....	5
1.1.3 Objetivos.....	6
1.1.3.1 General.....	6
1.1.3.2 Específicos.....	6
CAPÍTULO II.....	8
2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.....	8
2.1 MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 Odontopediatría.....	8
2.1.2 Consulta odontológica en odontopediatría.....	10
2.1.3 Principales motivos de consulta en odontopediatría.....	13
2.1.4 Traumatismos dentales.....	14
2.1.5 Causas de traumatismos dentales (13).....	16
2.1.6 Maltrato infantil.....	17
2.1.7 Clasificación de traumatismos dentales (11).....	21
2.1.8 Diagnóstico de traumatismos dentales (11).....	22
2.1.9 Prevalencia del trauma dental (14).....	23
2.1.10 Avulsión dental.....	24
2.1.11 Fractura dental.....	26

2.1.12	Prevención de traumatismos dentales.....	28
2.1.13	Método CAP, conocimientos, actitudes y prácticas	29
2.1.14	Educación preescolar	30
2.1.15	Formación de maestros en educación preescolar	33
2.1.16	Características de la edad preescolar (25).....	34
2.1.17	Atención en salud en establecimientos educativos (26).....	38
2.2	MARCO CONTEXTUAL	39
2.2.1	Educación en Bolivia (27)	39
2.2.2	Educación preescolar en Bolivia (28).....	43
2.2.3	Situación de la educación preescolar en el departamento de Santa Cruz-Bolivia	46
2.2.4	Unidad educativa Cambridge Santa Cruz de la Sierra (30)	47
2.2.5	Unidad educativa de Fe y Alegría Santa Cruz de la Sierra.....	48
	CAPÍTULO III.....	50
3	MARCO METODOLÓGICO	50
3.1	ENFOQUE DEL ESTUDIO	50
3.2	TIPO DE DISEÑO.....	50
3.3	VARIABLES DE ESTUDIO	50
3.3.1	Identificación y clasificación de variables.....	50
3.3.2	Definición, operacionalización, categorización e instrumentalización ..	51
3.4	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	52
3.5	POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.5.1	Población	53
3.5.1.1	Criterios de inclusión	53
3.5.1.2	Criterios de exclusión	53

3.5.2	Muestra.....	53
3.6	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ...	53
3.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	54
3.8	DELIMITACIONES.....	54
CAPÍTULO IV		55
4	RESULTADOS	55
4.1	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	55
4.2	DISCUSIÓN.....	74
CAPÍTULO V		78
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1	CONCLUSIONES	78
5.2	RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA		80
ANEXOS.....		84

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Distribución de profesores según género. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	56
Cuadro 2: Distribución de profesores según años de experiencia profesional. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	57
Cuadro 3: ¿Cuál de los siguientes traumatismos cree usted que está observando?	58
Cuadro 4: ¿Esos dientes superiores que se han roto es probable que sean temporales (de leche) o permanentes (definitivos)?	60
Cuadro 5: ¿Cuál de las siguientes medidas considera usted como la más apropiada?	61
Cuadro 6: ¿Qué es lo que haría?.....	63
Cuadro 7: ¿Recolocaría en su lugar un diente que debido a un golpe se ha salido completamente de la boca (avulsión dental) ?:.....	65
Cuadro 8: En el caso de que se trate de un diente de leche el que se ha salido de la boca debido a un golpe (avulsión dental), ¿cree que debería ser recolocado?:	66
Cuadro 9: Suponiendo que decide conservar el diente que ha salido de su lugar en la boca. Antes de recolocarlo, ¿qué es lo que haría con él?	67
Cuadro 10: ¿Cuándo piensa que debe realizarse la recolocación del diente en su sitio original?:	69
Cuadro 11: Suponiendo que no se recoloca el diente en su lugar original inmediatamente, ¿qué medio de almacenamiento o transporte emplearía para el traslado del diente al Odontólogo?	71
Cuadro 12: En resumen, ante cualquier traumatismo dental, ¿cuándo aconsejaría acudir al Odontólogo más cercano?	73

Gráfico 1: Distribución de profesores según género. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	56
Gráfico 2: Distribución de profesores según años de experiencia profesional. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	57
Gráfico 3: Identificación del traumatismo por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	59
Gráfico 4: Identificación según tipo de dientes. Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020.....	60
Gráfico 5: Acciones frente a fractura dental por profesores de U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020.....	62
Gráfico 6: Acciones frente a avulsión dental por profesores U.E.Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020	64
Gráfico 7: Recolocación inmediata del diente por profesores U.E. Cambidge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020	65
Gráfico 8: Recolocado de diente temporario por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020	66
Gráfico 9: Acciones antes del recolocado por profesores U. E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020.....	68
Gráfico 10: Tiempo de recolocación del diente por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020.....	70
Gráfico 11: Medio de almacenamiento y transporte del diente avulsionado. Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020	72
Gráfico 12: Cuando acudir al odontólogo luego del traumatismo.Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría.Santa Cruz,2020	74

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

Los traumatismos dentales son lesiones de los dientes o tejidos blandos producidas por una acción violenta sobre la cavidad bucal, pudiendo ocasionar la fractura o pérdida de uno o varios dientes. En menores de edad, este, puede ser un problema de salud bastante frecuente, siendo en la actualidad la segunda causa de consulta en odontopediatría. Debido a la frecuencia con la que los traumatismos dentales se presentan en niños, se hace necesario determinar el grado de conocimiento acerca de ellos, así como la capacidad para responder a los traumatismos de manera correcta por parte de los responsables del cuidado de los menores.

Uno de los grupos de responsables del cuidado de los menores de gran importancia son los maestros de preescolar. Los menores a diario realizan gran parte de su actividad en los establecimientos educativos. La convivencia con personas de su edad supone además mayor riesgo de sufrir traumatismos de todo tipo, mayor aun es el riesgo de producirse traumatismos dentales.

Los establecimientos educativos preescolares no cuentan con servicios de odontología, por lo que es necesario que el personal responsable en estos establecimientos, tengan los conocimientos básicos para responder a una urgencia odontológica, de manera que pueda evitarse al máximo un mal mayor.

Es también importante tener en cuenta que no todos los establecimientos educativos se encuentran en la misma situación, ni cuentan con la misma infraestructura y equipamiento, por lo que se hace necesario tomar en cuenta diferentes escenarios para un análisis más objetivo. Por ello, es importante evaluar la situación tanto en unidades educativas del sistema público como en unidades educativas privadas.

La determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de preescolar respecto a los traumatismos dentales en sus estudiantes, permitirá tener un punto de partida para la toma de decisiones al respecto, asimismo, la elaboración de un plan de acción que permita una respuesta efectiva a la necesidad de salud en esta situación tan frecuente.

1.1 ANTECEDENTES

Los traumatismos dentales, se han convertido en la segunda causa de consulta en odontopediatría, muchos de ellos se producen en los horarios en los que los niños se encuentran en las unidades educativas, por lo que ha sido motivo de diferentes investigaciones el conocimiento que los maestros tienen acerca de este problema de salud.

En 2018, por ejemplo, en Madrid-España, se realizó un estudio descriptivo cuyo objetivo era *“Analizar el grado de conocimiento y modo de actuación del profesorado de educación primaria ante una urgencia traumática dentoalveolar en horario escolar”*. Fue un estudio descriptivo, en el que se tomó una muestra de 159 profesores, a los que se aplicó un cuestionario con la presentación de casos en 10 preguntas multi respuesta validadas previamente. Los principales resultados fueron que más de la mitad de los profesores tenían un conocimiento básico sobre cómo actuar en los diferentes casos. El 84% sabía distinguir entre las denticiones temporal y permanente. El 67,92% creía que se debería colocar el diente en su sitio original, sin embargo, solo el 13,84% lo reimplantaría. (1)

Asimismo, en Cuba en 2015, se realizó un estudio denominado *“Nivel de conocimiento en padres y educadores sobre conducta a seguir ante traumatismos dentoalveolares”*. El estudio estaba dirigido a determinar el nivel de conocimiento sobre conducta a seguir ante traumatismos dentoalveolares en padres y educadores del círculo infantil “Sonrisas del futuro”. Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. El universo fueron los 157 padres y educadores del Círculo Infantil. Se seleccionó una muestra de 46 personas a través de un muestreo aleatorio simple. Se aplicó una encuesta teniendo en cuenta las variables en estudio que se aplicó en el círculo infantil "Sonrisas de Futuro" del reparto Alcides Pino de Holguín durante octubre de 2014 a marzo de 2015. La investigación arrojó que el 52% de los encuestados presentaba un nivel de conocimiento regular, que el 41,3% de los de 15 a 25 años poseían un nivel de conocimiento regular y que el 17,4% de los que tenían nivel medio superior de escolaridad presentaba un nivel de conocimiento bueno. Se constató que el

67,4% poseía un conocimiento insatisfactorio sobre qué hacer ante una avulsión dentaria. (2)

En 2011, en Brasil, en el municipio de Casavel-Pr, se realizó un estudio denominado '*Evaluación del conocimiento de profesores de enseñanza fundamental sobre el tema de Avulsión dentaria*', en el que participaron 76 profesores de 11 escuelas respondiendo a 16 preguntas acerca de los conocimientos generales acerca de odontología en niños y 15 preguntas respecto a nociones básicas de primeros auxilios en traumatismos dentales. Los resultados principales fueron que el 84,21% de los entrevistados manifestaron no estar preparados para tomar acciones ante una avulsión dentaria, por lo tanto, no recolocarían el diente. Respecto a la primera acción a realizar el 72% consideraron que el diente avulsionado debe lavarse con agua. (3)

También en Perú, se realizó un estudio denominado "*Nivel de Conocimiento y actitud sobre traumatismos dentoalveolares en profesores del nivel primario de escuelas públicas*", realizado en 2011 en el municipio del Callao. La muestra estuvo compuesta por 110 profesores de 5 escuelas públicas en el que los principales resultados fueron: del total de profesores del nivel primario, el 48,1% tuvieron un bajo nivel de conocimiento, frente a solo un 12,7% cuyo conocimiento es bueno. En relación a la actitud de los profesores, el 56,4% de los profesores tuvieron una actitud indiferente respecto a los traumatismos dentales. También se relacionó el grado de conocimiento con la actitud frente a los traumatismos, sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa. (4)

En Bolivia no se han encontrado estudios de características similares, sin embargo, en 2017, se realizó un estudio denominado "*Prevalencia de traumatismos dentarios, según la clasificación de Andreashen y sus secuelas en niños del kínder Cristo Rey de la ciudad de Sucre en la gestión 2017*". El mencionado estudio se realizó en una población de 145 niños entre 4 y 5 años. Además de la clasificación de las lesiones, también se determinó a través de una encuesta a padres de familia, cuáles fueron los lugares en los que los niños sufrían más accidentes, Los principales resultados fueron: El 20 % de los niños habían sufrido algún tipo de traumatismo dentario. El 71% de los traumatismos

ocurrieron en su domicilio, frente a un 4% que se produjeron en el kínder. El 60,7% de los niños recibieron atención dentro de las primeras 24 horas, hecho que dificulta una resolución del problema lo más conservador posible, ya que mientras más tiempo transcurra entre el accidente que provoca el traumatismo y la atención odontológica, más drástico deberá ser el tratamiento a seguir. (5)

1.1.1 Problema de Investigación

1.1.1.1 Identificación

Los traumatismos dentoalveolares son producidos principalmente a partir de un accidente. Los niños en edad preescolar tienen dos escenarios en los que desenvuelven su actividad diaria, uno es el hogar familiar y el otro es el establecimiento educativo. En este último escenario el riesgo de sufrir accidentes aumenta principalmente en los momentos de esparcimiento (recreo) y ejercicio. La interrelación con otros niños de la misma edad produce un riesgo mayor de sufrir traumatismos principalmente durante el juego. En los establecimientos educativos, estos momentos de esparcimiento están siempre supervisados por el personal de las unidades educativas, así que en caso de presentarse un accidente que tenga como consecuencia un traumatismo dental, es de vital importancia la reacción adecuada y oportuna del personal de las unidades educativas, principalmente de los maestros, figuras de gran respeto para los niños.

Ya se ha mencionado con anterioridad la importancia de una adecuada respuesta inmediata al problema de un traumatismo dental, no solo por la necesidad de la conservación del diente afectado, sino también porque es importante trabajar en el aspecto psicológico del niño afectado. Para ello es necesario evaluar el grado de conocimiento que los maestros de kínder tienen respecto a las acciones inmediatas que se deben tomar ante un traumatismo dental que suceda en el kínder.

En odontopediatría, la atención de traumatismos dentales forma parte importante de la práctica diaria; el éxito de los tratamientos, así como la conservación de un diente con traumatismo, depende mucho de las primeras acciones realizadas al momento del accidente.

Si se considera además que los niños en edad preescolar tienen mayor riesgo de sufrir un accidente cuando se encuentran en el kínder, el hecho de una mala preparación de los maestros para responder a esta necesidad, complicaría en gran medida el éxito del tratamiento odontológico posterior.

El desconocimiento del grado de preparación de los maestros para responder a urgencias por traumatismos dentales, impide la posibilidad de toma de decisiones adecuadas y oportunas para mejorar esta situación.

1.1.1.2 Formulación del problema.

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de preescolar sobre el manejo de los traumatismos dentales en niños preescolares en la unidad educativa colegio Cambridge y colegio Fe y Alegría Santa Cruz-Bolivia?

1.1.2 Justificación

Los traumatismos dentales son la segunda causa de consulta en odontopediatría, superados únicamente por los problemas de caries dental. En un estudio previamente mencionado, se observó que el 20 % de los niños entre 4 y 5 años habían sufrido ya un traumatismo dental. (5), lo que significa un problema de salud para este grupo etario y por lo tanto una necesidad social que requiere de atención.

La atención inmediata adecuada de los traumatismos dentales influye de gran manera en el éxito de los tratamientos posteriores. La adecuada y oportuna atención de un traumatismo requiere del conocimiento adecuado de los mismos, así como de actitudes positivas inmediatas y de prácticas efectivas para evitar la pérdida de dientes, hecho que significa un problema incluso psicológico para el niño.

Al ser los niños la población que tiene mayor riesgo de sufrir traumatismos dentales, debe tomarse en cuenta la necesidad de que los responsables del cuidado y atención de los niños estén adecuadamente preparados para responder a este tipo de urgencias odontológicas. Dentro del grupo de responsables del cuidado de los niños, es sumamente importante que los

maestros de las unidades educativas preescolares tengan el conocimiento suficiente para reaccionar de manera adecuada en caso de presentarse un accidente como los que se menciona.

Dentro de los traumatismos dentales que se presentan con mayor frecuencia, están las avulsiones dentarias, por ello la necesidad de determinar el grado de conocimiento que tienen los maestros del preescolar de las acciones necesarias para conservar de la mejor manera posible el diente hasta su reimplantación.

Para poder llevar adelante estrategias que mejoren la preparación de los maestros en la atención inmediata de traumatismos dentales, es necesario conocer la situación actual del grado de conocimiento que los maestros tienen al respecto. Conocer además la predisposición que ello tienen para colaborar en caso de ser necesaria su actuación.

La identificación también de las posibles diferencias entre la capacitación de los maestros de unidades educativas privadas y públicas, permitirá también determinar la priorización de los establecimientos a ser intervenidos con una capacitación.

1.1.3 Objetivos

1.1.3.1 General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de preescolar sobre el manejo de los traumatismos dentales en niños preescolares en la unidad educativa colegio Cambridge y colegio Fe y Alegría Santa Cruz-Bolivia.

1.1.3.2 Específicos

- Determinar el conocimiento de los maestros de preescolar sobre traumatismos dentales
- Determinar la actitud que asumen los maestros de preescolar ante los accidentes dentales
- Determinar las prácticas que siguen los maestros de preescolar frente al sangrado bucal

- Determinar las prácticas que siguen los maestros de preescolar frente a la fractura dental
- Determinar las prácticas que siguen los maestros de preescolar frente a la avulsión dental luego del traumatismo
- Determinar el medio de transporte de la pieza avulsionada preferido por los profesores

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Odontopediatría

De acuerdo al concepto de la Real Academia Española, la odontología es la parte de la medicina dedicada al estudio de los dientes y el tratamiento de sus dolencias.

La academia americana de odontopediatría, la define como la parte de la odontología que cuida de la salud oral de los niños y adolescentes hasta los 18 años. La odontopediatría es una especialidad relacionada con la edad de los pacientes, bebés, niños, adolescentes y adultos jóvenes. Proporciona un cuidado integrado preventivo y terapéutico de todos los aspectos odontológicos relacionados con las franjas de edad antes mencionadas y según cada tipo de paciente citado. (6)

Odontopediatría, pedodoncia, paiodoncia, estomatología infantil y odontología infantil, son los términos más utilizados al referirse al área de conocimiento que estudia la boca del niño y sus enfermedades. Así como la pediatría ocupa un lugar especial en las especialidades médicas, del mismo modo la odontología pediátrica satisface un propósito muy especial con respecto a las especialidades odontológicas, en cuanto a que está orientada a la salud integral e ininterrumpida de un grupo muy especial -los jóvenes- antes que a determinadas anomalías o enfermedades de los tejidos dentarios.

El niño y en concreto su esfera bucal, ofrece unas peculiaridades básicas que le dan una idiosincrasia personal. Estas características son de tres tipos:

- Biológicas, destaca la singularidad del organismo infantil, tan diferente al adulto.
- Médicas, la patología estomatológica del niño comprende muchas de las alteraciones del adulto, más algunas afecciones propias de la infancia. Según las palabras del profesor García Grass “la patología estomatológica del niño y la patología estomatológica en el niño”.

- Sociales, derivadas de la trascendencia que las enfermedades bucales del niño tendrán sobre la salud estomatológica y general del adulto.

Por tanto, se podría esquematizar estos fundamentos biológicos, médicos y sociales en los siguientes:

- Crecimiento, es un aspecto común a todos los periodos de la infancia.
- Influencia de la herencia y periodo fetal, como es lógico, las alteraciones hereditarias y las que ocurren en el periodo fetal, van a manifestarse en la dentición temporaria.
- Influencias ambientales, el niño en todas sus edades tiene una actitud receptiva extraordinaria que le hace particularmente sensible a la influencia del ambiente y que se manifiesta en el ámbito estomatológico. Las condiciones de alimentación, medicación e higiene, tienen pronta repercusión en el ámbito dental.
- Importancia de la nutrición, la nutrición considerada en su amplio sentido actual, ocupa un primer orden, tanto en fisiología como en patología infantil.
- Interdependencia con la patología estomatológica del adulto, los problemas dentales del niño, si bien independientes por múltiples razones, deben considerarse también en íntima dependencia con los problemas dentales del adulto, que por una parte influyen sobre el niño (los hábitos higiénicos y alimenticios de los padres influyen los del niño) y por otra recibe la proyección de la patología infantil.
- Importancia de los problemas de salud y profilaxis, en ninguna otra etapa de la vida, tienen más interés clínico y social los métodos y medios de prevención de las enfermedades orales.
- Tratamiento especial, existen algunos puntos diferenciales entre las técnicas de tratamiento dental en niños y adultos. Se pueden destacar las de tratamiento palpar, operatoria dental en dentición temporal, técnicas de control de espacio, pre medicación, etc.
- Características psicológicas, Si profundas son las diferencias somáticas, mayor aun las psicológicas, ya que el niño ha de experimentar una evolución que le lleve de la psiquis primitiva del recién nacido a la plena

actividad intelectual propia del adulto. A través de esta evolución la psiquis infantil va experimentando modificaciones tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo, es decir, no solo se produce un aumento del contenido espiritual, sino también una diferenciación y perfeccionamiento hasta llegar a la madurez adulta.

- Evolución morfológica, el niño no es un “adulto en miniatura”, las características morfológicas son diferentes a cada edad.

Estas características permiten describir no solamente la dignidad y riqueza de la personalidad infantil, sino también la dinámica de su evolución, la originalidad de su estructura, el funcionamiento de su espíritu, la plasticidad de su desarrollo y el paso progresivo a la edad adulta, además de su vulnerabilidad. (7)

Los odontólogos que atienden niños se encuentran en una posición privilegiada no solo para proporcionar tratamiento dental cuando se requiera, sino también para influir en el comportamiento futuro y las actitudes hacia la salud bucal, así como sobre los cuidados dentales en general. A los niños debe proporcionárseles la odontología restauradora de la más alta calidad. La prevención de patologías altamente prevalentes como la caries dental debe ser una prioridad. La atención restauradora y preventiva de calidad obvia la necesidad de tratamientos como exodoncias bajo anestesia general por ejemplo. Por otro lado, en estos pacientes en desarrollo, el profesional odontólogo tiene la tarea de vigilar no solo la dentición, sino también de diagnosticar los defectos de desarrollo y suministrar cuidados restaurativos sin riesgos (8)

2.1.2 Consulta odontológica en odontopediatría

El comportamiento social de un individuo está constituido por aspectos positivos como la competencia social, la cual se refiere a la eficacia en las interacciones que ofrece la posibilidad de desarrollar conductas organizadas, que pueden ser útiles y manifestarse durante el transcurso de la vida, lo que permite la percepción por parte de las personas que rodean a los individuos. Otro de los aspectos positivos es el desarrollo de habilidades sociales, que permiten mostrar comportamientos específicos durante las interacciones sociales (9).

Por otro lado, existen aspectos negativos constituidos por los problemas de conducta del individuo, ellos pueden ser manifestados de manera externa, como las discusiones y agresiones o pueden manifestarse al interior del individuo, como la ansiedad, la depresión y el aislamiento.

Existen investigaciones que han incluido la evaluación de ambos aspectos, tanto positivos como negativos, es decir, la competencia social, el desarrollo de habilidades y los problemas de conducta, presentando resultados que muestran una relación que puede ser inversa, lo que significa que la existencia de alguna no implica directamente que la otra se encuentre ausente, sino que, más bien, brinda la oportunidad de reflexionar respecto a la forma de relacionar las habilidades sociales y los problemas de conducta, pues algunas de las personas analizadas, que muestran valores bajos en las escalas de problemas de conducta, pueden tener también niveles de competencia social escasos, al igual que el desarrollo de habilidades (9).

En referencia al comportamiento de los niños, específicamente en la consulta odontológica, se ha reportado que puede ser de tipo agresivo, histérico, temeroso o aprensivo. Estos comportamientos se han relacionado con las etapas de crecimiento y desarrollo de cada niño, las características de salud, las condiciones socio-culturales de los padres y otros elementos de influencia, no tan directa, pero que tienen importantes implicaciones.

Dentro de los elementos que también pueden influir, aunque no de manera tan directa, se pueden resaltar las relaciones de los niños con sus padres, profesores y otros niños en diversos contextos como la iglesia, instituciones laborales de los padres y la comunidad (9).

Al tratar a niños en la consulta odontológica, es difícil establecer parámetros uniformes para un determinado grupo. Es muy importante respetar la individualidad y las características de cada niño, así como el estado de ánimo que presenta a la hora de la consulta, ya que un mismo niño puede tener actitudes y reacciones diferentes de acuerdo al estado de ánimo que tiene en el momento de cada consulta.

Es importante tratar de identificar determinados comportamientos antes de la primera consulta, para establecer de ahí en adelante la conducta a ser tomada por el especialista. Es muy importante, por ejemplo, identificar niños con comportamientos temerosos o poco colaboradores, ya que en ellos el avance en el tratamiento será más lento de lo normal.

En este sentido, se considera importante evaluar la conducta en niños previo a la consulta odontológica, debido a que la efectividad y adherencia de los tratamientos odontológicos en estas edades dependen de su comportamiento en la consulta, lo cual hace necesario reforzar y enseñar habilidades sociales para mejorar su comportamiento y evitar posibles traumas futuros en su relación con el odontólogo y frustrado mantenimiento de su salud bucodental. Además de evaluar conductas agresivas y factores relacionados en los niños, así como sus características, también es necesario indagar por la conducta de los padres.

A través de diferentes estudios se ha podido observar que los niños que acuden a la consulta odontológica acompañados de los padres, muestran un mejor comportamiento y una tendencia a ser más colaborativos debido a que sienten mayor confianza y se sienten apoyados y protegidos.

También, se ha evidenciado que el comportamiento de los pacientes pediátricos puede ser influido por elementos como: los modelos de comportamiento aprendido de experiencias de otros miembros de la familia y el acondicionamiento generado a través de una experiencia propia.

A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos (10).

Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan el estilo personal del profesional de la Odontología en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea (10).

2.1.3 Principales motivos de consulta en odontopediatría

La consulta en odontopediatría puede deberse a diferentes motivos de acuerdo a la urgencia de la misma.

Por ejemplo, en las visitas urgentes, las principales causas para solicitar consulta suelen ser los traumatismos dentales. También se presentan en caso de que el niño presente dolor persistente, así como la aparición de un cuadro inflamatorio.

Sin embargo, el principal motivo de consulta en odontopediatría continúa siendo la presencia de caries dental en sus diferentes etapas.

Pese a que de manera constante se socializa la necesidad de llevar al niño a consulta odontológica cada 6 meses para realizar un control de la salud oral, por lo general se observa que los padres y responsables de los niños, llevan a consulta odontológica cuando ya existe algún tipo de síntoma que el niño manifiesta (11).

La segunda causa más frecuente de consulta odontológica pediátrica, son los traumatismos dentales, estos producen alteraciones médicas, estéticas y, en algunos casos, emocionales-psicológicas, siendo estas últimas más importantes en los padres, cuanto más pequeño es el niño. En la adolescencia, sufrir un traumatismo dentario comporta una alteración estética, con amplia repercusión emocional por el efecto de verse con el diente fracturado en su vida de relación, ya que en la mayoría de ocasiones, afectan los dientes incisivos superiores. Es frecuente asistir a una urgencia por traumatismo dental en sector anterior, y encontrarse tanto al niño como a los padres muy asustados tanto por el traumatismo en sí, como por el problema estético que comporta.

No es lo mismo un traumatismo en dentición temporal, donde la fractura de un incisivo va a comportar una alteración transitoria del diente afecto hasta que sea recambiado por el diente permanente, que la afectación de un incisivo

permanente que comportará un hándicap en dicha pieza de por vida, aunque los tratamientos estéticos que tenemos a nuestro alcance en la actualidad, pueden minimizar en parte o totalmente el aspecto estético del traumatismo (11).

Es importante conocer y tratar de forma adecuada cada caso según la complejidad del traumatismo, ya que la mayoría de secuelas postraumáticas son consecuencia de tratamientos inadecuados o de no haber actuado dentro del plazo de tiempo necesario. Algunos pacientes, dependiendo del traumatismo, no acuden a la consulta odontológica hasta el cabo de semanas o meses. El diagnóstico y tratamiento temprano de estos traumatismos va a condicionar, en la mayoría de los casos, el pronóstico a medio y largo plazo y la viabilidad de la pieza o piezas dentales afectas (11).

2.1.4 Traumatismos dentales

Estudios epidemiológicos relatan que el trauma dentario es un serio problema de salud que se acompaña tanto de daños estéticos y psicológicos como sociales o terapéuticos. Los pacientes que están expuestos al trauma están no solamente afectados físicamente, sino también psicológicamente. Además, los padres padecen grandes momentos de estrés cuando hay una fractura de un diente permanente porque se consideraba un momento trágico para ambos y en muchas ocasiones, los padres están más preocupados por la estética que por los síntomas del problema (12).

Un traumatismo dentario representa la transmisión de energía al diente y a las estructuras de soporte, que resulta en una fractura y/o desplazamiento del diente y/o separación de los tejidos de soporte (encía, ligamiento periodontal y hueso)

Las lesiones traumáticas en la dentición temporaria son muy comunes. Entre el 11% y el 30% de los niños de 5 años han sufrido algún traumatismo dental. A los dos años aproximadamente, los niños son más propensos a accidentarse ya que comienzan a caminar por sí mismos y todavía no tienen una buena coordinación motriz (12).

Según varios autores, la principal causa de traumatismos dentales es por caídas en los 2 primeros años. Los niños comienzan a desplazarse solos, a descubrir

más espacios y objetos, lo que aumenta el riesgo de que se produzcan caídas accidentales (13).

A partir de los dos años, la frecuencia de las caídas disminuye, sin embargo, existen otras causas por las que los niños pueden sufrir accidentes. Las actividades deportivas, los juegos de conjunto, e incluso los casos de violencia intrafamiliar, pueden convertirse en riesgos para la producción de accidentes.

Cuando se tiene que tratar traumatismos en dentición primaria, los principales objetivos son el manejo del dolor y la prevención del daño a los dientes permanentes. La íntima proximidad entre la dentición temporal y permanente pone en riesgo a esta última, ya que la energía proveniente del impacto puede ser transmitida fácilmente al germen dentario en desarrollo.

La infección que se desarrolla en un diente temporal, después de una lesión, también es otra amenaza para la dentición permanente en desarrollo. De hecho, más de la mitad de las lesiones en dientes primarios provocan alguna alteración en el diente permanente, que puede ir desde un defecto de mineralización, hasta malformación completa del germen. Por todo esto, la estrategia de tratamiento se enfoca básicamente en la seguridad del diente permanente y será necesario realizar las siguientes acciones:

- Verificar si el incisivo temporal ha invadido o no el folículo del diente permanente. Si existe esta invasión debe extraerse el diente temporal.
- Monitorear cuidadosamente la zona de reparación, de manera que se puedan evitar lesiones secundarias a dientes permanentes.

Otra consideración importante es el corto periodo en que estos dientes permanecen en boca, ya que los dientes más afectados son los incisivos centrales maxilares y éstos se exfolian aproximadamente a los siete años.

Por último, cuando el profesional se enfrenta con niños pequeños traumatizados, debe de considerar la ansiedad que sufren estos pacientes y sus padres, por lo que es importante darles tranquilidad y seguridad a ambos y tratar de no provocar más miedo durante el tratamiento (12).

2.1.5 Causas de traumatismos dentales (13)

Ya se han mencionado con anterioridad diferentes causas por la que se producen los traumatismos dentales, entre las más frecuentes se encuentran:

- Las caídas infantiles, dependiendo de la edad del niño. En los primeros 3 años suelen ocurrir con mayor frecuencia. Este hecho se debe a que, durante este periodo, el niño pasa de un estado de dependencia total de movimientos a una relativa situación de estabilidad, pues aprende a agacharse, gatear, ponerse de pie y caminar. Todos los niños se caen constantemente cuando están aprendiendo a mantenerse erguidos y a caminar, por ello es frecuente que golpeen sus dientes contra el borde de una cuna, la mesa del salón o el suelo. Luego, con el transcurso de su desarrollo, se observarán los golpes en el triciclo, en el columpio o con la cabeza de otro niño durante el juego; entre los 3 y 6 años, la mayoría de traumatismos se producen jugando en la guardería o en los parques y por el choque entre niños (13)
- Las caídas en bicicleta, bastante frecuentes, que tienen como resultado un severo trauma del tejido duro y blando. Dependiendo de la velocidad aplicada al momento del accidente, los traumas más comunes son las fracturas de corona, así como las lesiones en labios y mejilla.
- Las actividades deportivas, este tipo de actividades y por tanto la posibilidad de sufrir accidentes, eran más frecuentes a partir de los 9 años. Sin embargo, en la última década, los niños han comenzado a practicar deportes desde más pequeños. Muchos padres los inician en la actividad deportiva como complemento a la educación preescolar, por lo que en este grupo etario el riesgo de sufrir traumatismos aumenta. Hoy en día, no sólo hay muchos niños que practican deporte, sino que cada vez empiezan a edades más tempranas y practican en unos niveles superiores de competición. La prevalencia de los traumatismos dentales durante la práctica deportiva se eleva a un 45%, siendo más frecuentes las luxaciones y las fracturas dento-alveolares. Las lesiones traumáticas son más comunes durante el transcurso de los partidos, en los deportes no organizados (practicados en la calle sin la supervisión de un

profesional) y en niños que practican más de un deporte. También ocurren en los deportes de equipo como: baloncesto, waterpolo, balonmano, béisbol y rugby (13).

- Esto es debido al mayor número de contactos. Sin embargo, las lesiones menos graves suelen darse en deportes individuales como por ejemplo el esquí.
- El maltrato infantil es otra de las causas por las que se presentan lesiones traumáticas. Al presentarse un paciente con lesiones, será importante el llenado adecuado de la historia clínica.
- Otras causas, en el neonato puede observarse una lesión iatrogénica causada por una intubación en niños prematuros. Así, una presión prolongada de los tubos contra el proceso alveolar se acompaña de una mayor frecuencia de defectos de estructura del esmalte en la dentición primaria, lo que puede llevar más tarde a traumatismos dentales (13).

2.1.6 Maltrato infantil

El problema del maltrato infantil es un tema de frecuente noticia en los medios de comunicación, siendo el ejemplo por excelencia de la importancia del niño para construir su propio mundo. El maltrato es un problema mundial, considerándose en algunos países una verdadera epidemia, y en otros una pandemia. Afecta a personas de todas las edades, generalmente niños y mujeres, sin distinguir raza, religión y posición social. En España, al no existir un registro oficial, no hay datos seguros, aunque en el año 2001 se evidenció que 1 de cada 1.000 niños sufren maltrato físico.

En lo que respecta a las agresiones físicas, a pesar de que sigue siendo aceptada la denominación de «síndrome del niño maltratado», algunos autores prefieren denominar a las lesiones que acompañan al cuadro, como «lesiones no accidentales» (14).

El adulto agresor, que por lo general también ha sido víctima del maltrato, tiene poca capacidad de enfrentarse a las situaciones de la vida (nerviosismo, cólera, frustraciones), y a menudo no tiene conciencia verdadera de su actitud violenta. El maltrato suele ser producido por los padres -en particular la madre-, los

tutores, o cuidadores de los niños. Respecto a las características del niño maltratado, los índices más altos (74,8%) se dan cerca de los tres años, y afectan a los que necesitan más atenciones (en particular los discapacitados), los hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar. Con relación al género, los niños sufren más maltrato a los tres años y entre los ocho y los once; mientras que en el género femenino es más frecuente a los tres y nueve años (14).

Manifestaciones clínicas

El odontólogo quizá sea el profesional sanitario que con más frecuencia pueda observar las lesiones por maltrato, pues entre el 50 y el 70% de los casos presentan lesiones en la cara y la boca, pero escasos dentistas tienen información de dicha entidad, por lo que en la mayoría de las ocasiones pasa desapercibida⁸. Y esto es importante por dos motivos: 1) estos pacientes pueden acudir a las consultas dentales en busca de tratamiento para estas lesiones al ser menos graves o bien por otras razones, como evitar la sanidad pública donde se «hacen más preguntas» y 2) los padres que maltratan a sus hijos llevan raramente al niño al mismo médico; sin embargo, no son tan cautos o precavidos acerca de los dentistas. De ahí la importancia que ante un traumatismo dentofacial el odontoestomatólogo conozca y explore una serie de datos que le puedan hacer sospechar la evidencia de maltrato. Así, es de gran valor la consideración cuidadosa de las siguientes circunstancias: (14)

Signos de sospecha

- 1) El aspecto físico (ropa, higiene externa, pelo) suele ser lo que denominaríamos «niño sucio», lo que podría demostrar una carencia de cuidados afectivos en su bienestar.
- 2) Casi siempre van a solicitar tratamiento con muchas horas, a veces días, después de ser golpeados.
- 3) Los padres alegan en un porcentaje alto lesiones accidentales. Curiosamente no suelen relatar que las lesiones se deban a peleas con compañeros, en el colegio o la guardería.

4) Existe una discrepancia marcada entre los datos referidos por los padres y los que se obtienen por la inspección y la exploración.

5) La actitud del niño suele ser de indiferencia. A menudo su cara es triste y temerosa. Puede esbozar gestos de defensa al intentar aproximarnos a él. Durante la exploración lo encontramos apático, no habla, aunque se le escape alguna lágrima. Parece cansado y de mayor edad de la que tiene. Durante el tratamiento tiene un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.

6) Es frecuente encontrar un retraso psicomotor para su edad, debido a su escasa estimulación psicológica y afectiva por parte de la madre.

Lesiones características

No todas las lesiones se van a localizar en la boca, ni todas van a corresponder al niño maltratado, pero el dentista informado debería de sospecharlo al cotejar un conjunto de signos. Los más destacados son:

Lesiones cutáneas

Son una de las expresiones clínicas más concretas y frecuentes ya que es en la piel donde el niño recibe gran cantidad de golpes. Las peculiaridades de las lesiones delatan su carácter no accidental. Así se observan contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en zonas no prominentes (orejas, mejillas), o en la parte distal de las extremidades (tobillos, muñecas), cosa que no suele ocurrir con las contusiones habituales que aparecen en las caídas o jugando, que se localizan en las rodillas, codos o espinillas. La caída del tobogán suele ser la justificación de los hematomas peri orbitarios (imagen del antifaz) de tipo intencionado, aunque la unilateralidad no descarta una acción deliberada.

En resumen, son lesiones múltiples, localizadas en diversos lugares y asociadas con otras manifestaciones. El tiempo de curación de una lesión depende de la fuerza con que se produce, y según la coloración que adopte es posible saber, con cierta exactitud, cuando ocurrió. El contorno de una contusión, que se aprecia con mayor claridad con el paso de tiempo, indica la forma del objeto que golpeó (mano, cuerda, cinturón), ya que queda impreso en la piel (imagen en espejo). La alopecia traumática occipital aparece con frecuencia. A veces la

capacidad de agredir puede llegar incluso al intento de asesinato, observándose señales de estrangulamiento.

Quemaduras

Suponen hasta un 10% de las lesiones físicas por maltrato. Las de la zona orofacial pueden estar originadas por la toma forzada de alimentos demasiado calientes o sustancias cáusticas.

Las quemaduras intencionadas con cigarrillos -que suelen localizarse en la cara, la frente y las manos van a producir lesiones uniformes y circulares «en sacabocados», con una escara central negra que al curar deja una cicatriz en cráter. En las manos, se diferencian de las quemaduras accidentales porque en éstas, los contornos son imprecisos y dentro de la misma lesión hay diferentes grados de quemadura.

Mordeduras

Si es producida por un humano, muestra un patrón elíptico u ovoide en la piel, a diferencia de las mordeduras animales, que dejan un patrón de arcada más triangular. Las mordeduras que no producen herida son visibles sobre las veinticuatro horas, mientras que en las que sí hay, la huella permanece varios días en función del espesor del tejido; en tejidos delgados duran más tiempo.

Otras lesiones

Pueden aparecer lesiones en distintas localizaciones (huesos, ojos, sistema nervioso central, genitales, etc.), que escapan al contenido de este artículo, y que por su gravedad son atendidas en los servicios hospitalarios.

Lesiones intrabucales

Aunque como hemos referido, la mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la cavidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%.

Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, y de forma violenta, de

objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taparle la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico.

Si se golpea la boca de forma directa, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, con la marca de los mismos en la parte interna de los labios.

La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias, sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación.

El examen radiográfico también puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración radiográfica podemos encontrar evidencia de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo (14).

Kittle y cols. (15), proponen un protocolo para examinar al niño maltratado en el consultorio, menciona examinar al niño desde su apariencia general (ropa, postura, actitud), buscar lesiones en la piel expuesta y en sitios pocos comunes (interior de brazos y piernas), y lesiones en boca, laceraciones en tejidos blandos y fracturas de dientes son comunes.

2.1.7 Clasificación de traumatismos dentales (11)

La clasificación más utilizada sigue siendo la de la OMS modificada por Andreasen, que diferencia la afectación de los tejidos dentarios y la de los periodontales o de soporte de las piezas dentales.

- a) Lesiones de los tejidos dentales, mismas que se dividen en fracturas no complicadas y fracturas complicadas.
 - No complicadas, puede ser infracción del esmalte de la corona, fractura coronal de esmalte, esmalte-dentina.

- Complicadas, que pueden ser fractura coronal esmalte-dentina-pulpa, fractura radicular y fractura alveolar.
- b) Lesiones de los tejidos periodontales, que se dividen en:
- Concusión
 - Luxación, que se divide a su vez en subluxación, luxación intrusiva, luxación extrusiva y luxación lateral.
 - Avulsión

2.1.8 Diagnóstico de traumatismos dentales (11)

Para diagnosticar los traumatismos dentales es necesaria la evaluación clínica principalmente. La observación de traumas previos a primera vista. Diferentes factores como: la fuerza, dirección y la velocidad del impacto, así como el objeto que o con qué se impacta, pueden ayudar en la realización del diagnóstico.

Hay que realizar una *inspección y palpación* para descartar la existencia de heridas contusas e inciso contuso de tejidos blandos, tanta encía, mucosa yugal, lengua o labios. Prestar especial atención a la parte interna vestibular de los labios que pueden sufrir heridas con frecuencia, por el impacto con los dientes en el momento del traumatismo. Hay que descartar al realizar la exploración intraoral que existan cuerpos extraños en boca o en las heridas.

Se debe valorar que los dientes tengan su posición y aspecto normales, con sus coronas alineadas, y que no existan desplazamientos verticales o antero-posteriores de sus coronas para descartar luxaciones. En ocasiones, si existen dientes desplazados, se debe consultar a los padres si ya estaban desplazados antes del traumatismo. Se debe valorar que no existan fracturas de las piezas dentales, ni asimetrías faciales.

La *palpación* se debe realizar con dos dedos o dos instrumentos para valorar la existencia de movilidad de la pieza o piezas dentales afectas, que puede indicarnos afectación del tejido de soporte con luxación o fractura dental o alveolar. El sangrado en el surco gingival puede indicarnos la lesión del ligamento periodontal. El grado de movimiento dental, se define con un índice que va de 0 a 3.

0: sin movilidad.

1: movilidad horizontal menor de 1 mm.

2: movilidad horizontal mayor de 1 mm.

3: movilidad axial.

La percusión puede identificar, en caso de duda, cuál es el diente que presenta dolor y mayor afectación, y evalúa la existencia de lesión en el ligamento periodontal.

La realización de *test de vitalidad* pulpar, mediante la utilización de pruebas térmicas, normalmente al frío (tetrafluoruro de carbono) o pruebas eléctricas con pulpómetro, valoran la afectación o no de la pulpa dental. En las fases agudas tiene menos valor, pero sí como referencia inicial para ver la evolución de la lesión en los siguientes controles. En dentición temporal no se utiliza por dar resultados poco fiables e inconsistentes.

Entre las exploraciones complementarias destacan las radiográficas, para descartar fracturas asociadas, (óseas o alveolares) destacarían la ortopantomografía o panorámica de los maxilares y la telerradiografía lateral de cráneo. Para realizar un diagnóstico más preciso dento-alveolar, se deberían realizar radiografías intraorales, como las periapicales o las oclusales.

2.1.9 Prevalencia del trauma dental (14)

En un estudio de revisión bibliográfica realizado en 2003, se pudo observar que, La máxima frecuencia de traumatismos en la dentición permanente, se encuentra en niños escolarizados, específicamente entre los nueve y los diez años.

La prevalencia en la dentición temporal, de acuerdo con los estudios prospectivos y retrospectivos, variaba desde el 4% al 33%, con un pico máximo entre los diez y los veinticuatro meses.

Distribución por género

En la dentición permanente los varones sufren, estadísticamente, más lesiones que las mujeres. La relación entre niño: niña varía entre 1,3-2,3:1. La diferencia

por género en la dentición temporal no es tan evidente, variando la relación entre niño: niña de 0,9-1,3:1, e incluso algo más altas:

Localización

En la totalidad de los análisis epidemiológicos, el diente más afectado fue el incisivo central superior, seguido por el lateral superior e incisivo central inferior. El ángulo mesio-incisal es el que se fractura con más frecuencia.

Tipo de lesión

Para la dentición permanente la mayoría de los estudios señalan que la lesión más frecuente es la fractura de la corona no complicada, mientras que en la dentición temporal son las luxaciones. En el niño preescolar, el proceso alveolar tiene espacios medulares grandes y es relativamente flexible. Además, el ligamento periodontal -que actúa como una «hamaca fisiológica»- es muy elástico, permitiendo que, ante un ligero traumatismo, los dientes, al no estar firmemente sujetos, se desplacen en vez de fracturarse. En contraste, la dentición permanente sufre más fracturas que luxaciones, debido fundamentalmente a la menor proporción corona/raíz y a que el hueso alveolar es más denso.

Número de lesiones

El número de dientes lesionados por paciente oscila entre 1,1 y 2, dependiendo de varios factores: la clasificación usada, el tipo de análisis (prospectivo o retrospectivo), la muestra y el lugar donde se practica el examen. Muy pocos trabajos se centran en valorar la existencia de varias lesiones isocronas. Predomina la afectación de un sólo diente, cuando el estudio se realiza en la escuela o en la clínica dental. Los estudios realizados en el hospital, o bien encuentran similar proporción en uno o dos dientes, o en más de dos dientes

2.1.10 Avulsión dental

La avulsión dental es la salida íntegra de un diente de su alveolo como consecuencia de un accidente con un fuerte golpe y que una vez fuera del alveolo dentario, conserva su estructura completa.

La avulsión dental por un traumatismo dento-alveolar causa que el diente sea desalojado por completo de su alvéolo y el hueso alveolar; el cemento, el ligamento periodontal, la encía y la pulpa quedan lesionados (16).

El diente que se avulsiona con mayor frecuencia en ambas denticiones es el incisivo central superior. Es más frecuente en niños que en niñas y ocurre con mayor frecuencia entre los siete y nueve años de edad. Probablemente se debe a la inmadurez del ligamento periodontal. El tratamiento ideal es el reimplante lo más rápido posible y la fijación dentaria con una férula flexible. El reimplante pretende que las células y fibras del ligamento periodontal vuelvan a formarse y le den sostén al diente. Por lo general no se reimplanta el diente temporal (16).

Cuando se ha sufrido un traumatismo que causa una avulsión dentaria, lo primero será localizar el diente; posteriormente, enjuagarlo al chorro de agua limpia sin tocar la raíz, es decir, tomar el diente por la parte de la corona. No hay que tallar la raíz, ni desprender el tejido que esté adherido a ésta. A continuación, se debe colocar el diente dentro del alvéolo, de preferencia antes de que se haya formado el coágulo. Enseguida enviar al niño con el estomatólogo para la fijación del diente con una férula flexible que permita los movimientos fisiológicos del diente. Cuando no es posible reinsertar al diente dentro de su alvéolo, hay que preservar el diente en un medio húmedo mientras se recoloca y se fija. El medio ideal de transporte de un diente avulsionado es la solución salina de Hank. Sin embargo, es difícil obtenerla en México, por lo que debe colocarse en leche de vaca, de preferencia descremada. Y enviar al paciente al estomatólogo para el reimplante lo más pronto posible. La férula deberá permanecer en la boca durante 3 semanas. Debe evaluarse la necesidad de antibioticoterapia, analgésico y posteriormente valorar la aplicación de la vacuna antitetánica.

Factores que elevan la posibilidad de éxito

- Edad del paciente. Entre más corta sea la edad, el hueso estará más vascularizado, lo que favorece el reimplante.
- Integridad de la tabla externa del hueso. Un alvéolo íntegro tiene mayor facilidad de fijar al órgano dentario, además de tener mejor irrigación sanguínea.

- Ausencia de enfermedad periodontal. La inflamación crónica de la gingiva afecta la cicatrización.
- Formación ápico-radicular. Un diente joven tiene el ápice abierto y mayor probabilidad de volver a formar las células del ligamento periodontal.
- Tiempo transcurrido del diente fuera del alvéolo. El tiempo máximo es de una hora fuera de la boca y hasta 6 horas si se conserva el diente en leche. El tiempo es inversamente proporcional al grado de éxito, es decir, a menor tiempo mayor probabilidad de éxito.
- Férula flexible. Permite los movimientos fisiológicos del diente sin causar anquilosis como sería con una férula rígida.
- Medio en el que se preserva y transporta al diente avulsionado. Lo mejor es la solución balanceada de Hank; sin embargo, por su difícil disposición, puede conservarse en leche descremada. Si se coloca en agua la osmolaridad daña las células que probablemente aún queden vivas, lo mismo que al ponerlo en saliva, ya que ésta contiene microorganismos. No debe refrigerarse, ni utilizar ningún desinfectante o jabón para limpiar el diente.

Se sugiere un tratamiento de conductos (endodoncia) dentro de los primeros diez días del reimplante y control radiográfico estricto. La presencia de movilidad superior al movimiento fisiológico de los dientes, dolor, fístula o absceso periapical, resorción radicular interna o externa son signos de fracaso del reimplante (16).

2.1.11 Fractura dental

Las fracturas dentales son roturas de una pieza dental, en la mayoría de las ocasiones debida a un traumatismo.

Las fracturas dentales representan gran porcentaje de los traumatismos dentales, tanto en la dentición temporaria como en la dentición permanente.

Existen distintos tipos de fracturas dentales, que se clasifican en función del grado de afectación del diente, por ejemplo, Ellis y Davey, las clasifican en:

- Primera clase, fractura sencilla de la corona, dentina no afectada o muy poco afectada.
- Segunda clase, fractura extensa de la corona, sin exposición pulpar. Afectando a considerable cantidad de dentina sin exposición de pulpa dental.
- Tercera clase, fractura extensa de la corona, con exposición pulpar. Afectando a considerable cantidad de dentina con exposición de la pulpa dental.
- Cuarta clase, pieza traumatizada transformada en no vital con o sin pérdida de la estructura coronaria.
- Quinta clase, pérdida de la pieza como resultado del traumatismo.
- Sexta clase, fractura de la raíz, con o sin pérdida de la estructura coronaria.
- Séptima clase, desplazamiento de las piezas sin fractura de corona o raíz.
- Octava clase, fractura de la corona en masa y su reemplazo

La clasificación descrita por Ellis en el año de 1970 fue utilizada por mucho tiempo y a la cual se le realizaron algunas modificaciones. Actualmente está prácticamente en desuso pues ha sido substituida por la clasificación de Andreasen basada en el sistema adoptado por la Organización Mundial de la Salud y modificada por Andreasen, la cual puede aplicarse tanto en dentición primaria como permanente y comprende: (17)

Lesiones de tejidos dentales duros y pulpa

- Fractura incompleta
- Fractura no complicada de corona
- Fractura complicada de corona
- Fractura no complicada de corona y raíz
- Fractura complicada de corona y raíz
- Fractura de raíz

Lesiones de tejidos periodontales

- Concusión

- Subluxación
- Luxación extrusiva
- Luxación lateral
- Luxación intrusiva
- Avulsión

Lesiones de hueso

- Fractura conminuta del alveolo
- Fractura de pared alveolar Fractura de proceso alveolar
- Fractura de la base de los maxilares
- Lesiones de tejidos blandos
- Laceración
- Contusión
- Abrasión

En el 2003, Andreasen (18) en su nuevo manual hace una modificación:
Lesiones a tejidos dentales, duros y pulpa.

- Infracción del esmalte
- Fractura de esmalte
- Fractura de esmalte y dentina
- Fractura complicada de corona

Lesiones a tejidos dentales duros, pulpa y proceso alveolar.

- Fractura corono-radicular
- Fractura radicular
- Fractura de la pared alveolar del maxilar o mandíbula
- Fractura del proceso alveolar.

2.1.12 Prevención de traumatismos dentales

Cuando el niño empieza a caminar, estará expuesto a caídas que pueden afectar a cara y dientes. La afectación temprana de estos dientes temporales por un traumatismo puede determinar lesiones en el diente permanente que pueden condicionarle alteraciones estéticas (11).

La existencia de parques infantiles con pavimentos acolchados, pavimento antideslizante en duchas, bañeras y piscinas, el uso de casco y de protecciones cuando los niños van en coche, como los cinturones, pueden ayudar sin duda a disminuir la incidencia de traumatismos.

En niños más mayores, es muy importante la identificación de factores de riesgo individuales, con la utilización de protectores bucales para la realización de deportes donde pueda existir contacto y, en la adolescencia, evitar la ingesta de alcohol, drogas y peleas, también puede reducir la frecuencia de fracturas dentales.

La Asociación Dental Americana indica que más de 200.000 lesiones bucales al año se previenen con el uso de protectores bucales. El 84% de los niños no llevan protectores bucales, mientras practican deportes organizados, pero en cambio sí utilizan otro tipo de protectores de otras partes del organismo. La utilización e incorporación de los protectores bucales en las prácticas deportivas, reduciría al mínimo los traumatismos dentales y reduciría el grado de severidad de los mismos (11)

Hay estudios que han observado que después de un traumatismo con avulsión dentaria del incisivo permanente, los pacientes llegan muy tarde después del incidente, sin el diente o en un medio de conservación inadecuado, lo que indica la poca información y conocimiento que existe sobre este tipo de lesión, en las personas que están con los niños en su ámbito doméstico y escolar (19).

2.1.13 Método CAP, conocimientos, actitudes y prácticas

La encuesta CAP, busca como su nombre indica, estudiar el grado de conocimiento, las actitudes frente a un problema específico, así como las prácticas comunes en una población frente a un problema en especial. Se basa en un cuestionario aplicado a una población objeto de estudio a través de una encuesta estructurada.

El perfil de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) es utilizado para conocer lo que las personas piensan, creen y cómo actúan con relación a un tema específico. Cada dominio pretende examinar los niveles de conocimiento del individuo, que corresponden a las representaciones mentales, precedentes a

procesos cognitivos, desarrollados y arraigados a lo largo de su vida. Las actitudes son una confluencia de tres componentes: i) el cognitivo, que reúne información, experiencias, estereotipos y conocimientos, los cuales, pueden ser juicios positivos o negativos; ii) el afectivo, que combina sentimientos, emociones, valores, satisfacciones y aversiones y iii) el comportamental, mediado por las habilidades motoras, psíquicas, cognitivas, verbales y sociales. Finalmente, las Prácticas son el punto de convergencia de los dominios anteriores y se definen como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de una actividad o destreza.

La aplicación de encuestas basadas en el método CAP (conocimientos, actitudes y practicas), ha sido ampliamente utilizada en el área de salud. La comprensión cualitativa de los problemas de salud, desde el punto de vista del usuario, ha permitido la toma de importantes decisiones respecto al mejoramiento continuo de la calidad en salud. (20)

2.1.14 Educación preescolar

La educación preescolar es la primera etapa de socialización fuera del grupo familiar de todo niño(a); es donde comienzan a desarrollar nuevas habilidades y destrezas; al igual que es un proceso de adaptación que encierra nuevas vivencias y conocimiento, donde el niño deja a un lado su ser individualista para adaptarse a las costumbres y reglas de la institución en la que va a formar parte.

El preescolar o la educación inicial es un ciclo de estudio obligatorio en algunos países, para todos los niños y niñas en edad comprendida desde los 3 a 6 años de edad; se considera el primer nivel educativo fuera del ámbito familiar ya que propicia la integración de los niños y niñas a la educación básica; por lo tanto, es un deber de los padres y representantes inscribir a sus hijos(as) en esta etapa de educación para que los niños desarrollen por completo sus capacidades cognitivas y motoras. En todos los países del mundo se consideran importante la educación preescolar y es establecida como una institución obligatoria, aunque es nombrada de diversas formas.

En ese mismo sentido es importante acotar, como se da la educación en algunos países a saber:

En México, la educación preescolar es obligatoria y abarca a niños y niñas de 3 a 6 años de edad, los cuales son atendidos en escuelas públicas y privadas. En Argentina, la educación preescolar es conocida como educación inicial que abarca niños(as) desde los 45 días a los 5 años de edad, de los cuales solo el último año es obligatorio. Chile por su parte, contempla que la educación preescolar debe ir desde los 3 meses a los 5 años 11 meses siendo los dos últimos niveles obligatorios; porque, dan paso a la educación básica.

En el caso de Venezuela, la educación preescolar es llamada Educación Inicial y va desde los 2 meses a los 6 años 11 meses y está dividida en: Pre-maternal, Maternal, 1er, 2do, 3er. Nivel; siendo obligatorio los últimos tres años, los cuales brindan experiencias que le dan continuidad a la educación básica. (Ley Orgánica de educación, 2009).

La educación inicial resulta privilegiada, ya que por ser tan pequeños los niños y niñas se cree que el grado de participación de los padres y representantes con la escuela debe ser mayor que en otro nivel educativo. Como es sabido, educar permite el desarrollo integral, es decir de los aspectos intelectuales, emocionales y sociales de los individuos; entonces es necesario que los padres se comprometan y comprendan que el hogar es la principal escuela y que ellos son los mejores maestros para la formación de sus hijos. En Colombia, la educación preescolar se imparte desde los 3 a 5 años, siendo el último año obligatorio. (21)

En el caso del sistema boliviano, La educación está centrada en niñas y niños de 4 y 5 años de edad, etapa en la que se da continuidad a los procesos educativos iniciados en la etapa no escolarizada, incorporando paulatinamente aprendizajes sistemáticos en el proceso de estructuración de un pensamiento cada vez más complejo y reflexivo, articulando las actividades de la escuela con las actividades de la vida familiar y comunitaria. Contribuye a la transición efectiva de las niñas y los niños a la Educación Primaria Comunitaria Vocacional. Su principal tarea es implementar acciones que contribuyan al desarrollo de capacidades, cualidades y potencialidades de las niñas y niños, las actividades que se desarrollan son fundamentalmente basadas en actividades lúdicas, creativas y de socialización. El primer año tiene como objetivo contribuir al

desarrollo de valores socio comunitarios y hábitos de vida saludable en lo físico, afectivo y espiritual de las niñas y niños de 4 años, desarrollando capacidades, habilidades y potencialidades lúdicas vinculadas y articuladas a la vida cotidiana de la familia y la comunidad para favorecer el desarrollo de su identidad cultural y lingüística en el contexto donde vive .En el segundo año, el objetivo es promover principios, valores y actitudes interculturales de las niñas y los niños de 5 años de edad, realizando diversas actividades de observación, argumentación experimentación, investigación, expresión creativa y lúdica en relación con la vida cotidiana, que contribuyan al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de manera integral y holística, para contribuir a los procesos de aprendizajes sistemáticos de la educación Primaria Comunitaria Vocacional. (22)

Una condición preliminar al análisis de las funciones de la educación preescolar es la de conocer las definiciones sociales que se dan del niño en sus primeros años, en las distintas instituciones, en las teorías y prácticas pedagógicas corrientes, y en los sistemas de relaciones existentes entre los diversos “agentes” que tienen que ver con la educación preescolar.

Distintos psicólogos han señalado la importancia de este período para la formación de la personalidad del niño, particularmente para el desarrollo de la inteligencia. La divulgación de este conocimiento contribuye al cambio que ocurre en la definición social de la niñez: ya no se trata de definir la infancia del niño en términos de éste como sujeto a quien debe cuidarse fisiológicamente, sino que la primera niñez se convierte en un período que demanda también cuidados educacionales y psicológicos especiales. Ejemplo de ello son la multiplicación de los centros preescolares y el surgimiento de la industria de juguetes culturales y educativos, libros para niños cada vez de menor edad, discos y juegos diversos.

La Educación Inicial incorpora alternativas de atención no convencional o no escolarizadas a fin de ampliar la cobertura de atención a más niños y niñas, fundamentalmente a la población menor de tres años, y extender el servicio a los niños y niñas de los sectores marginales, rurales e indígenas.

Es necesario tomar conciencia de la importancia de los primeros tres años de vida en el desarrollo de los niños y niñas, y conocer los factores que lo favorecen, para intervenir en forma adecuada en esta etapa crucial y decisiva en la vida del ser humano.

La atención debe iniciarse desde la concepción, porque está demostrado que el estado de salud, tanto físico como psicológico de la madre, durante la gestación, tendrá consecuencias en el desarrollo de niños y niñas.

Las condiciones de vida económicas, sociales y culturales, en las que niños y niñas nacen y crecen, constituyen una importante fuente de estímulos y experiencias que influirán en su desarrollo.

La acción educativa inicial involucra a la familia y a la comunidad; uno de sus objetivos es la orientación y capacitación a los padres, para favorecer el desarrollo pleno de la población infantil.

Los padres, los docentes, los promotores comunitarios, las cuidadoras y otros actores significativos en la vida del niño y la niña, los ayudarán a crecer física, intelectual, social y emocionalmente en ambientes de calidad donde el entorno físico y las interacciones sean los desencadenantes del potencial de talento y habilidades con las que nace. (23)

2.1.15 Formación de maestros en educación preescolar

La formación docente implica una capacitación en el campo del saber, además de una capacitación pedagógica, tiene por tanto doble carácter.

En los aspectos pedagógicos, el docente requiere prepararse para nuevas exigencias institucionales: es decir, debe actualizarse en lo referente a nuevos enfoques, metodologías e investigaciones, requiere analizarse a sí mismo y a sus formas de enseñanza.

Los maestros de educación infantil contribuyen al desarrollo físico y motor, afectivo, comunicativo, social y cognitivo de los niños de cero a cinco años. Son profesionales que participan en el desarrollo del niño en esta primera etapa de la vida.

Su actividad se divide en función de dos tramos de edad: con niños de cero a tres años de edad en guarderías; y de tres a cinco años de edad en escuelas ordinarias, en el ciclo de educación infantil.

En las guarderías, los maestros de educación infantil utilizan el **juego estructurado** como metodología de aprendizaje. Organizan actividades para que los niños puedan expresarse de manera creativa, al mismo tiempo que aprenden cosas cotidianas como los colores, los días de la semana y cómo decir la hora.

Asimismo, se sirven del juego para enseñar los principios básicos de la **conducta social**, como compartir con los demás o esperar su turno. Además, entre las funciones del maestro está prestar ayuda práctica en tareas como vestirse, comer, lavarse o ir al baño.

Los maestros del ciclo de educación infantil suelen ser responsables de un aula de niños de la misma edad, pero con capacidades e intereses muy distintos. Entre sus funciones destacan **promover el aprendizaje en la primera infancia**; facilitar la evolución del lenguaje oral e introducir el lenguaje escrito; identificar las habilidades, intereses y necesidades especiales del alumnado; fomentar la buena convivencia en el aula y la adquisición de hábitos, etc. Para lograr sus objetivos pueden utilizar el juego estructurado y el apoyo de materiales audiovisuales, ordenadores, etc.

Otras de sus funciones son reunirse con las familias; supervisar el trabajo de los maestros en prácticas; elaborar informes y mantener al día los expedientes del alumnado. Además, pueden ser responsables de la compra y el mantenimiento del equipo utilizado por los niños, organizan salidas y están pendientes de los niños durante las visitas de interés educativo; están informados de los problemas sanitarios y de prevención de riesgos. (24)

2.1.16 Características de la edad preescolar (25)

El niño en edad preescolar se caracteriza por ser egocéntrico, no actúa en forma casual, se guía por sus propios intereses, las percepciones necesidades y temores son el principio de explicación de todos los acontecimientos que el experimenta. Su pensamiento no está ligado a las reglas de la lógica de un adulto, más bien

siguen su propia lógica. En tareas de clasificación pueden elegir objetos que tienen algo en común, como el color; en cuanto a los conceptos abstractos de semejanza, jerarquía o clase no están presentes aun en el pensamiento de estos niños.

Entre los 4 y 5 años, tienen ya movimientos un poco más coordinados, el equilibrio es más marcado y la fuerza es la necesaria para saltar con un pie a lo largo de cierta distancia y a razonable velocidad, se forma aparente la preferencia en uno de los lados de su cuerpo (mano, pie, oído, ojo), que inicia la adopción de características de movimiento que tienden a perdurar incluso en la edad adulta.

En esta etapa el juego tiene una importancia vital ya que por medio de él empieza a manifestar su interacción social, busca la compañía por lo menos de otro niño y si le hace falta tendera a crear amigos imaginarios que satisfagan esa aparente necesidad. hacia los 5 años de edad tratan de asociarse con mayor frecuencia con miembros del sexo opuesto; a medida que crecen tienen a observar menos y a participar más, utilizan menos la imitación juegan más en grupo.

En general, los niños ejecutan las tareas motrices mejor cuando están en grupo, en presencia de estímulos sociales que cuando se desempeñan a solas, y quizás el aspecto emocional más importante sea la necesidad de alcanzar su autonomía

Las destrezas que el niño ha adquirido a los 2 años de edad, le permiten desempeñar un papel mucho más activo, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, busca ser autosuficiente e independiente.

La etapa preescolar se inicia alrededor de los 2 años, con el surgimiento de la marcha y el lenguaje, así como el control de esfínteres, y se prolonga hasta los 5 o 6 años.

Las tareas principales en esta etapa son:

- dominio de habilidades neuromusculares
- inicio de la socialización
- logro de la autonomía temprana
- inicio de la tipificación sexual
- desarrollo del sentimiento de iniciativa

La creciente facilidad que el preescolar adquiere para manejar el lenguaje y las ideas le permite formar su propia visión del mundo, a menudo sorprendiendo a los que lo rodean; desarrolla su capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones y comienza a manejar conceptos como edad, tiempo, espacio. Sin embargo, aún no logra separar completamente lo real de lo irreal, y su lenguaje es básicamente egocéntrico.

Piaget (1896-1980), famoso por sus aportes al estudio de la infancia y por su teoría constructivista del desarrollo de la inteligencia y del desarrollo cognitivo, plantea que esta es la etapa del pensamiento preoperacional, es decir, la etapa en la cual se empiezan a utilizar los símbolos y el pensamiento se hace más flexible. La función simbólica se manifiesta a través del lenguaje, la imitación y el juego simbólico le cuesta aceptar el punto de vista de otra persona

En esta etapa, los niños comienzan a entender identidades, funciones y algunos aspectos de clases y relaciones, pero todo se ve limitado por el egocentrismo.

Las principales características del desarrollo cognitivo en esta etapa pueden reunirse en:

- Desarrollo de la función simbólica, es decir de la capacidad para representar mentalmente imágenes visuales, auditivas o cinestésicas que tienen alguna semejanza con el objeto representativo.
- Comprensión de identidades, comprensión de que ciertas cosas siguen siendo iguales, aunque cambien de forma, tamaño o apariencia, el desarrollo y convencimiento de esto no es definitivo, pero es progresivo.
- Comprensión de funciones, el niño comienza a establecer relaciones básicas entre dos hechos de manera general y vaga, no con absoluta precisión. Esto apunta a que su mundo ya es más predecible y ordenado, pero aún existen características que hacen que el pensamiento preoperacional esté desprovisto de lógica.

El niño demuestra que puede percibir características específicas como olor, forma y tamaño y comprende el concepto general de la categorización. La capacidad verbal juega aquí un rol muy importante para que el niño pueda calificar lo que percibe.

Los preescolares recuerdan, procesan información, en general se dice que su capacidad de reconocimiento es buena y su recuerdo es pobre, pero ambos mejoran entre los 2 y los 5 años.

Los niños “absorben” valores y actitudes de la cultura en la que los educan, van viviendo un proceso de identificación con otras personas; es un aprendizaje emocional y profundo que va más allá de la observación y la imitación de un modelo, generalmente con el padre del mismo sexo y se produce así en estos años, un proceso de tipificación sexual en el cual los niños van captando mensajes de la sociedad acerca de cómo se deben diferenciar niños y niñas.

Los niños son recompensados por comportamientos de estereotipos del género (masculino o femenino) al que pertenecen, que los padres creen apropiados, y son castigados por comportamientos inapropiados. Al mismo tiempo que el niño va aprendiendo a través de la obediencia y el castigo, aprende a evaluar de acuerdo a las consecuencias y va formando sus primeros criterios morales.

En síntesis, las características de la conducta del preescolar son:

- Físicamente activo
- Emocionalmente lábil, ambivalente
- Obstinado, negativo
- Curioso en lo sexual
- Con temores en aumento
- El lenguaje y la función simbólica están en desarrollo
- Aprenden los hábitos de autocuidado
- Consolida el sentido de autonomía
- Desarrolla la iniciativa

El cumplimiento de estas tareas permitirá que el niño pueda, posteriormente, adaptarse a toda situación escolar.

La etapa preescolar es un período durante el cual el pequeño cultiva su personalidad, autonomía y autoestima; es por esto que debemos contribuir de manera oportuna al desarrollo intelectual, físico, emocional y social de nuestros alumnos. Además de promover un aprendizaje de por vida y para la vida,

creando un ser integral con valores y competente que le ayude a enfrentarse a los constantes retos del mundo actual globalizado; pero principalmente feliz y seguro de sí mismo.

2.1.17 Atención en salud en establecimientos educativos (26)

Los niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo en la escuela. Es un lugar ideal para fomentar hábitos de salud. También para aprender, prepararse para el futuro y relacionarse con otros niños.

En la escuela también surgen problemas de salud. Se contagian enfermedades. Hay accidentes con el juego o el deporte. Algunos niños tienen problemas con sus sentimientos y emociones Existen situaciones de maltrato escolar. Hay alumnos con enfermedades, discapacidades crónicas y enfermedades raras. Hay alumnos complejos crónicos. En algunos colegios hay incluso niños con cuidados paliativos.

Modalidades educativas

a) Colegios ordinarios. Estos pueden ser:

- Colegios de Educación de Infantil y Primaria
- Institutos de Educación Secundaria
- Centro de Enseñanza Infantil, Primaria y Secundaria

b) Centros de Enseñanza Ordinaria con alumnos con necesidades educativas especiales. Incluyen niños con: dificultades específicas de aprendizaje, alteraciones motoras, trastornos del espectro autista, Síndrome de Down, enfermedades crónicas, etc.

c) Centros de Educación Especial: tienen alumnos con discapacidad psíquica, pluri deficiencias, enfermedades y trastornos de la conducta graves. Algunos con cuidados paliativos (crónicos complejos).

Lo ideal sería que cada establecimiento educativo contara con un médico y/o enfermera con presencia permanente. Ellos están plenamente capacitados para responder de forma rápida y eficaz en algunas urgencias. Es el caso de situaciones como algunas crisis epilépticas, asma alergias etc. Los niños con enfermedades crónicas, raras y discapacidades precisan atenciones sanitarias

durante la jornada escolar. Es lo más adecuado para la educación para la salud en todas las etapas educativas. A medio plazo, ahorra en costes sanitarios en otros niveles de atención sanitaria.

Cuando la escuela no está dotada de personal sanitario:

- Los niños con problemas crónicos van menos a clase. Están en desventaja respecto a otros niños.
- Los profesores no saben afrontar algunas situaciones. No se centran en su labor docente y no es su competencia profesional.
- Los padres tienen más problemas laborales. Algunos dejan su trabajo para atender las necesidades del hijo en la jornada escolar. Si el niño enferma, le deben recoger con urgencia.
- La escuela es un lugar ideal para la Educación para la Salud. Se intenta formar a los profesores para lograr hábitos saludables en la escuela. En la práctica esto aumenta la carga de trabajo de los profesores.

Lamentablemente, el sistema educativo boliviano no cuenta con personal de salud en unidades educativas, por lo que se hace necesaria la capacitación constante a los maestros, para que ellos puedan responder de manera oportuna y suficiente a la presencia de urgencias en los estudiantes durante los espacios de tiempo en los que ellos son responsables del cuidado de los niños y adolescentes.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

2.2.1 Educación en Bolivia (27)

La educación en Bolivia está regulada en la Ley 070 de Educación Avelino Siñani – Elizardo Pérez, de 20 de diciembre de 2010. Puede encontrarse íntegra en el siguiente enlace.

La Ley 070 reconoce la educación como un derecho fundamental. Así, en su artículo 1.1 establece que “Toda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación.”

La educación es obligatoria hasta el bachillerato, y gratuita en todos sus niveles hasta el superior.

El sistema educativo está compuesto por las instituciones educativas fiscales (públicas), instituciones educativas privadas y de convenio.

Las unidades educativas privadas, reconocidas en todos los niveles y modalidades, se rigen por las políticas, planes, programas y autoridades del sistema educativo estatal. El Estado garantiza su funcionamiento previa verificación de las condiciones y cumplimiento de los requisitos establecidos en reglamentación específica aprobada por el Ministerio de Educación.

Las unidades educativas de convenio son instituciones administradas por entidades religiosas, sin ánimo de lucro y cuyo acceso a las mismas es libre. Deben funcionar bajo la tuición de las autoridades públicas, y se rigen por las mismas normas, políticas, planes y programas del sistema educativo público. Su funcionamiento se regula mediante reglamentación específica del Ministerio de Educación.

El sistema educativo boliviano comprende tres subsistemas:

- Educación regular, que comprende:
 - Educación inicial en familia comunitaria: Constituye la base fundamental para la formación integral de la niña y el niño, se reconoce y fortalece a la familia y la comunidad como el primer espacio de socialización y aprendizaje. De cinco años de duración, comprende dos etapas:
 - Educación inicial no escolarizada: Es de responsabilidad compartida entre familia, comunidad y Estado, orientada a promover y fortalecer la identidad cultural del entorno, el apoyo a la familia en la prevención y promoción de la salud y la buena nutrición. De tres años de duración.
 - Educación inicial escolarizada: Desarrolla las capacidades y habilidades que favorezcan actitudes de autonomía, cooperación y toma de decisiones en el proceso de construcción del pensamiento. De dos años de duración.

- Educación primaria comunitaria vocacional. Comprende la formación básica, Brinda condiciones necesarias de permanencia de las y los estudiantes; desarrolla sus conocimientos, potencialidades y capacidades. De seis años de duración.
- Educación secundaria comunitaria productiva. Articula la educación humanística y la educación técnica-tecnológica con la producción, incorporando la formación histórica, cívica y comunitaria. Permite identificar las vocaciones para continuar estudios superiores o incorporarse a las actividades socio-productivas. Está orientada a la obtención del Diploma de Bachiller Técnico Humanístico. De seis años de duración.
- Educación alternativa y especial.
 - La educación alternativa comprende las siguientes áreas:
 - Educación de Personas Jóvenes y Adultas. Se trata de una educación sistemática de carácter técnico-humanístico, destinada a las personas mayores de quince años. Comprende dos niveles:
 - Educación Primaria, Alfabetización y Post-alfabetización.
 - Educación Secundaria.
 - Educación permanente: destinada a toda la población, ofrece procesos formativos no escolarizados que respondan a necesidades, expectativas e intereses de organizaciones, comunidades, familias y personas, en su formación socio comunitaria, productiva y política.
- La educación especial se realizará en centros integrales multisectoriales, a través de programas de valoración, detección, asesoramiento y atención directa, desde la atención temprana y a lo largo de toda la vida. Comprende tres áreas:
 - Educación para Personas con Discapacidad.
 - Educación para Personas con Dificultades en el Aprendizaje.
 - Educación para Personas con Talento Extraordinario.

- Educación superior de formación profesional. Comprende:
 - Formación de Maestras y Maestros.
 - Formación Técnica y Tecnológica, cuya estructura institucional comprende:
 - Institutos Técnicos e Institutos Tecnológicos: públicos, privados o de convenio, desarrollan programas de formación profesional a nivel técnico, con los siguientes niveles:
 - Capacitación.
 - Técnico medio post-bachillerato.
 - Técnico superior.
 - Escuelas Superiores Tecnológicas: de carácter fiscal, desarrollan programas complementarios de formación especializada a nivel licenciatura para profesionales del nivel técnico superior, para el desarrollo de la investigación aplicada, la ciencia y la tecnología en áreas prioritarias para el Estado. Desarrolla los niveles de Licenciado y Diplomado Técnico.
 - Formación Artística, cuya estructura institucional se compone de:
 - Centros de Capacitación Artística: Son instituciones de carácter fiscal, de convenio y privado que desarrollan programas de corta duración, dirigidos a la formación integral de las personas.
 - Institutos de Formación Artística: Son instituciones de carácter fiscal, de convenio y privado que desarrollan programas de formación artística a nivel técnico medio y superior.

En los dos primeros centros los niveles son los de capacitación, técnico medio y técnico superior.

- Escuelas Bolivianas Interculturales, de carácter público, que desarrollan programas especializados de formación profesional a nivel licenciatura en las diferentes expresiones artísticas. Nivel: licenciatura.

- Formación Universitaria.
 - Grados académicos: en pre grado: técnico superior y licenciado. En post grado: diplomado, especialista, maestro, doctor y post doctor.
 - Tipos de universidades:
 - Públicas autónomas.
 - Privadas, que se rigen por las políticas, planes, programas y autoridades del sistema educativo estatal.
 - Indígenas: de carácter público y articuladas a la territorialidad y organización de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. Su política institucional se define en las Juntas Comunitarias, compuestas por organizaciones indígenas nacionales y departamentales.
 - De régimen especial. Se trata de la Universidad Militar y la Universidad Policial.

2.2.2 Educación preescolar en Bolivia (28)

La Educación Inicial en Familia Comunitaria, es la base fundamental para la construcción del proyecto de vida de las niñas y los niños menores a 6 años de edad en la familia y comunidad, que los constituye como ciudadanos en ejercicio pleno de sus derechos y obligaciones, basadas en la protección y educación respetando y no vulnerando los mismos. Contribuye al desarrollo de valores, de la identidad cultural, de habilidades y capacidades: lingüísticas, psicomotrices, comunicativas, cognitivas, sociales, afectivas, emocionales, espirituales, artísticas, tecnológicas, productivas y científicas.

En este orden de ideas, la descolonización de las estructuras mentales permitirá la transformación de estas, en mentalidades creadoras, emprendedoras y productivas encontrando su base en la formación integral de niñas y niños que crecen en una cultura, en una comunidad y en una familia contribuyendo de este

modo en la formación de la persona que Bolivia como Estado Plurinacional requiere.

La Educación Inicial en Familia Comunitaria comprende dos etapas:

La primera etapa es no escolarizada, de responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y el Estado está orientada a recuperar, fortalecer y promover la identidad cultural de niñas y niños menores a cuatro años de edad, el apoyo a la familia en la prevención y promoción de la salud y la buena nutrición, así como a favorecer su desarrollo integral psicomotriz, socio-afectivo, espiritual y cognitivo, a través de actividades lúdicas relacionadas con actividades productivas, promoviendo espacios de formación integral en la familia, la comunidad y las instituciones con interacción afectiva, equidad y justicia social en convivencia con la naturaleza, cuyos objetivos son:

- Promover el desarrollo de capacidades sensorias motrices, cognitivas, afectivas y espirituales, en estrecho vínculo con su contexto familiar y comunitario a través de una adecuada orientación en la salud integral, procesos de socialización y transmisión cultural.
- Contribuir a la formación integral de espacios familiares, comunitarios e institucionales con equidad y justicia social donde se generen experiencias de interrelación y crianza afectiva, en el marco del ejercicio y respeto de los derechos y la convivencia armónica con la naturaleza.

La segunda etapa es escolarizada, para la atención educativa de niñas y niños de 4 y 5 años de edad, dando continuidad a los procesos educativos iniciados en la etapa no escolarizada fortaleciendo el desarrollo de las cuatro dimensiones de las niñas y los niños: Ser, Saber, Hacer y Decidir partiendo desde los campos de saberes y conocimientos de manera integral y holística, incorporando aprendizajes sistemáticos en el proceso de estructuración de un pensamiento cada vez más complejo y reflexivo, articulando las actividades de la escuela con las actividades de la vida familiar y comunitaria, en relación a la cosmovisión de las diferentes culturas, complementando con los avances de la ciencia y la tecnología. Contribuye también, a la transición efectiva al nivel de educación primaria comunitaria vocacional. En sus objetivos se establece:

- Proporcionar afecto, nutrición y salud integral a los/las niños/as en forma oportuna y equitativa, que le permitan expresar a plenitud sus potencialidades creativas y lúdicas, para un desarrollo íntegro y equitativo, fortaleciendo su vinculación familiar con la comunidad.
- Consolidar la identidad cultural y lingüística de la o el niño, promoviendo la intraculturalidad e interculturalidad.
- Estimular en la y el niño el desarrollo de capacidades y habilidades necesarias para una transición efectiva a la educación Primaria Comunitaria Vocacional.

La educación inicial en familia comunitaria no escolarizada es:

En familia, porque se constituye en el primer espacio socio – afectivo, de atención, cuidado, protección, socialización y convivencia interpersonal e intrapersonal en la que las niñas y los niños desarrollan sus primeras interacciones de aprendizajes para incorporarse a la vida comunitaria.

Comunitaria, porque el aprendizaje y la socialización se dan en la interacción entre los miembros de las familias y la comunidad en interrelación con la Madre Tierra y el Cosmos, incorporando las pautas de atención, cuidado y educación desarrolladas en las diferentes culturas.

Integral, porque promueve el desarrollo de las dimensiones; Ser, Saber, Hacer y Decidir en las niñas y los niños.

- El Ser, promueve el desarrollo y fortalecimiento de actitudes, sentimientos, valores e identidad en la participación directa de la niña y el niño en el quehacer cotidiano de la familia y comunidad.

- El Saber, promueve el fortalecimiento de los conocimientos previos y el desarrollo de nuevos conocimientos a partir de las actividades cotidianas y en interacción dialógica con las personas, la Madre Tierra y el Cosmos.

- El Hacer, promueve a través de las acciones, hábitos, habilidades, destrezas y capacidades con diversos objetos y juegos que son la base para el desarrollo de conocimientos, siendo indisociable y complementario con el saber.

- El Decidir, se va desarrollando paulatinamente en la niña y el niño a partir de las primeras manifestaciones de decisión guiadas por el deseo y la necesidad, hacia decisiones cada vez más analíticas, reflexivas y de impacto social a medida que va creciendo.

Holística porque fortalece la convivencia armónica y complementaria de la familia y la comunidad con la Madre Tierra, el Cosmos y la espiritualidad en el desarrollo integral holístico de la niña y el niño. Es también holística porque aborda los procesos formativos de manera intersectorial con participación de salud, educación y protección.

Desde que la niña y el niño crece en el vientre materno, tiene la capacidad de sentir y oír lo que la madre, el padre y la familia dice o hace, por eso cuando la madre experimenta niveles altos de estrés durante el embarazo, el impacto directo va hacia el nuevo ser, contrariamente si ella está tranquila y feliz transmite sentimientos positivos que le dan seguridad, pues las experiencias positivas o negativas quedan marcadas en la etapa de gestación.

A partir del nacimiento las niñas y los niños desarrollan experiencias de aprendizaje que parten de la realidad y práctica de la vida cotidiana de las familias y las comunidades, desarrollando integralmente la afectividad y espiritualidad, la identidad cultural, la salud y nutrición, y el desarrollo psicomotriz y cognitivo como componentes de los procesos formativos en los primeros años de vida.

2.2.3 Situación de la educación preescolar en el departamento de Santa Cruz-Bolivia

El municipio de Santa Cruz de la Sierra cuenta con gran parte de la población estudiantil a nivel nacional.

Es el municipio con mayor número de estudiantes del país, sin embargo y contrario a lo que se tendría que esperar, no tiene el mayor número de profesores, sino que se encuentra en segundo lugar luego de La Paz.

En la gestión 2019, 54 073 niños fueron matriculados en el nivel inicial. De estos, 39980, fueron matriculados en unidades educativas fiscales, mientras que 14993, fueron matriculados en unidades educativas particulares.

Es importante resaltar la predisposición de los padres para lograr la formación educativa de sus hijos desde el nivel inicial. Esta se ve reflejada en la tasa de inscripción oportuna en el nivel inicial, mismo que en 2019 fue de 90,8%. (29)

2.2.4 Unidad educativa Cambridge Santa Cruz de la Sierra (30)

La fundación de Cambridge College marcó un hito en la historia de la educación boliviana, estableciendo la idea de brindar una educación de primera clase que pudiera competir con los mejores, no solo en Bolivia sino en Sudamérica e incluso en el resto del mundo. Un colegio que brinda a estudiantes la oportunidad de estudiar en el extranjero en igualdad de condiciones con sus compañeros de cualquier rincón del mundo

Su Misión es ofrecer a los alumnos la mejor educación británica y boliviana en un ambiente multilingüe y multicultural, brindándoles todas las oportunidades para que puedan generar un currículo atractivo para las universidades del mundo.

Su **Visión** es que los alumnos se conviertan y sean personas completas, conscientes de sus responsabilidades con el mundo que les rodea y seguras de sí mismos y de su capacidad para tener éxito.

Fundado en el 2016, Cambridge Little Knights nace con el ideal de ofrecer más que una guardería, también provee a los niños comunicación real y actividades didácticas en inglés sistemáticamente y según sus etapas, para desarrollar el bilingüismo real a diferencia de los métodos de enseñanza del inglés como lengua extranjera.

Como especialistas en desarrollo infantil, son conocedores de la importancia de estimular a los niños en la primera infancia, es decir desde el nacimiento hasta los 3 años. Ésta es una etapa durante la cual los niños son muy vulnerables ya que al principio los niños dependen totalmente de los adultos para satisfacer todas sus necesidades. Nosotros trabajamos para que los niños puedan crear

dentro de sus capacidades la independencia y autonomía que requieren para cada etapa.

Logran que los niños vivan experiencias gratificantes, coherentes y agradables, para que crezcan y se desarrollen positivamente, con habilidades y buena autoestima. CLK apoya a los niños de 1 a 3 años de edad para convertirse en niños de preescolar sociables, autosuficientes y capaces, que generen interacción positiva con su entorno, desarrollen autocontrol y sobre todo el gusto por aprender.

Se cuenta con un currículo integral y apropiado para el desarrollo infantil, que incluye objetivos para el desarrollo y el aprendizaje de los niños, mediante los cuales se definen metas a ser alcanzadas por los niños de cada grupo etario y nivel de desarrollo. Su programa ofrece opciones y estimula la flexibilidad, apreciando los descubrimientos diarios que deleitan a un niño, mediante experiencias creadas, manteniendo la capacidad de adaptación, respondemos a los intereses y habilidades cambiantes de los niños.

2.2.5 Unidad educativa de Fe y Alegría Santa Cruz de la Sierra

La Unidad Educativa “Santa Cruz de la Sierra” Fe y Alegría, está ubicada en la populosa zona de la Villa Primero de Mayo, cuenta con tres niveles de enseñanza: Inicial, primario y secundario “Santa Cruz de la Sierra” Fe y Alegría, promueve y brinda una educación integral y participativa a niños y jóvenes.

La Unidad Educativa “Santa Cruz de la Sierra” Fe y Alegría fue creada el 04 de marzo de 1976, con el apoyo del Instituto Secular “Cruzada Evangélica” y la colaboración de los padres de familias, habitantes de la zona.

En su inicio quienes contribuyeron a este gran proyecto fueron: Juanita Benavente Herrero, integrante de la “Cruzada Evangélica” y el Sacerdote Rodolfo Hoehn, quienes trabajaron coordinadamente con la comunidad de vecinos para conseguir el terreno donde iniciaría sus actividades la Unidad Educativa.

Inicialmente la Escuela Rural contaba con 6 aulas, 10 maestros y 120 alumnos del nivel básico. Las condiciones de infraestructura no eran las adecuadas para

los alumnos, es por ello que los vecinos prestaron sus casas para aulas como una forma de contribuir a la educación.

El deseo de los niños y niñas por aprender fue creciendo, al igual que las ganas de enseñar, esto fue un incentivo más para que se continúe trabajando, es así que en el año 1977 se consiguió la ayuda de autoridades departamentales para la construcción de 4 aulas, ese mismo año se creó el nivel Prebásico e intermedio.

Tres años después en el año 1980 se crea el nivel secundario permitiendo a los estudiantes concluir sus estudios.

La Unidad Educativa “Santa Cruz de la Sierra” Fe y Alegría tiene como misión, brindar una educación integral y participativa a niños y jóvenes, fundamenta en valores que prioriza la ética, la solidaridad, la responsabilidad y el respeto, así también fortalece los valores cristianos, con el propósito de formar hombres y mujeres transformadores y constructores de una nueva sociedad.

Por eso hoy: “SANTA CRUZ DE LA SIERRA FE Y ALEGRIA, CON FE MUEVE MONTAÑAS Y CON ALEGRÍA CONSTRUYE UN MEJOR MAÑANA”

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO

Enfoque cuantitativo, se utilizarán técnicas estadísticas en el análisis de datos, siendo el investigador un elemento externo al objeto que se investiga. (31)

3.2 TIPO DE DISEÑO

Tipo descriptivo de corte transversal; descriptivo porque se busca obtener un panorama más claro de la magnitud del problema sin intervenir en el mismo. De corte transversal, debido a que la investigación se realizará en un periodo determinado de tiempo. (31)

3.3 VARIABLES DE ESTUDIO

3.3.1 Identificación y clasificación de variables

Variable dependiente

- Conocimientos actitudes y prácticas de los profesores

Variables independientes

- Conocimiento sobre traumatismos dentales
- Actitud ante los accidentes dentales
- Acciones a seguir frente al sangrado bucal
- Acciones a seguir frente a la fractura dental
- Acciones a seguir frente a la avulsión dental
- Medio de transporte de preferencia de la pieza avulsionada

3.3.2 Definición, operacionalización, categorización e instrumentalización

Objetivos Específicos	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Instru mento
Determinar el conocimiento de los maestros de preescolar sobre traumatismos dentales	Conocimien to sobre traumatism os	Información adquirida sobre accidentes con traumatismos dentales	Según Grado de conocimiento	Muy bueno (1) Bueno (2) Regular (3) Malo (4)	Cuestio nario
Determinar la actitud que asumen los maestros de preescolar ante los accidentes dentales	Actitud ante accidentes dentales	Manera de comportarse frente a un accidente con traumatismo dental	Según reacción inmediata	Muy Buena (1) Buena (2) Regular (3) Mala (4)	Cuestio nario
Determinar las practicas que siguen los maestros de preescolar frente al sangrado bucal	Prácticas frente a sangrado bucal	Destrezas adquiridas para responder a un sangrado bucal	Según utilización de medios físicos	Utiliza (1) No utiliza (2) No conoce (3)	Cuestio nario
Determinar las practicas que siguen los maestros	Practicas frente a la fractura dental	Destrezas adquiridas para responder a una fractura dental	Según capacidad de identificación	Inadecuada (1) Adecuada (2)	Cuestio nario

de preescolar frente a la fractura dental					
Determinar las practicas que siguen los maestros de preescolar frente a la avulsión dental luego del traumatismo	Practicas frente a la avulsión dental	Destrezas adquiridas para responder a una avulsión dental	Según la decisión respecto al diente	Reimplantación inmediata (1) Diente desechado (2) Diente conservado con derivación al odontólogo (3)	Cuestionario
Determinar el medio de transporte de la pieza avulsionada preferido por los profesores	Medio de transporte	Vehículo o forma utilizada para conservar el diente avulsionado hasta su reimplantación	Según tipo de medio de transporte	Agua (1) Saliva (2) Solución fisiológica (3) Leche (4) Hielo (5)	Cuestionario

3.4 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento a ser utilizado será un cuestionario con preguntas cerradas distribuidas en 3 bloques. Cada bloque corresponderá a un caso clínico. Un primer caso que reflejara los conocimientos, actitudes y prácticas frente a un accidente con sangrado bucal. Un segundo caso que reflejara conocimientos,

actitudes y prácticas frente a una fractura dental y un tercer caso sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a una avulsión dental como puede observarse en anexo N° 1.

Previo a la aplicación del instrumento, se realizará la validación del mismo con la participación de dos odontopediatras y dos maestros admitiendo los cambios y sugerencias que los mismos vean necesarias en instrumento adjunto en anexo N° 2.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 Población

La población estará compuesta por los maestros y auxiliares de educación inicial de los establecimientos Cambridge College y las unidades correspondientes a Fe y Alegría de la villa 1 de mayo del municipio de Santa Cruz de la Sierra, los mismos corresponden a un número de 24.

3.5.1.1 Criterios de inclusión

Todos los profesores del preescolar en el colegio Cambridge y Fe y Alegría de la Villa primero de mayo

3.5.1.2 Criterios de exclusión

Profesores que no están en contacto directo con los niños

3.5.2 Muestra

Se tomará en cuenta a la totalidad de la población, por lo que no corresponderá la determinación de una muestra

3.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La fuente de recolección de la información será primaria, debido a que los datos serán recogidos directamente de la población objeto del estudio.

La técnica que se utilizará será la encuesta, aplicada a través del cuestionario previamente descrito. La encuesta será aplicada en un tiempo a aproximado de media hora. Previamente se realizará un proceso de socialización del estudio para que la totalidad de la población a ser encuestada tenga conocimiento de la

misma. Cada encuestado, programara una cita de acuerdo a su disponibilidad de tiempo entre agosto y octubre de 2019.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez recogida la información se elaborará una base de datos en Excel y luego se construirá una tabla y gráficos según las variables utilizando los programas Epi info.

El análisis estadístico de las variables se realizará a partir del cuestionario elaborado en Epi info. La base de datos originada tras la introducción de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, permitirá el análisis de los resultados requeridos para el estudio.

3.8 DELIMITACIONES

a) Delimitación geográfica

La investigación se realizará en Santa Cruz de la Sierra en el colegio Cambridge y en el colegio Fe y Alegría de la villa primero de mayo

b) Sujetos y/u objetos

Sujetos maestros de preescolar

c) Delimitación temporal

De agosto del2019 a julio2020

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez elaborado el cuestionario para la investigación, se aplicó el mismo en las unidades educativas objeto del estudio. La aplicación del cuestionario se realizó en los primeros meses de 2020, específicamente desde la primera semana de febrero, misma en que se dio inicio al año escolar en Santa Cruz y se culminó la primera semana de marzo.

Para la aplicación del instrumento, de manera previa, se coordinó con las direcciones de las unidades educativas. Se socializó el tema de investigación con las autoridades y los profesores, así como la metodología de aplicación del cuestionario. Una vez autorizada la investigación en ambas unidades educativas, se procedió a la aplicación del instrumento en sí.

Se consideró un tiempo estimado de media hora por persona para que se pudiera responder el cuestionario de manera consciente y sin presión. La aplicación fue de manera individual con el objetivo de tener disponibilidad total para cada profesor en caso de que los mismos tuvieran alguna duda o dificultad con el llenado del instrumento.

El cuestionario elaborado tuvo un total de 10 preguntas de selección múltiple donde se debía responder con una sola opción. Las preguntas estuvieron distribuidas en dos casos clínicos presentados en los que se pudo determinar el conocimiento, la actitud y la práctica respecto de cada caso.

Dentro del cuestionario se tomaron en cuenta además el sexo del profesor encuestado, así como los años de experiencia profesional.

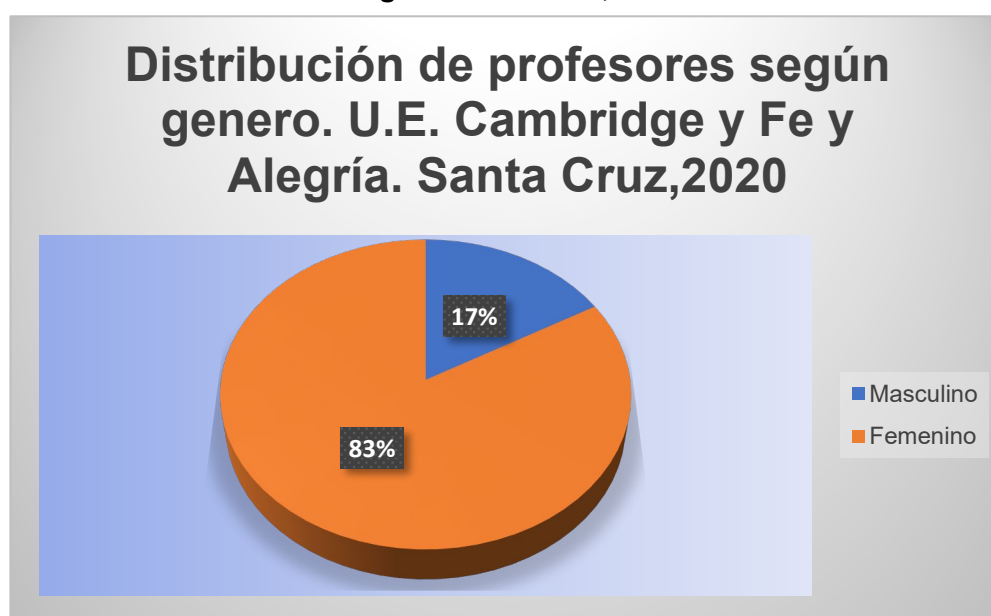
De manera que, una vez obtenida la información de la totalidad de la población del estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro 1: Distribución de profesores según género. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020

Genero	Número	Porcentaje
Masculino	4	16,7
Femenino	20	83,3
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 1: Distribución de profesores según género. U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020



Fuente: Elaboración Propia

Una de las características más conocidas respecto a la distribución según sexo se refleja en la tabla y cuadro número 1. El estudio muestra que el 83% de los profesores del nivel inicial de las unidades educativas que forman parte del presente estudio son de sexo femenino, frente a tan sólo un 17% de personal masculino.

Cuadro 2: Distribución de profesores según años de experiencia profesional.

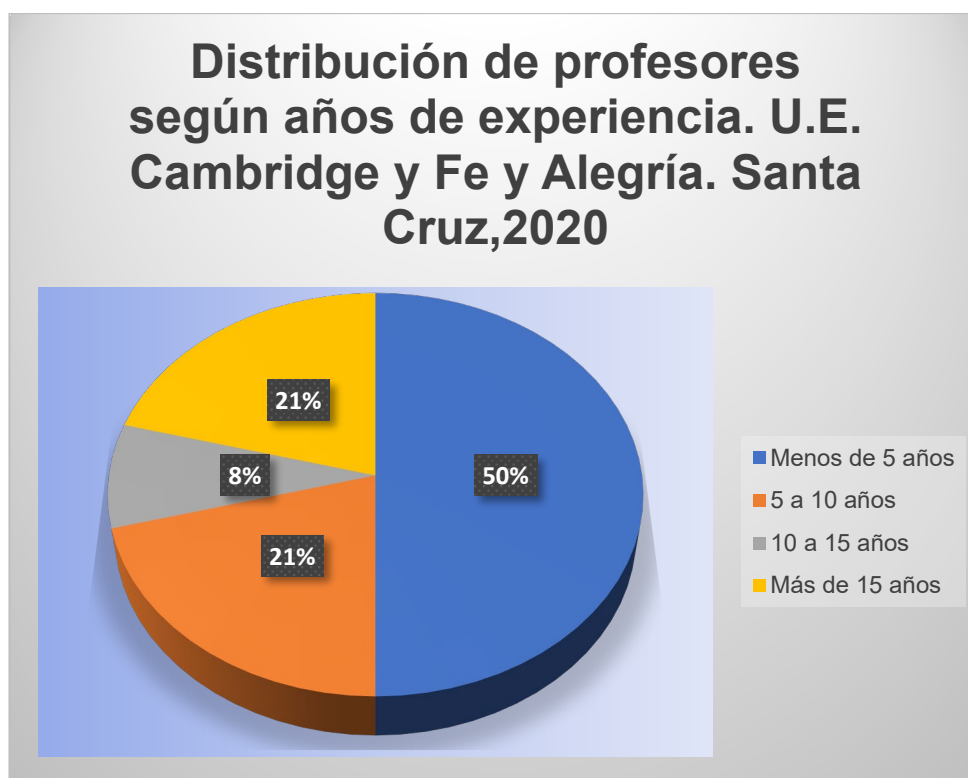
U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020

Años de Experiencia	Número	Porcentaje
Menos de 5 años	12	50
5 a 10 años	5	20,8
10 a 15 años	2	8,3
Más de 15 años	5	20,8
Total	24	99,9

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 2: Distribución de profesores según años de experiencia profesional.

U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020



Fuente: Elaboración Propia

En la tabla y gráfico número 2, se puede observar que, del total de profesores de nivel inicial encuestados, el 50% tiene una experiencia profesional menor a 5

años y un 71% del personal, tiene una experiencia menor a 10 años. Este dato es de utilidad a la hora de evaluar la respuesta ante determinadas situaciones que se presentan como parte de la actividad diaria de los docentes, sin embargo, este hecho puede ser favorable a la hora de implementar nuevas estrategias de capacitación.

Caso Número 1

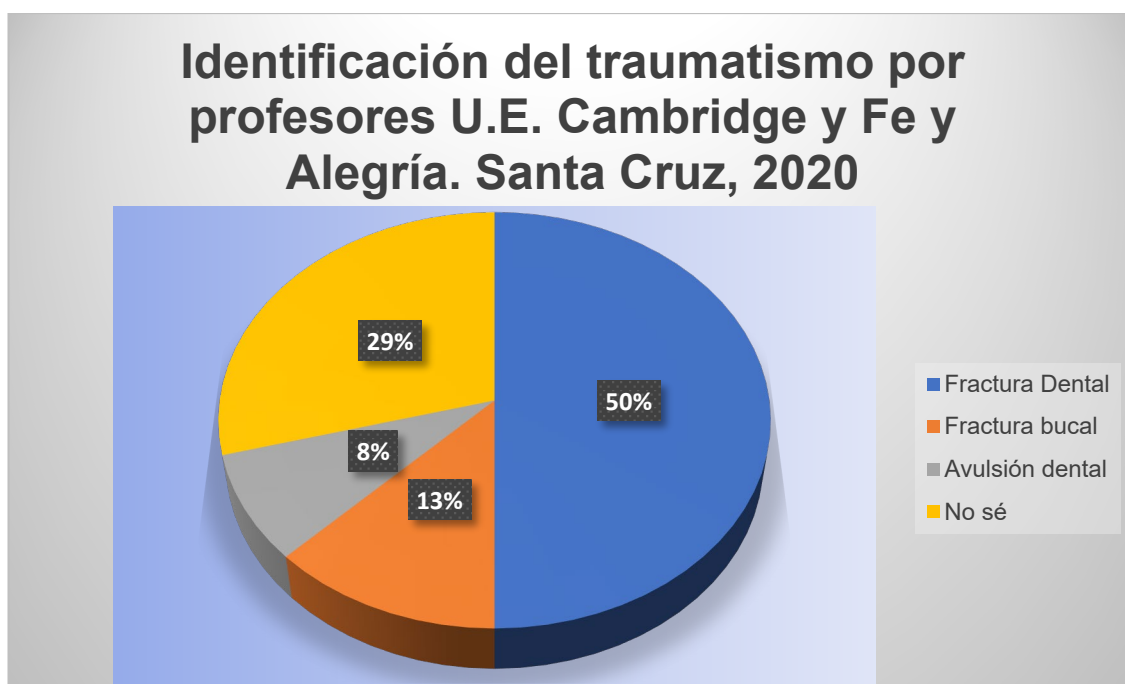
Durante la clase de deportes, un niño de 5 años de edad, fue golpeado en la cara con una pelota. Se rompieron 2 dientes superiores.

Cuadro 3: ¿Cuál de los siguientes traumatismos cree usted que está observando?

Traumatismos	Número	Porcentaje
Fractura Dental	12	50
Fractura bucal	3	12,5
Avulsión dental	2	8,3
No sé	7	29,2
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3: Identificación del traumatismo por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020



Fuente: Elaboración Propia

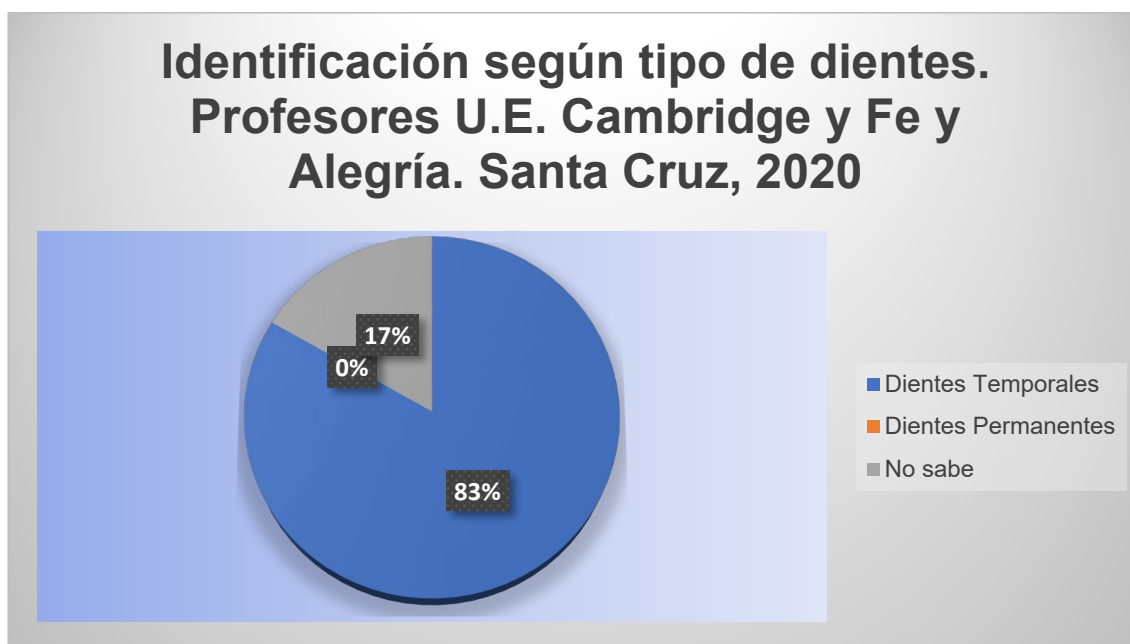
El gráfico y la tabla número 3 permiten observar el conocimiento de los profesores del nivel inicial, respecto a los traumatismos dentales a partir de la presentación de un pequeño estudio de caso. El 50% de los encuestados identificaron correctamente el caso como una fractura dental. Sin embargo, es preocupante el 29% de la población que desconoce por completo las características de un traumatismo dental.

Cuadro 4: ¿Esos dientes superiores que se han roto es probable que sean temporales (de leche) o permanentes (definitivos)?

Identificación según tipo de dientes	Número	Porcentaje
Dientes Temporales	20	83,3
Dientes Permanentes	0	0
No sabe	4	16,7
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4: Identificación según tipo de dientes. Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020



Fuente: Elaboración Propia

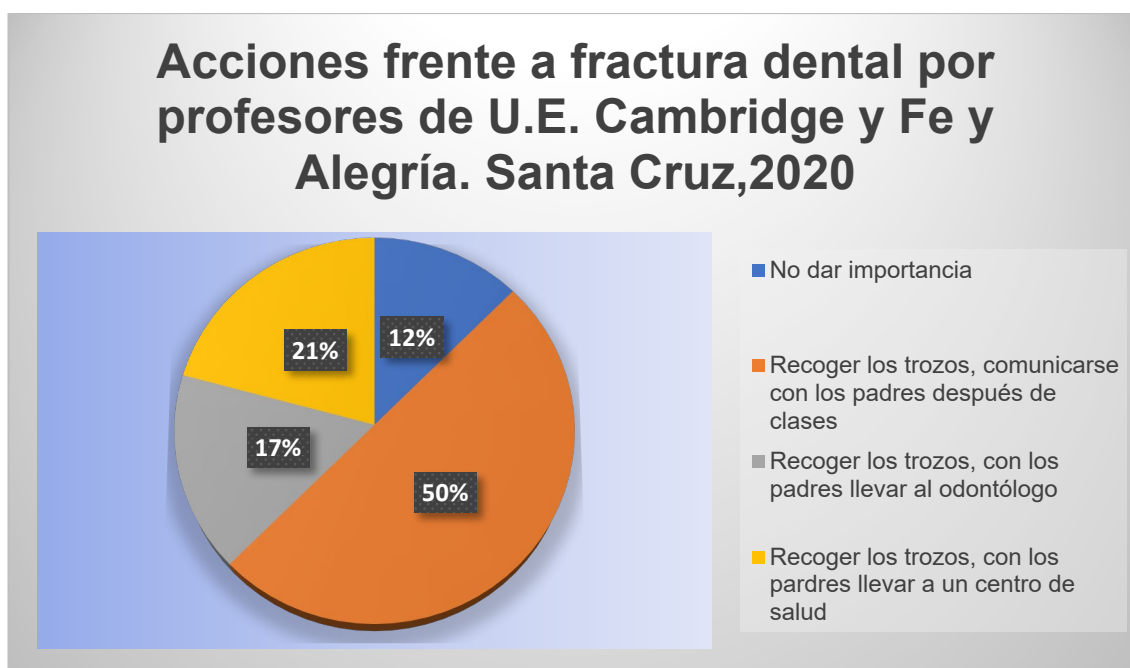
Respecto al conocimiento de los profesores del nivel inicial, la tabla y gráfico número 4 muestran que el 83 % de los encuestados identifican correctamente los dientes permanentes y temporales. Sin embargo, llama la atención el 17% del personal que no identifica la diferencia entre los mismos.

Cuadro 5: ¿Cuál de las siguientes medidas considera usted como la más apropiada?

Acciones frente a fractura Dental	Número	Porcentaje
No dar importancia	3	12,5
Recoger los trozos, comunicarse con los padres después de clases	12	50
Recoger los trozos, con los padres llevar al odontólogo	4	16,7
Recoger los trozos, con los padres llevar a un centro de salud	5	20,8
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5: Acciones frente a fractura dental por profesores de U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

En relación a las acciones que los profesores realizarían a partir de un accidente que produce una fractura dental en instalaciones de una unidad educativa, el 50% de los profesores consideran prudente informar a los padres de familia a la hora de recogerlos, previa recuperación inmediata de los restos de la fractura. Es importante mencionar que existe un 12 % de los profesores que consideran no dar importancia al traumatismo.

Caso número 2

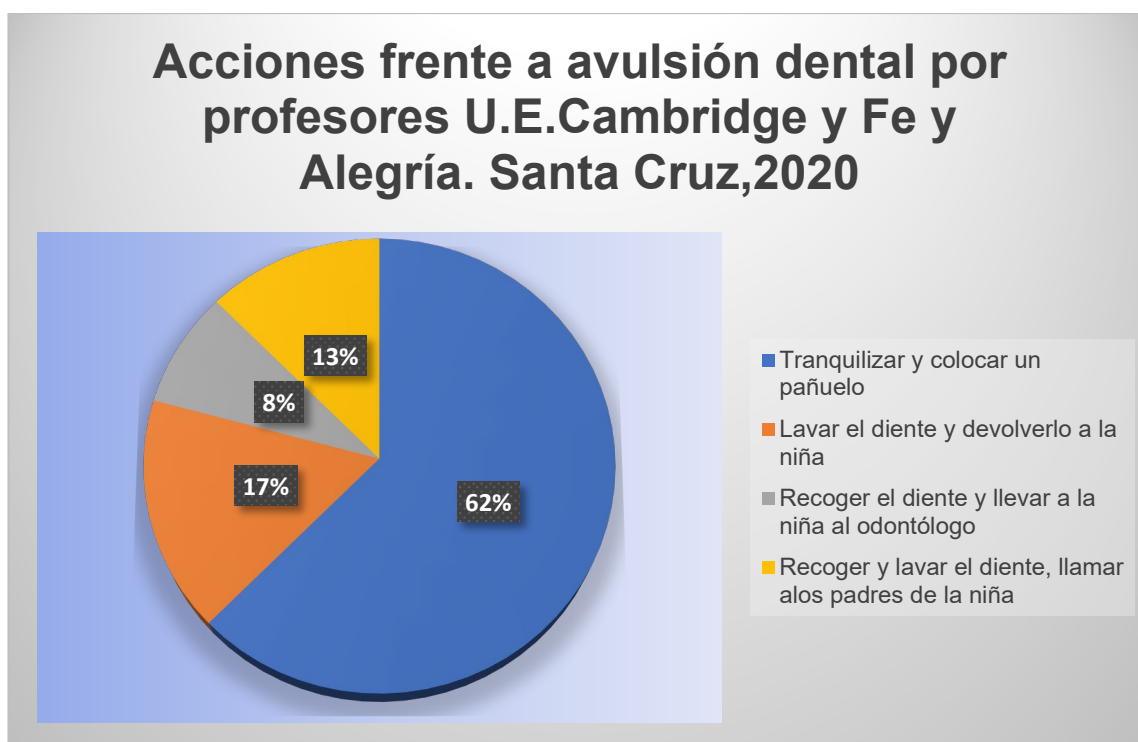
Durante el recreo, una niña de 5 años se cae por el tobogán y se golpea la boca. Su boca está sangrando y se aprecia que falta un diente superior, que se le ha salido completamente de la boca (avulsión dental).

Cuadro 6: ¿Qué es lo que haría?

Acciones frente a Avulsión	Número	Porcentaje
Tranquilizar y colocar un pañuelo	15	62,5
Lavar el diente y devolverlo a la niña	4	16,7
Recoger el diente y llevar a la niña al odontólogo	2	8,3
Recoger y lavar el diente, llamar a los padres de la niña	3	12,5
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6: Acciones frente a avulsión dental por profesores U.E.Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

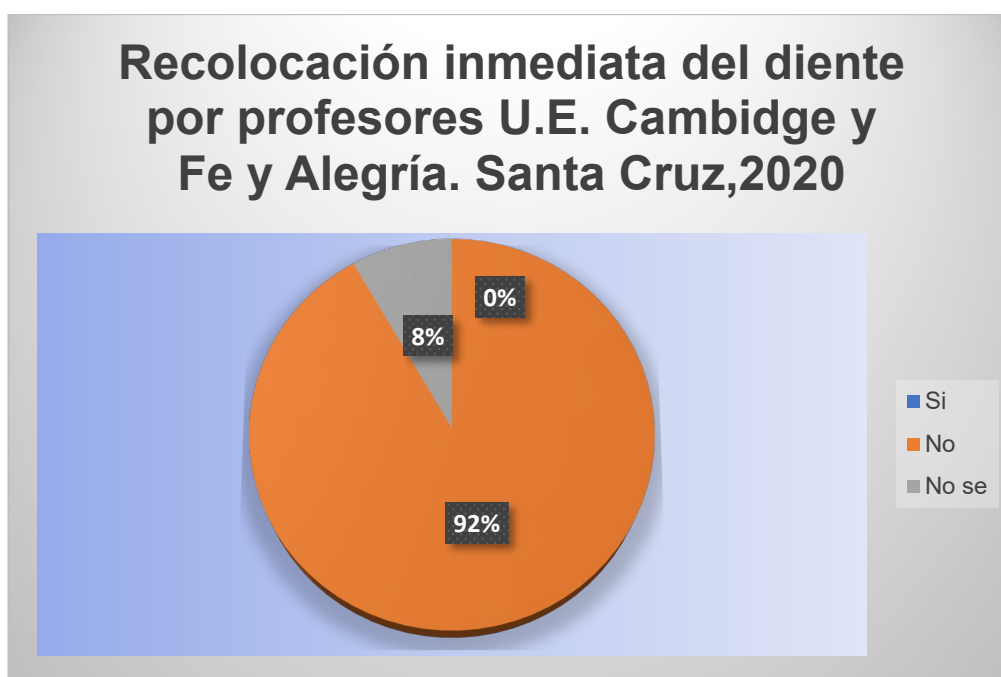
En relación a la actitud y práctica de los profesores del nivel inicial ante un traumatismo que tiene como consecuencia una avulsión dental, la tabla y gráfico número 6 muestra que el 62% de los profesores consideran necesario únicamente tranquilizar a la niña y colocar un pañuelo en la boca para evitar mayor sangrado, frente a sólo un 13% que considera necesario recoger y lavar el diente, así como informar inmediatamente a los padres.

Cuadro 7: ¿Recolocaría en su lugar un diente que debido a un golpe se ha salido completamente de la boca (avulsión dental) ?:

Recolocación inmediata del diente	Número	Porcentaje
Si	0	0
No	22	91,7
No se	2	8,3
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7: Recolocación inmediata del diente por profesores U.E. Cambidge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

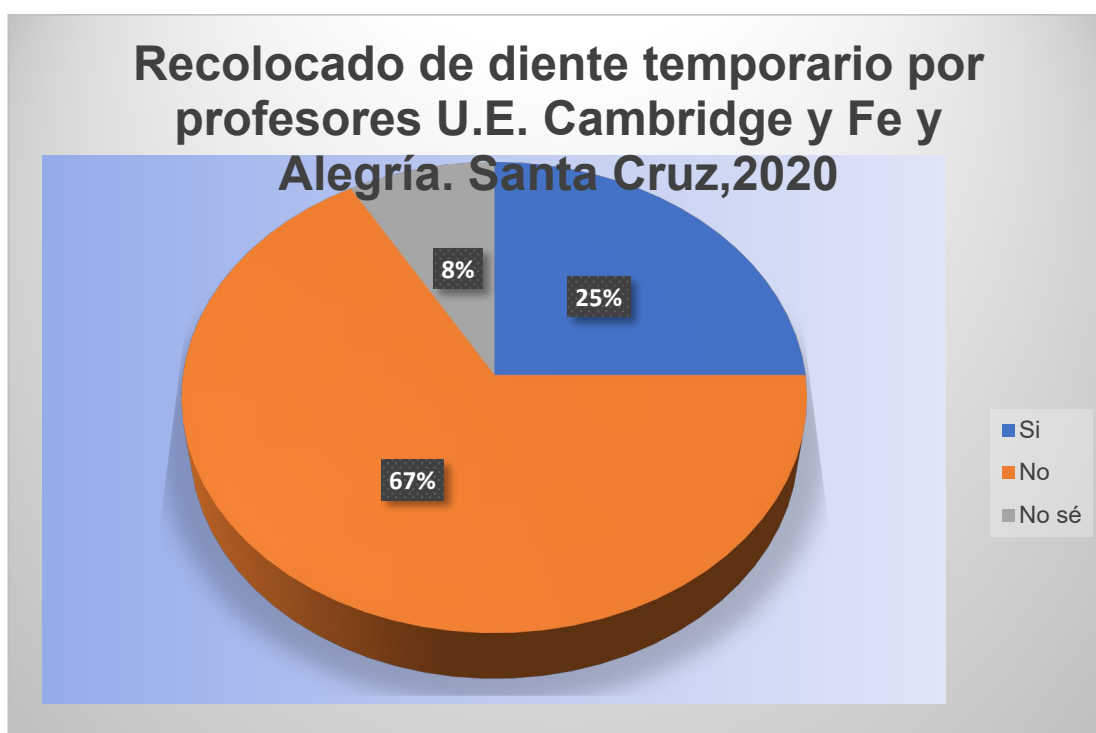
En relación al conocimiento de los profesores respecto a la recolocación inmediata de un diente avulsionado, el cuadro y el gráfico número 7 muestra que el 92% de los profesores del nivel inicial, considera que no es correcta una recolocación inmediata realizada por ellos mismos. Sin embargo, llama la atención un 8 % de los encuestados desconocen la acción correcta a realizarse a partir de la avulsión dental.

Cuadro 8: En el caso de que se trate de un diente de leche el que se ha salido de la boca debido a un golpe (avulsión dental), ¿cree que debería ser recolocado?:

Recolocado de diente temporario avulsionado	Número	Porcentaje
Si	6	25
No	16	66,7
No sé	2	8,3
Total		100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 8: Recolocado de diente temporario por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

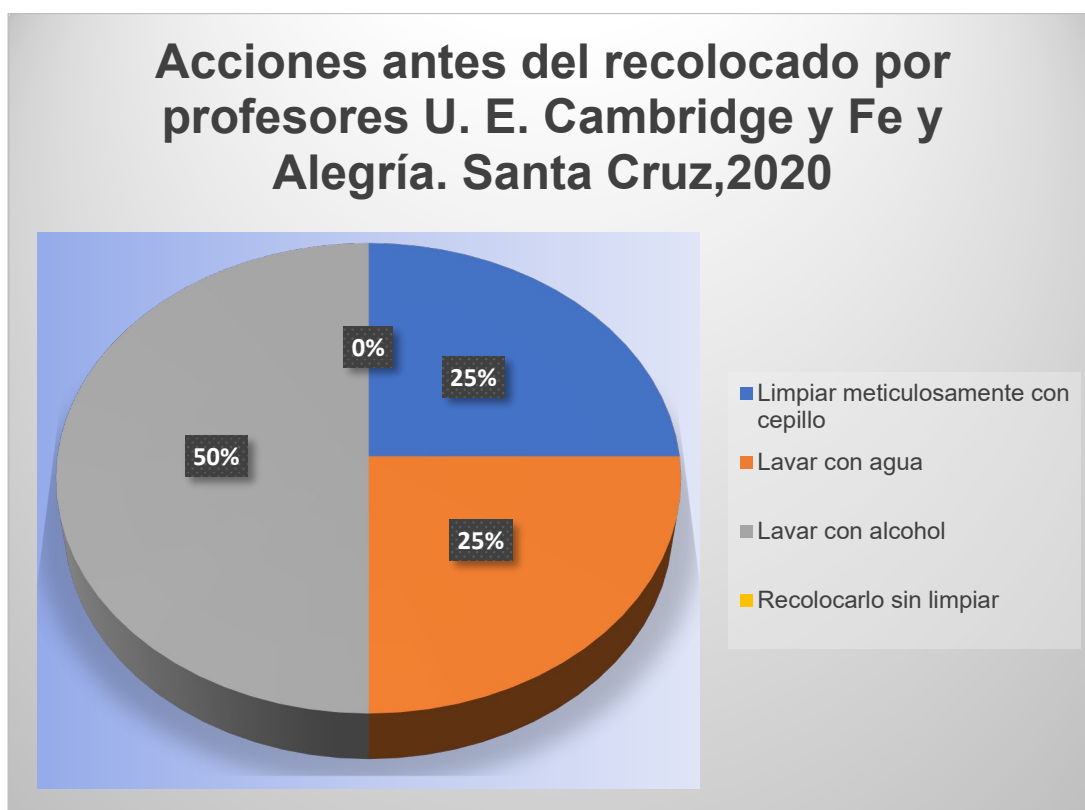
Al consultar respecto a la posibilidad de recolocar un diente reconocido como temporario, en el cuadro y el gráfico número 8 muestran que los profesores del nivel inicial consideran que no se debe recolocar el mismo en un 67%, frente a un 25% de profesores que considera que si debe ser recolocado pese a ser un diente temporario.

Cuadro 9: Suponiendo que decide conservar el diente que ha salido de su lugar en la boca. Antes de recolocarlo, ¿qué es lo que haría con él?

Acciones antes del recolocado	Número	Porcentaje
Limpiar meticulosamente con cepillo	6	25
Lavar con agua	6	25
Lavar con alcohol	12	50
Recolocarlo sin limpiar	0	0
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 9: Acciones antes del recolocado por profesores U. E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

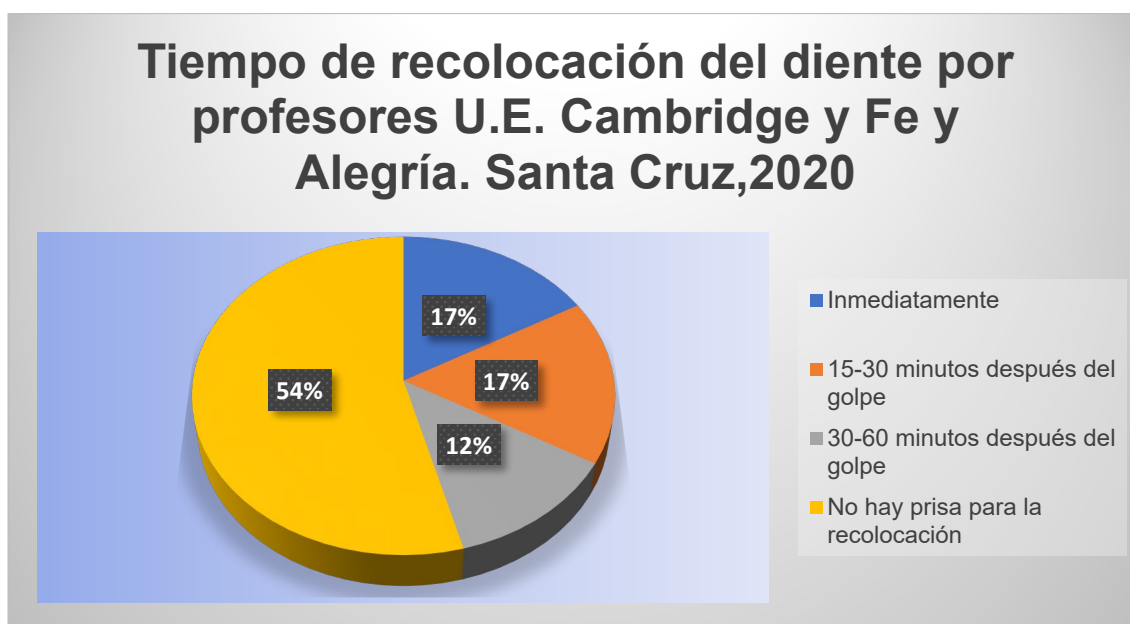
El cuadro y gráfico número 9 permiten analizar cuáles serían las acciones que los profesores realizarían en caso de tomarse la decisión de recolocar el diente. Así, el 50% de los profesores del nivel inicial encuestados, consideran como la mejor acción el lavado del diente en alcohol. Un 25% considera necesario simplemente el lavado con agua y otro 25% considera necesario limpiar meticulosamente con cepillo. Cabe resaltar que ningún profesor considera la posibilidad de recolocar el diente sin limpiar.

Cuadro 10: ¿Cuándo piensa que debe realizarse la recolocación del diente en su sitio original?:

Tiempo para recolocación del diente	Número	Porcentaje
Inmediatamente	4	16,7
15-30 minutos después del golpe	4	16,7
30-60 minutos después del golpe	3	12,5
No hay prisa para la recolocación	13	54,1
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 10: Tiempo de recolocación del diente por profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020



Fuente: Elaboración Propia

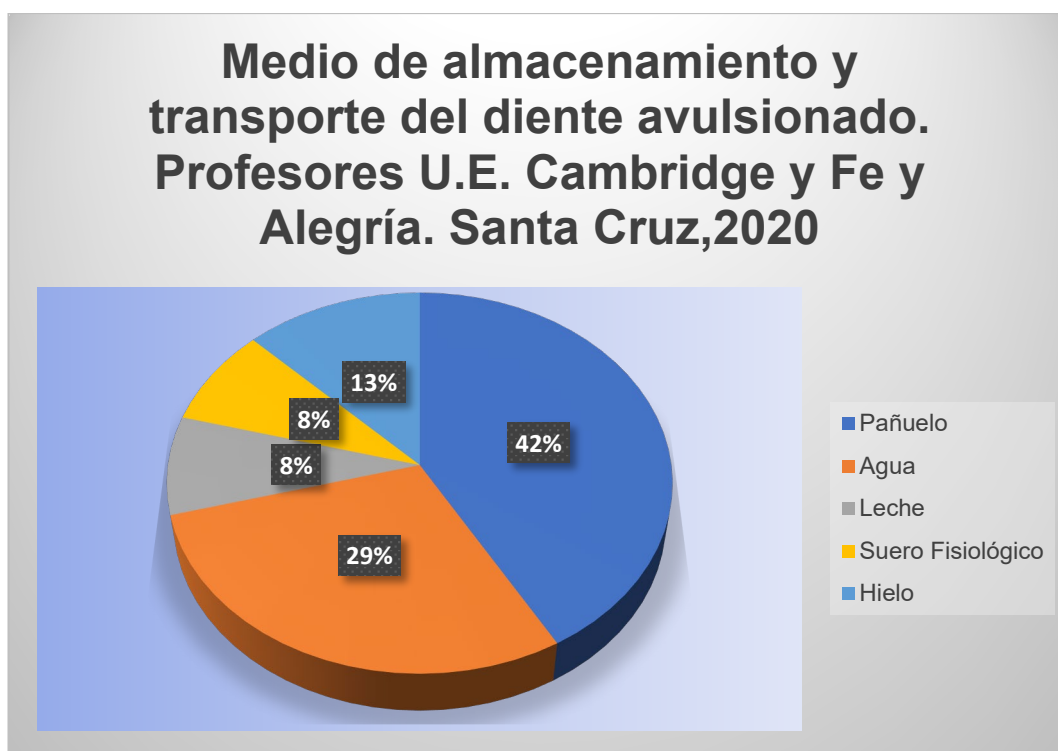
Dentro del instrumento también se tomó en cuenta el conocimiento acerca del tiempo prudente para la recolocación del diente avulsionado, por lo que el cuadro y gráfico número 10 muestran preocupantemente que el 54% de los profesores consideran que no hay prisa respecto a la recolocación del diente, elemento que debe ser tomado en cuenta para la toma de decisiones.

Cuadro 11: Suponiendo que no se recoloca el diente en su lugar original inmediatamente, ¿qué medio de almacenamiento o transporte emplearía para el traslado del diente al Odontólogo?

Medio de almacenamiento y transporte del diente	Número	Porcentaje
Saliva	10	41,7
Agua	7	29,2
Leche	2	8,3
Suero Fisiológico	2	8,3
Hielo	3	12,5
Total	24	100

Fuente: Elaboración Propia

**Gráfico 11: Medio de almacenamiento y transporte del diente avulsionado.
Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz,2020**



Fuente: Elaboración Propia

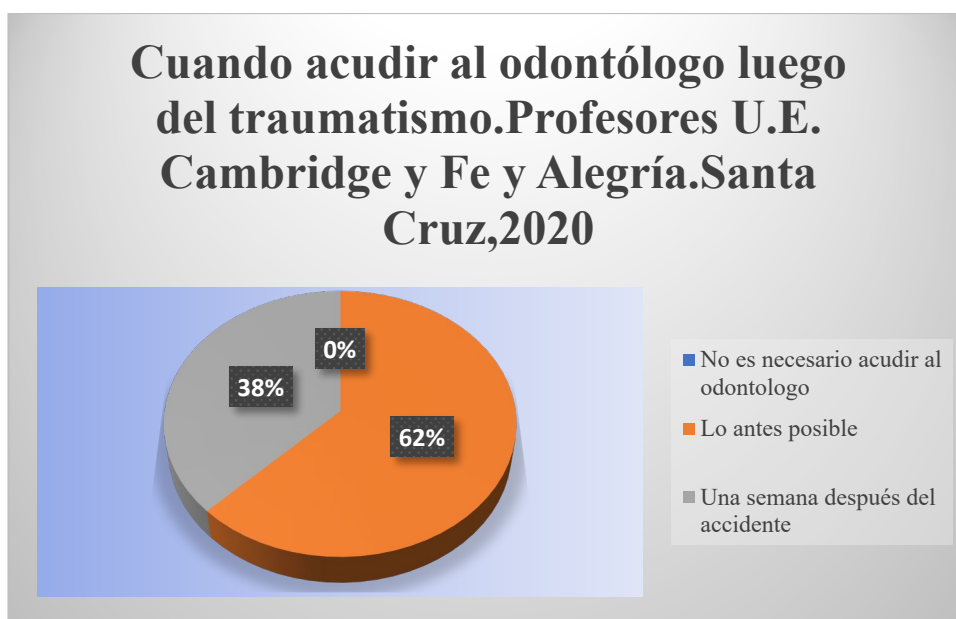
En relación al medio de transporte que utilizarían para transportar el diente avulsionado, el cuadro y gráfico número 11 muestran que el 42% de los profesores considera el transporte en un pañuelo simplemente. Por otro lado, sólo el 8 % considera como un medio de transporte priorizado la leche y otro 8% en solución fisiológica. También es importante resaltar que el 58% de los profesores sí consideran la necesidad de mantener la hidratación del diente avulsionado mientras se proceda a la recolocación.

Cuadro 12: En resumen, ante cualquier traumatismo dental, ¿cuándo aconsejaría acudir al Odontólogo más cercano?

Quando acudir al odontólogo	Número	Porcentaje
No es necesario acudir al odontólogo	0	0
Lo antes posible	15	62,5
Una semana después del accidente	9	37,5
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12: Cuando acudir al odontólogo luego del traumatismo. Profesores U.E. Cambridge y Fe y Alegría. Santa Cruz, 2020



Fuente: Elaboración Propia

Finalmente, en relación a la necesidad inmediata de que el niño que sufre un traumatismo dental acuda al odontólogo, el cuadro y gráfico número 12 permite observar que el 62% de los profesores de nivel inicial considera que es necesario acudir a la consulta odontológica lo antes posible, frente a un 0% que considera que no es necesaria la consulta odontológica.

4.2 DISCUSIÓN

Una vez descritas las respuestas al cuestionario aplicado a los profesores del nivel inicial de las unidades educativas Cambridge y Fe y Alegría de la Villa Primero de mayo, se mostraron los siguientes resultados.

El sexo predominante entre los profesores encuestados fue el femenino con un 83% en relación al 17 % de profesores de nivel inicial de sexo masculino. Este último dato refleja la inclusión de varones en la formación inicial, hecho que no era muy frecuente unos años atrás.

La experiencia profesional fue medida a través de los años de servicio que los profesores tenían. Así pudo observarse que el 50% de los encuestados refirieron

una experiencia profesional no mayor a cinco años, hecho que muestra una población bastante joven dentro de los formadores del nivel inicial.

El primer estudio de caso planteado estaba referido a una fractura dental, así, en la pregunta relacionada con el conocimiento de los profesores al respecto, se pudo evidenciar que el 75% de los profesores tienen un nivel de conocimiento muy bueno ya que identificaron claramente la fractura dental, un 12,5% tiene un conocimiento bueno porque indicaron que se trataba de una fractura bucal. Un 8,3% tienen un conocimiento regular ya que identificaron que se trataba de un traumatismo dental pero no una fractura. Finalmente, un 29,2% de los profesores tienen un conocimiento malo ya que no supieron responder la pregunta.

En relación al conocimiento de los profesores acerca de la diferenciación entre dentadura temporaria y permanente, un 83,3% de los profesores, identificaron claramente que, de acuerdo a la edad del niño referido en el caso, los dientes fracturados son temporarios, lo que muestra un grado de conocimiento muy bueno.

Para evaluar las actitudes y prácticas de los profesores frente a un caso de fractura dental por traumatismo, se realizó una pregunta basada en las acciones que tomarían a partir del accidente. Así, un 12,5% de los profesores manifiestan que no es necesario dar importancia al hecho, lo que muestra una mala actitud y por tanto falta de toma de decisiones prácticas para la resolución del problema. Existe también un 50% de profesores que actuaron y reaccionaron regularmente, ya que decidieron recoger los trozos de los dientes fracturados y comunicar el hecho a los padres a la hora de la salida. Sin embargo, un 16,7% de los profesores tienen actitudes y prácticas buenas y un 20,8% actitudes y prácticas muy buenas, ya que demuestran empatía y preocupación por el niño en la predisposición de conservar los trozos del diente y acompañar a los padres y al niño a la consulta odontológica.

Para la evaluación de las actitudes y prácticas frente a un caso de avulsión dental, se planteó un segundo caso. Respecto a las actitudes y prácticas se observa que, 62,5% de los profesores actúan inmediatamente sobre el sangrado bucal utilizando un medio físico para la contención del sangrado, en este caso,

con la utilización de la presión a través de un pañuelo. El resto de los encuestados, indica una actitud inmediata acerca del traumatismo en sí, por lo que un 16,7% considera lavar el diente y devolverlo a la niña, existe también un 12,5% que considera recoger el diente y comunicar a los padres.

Para la evaluación de la práctica frente a una avulsión dental, se preguntó acerca de la reimplantación inmediata del diente, en este caso, el 91,7% de los profesores consideran que no es posible la reimplantación inmediata del diente avulsionado.

Asimismo, se consideró la posibilidad de un cambio de percepción respecto a la reimplantación considerando el hecho específico de una avulsión en diente temporario, como es el caso, a lo que los profesores respondieron en un 66,7% que tampoco debe reimplantarse inmediatamente y un 25% consideraron la posibilidad de hacerlo.

Se tomó en cuenta las acciones a realizar en caso de conservar el diente en la que los profesores en un 50% manifestaron que lavarían el diente en alcohol, un 25% lo limpiaría meticulosamente con cepillo y un 25% lo lavarían simplemente con agua.

Debido a que la mayoría de los profesores no considera prudente una recolocación inmediata, se preguntó acerca del tiempo considerado prudente para realizar la recolocación del diente, así, un 54,1% consideró que no existe apuro para la recolocación, un 16,7% considera que debería realizarse de 15 a 30 minutos después de la avulsión y un 12,5% consideran como tiempo prudente de 30 a 60 minutos después de la avulsión.

Acerca de la determinación del medio de transporte que elegirían para el diente avulsionado, el 41,7% de los profesores consideran como medio de conservación y transporte la saliva, el 29,2% eligieron el agua, el 12,5% consideran el hielo como medio de transporte de elección y un 8,3% consideran tanto la leche como la solución fisiológica para el transporte del diente avulsionado.

Finalmente, respecto a la importancia de la derivación del paciente a una consulta odontológica, el 62,5% de los profesores consideran que debe realizarse a la brevedad posible. Y un 37,5% consideran que la derivación se

puede realizar hasta una semana después del accidente. Cabe recalcar que ningún profesor consideró la posibilidad de no derivar al niño a un odontólogo.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se ha determinado que el conocimiento de los maestros de preescolar sobre traumatismos dentales es muy bueno, un 75% de ellos respondieron adecuadamente a la identificación de los traumatismos.
- Se ha determinado que la actitud que los maestros de preescolar asumen ante los accidentes dentales es en su mayoría regular. Un 50% de los profesores tomaron una actitud identificada como regular.
- Se ha determinado que las prácticas que los profesores del nivel preescolar tienen frente al sangrado bucal es adecuada en un 65%. Este porcentaje de profesores utilizarían un medio físico para el inmediato control del sangrado.
- Se ha determinado las prácticas que siguen los profesores frente a una fractura dental son adecuadas en un 37,5.
- Se ha determinado las prácticas de los profesores del nivel preescolar frente a una avulsión dental son adecuadas, la totalidad de los profesores considera la conservación del diente avulsionado.
- Se ha determinado el medio de transporte de elección para la pieza avulsionada, el 41,7% prefiere la saliva y el 29,2% prefiere el agua como medio de transporte.

5.2 RECOMENDACIONES

Una vez concluido el estudio, se recomienda profundizar el estudio en otras unidades educativas, de manera que, en un futuro, a través de la identificación de las debilidades en el conocimiento de los educadores respecto al tratamiento de urgencias odontológicas, puedan tomarse acciones al respecto en la totalidad de los establecimientos educativos.

La posibilidad de contar con una red de servicios odontológicos que están directamente relacionados con el sistema educativo permitirá reducir el tiempo

transcurrido antes de la intervención especializada, hecho que permitirá a su vez reducir los posibles daños.

Es importante plantear la posibilidad de una aplicación inmediata de un programa de capacitación en urgencia odontológicas para los educadores y responsables del cuidado de los niños dentro del sistema educativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Granja P BGFNF. COEM.org.es. [Online].; 2018. Acceso 22 de 01 de 2021. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num2/gradoDeconociamiento.pdf>.
2. Parra E S, Cuenca C L, Bauza B X, Aguilera O F. correo científico medico. [Online].; 2017. Acceso 25 de 01 de 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300018.
3. Berti M, Furlanetto C D, Refosco Z M. Revista uepb.edu.br. [Online].; 2011. Acceso 25 de 01 de 2021. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/899/708>.
4. Rivera S R. cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2011. Acceso 25 de 01 de 2021. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2875?show=full>.
5. Mancilla E GP. Repositorio digital Academico UASB. [Online].; 2017. Acceso 25 de 01 de 2021. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/795>.
6. Boj Q JRDC, Espasa S E, Hernandez J M, Cortes L O. La Evaluacion con Pruebas de Seleccion Multiple en Odontopediatria. Primera ed. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona; 2020.
7. Boj JR, Catala M, Garcia-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatria. Segunda ed. Barcelona-Espana: Masson; 2005.
8. Moscardini Vilela M,DHS,DRM,NFP,&DRA. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. Revista de Odontopediatria Latinoamericana. 2017; 7(2).

9. Ramos M K, Alfaro Z L, Tirado A L, Gonzales M F. Habilidades sociales y conducta en niños durante la consulta odontológica , en un centro docente-asisencial, Cartagena(Colombia). Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2015; 27(1): p. 86-107.
10. Medina P. Adaptación del niño a la Consulta Odontológica. Acta Oontológica Venezolana. 1998; 36(2).
11. Falgas F. Tramatismos dentales. Pediatría Integral. 2019; XXIII(7): p. 322-329.
12. Giral T. Lesiones traumáticas en dentición primaria. Perinatología y Reproducción Humana. 2009; 23(2): p. 108-115.
13. Miranda Q, Guinot J, Martínez S, Bellet D. Traumatismos dentales en odontopediatría. Odontología Pediátrica. 2006; 14(2): p. 43-51.
14. García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales, una revisión. RCOE. 2003; Número 8(2).
15. al Ke. Examining for child abuse and child neglect. Pediatric Dentistry. 1986; 8: p. 80-82.
16. De la Teja E A, L VG, F RR, LA DG. Avulsión Dental. Acta Pediátrica de México. 2016; 37(2).
17. Acosta A. PREVALENCIA DE TRAUMATISMOS DENTALES EN PACIENTES DE DOS A DIEZ AÑOS QUE ACUDIERON AL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA U.A.N.L. DEL 2005 AL 2007. Tesis de Maestría.
18. al Ae. Traumatic dental injuries, a manual. Segunda ed. U.K.: Ed. Munksgaard; 2003.

19. Tzigkounakis V MVHJ. Retrospective clinical study of 90 avulsed permanent teeth in 58 children. *Dental Traumatology*. 2008;(24): p. 508-602.
20. Cuartas-Gomez E, Palacio-Duque A, Rios-Osorio L, Cardona-Arias J, Salas-Zapata W. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre sostenibilidad en estudiantes de una universidad pública colombiana. *Revista U.D.C.A. Actualidad & divulgación científica*. 2019; 22(2).
21. Aparicio M Y, Urdaneta L L, Marie G. La educación preescolar. Sus significados sociales desde la madre. *Interacción y perspectiva revista de trabajo social*. 2013; 3(2): p. 198-208.
22. Bolivia MdEEPd. minedu.gob.bo. [Online]; 2021. Acceso 23 de 01 de 2021. Disponible en: https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=1028&Itemid=893.
23. Gil G ME, Sanchez G O. Educación inicial o preescolar. El niño y la niña menor de tres años. Algunas orientaciones a los docentes. *Diario Frontera*. : p. 5.
24. educaweb.com. [Online]; 2020. Acceso 25 de 01 de 2021. Disponible en: <https://www.educaweb.com/profesion/maestro-educacion-infantil-615/#:~:text=Para%20ser%20maestro%20de%20educaci%C3%B3n,e%20inspirar%20a%20los%20ni%C3%B1os.&text=Poseer%20capacidades%20creativas%20y%20pr%C3%A1cticas,ni%C3%B1os%20y%20estimulen%20su%20aprendi>.
25. Instituto Simón Bolívar Pocatépel. isb.edu.mx. [Online].; 2015. Acceso 01 de 02 de 2021. Disponible en: <https://www.isb.edu.mx/desarrollo-en-etapa-preescolar/#:~:text=La%20etapa%20preescolar%20se%20inicia,inicio%20de%20la%20socializaci%C3%B3n>.

26. Asociación española de pediatría en atención primaria. familiaysalud.es. [Online]; 2020. Acceso 01 de 02 de 2021. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/temas-sociales/noticia-social/salud-escolar-enfermeria-en-centros-educativos>.
27. Bolivia EdEe. exteriores.gob.es. [Online]; 2020. Acceso 22 de 01 de 2021. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/Embajadas/LAPAZ/es/VivirEn/educacionysalud/Paginas/Educaci%C3%B3n;-Colegio-y-Universidades.aspx>.
28. Ministerio de Educación Estado Plurinacional de Bolivia. Lineamientos y Orientaciones Metodológicas Educación Inicial en Familia Comunitaria no Escolarizada La Paz-Bolivia: UNESCO; 2014.
29. SEIE Ministerio de Educación Estado Plurinacional de Bolivia. seie.minedu.gob.bo. [Online]; 2021. Acceso 01 de 02 de 2021. Disponible en: <http://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal/>.
30. Cambridge College. cambridgebolivia. [Online]; 2021. Acceso 01 de 02 de 2021. Disponible en: <https://www.cambridgebolivia.co.uk/>.
31. Ramírez M I. Apuntes de Metodología de la Investigación Aplicada: Un enfoque crítico. Segunda ed. U.M.R.P.S.F.X.CH. Ce, editor. Sucre-Bolivia: Tupac Katari; 2010.

ANEXOS

Anexo 1: CUESTIONARIO

El presente cuestionario es de uso específico de un estudio de investigación. Si usted está de acuerdo con su aplicación, por favor conteste las siguientes preguntas.

SEXO M F

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

UNIDAD EDUCATIVA

Por favor, marque con un círculo la respuesta que usted considere correcta

Durante la clase de deportes, un niño de 5 años de edad, fue golpeado en la cara con una pelota. Se rompieron 2 dientes superiores.

1) ¿Cuál de los siguientes traumatismos cree usted que está observando?

- a. Fractura dental
- b. Fractura de la cara
- c. Avulsión dental

2) ¿Esos dientes superiores que se han roto es probable que sean temporales (de leche) o permanentes (definitivos)?:

- a. Dientes temporales (de leche).
- b. Dientes permanentes (definitivos).
- c. No lo sé.

3) ¿Cuál de las siguientes medidas **consideraría** usted como la más apropiada?:

- a. No darle importancia, que se enjuague con agua solamente.

- b. Recoger los trozos de los dientes rotos, y después de las clases, ponerse en contacto con sus padres para explicarles lo que ha pasado.
- c. Recoger los trozos de los dientes rotos y con sus padres enviar rápidamente al niño al Odontólogo más próximo.
- d. Recoger los trozos de los dientes rotos y con sus padres enviar rápidamente al niño a un centro hospitalario próximo de urgencia.

Durante el recreo, una niña de 5 años se cae por el tobogán y se golpea la boca. Su boca está sangrando y se aprecia que falta un diente superior, que se le ha salido completamente de la boca (avulsión dental).

4) ¿Qué es lo que haría?:

- a. Tranquilizaría a la niña y le colocaría un pañuelo para que lo muerda y se detenga el sangrado.
- b. Lavaría el diente y se lo daría a la niña para que se lo llevara a casa.
- c. Recogería el diente y llevaría a la niña al Odontólogo.
- d. Recogería el diente, lo lavaría y me comunicaría con los padres.

5) ¿Recolocaría inmediatamente en su lugar un diente que debido a un golpe se ha salido completamente de la boca (avulsión dental) ?:

- a. Sí
- b. No

6) En el caso de que se trate de un diente de leche el que se ha salido de la boca debido a un golpe (avulsión dental), ¿cree que debería ser recolocado?:

- a. Si
- b. No

c. No lo sé

7) Supongamos que decide recolocar el diente que ha salido de su lugar en la boca en su sitio original. Antes de recolocarlo, ¿qué es lo que haría con él?:

a. Lo limpiaría meticulosamente con un cepillo.

b. Lo lavaría con agua.

c. Lo lavaría con alcohol.

d. No haría falta limpiarlo, lo recolocaría si hacer nada más.

8) ¿Cuándo piensa que debe realizarse la recolocación del diente en su sitio original?:

a. Inmediatamente.

b. A los 15-30 minutos después del golpe.

c. A los 30-60 minutos después del golpe.

d. No hay prisa para recolocar.

9) Suponiendo que no se recoloca el diente en su lugar original inmediatamente, ¿qué medio de almacenamiento o transporte emplearía para el traslado del diente al Odontólogo?:

a. Saliva.

b. Agua

c. Leche.

d. Suero fisiológico.

e. Hielo.

10) En resumen, ante cualquier traumatismo dental, ¿cuándo aconsejaría acudir al Odontólogo más cercano?:

- a. No es necesario acudir al odontólogo.
- b. Lo antes posible.
- c. En la primera semana después del accidente.

MUCHAS GRACIAS

Anexo 2: INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

Objetivo del presente instrumento: Validación por el experto atendiendo a la congruencia ítem-operacionalización, redacción y comprensión de la pregunta

Instrucción para el uso del presente instrumento: Marque la casilla de acuerdo al ítem correspondiente:

Respuesta Si

Respuesta No

Observaciones de ser necesarias

PREGUNTA	COHERENCIA		REDACCION		COMPRESION		OBSERVACIONES
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

MUCHAS GRACIAS