



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**” CONOCIMIENTO DE PROFESORES, PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES
SOBRE SALUD ORAL. SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

Autora: María Viviana Mejía Mejía

Tutor: Dra. María Mercedes Calderón

Riobamba –Ecuador

2021

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación” CONOCIMIENTO DE PROFESORES, PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES SOBRE SALUD ORAL. SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021”, presentado por la Srta. María Viviana Mejía Mejía y dirigido por el Dra. María Mercedes Calderón Paz, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

A los 17 del mes de Enero del 2021

Para constancia de lo expuesto firman:

Dra. María Mercedes Calderón Paz



TUTOR

Dra. Dolores Aracelis Cedeño Zambrano



MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Blanca Cecilia Badillo Conde

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



CERTIFICADO DEL TUTOR

Yo, Dra. María Mercedes Calderón Paz, tutor del proyecto de investigación de título” CONOCIMIENTO DE PROFESORES, PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES SOBRE SALUD ORAL. SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021” realizado por la Srta. María Viviana Mejía Mejía con C.I.1804923363 certifico que este trabajo ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto, al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Unidad de Titulación Especial de la Universidad Nacional de Chimborazo, y para que conste los efectos oportunos autorizo su presentación, sustentación y defensa del resultado investigativo ante el tribunal designado, a petición de la interesada el 24 de noviembre del 2021, en la ciudad de Riobamba en el año 2021.

MARIA
MERCEDES
CALDERO
N PAZ

Firmado digitalmente por MARIA
MERCEDES CALDERON PAZ
Nombre de reconocimiento (DN):
c=EC, serialNumber=0602724817,
sn=CALDERON PAZ, cn=MARIA
MERCEDES CALDERON PAZ,
1.3.6.1.4.1.37442.10.4-060272481
7, ou=Certificado de Clase 2 de
Persona Fisica EC (FIRMA),
givenName=MARIA MERCEDES,
email=maramercedes45@gmail.
com, st=CHIMBORAZO, l=PENIPE
Fecha: 2021.11.25 22:13:12 -0500

Dra. María Mercedes Calderón Paz

DOCENTE TUTOR

AUTORÍA

Yo, María Viviana Mejía Mejía, portadora de la cedula de ciudadanía número 1804923363, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresamente a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de esta. De igual manera, autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



María Viviana Mejía Mejía

C.I.1804923363

ESTUDIANTE UNACH

AGRADECIMIENTO

A Dios porque me ha permitido llegar hasta este momento lleno de bendiciones, el con su amor y apoyo ha sabido guiarme y protegerme a lo largo de mi vida. Mi eterna gratitud a la Universidad Nacional de Chimborazo y a todos los docentes quienes la conforman, por haberme abierto sus puertas e instruirme con excelencia y disposición permitiéndome alcanzar mi sueño.

De igual manera, agradezco a mi tutora de Tesis, la Dra. María Mercedes Calderón que, gracias a su profesionalismo, consejos, conocimientos impartidos, apoyo y paciencia supo motivarme y de esta manera culminar con éxito mi carrera.

Asimismo, agradezco infinitamente a mi familia, a mis padres, hermanos y mi querida sobrina Sofía Orozco quienes con sus esfuerzo, sacrificio y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera Universitaria, por siempre brindarme el apoyo suficiente para no decaer en los momentos más difíciles.

A mis amigos y seres queridos especialmente a Guido que gracias a su apoyo moral incondicional me motivaron a permanecer firme en mi camino, a todos a quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

María Viviana Mejía Mejía

DEDICATORIA

La culminación de este proceso académico se lo dedico a Dios por bendecirme y guiarme siempre, permitiéndome realizar este sueño tan anhelado, a mi madre Emilia Flores y mi padre Héctor Mejía símbolos benditos de amor verdadero, mi profunda e inmensa gratitud por su infinito amor, apoyo incondicional y sacrificio, por ser mi motor y mis ganas de seguir adelante, a quienes quiero llenar de orgullo día a día. A mi hermana Gloria Mejía que ha sido como mi segunda madre siempre apoyándome incondicionalmente, por creer en mí, por su amor y cariño absoluto sin importar la distancia siempre estuvo a mi lado apoyándome en los momentos más difíciles.

Asimismo, a mis hermanos Xavier, Vinicio, Magali, Rolando, Araceli, Marcelo, y mis sobrinos por su apoyo moral, cariño incondicional en los momentos más dificultosos de mi vida, a quienes llevare en mi corazón y memoria siempre, gracias por formar parte de mi vida, sin su apoyo no hubiera tenido la fortaleza y energía de seguir adelante. Espero retribuirselos con grandes logros en el futuro.

A mis amigos por haber compartido momentos únicos y especiales durante mi vida Universitaria, por su apoyo moral, paciencia y comprensión, supieron motivarme para ver la vida de una manera amena y seguir adelante.

María Viviana Mejía Mejía

ÍNDICE DE CONTENIDO

<i>CAPITULO I</i>	1
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	3
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	6
<i>OBJETIVOS</i>	8
Objetivo General.....	8
Objetivo específico	8
<i>CAPITULO II</i>	9
<i>MARCO TEÓRICO</i>	9
1.1 Salud	9
1.2 Salud bucodental.....	9
1.3 Consideraciones nutricionales del paciente	10
1.4 Caries dental	13
1.4.1 Definición	13
1.5 Placa bacteriana	16
1.6 Métodos de prevención de caries.....	17
<i>CAPITULO III</i>	20
2. <i>METODOLOGÍA</i>	20
2.1 Tipo de Investigación.....	20
2.2 Diseño de la investigación	20
2.3 Población	20
2.4 Muestra	20
2.5 Criterios de selección.....	21
2.6 Entorno.....	21

2.7	Recursos.....	21
2.7.1	Humanos.....	22
2.8	Técnicas e Instrumentos.....	22
2.9	Análisis estadístico	22
2.10	Operacionalización de las variables.....	23
2.10.1	Variable Independiente	23
2.10.2	Variable Dependiente	24
3.	<i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	25
	<i>DISCUSIÓN</i>	46
	<i>CONCLUSIONES</i>	49
	<i>RECOMENDACIONES</i>	50
	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	51
	<i>ANEXOS</i>	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cuando es necesario asistir al odontólogo.....	29
Gráfico 2. Por qué hay que curar la caries dental	30
Gráfico 3. Alimentos favorecen la aparición de la caries dental	31
Gráfico 4. Medida más útil para evitar la caries dental	32
Gráfico 5. El cepillado correcto se realiza:.....	33
Gráfico 6. El cepillado basta con realizarlo:.....	34
Gráfico 7. El hilo dental se usa para:	35
Gráfico 8. Las encías se enferman por:	36
Gráfico 9. Las encías están enfermas cuando:.....	37
Gráfico 10. Las malas posiciones pueden ser provocadas por:	38
Gráfico 11. Los tejidos de la boca se dañan por:	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de conocimiento de padres, estudiantes y profesores sobre salud oral.....	23
Tabla 2. Estado de salud oral de los niños (caries).....	24
Tabla 3. Distribución de la muestra en función del nivel de conocimiento de los estudiantes con relación al género.....	25
Tabla 4. Distribución de la muestra en función del nivel de conocimiento de los profesores con relación al género.....	26
Tabla 5. Hábitos de salud oral con relacion al género.....	27
Tabla 6. Hábitos de salud oral con relacion al género (come entre horas)	28
Tabla 7. Tendencia central.....	40
Tabla 8. Distribución de la muestra en función de Índice CPOD y género	42
Tabla 9. Distribución de la muestra en función de Índice de placa y género	43
Tabla 10. Pruebas de Chi-cuadrado-Índice CPOD	44
Tabla 9. Correlación de Rho de Spearman-Índice de placa.....	45

RESUMEN

A lo largo de la historia la salud bucal ha sido considerada como un problema de salud mundial ya que acarrea consigo graves consecuencias tanto para niños, adolescentes y personas adultas a nivel del sistema estomatognático es por ello que es de vital importancia para la sociedad tener un amplio conocimiento y mantener hábitos higiénicos y dietéticos óptimos permitiendo reducir de manera significativa los principales factores que contribuyen al desarrollo de caries que en la actualidad representa un problema de salud pública mundial. El presente trabajo investigativo se realizó con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares de tercero de bachillerato de la Unidad Educativa "Capitán Edmundo Chiriboga". La investigación fue de tipo observacional-descriptivo de corte transversal, la población de estudio estuvo constituida por 100 estudiantes de igual manera por 100 padres de familia y 4 profesores. Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron la observación y como instrumentos la historia clínica y cuestionarios. El resultado más relevante demostró que la mayoría del grupo escolares y maestros presento un conocimiento regular sobre salud oral, con respecto al índice comunitario de placa se evidencio un valor de 1.90 y el de placa fue cuestionable. Se concluyo que existe una asociación estadísticamente significativa entre el índice CPOD con el grado de instrucción de la madre, se demostró que la primera variable incide en la segunda; y además se encontró que existe algunas correlaciones entre el índice de placa tanto con el cuestionario dirigido a padres de familia y las preferencias alimentarias de los estudiantes.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, salud oral, índice CPOD, índice de placa de O'Leary

ABSTRACT

Throughout history, oral health has been considered a global health problem since it carries serious consequences for children, teenagers, and adults at the level of the stomatognathic system. For this reason, it is vitally important for society to have an extensive knowledge and maintaining optimal hygienic and dietary habits allowing to significantly reducing the main factors that contribute to the development of dental cavities that currently represents a global public health problem.

The current research was carried out with the objective of analyzing the knowledge about oral health of teachers, parents, and third year high school students of the “Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga”. The research was an observational- descriptive cross-sectional type; the population consisted of 100 students, as well as 100 parents and 4 teachers. The techniques used for the data collection were observation; the clinical history and questionnaires were used as instruments.

The most relevant result showed that the majority of children and teachers presented a regular knowledge about oral health respect to the community plaque index a value of 1.90 was evidenced and the plaque index was questionable. It was concluded that there is a statistically significant association between the DMFT index with the mother's degree of education. It demonstrated that the first variable affects the second; furthermore, there was some correlations between the plaque indexes with the questionnaire directed to parents and the food preferences of the students.

Key words: level of knowledge, oral health, CPOD index, O’ Leary plaque index



Firmado electrónicamente por:
JHON JAIRO
INCA

Reviewed by:

Lcdo. Jhon Inca Guerrero.

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604136572

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La salud oral se la define como un estado de completo bienestar tanto físico como psicológico, y la ausencia de problemas que afecten directamente al sistema estomatognático, por lo cual se considera como un índice de medición de belleza según nos indica varios autores^{(4) (8)}, puesto que, es un medio para la realización tanto personal como colectiva, en el cual influye varios factores importantes: medio ambiente, estilo de vida, y nivel de atención medica – odontológica, por lo cual es considerado como un problema de salud a nivel de una población y la sociedad en general.

Por otro lado tenemos que a lo largo de la historia la salud bucal ha sido considerada como un problema de salud mundial, ya que acarrea consigo graves consecuencias tanto para niños, adolescentes y personas adultas a nivel del sistema estomatognático, concepto que apoya Cupe⁽¹⁾ la cual nos indica que el principal problema mundial a nivel bucal es el surgimiento de caries, ya que si no es tratado a tiempo es el desencadenante de problemas tanto a nivel de la dentición decidua como permanente. Según Mattos⁽²⁾ considera que es de vital importancia para la sociedad tener un amplio conocimiento acerca de la salud oral y mantener hábitos higiénicos y dietéticos tanto de padres de familia y docentes permitiéndonos reducir de manera significativa los principales factores que contribuyen al desarrollo de caries que en la actualidad representa un problema de salud pública mundial.

En la actualidad a nivel escolar señala Dávila⁽³⁾ que los problemas de salud bucal constituyen un verdadero problema de salud pública debido a la alta prevalencia de caries dental en la población escolar cuyo enfoque coincide con el de Cupe⁽¹⁾. Además, nos señala que en general se verá afectada no solo el aspecto físico del individuo si no también el aspecto psicológico, ya que se ha evidenciado que el rendimiento académico y la capacidad de aprendizaje disminuyen.

La investigación de esta problemática en salud se realizó con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral, hábitos dietéticos e higiénicos de padres, profesores y alumnos y ver la relación que mantiene con el surgimiento de enfermedades bucodentales en los niños a edad temprana. Esto permitirá proponer alternativas que solución la problemática de dicha investigación no solo a nivel de las instituciones educativas de la ciudad de Riobamba sino a nivel de la provincia de Chimborazo.

La presente investigación aportara a nivel académico, ya que, brindara conocimientos relevantes en varias asignaturas (clínica, vinculación, promoción y prevención), en base a los resultados obtenidos podrán orientarse de mejor manera sobre la condición bucodental actual y reforzar las falencias que pueden presentar tanto estudiantes, profesores y padres de familia y con ello mejora paulatinamente el estado de salud oral. Dentro del ámbito profesional permitirá al futuro odontólogo visualizar al paciente de forma integral, reconociendo que en la historia clínica existen vacíos y que se debe aumentar varios ítems (historial nutricional, higiene,) que permitan evaluar de forma completa y con ello emitir un mejor diagnóstico y finalmente al mejorar el nivel de conocimiento tanto de padres de familia, alumnos y maestros contribuirá en la parte social de manera significativa permitiendo reducir los principales factores que favorecen el desarrollo de caries que en la actualidad representa un problema de salud pública a nivel mundial.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, la población estará constituida por 100 estudiantes legalmente matriculados en el tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga. Las técnicas que se utilizaron son el test, la encuesta y como instrumentos se emplearan cuestionarios para la recolección de datos respectivamente. El objetivo de este trabajo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares e identificar la relación de esta con el surgimiento de enfermedades bucales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de la historia la salud bucal ha sido considerada como un problema a nivel mundial, puesto que acarrea consigo graves consecuencias tanto para niños, adolescentes y personas adultas a nivel del sistema estomatognático concepto que apoya Cupe ⁽¹⁾ el cual nos indica que el principal problema mundial a nivel bucal es el surgimiento de caries, el cual si no es tratado a tiempo es el desencadenante de problemas tanto a nivel de la dentición decidua como permanente, además se lo ha relacionado con otras afecciones como son: el retraso en el crecimiento físico, aumento de peso y la afectación de forma negativa a la calidad de vida. Por otro lado, se conoce que dicha enfermedad es más frecuente en grupos de escasos recursos, debido a que no pueden darse el lujo de gozar de todos los privilegios y avances tecnológicos que nos ofrece el sistema de salud.

Según la FDI, citado en Morales ^{(4)(p 1)} nos señala que:

‘La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, sin incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial.´

Fue dada esta nueva conceptualización, debido a que engloba varios parámetros tanto psicológicos, físicos y fisiológicos que conllevan a tener una buena salud oral, además, ya que nos sirve como una herramienta para la recopilación de datos estándar a nivel mundial principalmente para el profesional de la salud oral, permitiéndonos con ello posicionar a la población mundial con una salud oral en óptimas condiciones. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Un estudio realizado a nivel internacional en Cuba en la escuela primaria para débiles visuales ‘La edad de Oro’ en el año 2016 con una población de estudio de 203 personas adultas (incluido profesores, auxiliares, padres de familia), en el cual se tomaron varios parámetros para dicho estudio; los resultados expuestos sobre el grado de conocimiento sobre salud bucal según el parámetro sexo, se estimó que un 71,6% que representa a 58 individuos del género femenino presentaron un entendimiento regular, y el masculino con 46,7% que representa a 21 individuos con un conocimiento malo, según la escolaridad un 53,3% que representa 8 personas de secundaria básica presentaron un estándar bajo, un 67,2% que representa 45 participantes universitarios y un 46,7% que representa a 7 individuos de secundaria mostraron un grado regular. Según la edad adulta tenemos que

predominó el conocimiento regular con un 48.9% en adulto joven y con un 56.8% en adultos. Por lo cual se pudo evidenciar que la mayoría de la población presenta un alto grado de desconociendo en cuanto al cuidado de salud bucal y las consecuencias que trae consigo, entre las principales complicaciones que se presentan son la caries y la enfermedad periodontal. ^(6,7)

En el estudio realizado en Lima en el 2012 a cerca del nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, el género femenino el 42.6% reflejo un nivel de conocimiento bueno y un 4.5% malo, en el caso de los hombres un 7.7% de 24 participantes obtuvieron una calificación buena y un 1% de 3 personas obtuvieron una calificación deficiente. En relación al nivel de instrucción tenemos 40.4% que representan 21 individuos con educación técnico/superior obtuvieron un resultado bueno de salud bucal y 1.9% obtuvieron una calificación deficiente, padres con nivel de instrucción secundaria un 5.8% obtuvieron un resultado bueno y regular y un 1.9% grado deficiente. En cuanto a la edad el 40.8% de madres adultas /jóvenes presentaron un estándar bueno y un 3.5% era deficiente, en madres adultas /maduras un 10.4% obtuvieron una calificación buena y un 1.9% deficiente, en los padres un 38.5% de adultos jóvenes presentaban un nivel bueno a diferencia de individuos adultos que presentaron un 19.2% fue regular influenciando directamente en la salud bucal de los niños, a mayor grado de entendimiento sobre bienestar oral menor son las complicaciones que presentan los sujetos a nivel bucal. ⁽¹⁾

En un estudio realizado en México en el 2012 a escuelas públicas del gobierno y privadas sobre los hábitos orales y la dieta de los niños, profesores y padres de familia se ha identificado que varios son los factores que influyen en el desarrollo de hábitos saludables, dentro de los cuales tenemos los externos como la influencia y relación de padres y profesores e internos como aspectos físicos, psicológicos y genéticos. Dentro de las preferencias alimentarias de los padres y profesores se encontró que las escuelas públicas consumían alimentos como tortillas y pan con mayor frecuencia a diferencia de las familias de instituciones privadas que consumían más leche baja en grasa, refresco de dieta, pescado y queso amarillo, un punto en el cual las dos familias coincidieron fue el consumo de pizza y pollo con mayor frecuencia. Dentro de los alimentos que predominaban en los niños en ambos grupos fueron leche entera, los dulces, yogurt, pasteles, papas fritas, en cuanto a la influencia ejercida por los padres tenemos que las bebidas dietéticas, verduras, pescado eran

ingerida por los niños si sus madres lo hacían, los padres tuvieron mayor influencia en el consumo de carne y tortas y ambos en la ingesta de refrescos azucarados.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

A nivel nacional un estudio realizado en el año 2017 - Quito en CIBV Manuela Cañizares acerca del nivel de conocimiento sobre salud bucal y su relación a la presencia de biofilm y caries en infantes nos indica un 26.7% en cuanto a la prevalencia de caries en niños, en cuanto a la severidad un 1.18% presento un eco-d nivel medio, en cuanto al nivel de conocimiento de padres tenemos un 26.7% con un nivel de conocimiento bueno, un 42.2% conocimiento regular y un 31.1% un nivel de conocimiento malo o deficiente.⁽¹⁰⁾

En base a lo antes expuesto podemos deducir; el estado de salud bucal de niños y adolescentes está estrechamente relacionado con el grado de conocimiento, hábitos orales y dietéticos que presenta tanto padres de familia como profesores, por esta razón es importante consolidar bases sólidas sobre hábitos y estilo de vida saludable desde una edad temprana, de tal forma poder reducir de manera significativa las complicaciones que conlleva consigo una mala salud bucal.

JUSTIFICACIÓN

La salud oral se considera como un índice de medición de belleza según nos indica Martínez⁽¹⁾, puesto que es un medio para la realización tanto personal como colectiva, en el cual se toma como referente factores y parámetros importantes: medio ambiente, estilo de vida, nivel de atención médica – odontológica, control de placa, visita frecuente al odontólogo, hábitos alimenticios e higiene bucal, por lo cual es considerado como un problema de salud a nivel de una población y una sociedad en general. Al hablar de bienestar oral hacemos referencia desde mantener buenos hábitos de higiene oral hasta su relación con la calidad de vida del individuo y su nivel socioeconómico en el que se desenvuelve.

La evidencia indica ⁽²⁾que es de vital importancia para la sociedad tener un amplio conocimiento acerca de la salud oral, hábitos higiénicos y dietéticos tanto de padres de familia, docentes y niños, por lo que es importante realizar esta investigación; nos permitirá reducir de gran manera los principales factores para el desarrollo de caries que en la actualidad representa un problema de salud pública a nivel mundial. Es de gran relevancia tomar medidas preventivas como es la promoción y prevención de la salud bucal. Varios autores ^{(1), (2)} nos indica que la salud oral engloba hábitos de higiene oral como son el uso de pastas fluoradas, colutorios y cepillos adecuados, además señala que el grado de conocimiento es muy precaria, debido a que existe una desinformación global, según este estudio las principal fuente de información tanto de padres como profesores son a través de medios de comunicación (promoción de productos dentales), es por ello que indica la relevancia de reforzar los sapiencias, permitiendo promover el bienestar bucal paulatinamente mediante la implementación de charlas y foros volviendo este medio un gran promotor de la salud a mediano y largo plazo .

El nivel de conocimiento acerca de la salud bucal para, Ferreira et al ⁽¹²⁾ ,es un eje fundamental para conservar la integridad del sistema estomatognático, se implementó varios instrumentos de evaluación como cuestionarios, exámenes clínicos con personal capacitado, dando a denotar que dentro de los saberes base que deben tener tanto padres de familia y profesores para poder ser impartidos a los niños encontramos: tipo de pasta, cepillo, frecuencia de cepillado, edad de cepillado; otro punto importante para destacar es el grado de entendimiento, hábitos orales y dietéticos es más bajo en instituciones públicas al compararse con instituciones privadas, también nos muestra que sufrir de afecciones bucodentales pueden llegar a afectar el rendimiento académico en los niños, por lo cual

marca la importancia de implementar sistemas preventivos promoviendo hábitos de salud y disminuyendo gradualmente la aparición de problemas bucales.

En la actualidad a nivel escolar las enfermedades que afectan la cavidad oral son considerados como un verdadero problema de salud pública, debido a la alta prevalencia de caries dental en la población escolar cuyo enfoque coincide con lo de Cupe ⁽¹⁾, además nos señala de forma general se verá afectado no solo el aspecto físico del individuo si no también el aspecto psicológico, donde las evidencias aciertan a que el rendimiento académico como capacidad de aprendizaje disminuye. ⁽³⁾

La presente investigación ayudara a los beneficiarios directos cuales son los niños, padres de familia y docentes del grupo de estudio, puesto que se obtendrá datos reales sobre salud bucal, hábitos de higiene oral y dietéticos, permitiéndonos inculcar con ello de forma temprana prácticas de aseo oral saludable y mejorar paulatinamente el estilo de vida de la población y los beneficiarios indirectos, de igual forma beneficiara a la comunidad de la ciudad de Riobamba y la Unidad de Atención odontológica UNACH, (Universidad Nacional de Chimborazo), debido que a la fecha actual no consta con datos actualizados sobre el estado de salud de los niños y niñas que asisten a los establecimientos educativos; al tener datos reales y estandarizados sobre la calidad de la salud oral se podrán orientar de mejor manera sus tratamientos y métodos preventivos reduciendo de manera significativa la problemática a tratar.

Por ende, este proyecto será viable y factible porque cuenta con el conocimiento, tiempo y medios necesarios para su realización, además de implementar el apoyo de docentes capacitados que me encaminan a la culminación de este trabajo investigativo.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar el conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares. Sector 4. Riobamba, 2021.

Objetivo específico

- Determinar el conocimiento sobre salud oral de estudiantes y profesores.
- Identificar los hábitos sobre salud oral de los estudiantes, mediante una encuesta aplicada a los padres de familia.
- Establecer el índice CPOD e índice de placa de los estudiantes.
- Asociar el conocimiento de los estudiantes y profesores; así como, el cuestionario aplicado a padres de familia con el índice CPOD.
- Asociar el conocimiento de los estudiantes y profesores; así como, el cuestionario aplicado a padres de familia con el índice de placa de O'Leary.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.1 Salud

El término “salud” no es único y universal, es un vocablo que ha sufrido numerosas variaciones a lo largo de la historia dependiendo la época, cultura y contexto en el que sea empleado. Considerado como un sinónimo de supervivencia en la época primitiva, dentro de la religión la percepción de bienestar se relaciona con la ausencia de pecado vinculado con la idea de salvación y curación.⁽¹³⁾

Actualmente se define a la salud como un derecho humano inclusivo indispensable que se conceptualiza como un estado de bienestar tanto físico, social y psicológico en el cual el individuo es capaz de efectuar todas sus funciones con normalidad en el mundo que lo rodea, dicho concepto está sujeto a cambios por diversos factores, es decir es una construcción progresiva en respuesta al entorno en el que la persona se encuentre.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

1.2 Salud bucodental

Es un componente fundamental de la salud general, se considera como una etapa de completo bienestar que no solo abarca los órganos dentarios sino a todo el sistema estomatognático (huesos, encías, nervios, vasos, mucosa, musculo, ligamentos, ATM), es decir, es un estado de integridad física, mental y social. La salud bucodental es un factor muy importante para mantener una buena calidad de vida y evitar futuros problemas.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽⁵⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por Caballero⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ define a la salud bucodental como un derecho humano que constituye un problema importante de bienestar público, representa un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas y la sociedad en general, los principales problemas bucodentales son la caries dental, las enfermedades periodontales, maloclusiones y el cáncer bucal.

La salud oral según el nuevo concepto dado por la FDI⁽⁴⁾ en el 2016 nos indica que:

‘La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar, y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, sin incomodidad ni enfermedad del complejo cráneo facial’

1.2.1 Nivel de conocimiento en salud oral

El conocimiento es la facultad y acto consiente que posee el ser humano para asimilar, almacenar y reflejar información ya sea del lugar que lo rodea o de sí mismo, el cual pueden ser adquiridos por la experiencia o el aprendizaje diario. Se encuentra estrechamente relacionado con el grado de instrucción, nivel socioeconómico, edad, predisposición del individuo e influencia de seres allegados, dicha noción puede ser adquirida de diversas maneras ya sea de forma cotidiana o el científico basado en estudios e instrumentos; por consiguiente, el conocimiento en salud oral es la facultad del ser humano para obtener y asimilar información de su salud oral, mediante un aprendizaje basado en experiencias diarias o científicas, con lo cual se puede medir el nivel de entendimiento que posee en el cuidado de su salud bucal. ^{(18) (19) (20) (21) (1)(88) (6) (22)}

1.3 Consideraciones nutricionales del paciente

Al hablar de las consideraciones nutricionales debemos tomar en cuenta: sistema de orientación nutricional, patrones dietéticos, malnutrición, trastornos alimentarios, valor nutricional, su importancia radica en que la dieta y salud son dos términos que van estrechamente de la mano, una dieta completa y equilibrada que cubra con las necesidades nutricionales nos permitirá mantener un bienestar general óptimo desempeñando las funciones corporales con normalidad y evitando con ello el surgimiento de afecciones. ⁽²³⁾

1.3.1 Sistema de orientación alimentaria

El sistema de orientación alimentaria es una herramienta diseñada para mejorar el estado de nutrición de los pacientes, el cual engloba un conjunto de actividades tanto de educación y comunicación, cuyo objetivo es modificar paulatina y voluntariamente los hábitos nutricionales inadecuados, mejorando con ello la calidad de vida de los individuos. Es una herramienta que se basa en una intervención preventiva y correctiva, permitirá prevenir los problemas de salud relacionados con la alimentación y a su vez nos ayudará a reducir los índices de desnutrición de la población. ^{(24) (25)}

1.3.2 Patrones dietéticos

Los patrones dietéticos se pueden definir como combinaciones globales de alimentos y bebidas consumidos en la dieta, surge como una alternativa para examinar la relación entre la nutrición y el surgimiento de enfermedades; también nos permite saber las preferencias

alimentarias socioculturales y efectos adversos de los mismos nutrientes relacionados con la frecuencia de consumo. ^{(26) (27)}

Dentro de los patrones dietéticos tenemos 4 grandes grupos: los de la dieta equilibrada (patrón prudente) estos alimentos están constituidos por alimentos mínimamente procesados; del mismo modo, tenemos el otro grupo el esquema occidentalizado que está conformado por carnes rojas, carnes procesadas, alimentos procesados, granos refinados, almidones, productos lácteos, margarina, mantequilla, patatas fritas, huevos, azúcares añadidos, grasas trans. ^{(28) (29)}

El patrón mediterráneo se basa en el consumo alto de frutas, verduras, consumo moderado de alcohol, mínimo grasa trans, carnes rojas o procesadas una cantidad reducida, alto consumo de legumbres, frutos secos y cereales, baja ingesta de leche y lácteos que también resulta beneficiosa en la prevención de padecimientos. Finalmente, el Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) este tipo de dieta es combinada igualmente nos ayuda a prevenir las enfermedades cardiovasculares. ^{(29) (28)}

1.3.3 Malnutrición

La malnutrición es un problema cualitativo de salud pública, una condición fisiológica potencialmente reversible que se traduce como una dieta deficiente o desequilibrada la cual puede darse por una nutrición pobre o excesiva en la ingesta de energía o nutrientes, es decir que el cuerpo no obtiene suficientes nutrimentos para mantener un estado de salud óptimo que permita un bienestar tanto físico, psicológico y social. Su origen es multifactorial ya sea por aspectos biológicos, sociales, culturales o socioeconómicos y la población más vulnerable a sufrir afecciones son los niños, niñas y adolescentes. ^{(30) (31) (32)}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por Fonseca ^{(30) (p 2)} menciona que:

‘La malnutrición es un estado proteico originado por el consumo deficiente de alimentos y de una ingestión energética inferior a los requerimientos durante periodos prolongados.´

La malnutrición se puede presentar de distintas formas desde un punto de vista clínico; a) primaria sin enfermedad (se da por un consumo de alimentos inadecuados y de baja calidad); b) secundaria asociada al padecimiento con inflamación; c) vinculada al malestar sin hinchazón y d) asociada al tiempo de evolución (aguda o crónica). ^{(34) (35) (30)}

1.3.4 Subnutrición

La subnutrición es la inseguridad alimentaria, se define como la ingesta escasa e insuficiente de alimentos, se da cuando el aporte calórico es menor al que se necesita para satisfacer las necesidades de energía alimentaria de forma continua y llevar una vida activa normal cumpliendo con las funciones vitales (temperatura corporal, funcionar los órganos del cuerpo, producir células y tejidos para la defensa del organismo ante patógenos) y mantener un peso y talla aceptable, es decir es un problema de carácter cuantitativo. ^{(32) (34)}

1.3.5 Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son desordenes psiquiátricos que son consideradas como la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes, se caracterizan por alteraciones en el comportamiento, actitudes y la ingesta de alimentos por la búsqueda deliberada de pérdida de peso inducida y mantenida por el mismo individuo ya sea por medio de dietas restrictivas, purgaciones alimentarias y ejercicio excesivo. Su etiología es multifactorial relacionado a varios factores de riesgo como: biológicos, socioculturales. ^{(36) (37) (38)}

1.3.5.1 Bulimia

Esta enfermedad se define como la ingesta excesiva de alimentos en un tiempo menor al normal, para luego depurarlos como medida compensatoria para no subir de peso, este comportamiento debe presentarse mínimo 2 veces a la semana por 3 meses consecutivos para considerar que la persona presenta esta afección. Los signos clínicos de diagnóstico son la presencia de atracones, medidas compensatorias para evitar el aumento de peso y una autovaloración exagerada de sí mismo en base a los estándares de belleza predispuesto por los medios de comunicación. Dentro de la bulimia encontramos dos tipos; a) purgativa el cual se caracteriza por un claro rechazo a su apariencia física y ejercicio excesivo; b) no purgativa este tipo de afección incluye el uso de laxantes lo cual causa daño en su sistema gastrointestinal. ^{(40) (37) (39)}

1.3.5.2 Anorexia

Es una afección psicológica y conductual que se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo, el individuo se frustra al pensar tener un peso superior al saludable en relación con su altura por lo que adopta actitudes y comportamientos inadecuados (actividad física excesiva, restricción drástica de alimentos, atracones alimenticios). Dicha afección se

caracteriza por el deseo paulatino de perder cada vez más masa corporal al dejar de comer de manera voluntaria. ^{(36) (37) (41)}

1.4 Caries dental

1.4.1 Definición

Según la OMS, citado por Fraihat ^{(42)(p 3)} menciona que:

“ La caries se define como un proceso patológico localizado, de origen externo que inicia tras la erupción y que determina el reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando paulatinamente a la formación de una cavidad. ”

Según varios autores ^{(43) (44) (45) (42)} la caries dental es considerada como un proceso patológico no transmisible, prevenible y dinámico, ya que implica ciclos repetitivos de desmineralización y remineralización a lo largo del día, por lo cual es considerado un problema sanitario de primera instancia en la infancia y es uno de los principales problemas bucodentales junto con las enfermedades periodontales, por lo cual se estima que entre el 60% y 90% de los escolares en todo el mundo presentan caries dental.

1.4.2 Epidemiología

La caries dental se presenta con una prevalencia muy alta, la Organización Mundial de la Salud estima que entre un 60 a 90% a nivel mundial por lo cual es considerado como un problema de salud pública, en 1965 se produce la primera iniciativa dada por esta entidad con el propósito de brindar información sobre dicha patología partiendo de manuales y guías para orientar a la población produciendo un descenso de la afección en países industrializados y aumento en los países en desarrollo. ^{(45) (46) (47)}

En un estudio realizado en Brasil en el 2014 sobre la epidemiología de la caries dental a nivel de América Latina nos indica que en Perú existe un predominio del 90% de prevalencia en la población escolar; México se presenta en un 78 % en niños de entre los 2 y 19 años; Chile muestra un 80%; Paraguay señala una incidencia del 98%; Brasil nos revela que la prevalencia es baja a comparación a otros países con un porcentaje de 70%; Venezuela el 85- 86% de la localidad presenta problemas bucales. Estudios realizados en Argentina, España en el 2016 señala un 98%, Cuba de un 90% y Ecuador en personas entre los 3-11 una incidencia de 62.39 y de 12 a 19 un valor de 31,28. ^{(46) (48) (49)}

A nivel Nacional un estudio realizado en Manta –Ecuador en el 2016 a individuos de la zona urbana y rural que asistieron a un consultorio privado de entre los 12 y 14 años denotó que la prevalencia de caries era de un 48% con predominio en el sexo femenino se atribuye como principal factor de riesgo a la higiene oral deficiente, por otro lado tenemos otro estudio realizado en el 2019 en Machángara el cual presenta un 83.1% sin ninguna diferencia significativa entre hombre y mujer el cual no coincide con el estudio hecho por Vélez pero si con el realizado por Reinoso el cual encuentra en Cuenca un nivel moderado de caries con valores entre 83,41 a 90,39 estas diferencia de resultado puede deberse a la ubicación de la población de estudio. ^{(48) (50) (51)}

1.4.3 Factores etiológicos

La caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial la cual se produce por un desequilibrio entre la sustancia dental y la placa bacteriana produciendo una pérdida de sustancia en el diente, este proceso se da por varios factores como biológicos, sociales (estilo de vida y condiciones en las que trabaja), económicos, culturales y ambientales. ^{(52) (53)}

Dentro de los factores relacionados a la caries encontramos: factores etiológicos: huésped (susceptibilidad del diente y composición), dieta (rica en carbohidratos), microorganismos (estreptococo mutans, lactobacilos, actinomicetes) y el tiempo; factores externos e internos predisponentes: edad, salud general, nivel socioeconómico, nivel de educación, historial pasado de la patología, variables de comportamiento, apiñamiento dental; factores protectores tenemos la higiene regular y eficaz, uso de fluoruros, dieta equilibrada y no cariogénica, flujo salival y pH. ^{(45) (49)(48) (54) (55)}

1.4.3.1 Alimentos

Uno de los factores a intervenir en surgimiento de caries dental es la dieta, por lo cual fomentar el consumo de una alimentación equilibrada es primordial, ya que de esta manera no solo se previene enfermedades, sino que mejora la calidad y tiempo de vida de las personas. Tomar en cuenta la consistencia de los alimentos es importante, ya que si los nutrimentos o nutrientes poseen un buen valor nutricional pero su carácter físico no es bueno y presentan una consistencia blanda y viscosa será incapaz de estimular el desarrollo de los tejidos periodontales. El déficit de vitamina A y D causa cambios desfavorables en el proceso

de formación del esmalte, dentina, pulpa, hueso alveolar, además se puede producir un retraso en la erupción dentaria. ⁽⁵⁵⁾

1.4.3.1.1 Alimentos cariogénicos

Se conoce como dieta cariogénica a los alimentos que contribuyen al surgimiento de caries dental y contienen hidratos de carbono fermentables (alimentos cariogénicos de gran relevancia que presentan un efecto patógeno) que son usados por los microorganismos orales para su metabolismo y de esa manera producir ácidos que favorecen la formación de placa y posterior desmineralización y cavitación del diente. Los principales son: leche, pan, tortas, panque, almidones, cereales, bebidas azucaradas, caramelos masticables, chocolate, golosinas dulces y saladas, dulces de pastelería, galletas, helados caseros, jugos con edulcorante artificial. Los carbohidratos fermentables. ^{(55) (56) (57)}

Los principales azúcares de la dieta son: la sacarosa (frecuencia de consumo y cantidad) induce a placa y caries dental, ya que forma glucano, es utilizado en la elaboración de caramelos, postres, bebidas gaseosas. La glucosa y fructuosa se encuentra en forma natural en las frutas y en la miel, lactosa presente en la leche, yogurt, queso, el almidón es un carbohidrato de bajo riesgo y está presente en el arroz, papa y pastas. ^{(55)(56) (58) (59) (57) (60)}

1.4.3.1.2 Alimentos protectores

La alimentación debe ser equilibrada desde la etapa de embarazo, el consumo de calcio, fósforo, leche, huevos, frutas, vitaminas A, C y D, favorecen al desarrollo dentario, la ingesta de minerales como magnesio, flúor, fósforo brindan mayor resistencia al diente frente a periodontopatías y caries dental. De igual forma la galactosa en altas concentraciones presenta un efecto sobre el *estreptococo mutans*, reduce la abrasión y el número de biofilms en las superficies dentales. ⁽⁵⁵⁾

En cuanto a los endulzantes no fermentables como el xilitol, sorbitol, lycasin, talyn presentan una actividad anticariogénica sobre los microorganismos orales, ayudan a la remineralización de caries incipiente por lo cual son excelentes sustitutos de azúcares. El consumo alto de grasas, calcio y flúor favorecen la remineralización protegiendo de esta manera al diente. ⁽⁵⁵⁾

1.4.4. Índice de caries

Los índices de caries nos permiten conocer varios aspectos como; la historia pasada, los factores de riesgo, necesidad de tratamiento y el proceso de desarrollo de caries, estos índices son necesarios, ya que permiten planificar los procesos dentales. Los valores estándares establecidos para interpretar la prevalencia de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) y piezas cariadas, extraídas y obturadas (ceod) según la Organización Mundial de la Salud es de; 0.00-1.1 (muy bajo); 1,2 -2,6 (bajo);2.7-4.4 (medio); un 4.5-6.5 (alto).⁽⁵¹⁾⁽⁴⁵⁾

1.4.4.1 Índice CPOD

El CPOD es un índice que nos indica la historia pasada de caries y fue desarrollada en 1938 por Klein, Palmer y Knut la cual considera para su estudio las 28 piezas en boca excluyendo a los terceros molares, considerados a las lesiones cavitadas, las de mancha blanca y los que presentan ya tratamientos previos. Esta se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos (incluye las extracciones indicadas) y obturados.^{(61) (62)(45)}
(46) (50) (51) (63)

1.4.4.2 Índice ceod

El ceod es un índice epidemiológico tradicional que fue implementado por Gruebbel en 1944, es similar a la CPOD, pero esta toma en cuenta las 20 piezas deciduas cariadas, indicadas para extracción y obturadas, no se toma en cuenta las piezas ausentes, nos permite establecer un plan de tratamiento, los valores estándares de normalidad establecidos por la OMS son los mismo que se aplica al CPOD.^{(61) (64)(46) (65) (66)}

1.5 Placa bacteriana

La placa dental o llamada actualmente como biopelícula es una película gelatinosa, blanda, adherente formado por tejidos duros y blandos compuesta por una densa capa de colonias de bacterias que se ubican sobre las superficies de los dientes y encía la cual es la principal causante del surgimiento de caries dental y las enfermedades periodontales, esto se da cuando no se realiza métodos de higiene bucal adecuados. Esta no es visible a simple vista por lo cual es necesario el empleo de sustancias reveladoras para su identificación no debe ser confundida con otras sustancias como residuos de alimentos o la materia alba.^{(67) (68) (69)}

1.5.1 Índice de placa bacteriana O'Leary

El Índice de O'Leary es uno de los instrumentos más fiables para la detección del factor de riesgo de la placa dental bacteriana de forma sencilla y rápida, fue implementada en el año 1972 por el doctor Timothy O'Leary en un principio fue nombrada como "registro de placa dental". Esta herramienta nos permite no solo evaluar el estado de higiene bucal sino también ver la preocupación de las personas por su cuidado bucodental, presenta valores estándares para su evaluación; Higiene bucal eficiente los pacientes con un porcentaje <10%; Buena con un valor menor o igual a 20% y mala >20%.⁽⁷⁰⁾

Este índice es uno de los más efectivos para el registro de higiene bucal, en cual se basa en evaluar solo las superficies lisas de todos los dientes presentes en boca excluyendo a las caras oclusales e incisales. Para su empleo se requiere de una sustancia reveladora para identificar las caras teñidas y poder realizar el respectivo calculo (número de caras teñidas dividido para el total de superficies presentes multiplicado por 100) y un diagrama en el cual se registrará los resultados.⁽⁷⁰⁾

1.5.2 Agentes reveladores de placa

Los reveladores son agentes que son capaces de teñir la placa bacteriana de la superficie de los dientes, ayudando con ello a su identificación y posterior eliminación, son de gran utilidad en programas preventivos de salud oral permitiendo conocer a las personas adultas y niños las zonas en las cuales el cepillado debe ser mejorado. Actualmente las sustancias más utilizadas dentro del líquido revelador son la eritrosina, la floxina, la fucsina básica o el verde de malaquita. Pueden presentarse de diversas formas (liquida, tabletas o masticables) y presentar ciertas características como: tener un buen sabor, buena intensidad de color, no retirarse con facilidad, no causar irritación o alergias.⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾

1.6 Métodos de prevención de caries

La caries a nivel mundial es la causa principal de morbilidad bucal y su prevalencia es significativa en diferentes partes del mundo es por ello por lo que la implementación de diferentes métodos preventivos (programas educacionales, uso de fluoruros, sellantes, control de placa, uso de pastas dentales, técnicas de cepillado, mantenedores de espacio) es fundamental para disminuir significativamente el surgimiento de dicha patología.⁽⁷³⁾

1.6.1. Educación en salud oral

La educación en salud oral es el conjunto de estrategias para enseñar a otros mediante la aplicación de diferentes herramientas de comunicación sobre temas de salud oral, cuyo objetivo es desarrollar habilidades que permitan a los individuos mantener una buena higiene bucal tanto individual como colectiva a corto y largo plazo, estos pequeños cambios en el comportamiento reforzaran conductas positivas y ayudaran a reducir de manera significativa el surgimiento de afecciones dentarias, la instrucción debe darse principalmente en casa y unidades educativas, ya que es uno de los pilares que aseguran la preservación del estado de salud de los niños. ^{(74) (75)}

1.6.2. Fluoruros

Los fluoruros son compuestos orgánicos e inorgánicos que contienen flúor, estos generalmente son incoloros y son solubles en agua, se encuentra presente en alimentos y productos de higiene oral. El flúor puede ser administrado por: a) Vía sistémica a través del consumo de agua potable y sal común este tipo de fluoruro se deposita en los huesos y dientes y actúan b) Tópica constituida por geles, barnices, colutorios y pastas dentífricas. ⁽⁷⁶⁾

Presenta un efecto cariostático si es empleado en forma local, en determinadas dosis llega a ser toxico (32 a 64 mg de flúor/kg/peso letal y > 5mg/kg/peso es la medida toxica). Los más utilizados son el diamino fluoruro de plata (DFAg) al 38% que es un fluoruro que posee propiedades antimicrobianas y remineralizantes, el flúor fosfato acidulado al 1.23% en forma de gel por su fácil aplicación esta no debe ser aplicado sobredientes con resina o sellantes, neutro (dientes restaurados) y el barniz (sensibilidad). ^{(77) (78)}

1.6.3. Sellantes

Son una barrera mecánica que actúa como una barrera protectora sellando las fosas y fisuras (zonas susceptibles a caries dental) suprimiendo el habitat de los microorganismos y facilitando la limpieza de los dientes, para que un sellante sea ideal debe fluir con facilidad, incompatible, fácil manipulación, estabilidad dimensional y acción cariostática. Existe dos tipos los cuales se distinguen por su mecanismo de adhesión y polimerización; a) en base a resina compuestas por una matriz orgánica e inorgánica, b) Ionómero de vidrio tiene la ventaja de liberar flúor y se adhiere al esmalte y dentina y son de fotopolimerización, en general las dos presentaciones pueden ser con o sin flúor. ⁽⁷⁹⁾

1.6.4. Control mecánico de placa

El control mecánico de placa es un método preventivo dentro de la odontología el cual se basa en el uso de cepillos (manual-eléctrico-interdentales), hilo dental para evitar la formación de biopelícula la cual trae consigo problemas empezando como una gingivitis en niños y pasando a una periodontitis en adultos, es importante recalcar que la fuerza ejercida durante el cepillado dental no es un determinante en la eliminación bacteriana, sino la frecuencia y la técnica de cepillado que se emplee, esta debe ser efectiva, segura y fácil de emplear. ⁽⁸⁰⁾

1.6.5. Técnicas de cepillado

Existen diversas técnicas de cepillado que pueden ser empleadas según la necesidad del paciente, entre las cuales tenemos: Stillman modificada, Bass tradicional y modificada, circular o de Fones, horizontal de Scrub y Charters. La ejecución de un buen método de cepillado evitara la acumulación de bacterias alrededor de los dientes evitando con ello el surgimiento de enfermedades. ^{(81) (82) (83)}

1.6.6. Pastas dentales

Las pastas dentales son productos cosméticos destinados a la limpieza de los dientes y la cavidad bucal, debe presentar características como limpiar manchas y placa, dejar una sensación de frescura, no ser toxico, accesible para todos, fácil manipulación, estable, reforzar los dientes y no ser abrasivo con el esmalte y dentina. Actualmente existe una gran variedad dependiendo de la composición (sólidos, líquidos, semisólidos) y según su acción (anticaries, antiplaca, desensibilizantes, gingivales). ^{(84) (84) (77)}

1.6.7. Mantenedores de espacio

Los mantenedores de espacio son aparatos ortodónticos que permiten evitar la pérdida de la longitud del arco facilitando la erupción de los dientes permanentes, evitando el apiñamiento, mordidas cruzadas, profundas, erupción ectópica o impactación dentaria, la pérdida prematura de piezas dentales se debe principalmente a caries y traumatismos lo que produce una disminución en el arco dental. Estos se pueden clasificar en fijos y removibles de acuerdo con su retención y su uso dependerá del tipo de diente perdido, edad del paciente, presencia de la pieza sucesora, espacio disponible, tiempo. ^{(85) (86) (87) (85)}

CAPITULO III

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación

El trabajo investigativo será de tipo Observacional –Descriptivo –de corte Transversal.

Observacional: Mediante instrumentos de evaluación se observará el comportamiento y hábitos tanto de padres, profesores y alumnos ante la problemática.

Descriptivo: En este estudio se describirá el conocimiento que tiene tanto padres de familia como profesores y niños sobre salud oral, además de la principal alteración a nivel de la cavidad bucal a consecuencia de un mal cuidado desde una temprana edad.

Transversal: Debido a que se realizara una recolecta de información en un tiempo corto de trabajo, en un solo momento.

2.2 Diseño de la investigación

El diseño que se empleará será no experimental, porque no se manipularon las variables de estudio.

2.3 Población

La población de estudio estará constituida por 100 estudiantes de tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga

2.4 Muestra

El tamaño de la muestra será el número representativo del valor total de la población, mediante la aplicación de la formula estadística establecida.

$$n = \frac{zNpq}{z^2pq + NE^2}$$

Dónde:

N: población de alumnos de las Unidades educativas de la ciudad de Riobamba

n: Muestra que está sujeta al estudio

z^2 : 1.96 (coeficiente de confianza 95%)

p: (probabilidad de no ocurrencia del evento, que cuando no se conoce se considera el 0.5)

q: (probabilidad de ocurrencia del evento que cuando no se conoce se considera el 0.5)

E: probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%)

2.5 Criterios de selección

1. Madres y padres de familia que acepten voluntariamente responder el cuestionario
2. Profesores que acepten voluntariamente participar en dicho trabajo investigativo

2.6 Entorno

Unidades Educativa Capitán Edmundo Chiriboga de la ciudad de Riobamba

2.7 Recursos

Material (bienes y servicios)	Costos
Copias e impresiones	\$140
Movilización	\$100
Internet	\$40
Alimentación	80
Luz	\$15
Otros (útiles de escritorio)	\$25
Total	\$400

2.7.1 Humanos

<p style="text-align: center;">Integrantes: Estudiante investigador Población de estudio Docente tutor</p>

2.8 Técnicas e Instrumentos

Las técnicas que se emplearan son el test y como instrumento tenemos la implementación de cuestionarios tanto a padres de familia y profesores de Tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga, otra técnica tenemos la encuesta y como instrumento la aplicación de cuestionarios tanto a niños, padres de familia y profesores.

2.9 Análisis estadístico

Los datos obtenidos en la presente investigación serán procesados a través del programa estadístico SPSS versión 23.

2.10 Operacionalización de las variables

2.10.1 Variable Independiente

Tabla 1 .Conocimiento de padres, estudiantes y profesores sobre salud oral.

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
El nivel conocimiento de padres, profesores y alumnos sobre salud oral permitirá aplicar técnicas y estrategias para evitar problemas a nivel de la cavidad bucal, teniendo en cuenta que el conocimiento hace referencia al conjunto de saberes que posee un individuo.	Conocimientos padres	<ul style="list-style-type: none">• Bueno• Regular• Malo	Test	Cuestionarios
	Conocimiento profesores	<ul style="list-style-type: none">• Bueno• Regular• Malo		
	Conocimiento niños	<ul style="list-style-type: none">• Bueno• Regular• Malo		

2.10.2 Variable Dependiente

Tabla 2. Estado de salud oral de los niños (caries)

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
La salud oral hace referencia al estado óptimo del aparato estomatognático, además es considerado un estándar de belleza que se puede determinar a través de los índices ceo-d y CPO-D.	Salud oral	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Malo • Excelente 	Encuesta	Cuestionarios
	Hábitos de higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Malo • Excelente 		

CAPÍTULO IV

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los resultados que se muestran a continuación se analizó el conocimiento sobre salud oral de estudiantes, profesores y padres de familia de la Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga y su relación con el surgimiento de caries dental se ha determinado mediante la aplicación de test y encuestas.

Tabla 3. Distribución de la muestra en función del nivel de conocimiento de los estudiantes con relación al género

Género	Nivel de conocimiento		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	52,6%	47,4%	100,0%
Femenino	48,8%	51,2%	100,0%
Total	51,0%	49,0%	100,0%

bueno 9-11; regular 6-8; malo 1-5

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que en forma general el 51 % de los estudiantes (52.6% masculino y 48.8 % femenino) presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud oral, mientras que solo el 49% de la población de estudio (47.4 % hombres-51.2 % mujeres) presento un grado de conocimiento bueno. Por lo tanto, se evidencio que las mujeres mostraron un mejor grado de conocimiento con relación al sexo opuesto con una diferencia del 3.8%.

Tabla 4. Distribución de la muestra en función del nivel de conocimiento de los profesores con relación al género

Género	RESULTADOS ENCUESTA PROFESORES (agrupado)	Total
	Regular	
Masculino	100,0%	100,0%
Femenino	100,0%	100,0%
Total	100,0%	100,0%

bueno 23-32; regular 16-22; malo 0-15

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

De los 4 profesores que representan el 100% de la población de estudio (75% hombres-25% mujeres) se evidencio que en su totalidad presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral sin ninguna distinción en el género.

Tabla 5. Hábitos de salud oral con relación al género

Género		¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?			Total
		Seda dental	Colutorios	No usa	
Masculino	% dentro de Género	29,8%	1,8%	68,4%	100,0%
Femenino	% dentro de Género	27,9%	2,3%	69,8%	100,0%
Total	Recuento	29	2	69	100
	% del total	29,0%	2,0%	69,0%	100,0%

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que en forma general el 29 % de los estudiantes (29.8% masculino y 27.9 % femenino) utiliza como método de control de placa la seda, mientras el 2 % de la población de estudio (1.8 % hombres-2.3 % mujeres) colutorios y el 69% (68.4 % hombres-69.8 % mujeres) no usan nada. Por lo tanto, en cuanto al género se evidencio que el grupo poblacional que menos usa métodos de control de limpieza bucal fueron las mujeres con una diferencia mínima de 1.40%.

Tabla 6. Hábitos de salud oral con relación al género

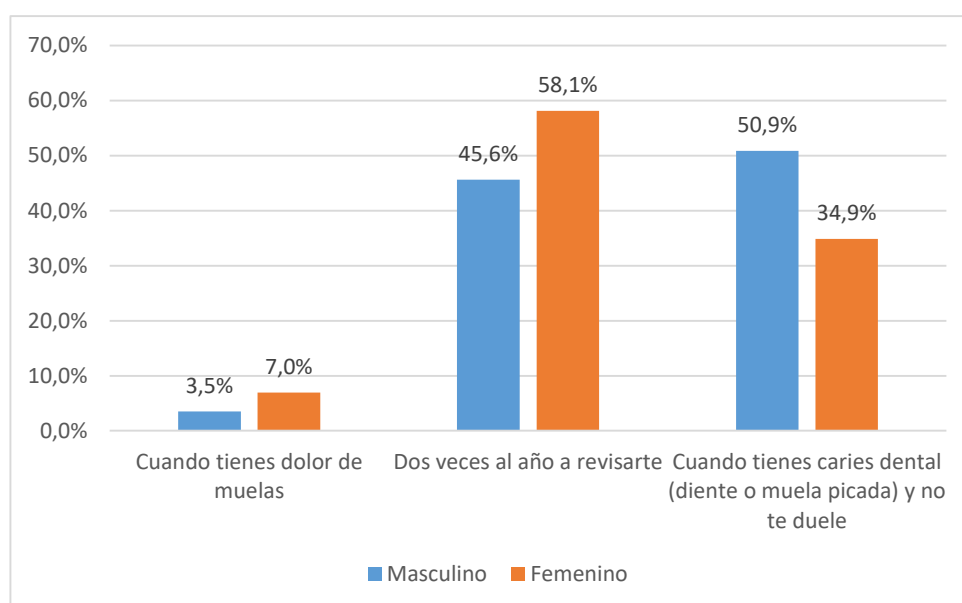
Género		¿Come entre horas?		Total
		si	no	
Masculino	% dentro de Género	94,7%	5,3%	100,0%
Femenino	% dentro de Género	93,0%	7,0%	100,0%
Total	Recuento	94	6	100
	% del total	94,0%	6,0%	100,0%

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que en forma general el 94 % de los estudiantes (94.7 % masculino y 93.0 % femenino) si come entre horas, mientras el 6 % de la población de estudio (5.3 % hombres- 7 % mujeres) no lo hace. En cuanto al género se evidencio que los estudiantes que más se alimenta entre horas fueron hombre con una diferencia mínima de 1.10% al sexo opuesto.

Gráfico 1. Cuando es necesario asistir al odontólogo

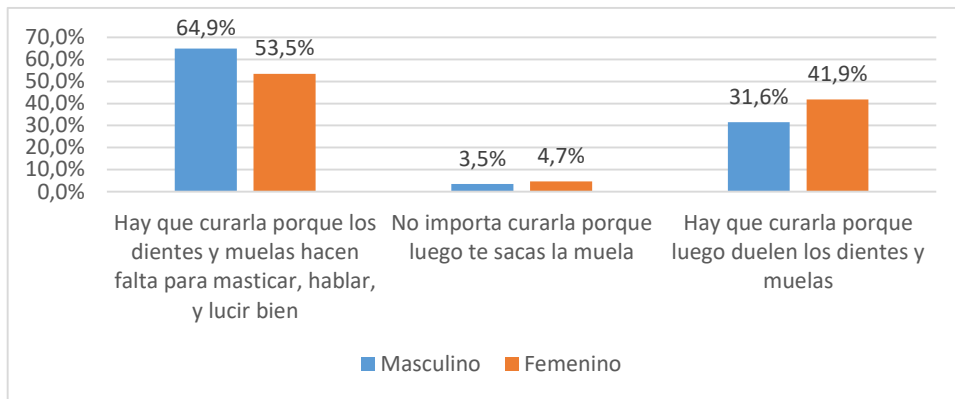


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

De los 100 estudiantes que representan el 100% de la población de estudio el 43% son mujeres y el 57% hombres. En forma general indistintamente del género el 5% (3.5% hombres-7% mujeres) contestó que solo acuden al odontólogo cuando tienen dolor de muelas, el 51% (45.6% hombres-58.1% mujeres) indicaron que es necesario asistir al odontólogo 2 veces al año por revisión siendo esta la respuesta correcta y el 44% (50.9% hombres-34.9% mujeres) respondió que visitan al dentista cuando tienen caries dental. En cuanto al género se determinó que las mujeres tienen mayor conocimiento sobre cuando deben asistir al odontólogo con una diferencia del 12.5%.

Gráfico 2. Por qué hay que curar la caries dental

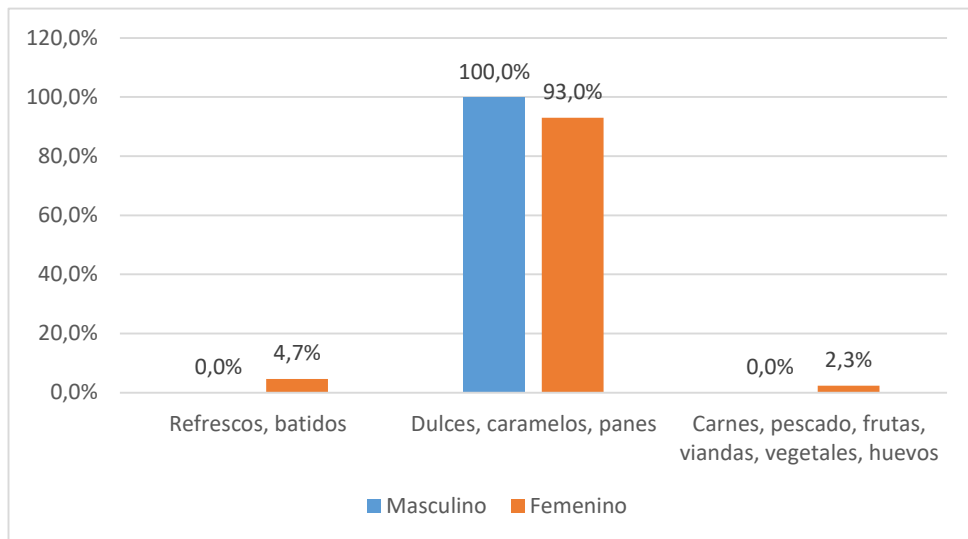


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

De los 100 estudiantes que representan el 100%, en forma general indistintamente del género el 60% (64.9% hombres-53.5% mujeres) respondió de manera correcta que se debe curar las caries dentales porque hacen falta para masticar, hablar y lucir bien, mientras el 4% (3.5% hombres -4.7% mujeres) respondió que no importa curar los dientes porque luego te sacas y finalmente el 36% (31.6 hombres-41.9% mujeres) considero que se debe curar porque luego duelen los dientes. En cuanto al sexo se denoto que los hombres presentan mayor conocimiento sobre salud bucal en cuanto a por qué hay que curar la caries dental con una diferencia del 11.40%.

Gráfico 3. Alimentos favorecen la aparición de la caries dental

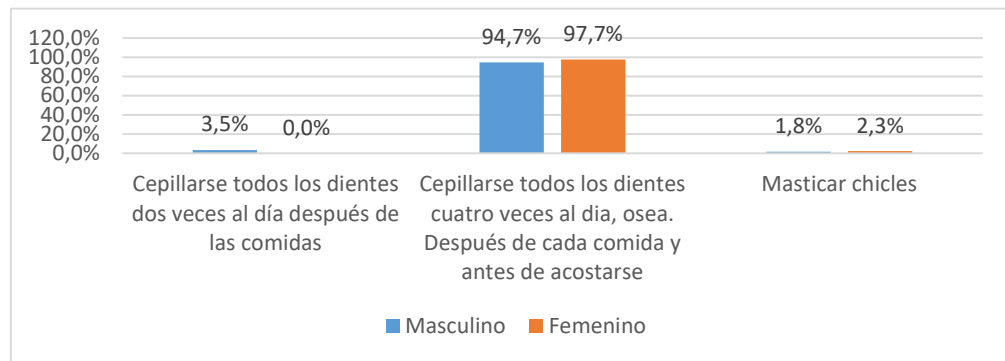


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó en forma general en cuanto a cuáles son los alimentos que favorecen la aparición de caries dental que el 2% (0% hombres-4.7% mujeres) indicó que son los refrescos y batidos, el 97% (100% hombres-93% mujeres) señaló que son los dulces, caramelos y panes cuya respuesta es la acertada, y finalmente solo el 1% (2.3% mujeres) considero que son la carne, pescado, frutas, vegetales, huevos. Por lo tanto, se pudo denotar que en cuanto a género los hombres presentan un mejor conocimiento en cuanto a esta pregunta con una diferencia del 7%.

Gráfico 4. Medida más útil para evitar la caries dental

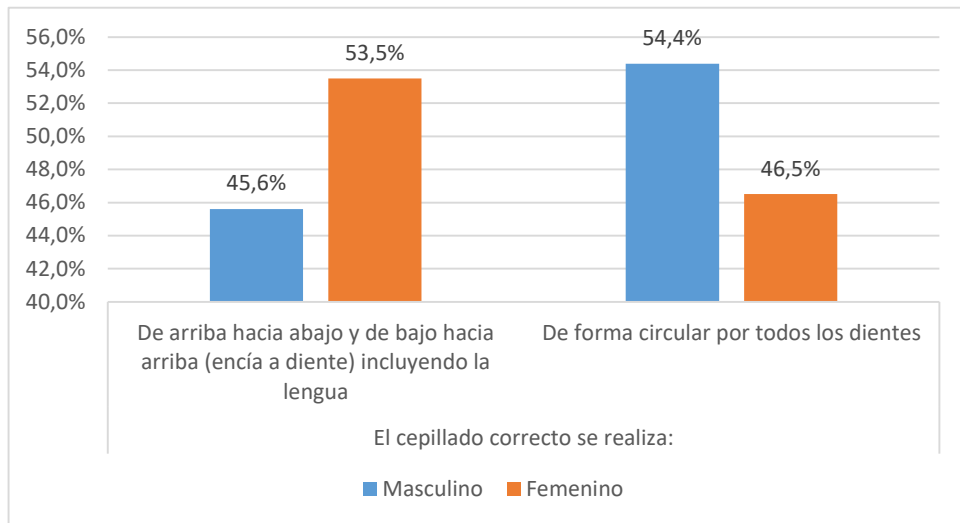


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que del 100% de mujeres de la población en cuanto a cuáles son las medidas para evitar el surgimiento de caries, el 0% indicó que es cepillarse todos los dientes dos veces al día después de las comidas, el 97.7% señaló que era cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, después de cada comida y antes de acostarse y solo el 2.3% señaló masticar chicle. En cuanto a los hombres el 3.5% indicó que el primer ítem era correcto, el 94.7% señaló que lo era el segundo ítem y solo el 1.8% indicó que la respuesta correcta era el tercer ítem. En forma general el 96% de la población de estudio respondió de forma correcta, y en cuanto al sexo se denotó que en base a esta pregunta las mujeres tenían mayor conocimiento con una diferencia del 3%.

Gráfico 5. El cepillado correcto se realiza:

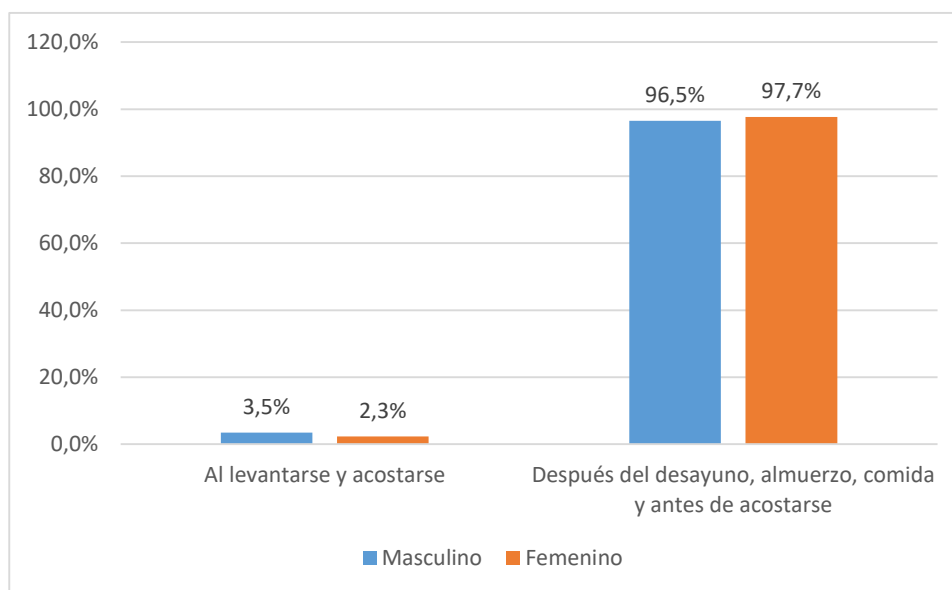


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó en cuanto a las mujeres que el 53,5% señaló que era de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba (encía a diente) incluyendo la lengua y el 46,5% indicó que lo era de forma circular por todos los dientes, en cuanto al género masculino el 45,6% indicó que el primer ítem era correcto y el 54,4% que lo era el segundo ítem. En conclusión, en forma general el 49% respondió de forma correcta y en cuanto al sexo las mujeres presentaron un mayor conocimiento en cuanto a esta pregunta con un porcentaje de 7,9% de diferencia a su sexo opuesto.

Gráfico 6. El cepillado basta con realizarlo:

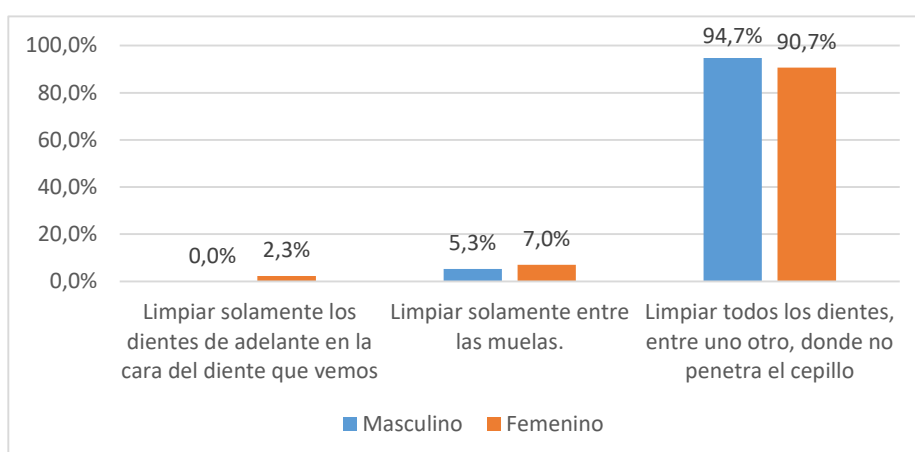


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 2.3% indicó al levantarse y acostarse y el 97.7% que debe realizarse después del desayuno, almuerzo y antes de acostarse, en cuanto a los hombres el 3.5% indicó que el ítem correcto era el primero y el 96.5% que lo era el segundo ítem. En forma general el 97% contestó de forma correcta, en cuanto al sexo las mujeres presentaron un mejor conocimiento con una pequeña distinción del 1.2% de diferencia al género masculino.

Gráfico 7. El hilo dental se usa para:

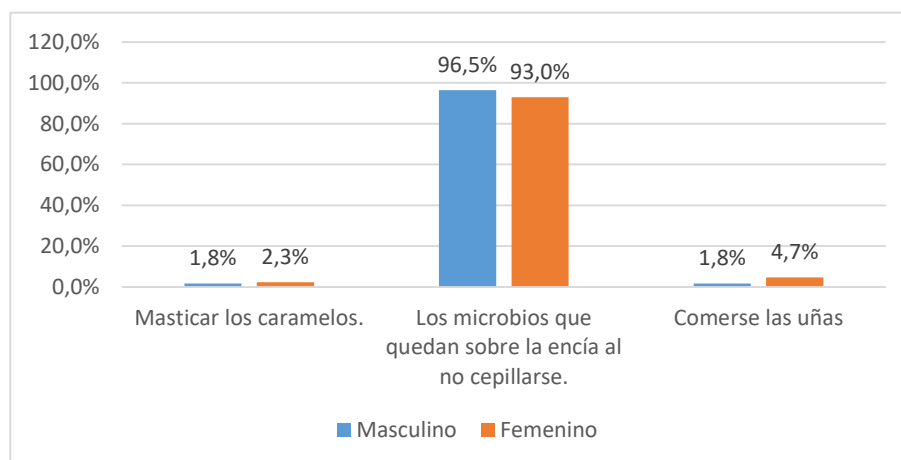


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 2.3% indicó limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos y el 7% limpiar solamente entre las muelas y el 90.7% indicó limpiar todos los dientes entre uno y otro, donde no penetra el cepillo, en cuanto a los hombres el 0% considero que el primer ítem era correcto, el 5.3% señaló el segundo ítem y el 94.7% que lo era el tercer ítem. En forma general el 93% contestó de forma correcta, en cuanto al sexo los hombres presentaron un mejor conocimiento en base a esta pregunta con una distinción del 4% de diferencia al género opuesto.

Gráfico 8. Las encías se enferman por:

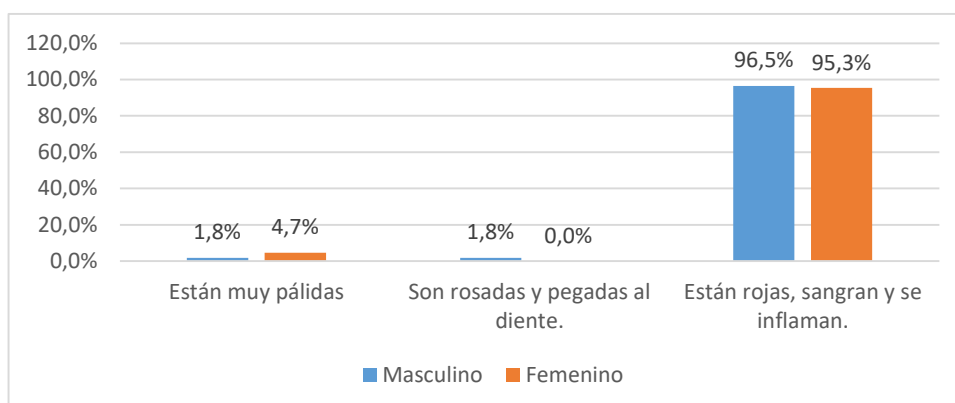


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 2.3% masticar los caramelos, el 93% los microorganismos que quedan sobre la encía al no cepillarse y el 4.7% indico comerse las uñas, en cuanto a los hombres el 1.8% considero que el primer ítem era correcto, el 96.5% señalo el segundo ítem y el 1.8% que lo era el tercer ítem. En forma general el 95% contesto de forma correcta, en cuanto al sexo los hombres presentaron un mejor conocimiento en base a esta pregunta con una diferencia del 3.5% al género opuesto.

Gráfico 9. Las encías están enfermas cuando:

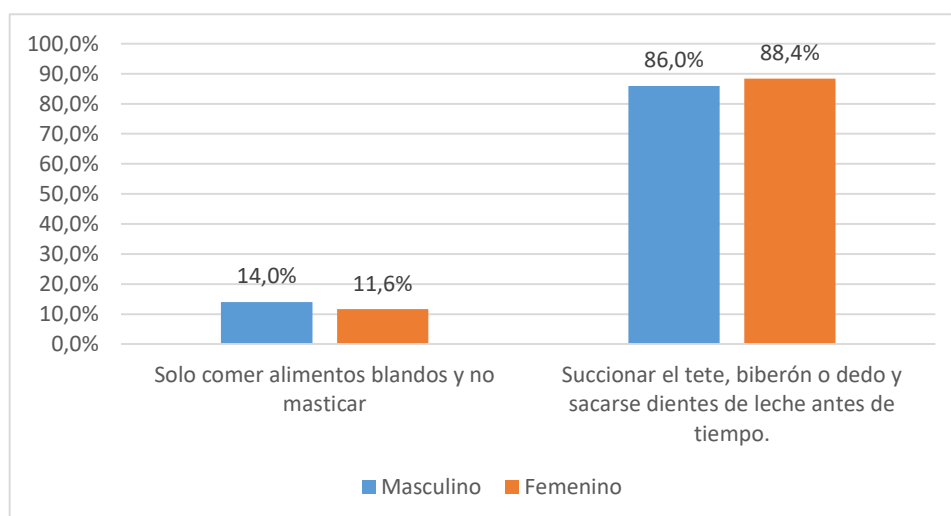


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 4.7% señaló están muy pálidas, el 0% son rosadas y pegadas al diente y el 95.3% indicó están rojas, sangran y se inflaman, en cuanto a los hombres el 1.8% considero que el primer ítem era correcto, el 1.8% señaló el segundo ítem y el 96.5% que lo era el tercer ítem. En forma general el 96% contestó de forma correcta, en cuanto al sexo los hombres presentaron un mejor conocimiento en base a esta pregunta con una diferencia del 1.2% de diferencia al género opuesto.

Gráfico 10. Las malas posiciones pueden ser provocadas por:

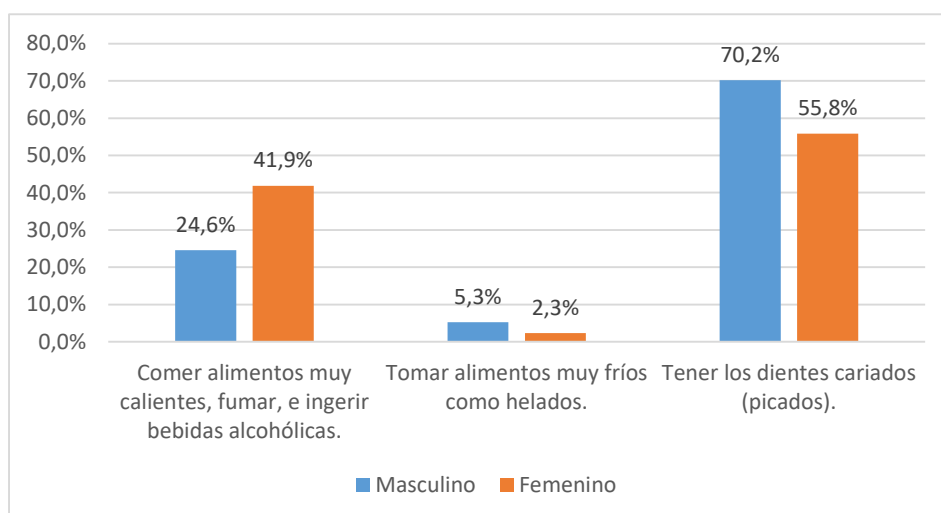


Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 11.6% señaló solo comer alimentos blandos y no masticar, el 88.4% señaló succionar el tete, biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo, en cuanto a los hombres el 14% considero que el primer ítem era correcto, el 86% señaló el segundo ítem. En forma general el 87% contesto de forma correcta, en cuanto al sexo las mujeres presentaron un mejor conocimiento en base a esta pregunta con una diferencia del 2.4% de diferencia al género opuesto.

Gráfico 11. Los tejidos de la boca se dañan por:



Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que dentro del género femenino el 41.9% señaló comer alimentos muy calientes, fumar e ingerir bebidas alcohólicas, el 2.3% tomar alimentos muy fríos como helado y el 55.8% tener los dientes cariados, en cuanto a los hombres el 24.6% considero que el primer ítem era correcto, el 5.3% señaló el segundo ítem y el 70.2% que lo era el tercer ítem. En forma general solo el 32% contesto de forma correcta, en cuanto al sexo las mujeres presentaron un mejor conocimiento en base a esta pregunta con una diferencia del 17.3% de diferencia al género opuesto.

Tabla 7. Tendencia central

	N Válido	N Perdidos	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	100	627	17,07	17,00	17	16	19
CARIADOS	100	627	1,23	0,00	0	0	8
PERDIDOS	100	627	,03	0,00	0	0	1
OBTURADOS	100	627	,64	0,00	0	0	5
CPOD	100	627	1,9000	1,0000	0,00	0,00	9,00
Índice de Placa (Dentición Permanente)	100	627	23,5270	22,3200	22,32	9,82	53,57
Edad del Padre Familia	100	627	42,48	42,00	39	27	54
Número de Hermanos	100	627	2,64	3,00	3	0	5
Edad del Profesor	4	723	49,75	49,00	44	44	57
Tiempo de Experiencia del Profesor(años)	4	723	25,25	24,50	20	20	32
RESULTADOS ENCUESTA PROFESORES	4	723	18,50	18,00	18	17	21
RESULTADOS ENCUESTA ESTUDIANTES	100	627	8,53	8,00	8	6	11

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que de acuerdo con la edad la moda de la población de estudio fue de 17 años, con un mínimo de 16 años y máximo de 19 años, en cuanto al índice de CPO-D se evidencio un máximo de 9 y mínimo de 0 órganos dentales, dentro del cual se obtuvo un máximo de 8 piezas dentales cariadas, 1 pieza dental perdida y 5 obturadas, en cuanto a el mínimo es 0 para piezas cariadas, perdidas y obturadas. Respecto al índice de placa de la dentición permanente el porcentaje máximo que se presentó en la población de estudio fue de 53.57 resultando ser este deficiente; un mínimo de 9.82% considerado como aceptable y el porcentaje que más se repitió fue de 22,32 % demostrando que en su mayoría presentaban una higiene bucal cuestionable.

Con respecto al número de hermanos sé identifico un máximo de 5 y un mínimo de 0 hermanos teniendo como valor medio 3 hermanos; respecto a la edad de los profesores se evidencio un máximo de 57 años, con una moda de 44 años, en base a la experiencia se determinó un máximo de 32 años y una moda de 20 años. Finalmente en cuanto a los resultados de la encuesta aplicada a los profesores se evidencio que la mayoría obtuvo una calificación de 18 puntos presentando un nivel de conocimiento sobre salud oral regular, una nota máxima de 21 y 17 como mínimo, las cuales se traducen de igual manera como

conocimiento regular; con respecto a los estudiantes se determinó que la mayoría obtuvo una calificación de 8 lo cual significa que presentaron un nivel de conocimiento regular; asimismo algunos estudiantes obtuvieron una nota máxima de 11 que se traduce como bueno y un mínimo de 6 que es un conocimiento malo.

De forma general en cuanto al grado de conocimiento sobre salud oral tanto de profesores como alumnos, resultaron presentar un nivel de conocimiento regular y que la cifra máxima en el índice CPO-D fue de 9.

Tabla 8. Distribución de la muestra en función de Índice CPOD y género

Género		PorcentajeCPOD (agrupado)		Total
		BAJO RIESGO	MEDIANO RIESGO	
Masculino	% dentro de Género	100,00%	0,00%	100,00%
Femenino	% dentro de Género	95,30%	4,70%	100,00%
Total	% del total	98,00%	2,00%	100,00%
ÍNDICE COMUNITARIO CPOD			1.90	
bajo < 2.6; mediano 2.7 -4.4; alto > 4.5				

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que según el riesgo de CPOD del 100% de la población el 98 % presento un bajo riesgo y solo el 2% presento un riesgo mediano. En cuanto al género se denoto que el masculino en su totalidad presentaron un bajo riesgo y el género femenino presento un 95,3% bajo riesgo y un 4.7% de mediano riesgo. Por tanto, la mayoría de la población presento un bajo riesgo del índice CPOD.

En relación con el índice comunitario CPOD se obtuvo un resultado de 1.90 lo cual determino que se encontraban en un nivel de riesgo bajo en términos generales.

Tabla 9. Distribución de la muestra en función de Índice de placa y género

Género		NIVEL DE PLACA			Total
		ACEPTABLE	CUESTIONABLE	DEFICIENTE	
Masculino	% dentro de Género	26,3%	70,2%	3,5%	100,0%
Femenino	% dentro de Género	27,9%	58,1%	14,0%	100,0%
Total	Total	27,0%	65,0%	8,0%	100,0%
ÍNDICE DE PLACA COMUNITARIO		23.52 %			
aceptable < 20%; cuestionable 20.1%-30%; deficiente > 30.1%					

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó que según el índice de placa del 100% de la población en forma general el 27% presentó un grado aceptable, el 65% fue cuestionable y solo el 8% presentó un nivel deficiente. En cuanto al género se denotó que el masculino presentó un 26,3% aceptable, 70,2% cuestionable y 3,5% deficiente y el género femenino presentó un 27,9% como aceptable, 58,1% cuestionable y un 14% deficiente. Por tanto, la mayoría de la población presentó un índice de placa cuestionable, siendo en su mayoría el género masculino.

En relación con el índice comunitario de placa se obtuvo un resultado de 23,52% lo que evidenció que se encontraban en un nivel cuestionable.

Tabla 10. Pruebas de Chi-cuadrado-Índice CPOD

Preguntas encuesta niños:	Chi-cuadrado de Pearson
Nivel de estudios de la madre	.044*
¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?	.942
¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?	.163
¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?	.969
¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?	.958
El hilo dental se usa para	.926
Las encías están enfermas cuando:	.958
Los tejidos de la boca se dañan o se irritan (se forman llaguitas) por	.563

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Tal como se muestra en el cuadro anterior, se evidencia una significancia positiva (.044*) entre la respuesta del cuestionario dirigido a padres "Nivel de estudios de la madre" y el índice CPOD obtenidos de estudiantes, lo que indica que la una incide en la otra desde el punto de vista estadístico.

Por otro lado, también se puede observar en la tabla 7 que no existe una correlación estadística significativa entre la encuesta dirigida a los estudiantes y el índice CPOD.

Tabla 11. Correlación de Rho de Spearman-Índice de placa

	RELACIONES	ÍNDICE DE PLACA PROMEDIO
Cuestionario padres de familia	¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?	.025*
	Se muerde las uñas	.042*
Preferencias alimentarias estudiantes	Consumo de Salchichas	.025*
	Consumo de Carne de Vaca	.041*

Fuente: Encuesta procesada en SPSS

Análisis

Se determinó con la ayuda de la prueba de Rho de Spearman que existe una relación significativa entre las variables índice de placa y el cuestionario dirigido a los padres de familia específicamente con las preguntas “¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?” con un valor $p=0.025$ esto refleja una correlación positiva que significa que mientras menor sea el uso de métodos de control de higiene, mayor será el nivel de placa bacteriana.

Así mismo la pregunta “Se muerde las uñas” presentó un valor $p=0.042$ esto refleja una correlación que significa que mientras mayor sea la edad en la que continua con ese hábito, habrá un aumento significativo del índice de biofilm presente.

En cuanto a la dieta de los participantes y su relación con el índice de placa se encontró una correlación con el consumo de carne de vaca con un valor significativo de $p=0.041$ y salchichas $p=0.025$ en la cual se evidenció que mientras más se consuma estos nutrientes mayor será el acumulo de placa bacteriana.

DISCUSIÓN

La importancia del presente trabajo radica que en la actualidad los adolescentes son considerados como un grupo poblacional vulnerable a varios problemas de salud, dentro del cual se encuentra el bucal, debido en gran parte al desconocimiento sobre los factores que propician dichas afecciones y los hábitos que arraigan consigo desde edades tempranas en el cual juegan un papel fundamental los padres de familia y personas más allegadas a ellos.

En la población de estudio del presente trabajo investigativo en cuanto al conocimiento de los estudiantes sobre salud oral hubo un predominio regular con 51% (52.6% masculino-48.8% femenino) en forma general y en cuanto al género se identificó que las mujeres mostraron un mejor nivel con una distinción del 3.8% a su sexo opuesto. Los resultados alcanzados coinciden con lo publicados por Hernández ⁽⁷²⁾ Cuba en los cuales se encontró un grado regular 43.2% en la mayoría de los escolares en mayor porcentaje en las mujeres, también concuerdan con los publicados por Ávalos ⁽⁹⁰⁾ en Perú concordaba un nivel regular en un 72.4% y por González ⁽⁹¹⁾ Paraguay que también se halló similitud presentando en la mayor parte de los escolares un 57,83% un conocimiento regular. Los reportes de este estudio no tienen coincidencia con los de Dávila ⁽³⁾ en Caracas los cuales en la mayoría de los estudiantes hubo un predominio de conocimiento bueno con un 66% y de Crespo ⁽⁸⁹⁾ Cuba que de igual forma se evidencio un nivel bueno 85%, esto puede deberse que a estos grupos de estudio se les brindo charlas previas sobre salud oral.

En relación a los profesores se evidencio que hubo un predominio regular 100% en cuanto al nivel de conocimiento sin ninguna distinción en el género, estos resultados coinciden con los de Flores⁽⁹²⁾ Lima Perú en el cual el mayor porcentaje fue regular en un 50% seguido por un 40% bueno y 10% malo , de igual manera con los obtenidos por Vaca ⁽⁹³⁾ Chimbote-Perú presentaron un grado regular en 60%, precedido por un grado alto 40%, Tamayo⁽⁹³⁾ Perú de igual manera reporto resultados similares un nivel regular 63,8%, bueno 21.7% y malo en un 14% y con los de Serrano⁽⁹⁴⁾ Cuba cuyos resultados arrojaron un 53.9% regular, 27% bueno y malo un 19.1%. Por otro lado, los resultados encontrados por Ugalde ⁽⁹⁵⁾ en Venezuela discrepan de los del trabajo investigativo, se evidencio un predominio del conocimiento bueno en un 100% de toda la población de estudio, cuyo resultado concuerda con los expuestos por Milanés et al ⁽⁹⁶⁾ Cuba donde de igual manera un 100% como muy bueno. Esto puede deberse a que en los dos grupos de estudio se les dio charlas previas

educacionales sobre salud oral incrementando significativamente el nivel de conocimiento de los docentes.

Por otro lado con respecto a los hábitos de higiene oral de los estudiantes se determinó que el método más empleado fue el uso de seda dental con un 29%, seguido por el 2 % colutorios pero la mayoría no usa nada 69% ; En relación al género no se encontró una diferencia significativa, cuyo estudio concuerda con el estudio de Casals⁽¹⁰⁵⁾ Barcelona-España en el cual señala que el método de control más empleado es el hilo dental en Vitoria-Gasteiz un 30.4% y Galicia un 12.4% en la población escolar, dichos resultados discrepan con los encontrados por el mismo autor en el grupo poblacional adulto en el cual el recurso mas empleado fue el colutorio con un 63%. Así mismo se determinó que en forma general el 94% del grupo poblacional come entre horas, mientras el 6 % de la población no lo hace. Este resultado concuerda con los publicados por Diaz ⁽⁵⁶⁾ en Venezuela (67.5 %) y Lara ⁽¹⁰²⁾ en Manabí (29%) en los cuales la mayoría de los estudiantes consumía alimentos a deshora.

En relación al índice CPOD en el presente trabajo investigativo se encontró un índice comunitario de 1,90 lo cual se encuentra dentro de un riesgo bajo en términos generales, sin ninguna diferencia significativa, en lo que respecta al género; cuyo resultado concuerda con los publicados por García ⁽⁵⁹⁾ en Perú denotando un promedio de 1.75 en escolares de 12 a 18 años, Paiva ⁽⁴⁵⁾ en Brasil en su estudio comparativo encontró un índice 2,59 en Argentina, en Chile un valor de 1.90, Brasil de 2,10 posicionándolos dentro de un nivel de bajo riesgo. Esto puede atribuirse que en dichas poblaciones de estudio existieron programas preventivos sobre salud oral eficientes y la mayoría de los participantes eran de un estatus social acomodado.

Dichos resultados discrepan con los publicados por Díaz ⁽⁵⁶⁾ en Venezuela en cual presento un índice promedio de 3.87 ,de igual manera con el estudio comparativo realizado por Paiva ⁽⁴⁵⁾ en Brasil en el cual se encontró que Perú arrojaba un índice de 3.67, por otro lado México indica un valor general de 3.7 y finalmente con los datos dados por Vélez ⁽⁴⁹⁾ Ecuador-Machángara de 3.89 en niños de 12 años; denotando un mediano riesgo del índice CPOD en estos grupos poblacionales. Esto se debe a la falta de implementación de programas preventivos eficientes sobre salud oral y a su vez al ineficiente seguimiento y control de los mismos.

Referente a la higiene bucal se encontró un índice comunitario de placa promedio de 23.52% considerado como cuestionable, cuyo resultado concuerda con los de Romero ⁽⁹⁹⁾ en Perú

23.97% aplicado a estudiantes que manifestaron usar pasta dental como principal medio limpieza oral y de Acero⁽¹⁰⁰⁾, Puno presentando de igual manera un porcentaje 25.06%, estos valores se deben a que estos grupos de estudio fueron expuestos a programas preventivo-educativo con anterioridad. Los resultados difieren con los encontrados por Corchuelo⁽⁹⁷⁾ en Colombia con un valor de 80.1% en niños de quinto de educación básica sin ninguna diferencia significativa en cuanto al género y por Solorzano⁽⁹⁸⁾ en Misak el cual señalo un índice de 91.9% cuya población de estudio estaba dada por hombres y mujeres con discapacidad.

Así mismo en esta investigación se demostró estadísticamente que no existe una correlación entre las variables que se muestran en la tabla 8 ya que sus valores son mayores a la estándar >0.050 , la cual coincide con el estudio de Analuisa⁽¹⁰⁰⁾ en Quito, a excepción de la pregunta ‘Nivel de estudios de la madre ‘ en la cual se aprecia un estadístico de Chi-cuadrado con una relación significativa igual a 0.044 en relacion al índice CPOD, el cual coincide con el estudio de Tamayo⁽⁹³⁾ y Lazo⁽¹⁰³⁾ en Perú que muestra de igual manera una correlación entre estas variables; Esto no coincide con los resultados obtenidos por Benavente⁽¹⁰⁴⁾ en Lima en la que no se encontró relacion significativa entre estas dos variables.

Con respecto a la dieta de los participantes y su relación con el índice de placa al aplicar la prueba de Rho de Sperman se encontró una correlación con el consumo de carne de vaca con un valor significativo de ($p= .041$) y salchichas ($p=.025$) en la cual se evidencio que mientras más se consuma estos nutrimentos mayor será el acumulo de placa bacteriana lo cual en teoría no es factible ya que según los estudios de López⁽¹⁰⁾ México y González⁽⁵⁴⁾ discrepan indicando que las proteínas no son alimentos retentivos en las superficies de los dientes tienen un efecto protector sobre el esmalte e incrementan la capacidad tampón de la saliva y por ende no contribuyen al aumento de biofilm.

Finalmente se encontró una correlación en el cuestionario aplicado a padres en la pregunta ‘¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?’ presentando un valor positivo de $p=0.025$ en el cual se evidencia que mientras menos se use un método para reducir la placa mayor será el mismo; Este estudio concuerda con lo publicado por Galaz⁽¹⁰⁶⁾ en México y de Bosch⁽¹⁰⁷⁾ en Madrid en el cual nos indica que el riesgo es 35 veces mayor en los que no utilizan métodos auxiliares como ayudantes para el control de higiene bucal

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- En relacional conocimiento sobre salud oral de los estudiantes con base a los resultados obtenido se demostró un conocimiento regular, donde las mujeres presentaron un mayor grado de conocimiento bueno en relación con el sexo opuesto; con respecto a los profesores se identificó que es su totalidad presentaron un nivel regular sin ninguna distinción en el género.
- En cuanto a los hábitos sobre salud oral se identificó que la mayoría de la población de estudio no utiliza un método para el control de placa, solo una pequeña parte emplea el hilo dental, por otro lado, también encontramos que la mayoría de la población de estudio consume alimentos entre horas.
- De acuerdo con el índice CPOD se encontró los siguientes resultados; predominio de bajo riesgo seguido por mediano riesgo en forma general en toda la población de estudio, en cuanto al genero los hombres presentaron menor riesgo que las mujeres. Por otro lado, se identificó un nivel de placa cuestionable en la mayor parte de los escolares y finalmente en relacion a los índices comunitario se encontró un riesgo bajo de CPOD .
- Mediante el uso del estadístico chi cuadrado para la asociación del índice de CPOD con las distintas variables se observó una sola variable estadísticamente significativa la cual es el nivel de instrucción de la madre, por lo tanto, el nivel de instrucción de una madre va a intervenir directamente al índice de CPOD.
- Al asociar el nivel de conocimiento de los estudiantes, profesores y los cuestionarios dirigidos a padres con el índice de placa de O'Leary aplicando la prueba estadística de Sperman se concluye que si existe una correlación con dos ítems del cuestionario dirigido a padres de preferencias alimentarias, reflejando que mientras menos se use un método de control de biofilm mayor será el nivel de placa, de igual manera con el consumo de proteínas se observó una relacion directamente proporcional con el aumento de placa bacteriana, es decir a mayor consumo de proteínas mayor formación de placa, sin embargo dicho resultado no es respaldado por la teoría científica, puesto que ese grupo alimenticio se encuentra dentro de los alimentos carioestáticos los cuales contribuyen a la protección del esmalte.

RECOMENDACIONES

- Diseñar campañas de promoción y prevención en salud oral dirigidas a los estudiantes, profesores y padres de familia a fin de concientizar y mejorar la calidad de vida a futuro de los escolares.
- Fortalecer los programas preventivos a través de la educación y continuo seguimiento de estos e incentivar a la población a vivir mas y mejor promoviendo hábitos de salud oral desde edades tempranas.
- Se recomienda que las historias clínicas sean llenadas de manera correcta y dar un continuo seguimiento de estos y visitar al odontólogo al menos 2 veces al año para una evaluación y diagnóstico precoz.
- Promover mecanismos que ayuden a la difusión y divulgación sobre la importancia del nivel de conocimiento sobre salud oral tanto de estudiantes, padres de familia y profesores y su repercusión en el surgimiento de afecciones bucodentales, para con ello lograr disminuir de manera paulatina.
- Se recomienda la implementación de nuevos ítems como lo es el índice de placa de O'Leary, cuestionarios del historial de alimentos que permita una mejor valoración integral del paciente, permitiendo detectar a tiempo posibles factores predisponentes al surgimiento de enfermedades bucales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cupé-Araujo AC, García-Rupaya CR. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Scielo. 2015;; p. 10.
2. Mattos Vela MA, Carrasco Loloya MB, Pacheco S. Nivel de Conocimiento sobre Pasta Dental Fluorada en Padres y Profesores de Preescolares. Scielo. 2013;; p. 8.
3. Dávila M, Mujica G. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Scielo. 2008;; p. 9.
4. Godínez Morales AG. La salud oral hoy. Revista ADM. 2016;; p. 2.
5. Zerón A. Salud oral es salud sistémica. Revista ADM. 2019;; p. 3.
6. Serrano Figueras KM, Arévalo Rodríguez N, Hernández Zaldívar LG. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico. 2019;; p. 16.
7. GARCÍA R, MORALES H, UNZAGA M. Preferencias alimentarias y estado de nutrición en niños escolares de la Ciudad de México. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2014 November; 7(6).
8. Alvarenga J, VELÁZQUEZ V, GARCÍA V, BARRANCO J, LÓPEZ J, ALVA L, et al. Influencia de los padres sobre las preferencias. Medigraphic Artemisa. 2012 Septiembre; 143(3).
9. ANAYA S, ÁLVAREZ M. FACTORES ASOCIADOS A LAS PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS. Eleuthera. 2018 Noviembre; 18(58).
10. Narváez Chávez¹ AM, Tello. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de. Revista "ODONTOLOGÍA". 2017;; p. 17.
11. Martínez Abreu , Capote Femenias JL, Bermúdez Ferrer G, Martínez García. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Scielo. 2015;; p. 8.
12. Ferreira Gaona MI, Diaz Reissner CV, Pérez Bejarano NM, Sanabria Vázquez DA, Alvarenga Rodas MV, Bazán Cohene DD, et al. Salud bucal en preescolares y nivel de

- conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. Scielo. 2016;; p. 8.
13. Herrero Jaen S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. 2016 Agosto; 10(2).
 14. Franco S. Salud para la paz y paz para la salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2015 Julio; 14(29).
 15. Fernández M, Trujillo L. Importancia de la familia en la salud bucal. Revista Cubana de Estomatología. 2012 Marzo; 49(1).
 16. Caballero C, Flores J, Monreal L. Salud bucodental relacionada a la calidad de vida:revisión crítica de los instrumentos de medición. Memorias del Instituto de Investigación en Ciencias de la salud. 2017 Julio; 15(2).
 17. Bosch R, Alonso R, Hoyos F. Oral health knowledge and tooth brushing quality before and after an educational intervention in children aged 9 and 10. Avances en Odontoestomatología. 2012 Febrero; 28(1).
 18. Ramírez. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. In Anales de la Facultad de Medicina. 2009;; p. 8.
 19. Dho M. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015 Septiembre; 33(3).
 20. Freire A, Puppín R, Mialhe F, Barbosa T. Influence of family environment on children's oral health:a systematic review. Jornal de pediatria. 2013;; p. 8.
 21. Quezada F. Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II. Pueblo Continente. 2016.
 22. Julio R. RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES. 2nd ed. Salud AaPdsM, editor. Madrid-España: Salud Madrid; 2015.

23. Amaya M, Morales MdC, Uribe R. Implementación de un modelo de capacitación multimedial para brindar orientación alimentaria a los beneficiarios de un programa de ayuda social en México. *Sage Journals*. 2018 Marzo; 26(4).
24. Castillo L, Herrera S, Escobar E, Valle J. Orientación nutricional y práctica de actividades físicas en pacientes con diabetes. *Revista Cubana de Reumatología*. 2021; 23(2).
25. Hernández Z, Rodríguez S, Hernández S, Monterrubio E. Patrones dietéticos y síndrome metabólico en mujeres con exceso de peso de 18 a 45 años de edad. *Salud Pública de México*. 2018 Abril; 60(2).
26. Schulze M, Martínez A, Fung T, Forouhi N. Food based dietary patterns and chronic disease. *Science and Politics of Nutrition*. 2018 Junio; 3(2).
27. Salas J, Bonada A, Trallero R, Burgos R. *Nutrición y dieta clínica*. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
28. Zipes D, Libby P, L D, Tomaselli G. *Cardiología en Atención primaria*. Undécima ed. Rodríguez L, editor. Barcelona-España: Elsevier; 2015.
29. Fonseca Z, Quesada A, Yoanis M, Cabrera E, Boada A. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed*. 2020 Febrero; 24(1).
30. Agricultura OdINUpIA. ¿Que es la malnutrición? In Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición; 2014; España. p. 2.
31. Fuentes L. Problemas del desarrollo. *Revista Latinoamericana de economía*. 2013 Abril; 13(51/52).
32. Fajardo E. OBESIDAD INFANTIL: OTRO PROBLEMA DE MALNUTRICIÓN. *Revista Med*. 2012 Enero; 20(1).
33. Hernández T, Rodríguez M, Giménez C. La malnutriciónun problema de salud global y el derecho a una alimentación adecuada. *Riecs*. 2017 Marzo; 2(1).
34. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverria S, Pérez Á, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado

- Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria*. 2020 Febrero; 36(4).
35. Santana M, Ribeiro H, Mora M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 2012 Octubre; 27(2).
36. Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. PREVALENCE OF RISK OF EATING DISORDERS IN SCHOOL ADOLESCENTS FROM NORTHERN CHILE. *Revista chilena de nutrición*. 2011 Junio; 38(2).
37. Dias A, Pinheiro S, Texeira A, Leal I. Transtornos alimentares e insatisfacao com a imagen corporal em bailarinos. *Revista Brasileira de medicina do Esporte*. 2014 Agosto; 20(4).
38. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estuðisantes de preparatoria: un analisis por sexo. *Enseñanza e investigacion en psicología*. 2011 Junio; 16(1).
39. Bustamante G, Quisbert J. Bulimia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*. 2013 Septiembre; 35.
40. González L, Romero M, Rascón M. Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud mental*. 2013 Febrero; 36(1).
41. Fraihat N, Madae , Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019;; p. 33.
42. Quezada F. Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II. *Pueblo Continente*. 2016;; p. 6.
43. B , T , Marsh PD, Ekstrand , Weintraub , Gomez , et al. Dental caries. *Disease primers*. 2017;; p. 16.

44. Espinoza Solano , León R. Prevalencia y experiencia de caries dental en estudiantes según facultades de una universidad particular peruana. Estomatología Herediana. 2015;; p. 7.
45. Paiva S. Epidemiología de la caries dental en america latina. Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatria de los países Latinoamericanos. 2014 Diciembre; 4(2).
46. Duque C, Mora Í. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. Universidad Odontologica. 2012 Junio; 41(50).
47. Muñoz N, Muñoz M, Jimbo J. Epidemiología de la caries dental en adolescentes de un consultorio odontológico. Polo del Conocimiento. 2017 Abril; 2(4).
48. Ramón R, Castañeda M, Hortensia M, Estrada A, Quinzán A. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. Medisan. 2016.
49. Vélez V, Villavicencio E, Cevallos S, López C. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. Revista Estomatológica Herediana. 2019 Septiembre; 29(3).
50. Reinoso Vintimilla N, Villavicencio E. Caries dental en escolares de 12 años de la parroquia Sayausí(Cuenca) Ecuador. Revista Odontología activa UCACUE. 2016 Enero; 1(1).
51. Pulido I, Raposo S, Díaz M. Caries dental.Actualizacion. Redoe. 2017 Diciembre; 14(50).
52. Achahui P, Albinagorta J, Arauzo C, Cadenillas A, Céspedes G, Cigüeñas E, et al. Caries de Infancia temprana: diagnóstico e identificación de factores de riesgo. Odontología Pediatrica. 2014 Diciembre; 13(2).
53. Seow WK. Early Childhood Caries. Pediatric Clinics. 2018;; p. 14.
54. González Á, González B, González E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutrición Hospitalaria. 2013 Julio; 28(4).

55. Pozo M. Caries dental y su relación con la dieta cariogénica en pacientes atendidos por urgencias. *Clínica Estomatológica*. 2011; 15(3).
56. Díaz N, Fajardo Z, Páez M, Solano L, Pérez M. Frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos y prevalencia de caries dental en escolares venezolanos de estrato socioeconómico bajo. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013 Noviembre; 51(2).
57. Albert M, Menéndez A, Ribelles M. Caries de infancia temprana. Prevalencia y factores etiológicos de una muestra de niños valencianos: estudio transversal. *Odontología Pediátrica*. 2016 Diciembre; 15(2).
58. Carvajal E, Chofré M, Senent G, Robledo L. Factores de riesgos en la génesis de la caries dental en edad temprana y efectos de la lactancia materna. *Revista Cubana de Estomatología*. 2020 Julio; 57(2).
59. García L. Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene bucal con caries dental en escolares. *Kiru*. 2012; 9(1).
60. Páez M, De la Cruz Cardoso D. Indicadores de prevalencia y de predicción de riesgo de Caries dental. *Revista especializada en Ciencias de la Salud*. 2014; 17(1).
61. Vergiú C, Malatto J, Berger C, Salazar G, Reyes J, Orrego G, et al. Vergiú, Carlos; Malatto, José; Berger, César; Salazar, Giannina; Reyes, Jorge; Orrego, Gissel; Torres, Luis; Cuadros, Cynthia; Pérez, Gabriel; Guevara, Angélica. *Kiru*. 2015; 12(2).
62. Flores M. Prevalencia de Caries dental e índice CPOD en escolares de 12 años en la parroquia Baños del cantón Cuenca 2016. *Revista Oactiva UC Cuenca*. 2016 Diciembre; 1(3).
63. Iriquin S, Mendes C, Rancich L, Rimoldi M, Mazzeo D, Arévalo J, et al. Correlación en el diagnóstico de caries entre el índice ICDAS II y los índices CPOD y CEOD. *Revista de la Facultad de Odontología*. 2014; 3(1).
64. Ortega F, Guerrero A, Aliaga P. Determinantes sociales y prevalencia de lacaries dental en población escolar de zonas rurales y urbanas de Ecuador. *USFQ*. 2018 Septiembre; 4(2).

65. Veléz E, Encalada L, Fernández M, Salinas G. Prevalencia de caries según índice CEOD en escolares de 6 años Cuenca- Ecuador. Kiru. 2019; 16(1).
66. Sarduy L, Gonzáles Díaz M. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista Científica Villa Clara. 2016 Julio; 20(3).
67. Ramos Perfecto D, Brañez K. Streptococcus sanguinis y actinomyces viscosus bacterias pioneras en la formacion del biofilm dental. Kiru. 2016 Diciembre; 13(2).
68. Chaple Gil A, Gispert Abreu EdlÁ. “Amar” el índice de O’Leary. Revista Cubana de Estomatología. 2019 Diciembre; 56(4).
69. Chaple Gil A, Gispert Abreu EdlÁ. “Amar” el índice de O’Leary. Revista Cubana de Estomatología. 2019 Diciembre; 56(4).
70. Vega Navarro A, Cruz L, Escalante L. Agentes reveladores de placa. Revista Odontología Actual. 2019 Febrero; 16(190).
71. Gini Martínez F, González Acosta MdC, Keim Meden L, Nakayama H, Nuñez Mendieta H. Control de la biopelícula dental en niños mediante una estrategia de motivación basada en el uso domiciliario de sustancia reveladora. Revista Científica en Ciencias de la Salud. 2019; 1(1).
72. Rivera F, Guerrero M, Marrero M. Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Secundaria Básica: Antonio Maceo 2016. Revista médica electrónica. 2018; 40(4).
73. Montenegro G, Sarralde Delgado AL, Lamby Tovar CP. La educación como determinante de la salud oral. Revista Universidad Odontologica. 2013 Diciembre; 32(69).
74. Martínez Abreu J, Capote Femenias JL, Bermúdez Ferrer G, Martínez García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Scielo. 2015.
75. Odontopediatría SE. Odontología pediátrica. [Online].; 2019 [cited 2021 Agosto Jueves]. Available from: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/fluor/>.

76. Basso M. Fluoruros locales en Odontología. Revista de la Facultad de Odontología. 2020; 8(2).
77. Orellana J, Morales V, González M. Fluoruro diamino de plata: Su utilidad en la odontología pediátrica. Avances en Ciencia, Salud y Medicina. 2019 Junio; 6(2).
78. Faleiros S, Urzúa I, Rodríguez G, Cabello R. Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Revisión metodológica de ensayos clínicos. Clínica de periodoncia e implantología. 2013; 6(1).
79. Tur Feijón EM. Gingivitis. Características y prevención. Enfermería dermatológica. 2011 Abril;(12).
80. Rosales Corria EN, Cabrera Zamora SL, Coll Aguilera AM, Sánchez Rodríguez R, Pardiñas Milán L, Nicles Cabrera RE. Prevención de enfermedades periodontales. Métodos mecánicos de control de placa dentobacteriana. Médica Granma. 2019 Febrero; 23(1).
81. Kortemeyer B. Técnicas de cepillado y ámbitos de aplicación. Quintessences. 2012 Septiembre; 25(7).
82. Rizzo-Rubio LM, Torres Cadavid AM, Martínez Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES.Odont. 2016; 29(2).
83. Contreras Rosales J, Cardoso D. Dentífricos fluorurados: composición. Especializada en Ciencias de la Salud. 2014; 17(2).
84. Rivero García N, Medina A, Martínez G, Prieto M. Utilización de mantenedores de espacio en pacientes con pérdidas prematuras de dientes primarios. Odontopediatría Latinoamericana. 2012 Diciembre; 2(2).
85. Moreno S, Pedraza G, Carrillo E. Mantenedor de espacio en pérdida prematura de órganos dentarios en dentición mixta. ADM. 2011; 68(1).
86. Gutiérrez N, López A. Mantenedores de espacio colocados del 2008 al 2011 en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. Revistas Científicas de América Latina. 2013; 13(15).

87. Arcos G, Castro L, González E, Pérez B, Macías C, Caycedo M. Mantenedores de espacio en dentición temporal y mixta: Revisión sistemática. *Journal Colegial*. 2012 Diciembre; 5(10).
88. Filipponi T, Richards W. Oral health knowledge, perceptions and practices among parents, guardians and teachers in South Wales, UK: A qualitative study. *British dental journal*. 2018;; p. 6.
89. Crespo Cuenca L, Parra Enríquez S, Moreno Almaguer M, Matos Roche L, Aguilera Ochoa5 FdlM. Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2019;; p. 18.
90. Ávalos Márquez JC, Huillca Castillo N, Picasso Pozo MÁ, Mitumori 1 EO, Gallardo. Nivel de conocimiento en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares en escolares de una población peruana. *Kiru*. 2015;; p. 5.
91. Santa Cruz González NO, Pérez Aquino CF, Rivera NV, Achucarro Galeano. Nivel de conocimiento y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2019; p. 8.
92. Flores, M. Nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores en educación primaria. Lima -Perú;2018.79, p.
93. Tamayo Vargas C. Condiciones de salud bucal de niños de 3-6 años de edad y nivel de conocimiento de los padres y profesores de tres instituciones educativas. *Odontología Sanmarquina*. 2013 Agosto; 16(2).
94. Serrano Figueras KM, Arévalo Rodríguez N, Hernández Zaldívar LG. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. *Correo científico médico*. 2019 Junio; 23(2).
95. Soto Ugalde1 A, M N, Delgado S, Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*. 2014 Marzo; 12(1).
96. Milanés Chalet A, Martínez Sánchez N, Trujillo Pacheco S, Diaz Reyes MT, Silvera Rosales. O. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015. *Revista Médica. Granma*. 2016 Diciembre; 20(6).
97. Solorzano, C. Estado de higiene bucal según el índice de placa comunitario en la comunidad misak con discapacidad entre enero y julio del 2016. *Misak-Colombia*;2016. 77, P.

98. Romero, B. Relación entre el cepillado dental con y sin dentífrico y el nivel de índice de placa comunitario en estudiantes de clínica integral de odontología de la uladech católica, distrito de chimbote, provincia del santa, departamento de ancash, del semestre 2017 – ii. Chimbote-Perú;2019.85, p.
99. Acero, L. Efecto de un programa preventivo - educativo en el incremento del conocimiento y control de placa bacteriana en pacientes de 12 a 17 años portadores de aparatología ortodoncica fija, arequipa 2017.Puno-Perú;2019.114, p.
100. Analuisa, M. Grado de conocimiento de padres de familia sobre control de placa bacteriana en niños de 6 a 8 años en la unidad educativa luxemburgo 2016.Quito;2017.119, p.
101. Lara, A. Hábitos alimenticios y su incidencia en la formacion de caries en los niños preescolares de la escuela andres de vera periodo marzojulio 2009.Manabí.2009.139, p.
102. Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colombia Médica. 2011 Diciembre; 42(4).
103. Lazo , Herbert C. Oral hygiene. Maternal level of education and their association with caries in children 6 to 9 years. Ciencia y Desarrollo. Universidad Alas Peruanas. 2016 Septiembre; 18(2).
104. Benavente L, Chein , Campodónico R, Palacios. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. ODONTOLOGÍA SANMARQUINA. 2012 Mayo; 15(1).
105. Casals P. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE. 2005 agosto; 10(4).
106. Galaz J, Ramos , Tijerina. Riesgo de presencia de placa dentobacteriana asociado al control de higiene bucal en adolescentes. Revista salud pública y nutrición. 2009 Diciembre; 10(4).
107. Bosch R, Rubio A, García H. Oral health knowledge and tooth brushing quality before and after an educational intervention in children aged 9 and 10. Avances en Odontoestomatología. 2012 Febrero; 28(1).

ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la Unidad educativa “Capitán Edmundo Chiriboga”



Unidad Educativa
“CAPITÁN EDMUNDO CHIRIBOGA G.”
Estudio, Trabajo y Disciplina
Riobamba – Ecuador



Oficio N° 67 R-UECECH
Riobamba, 05 de mayo del 2021

Señorita
María Viviana Mejía Mejía
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Presente.

De mi consideración:

A nombre de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga” reciba un cordial y atento saludo, a su vez me permito informar que en respuesta al oficio sin número con fecha 4 de mayo del 2021 dirigido hacia mi persona y que en su parte central manifiesta “(...) *solicitar muy comedidamente se digne en otorgarme la AUTORIZACIÓN para coordinar con padres de familia y estudiantes de Tercer Año de Bachillerato, la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución del micro proyecto titulado “Nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares. Sector 4. Riobamba, 2021” (...)*”. Al respecto en calidad de Rector (E) de la Institución se **AUTORIZA** su solicitud tomando en cuenta el **Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O** con fecha 31 de marzo firmado por Mgs. Wilson Antonio Molina Machado Director Distrital de Educación 06D01 – Chambo Riobamba, ruego coordinar con los compañeros tutores de **TERCER AÑO DE BACHILLERATO GENERAL UNIFICADO PARALELO A, B, C y D**, cursos con los cuales se desarrollará dicha actividad recomendando cuidar de no afectar el desenvolvimiento normal de clases.

Particular que comunicó a Usted para los fines consiguientes.

Atentamente;

MSc. Joe Guamán
RECTOR



Anexo 2. Autorización del distrito

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O

Riobamba, 31 de marzo de 2021

Asunto: COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación.

Señor Odontólogo
Carlos Alberto Alban Hurtado
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E, COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación. Al respecto este Distrito Educativo 06D01 Chambo Riobamba, comunica que luego de haber revisado el documento, **autoriza** su solicitud, para que de una manera coordinada con las autoridades institucionales se pueda llevar a cabo dicha actividad, al tiempo de indicar que se debe cuidar de interrumpir el normal desenvolvimiento del horario de clases, de manera significativa.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Wilson Antonio Molina Machado

DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACIÓN 06D01 - CHAMBO RIOBAMBA

Referencias:

- MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E

Anexos:

- of_n°. _umach-fcs-dco-2021-162-tt;_dr_carlos_albán_hurtado.pdf

hv/ot

Dirección: Av. Amazonas N34-451 y Av. Atahualpa.
Código postal: 170507 / Quito-Ecuador
Teléfono: 593-2-396-1300 - www.educacion.gob.ec

* Documento generado por Quipux

Lenin



1/1

Anexo 3. Historia clínica

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		Nº HISTORIA CLÍNICA							
MENOR DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS PROGRAMADO		5-14 AÑOS NO PROGRAMADO		10-14 AÑOS PROGRAMADO		15-19 AÑOS							
MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA															
1 MOTIVO DE CONSULTA										AÑO (A) LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME (E)							
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL										REGISTRE SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSAS, PARÁMETROS, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.							
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																	
1. ALERGIA ANTIBIÓTICO		2. ALERGIA ANESTESIA		3. HEMORRAGIAS		4. VIHUSIDA		5. TUBERCULOSIS		6. ASMA							
7. DIABETES		8. HIPERTENSION		9. ENF. CARDIACA		10. OTRO											
4 SIGNOS VITALES																	
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDÍACA min.		TEMPERATURA °C		F. RESPIRATORIA min.											
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO										DESCRIBA LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA INDICANDO EL NÚMERO							
1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MAXILAR SUPERIOR		4. MAXILAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR							
9. GLÁNDULAS SALIVALES		10. ORO FARINGE		11. A. T. M.		12. GANGLIOS		7. PISO		8. CARRILLOS							
6 ODONTOGRAMA																	
PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA																	
RECESIÓN		MOVILIDAD		VESTIBULAR		LINGUAL		VESTIBULAR		MOVILIDAD RECESIÓN							
18 17 16 15 14 13 12 11		21 22 23 24 25 26 27 28		55 54 53 52 51		81 82 83 84 85		91 92 93 94 95		31 32 33 34 35 36 37 38							
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL																	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS		8 ÍNDICES CPO-ceo							
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	LEVE	ANGLE I	LEVE	C	P	O	TOTAL					
			0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ANGLE II	MODERADA	d	c	e	o	TOTAL				
						SEVERA	ANGLE III	SEVERA									
16	17	55															
11	21	51															
26	27	65															
36	37	75															
31	41	71															
46	47	85															
TOTALES																	
9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA																	
* _{rojo} SELANTE NECESARIO		* _{azul} SELANTE REALIZADO		X _{rojo} EXTRACCIÓN INDICADA		X _{azul} PÉRDIDA POR CARIES		⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)		△ ENDODONCIA		□ PRÓTESIS FIJA		○ azul OBTURADO		○ rojo CARIES	
								— PÉRDIDA (OTRA CAUSA)		□ PRÓTESIS REMOVIBLE		= PRÓTESIS TOTAL		■ CORONA			

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN		NUMERO DE	
UNACH		CLINICA INTEGRAL				PARROQUIA GARCÓN PROVINCIA		HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO		SALA CAMA FECHA HORA	
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD									
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA									
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO		ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
								FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD									
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD									
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD									
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA									
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS									
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO									
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)									
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.									
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMSIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO									
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANA		FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLÓGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ FECHA: _____

Yo:....., representante del niño/a con número de cédula: _____

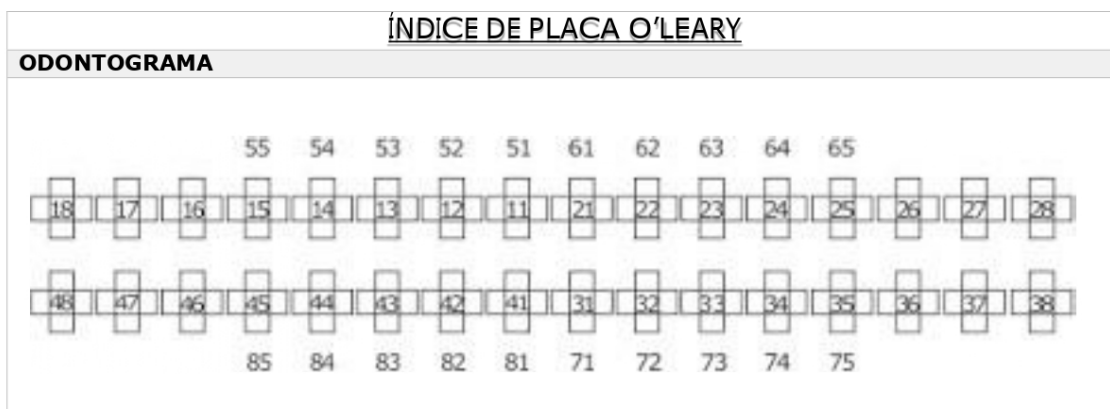
- 1.- Por medio del presente documento, informo que mi representado ha accedido a la apertura de su historia clínica odontológica. Aclarando, que, de ser el caso, cualquier otra intervención a parte de diagnóstico será solicitada o autorizada nuevamente por escrito su ejecución.
- 2.- Para todos los fines legales pertinentes declaro que de igual manera manifiesto y autorizo que mi representado y mi persona hemos proporcionado información por medio de las respuestas de cuestionarios aplicados.
- 3.- Consiento que la información de mi representado que se encuentra en la Historia Clínica Odontológica y los cuestionarios pueda ser utilizadas para fines educativos, investigativos o para publicaciones científicas, siempre y cuando se maneje la respectiva codificación para mantener el anonimato.
- 4.- Finalmente declaro que el texto anterior, me ha sido explicado detalladamente en su contenido.

Para constancia libre y voluntariamente firmo.

FIRMA: _____

C.C: _____

Anexo 5. Índice de Placa O'LEARY



ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN TEMPORAL	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIES TENDIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
ÍPO= _____ x 100 = _	



ÍNDICE DE PLACA DENTICIÓN TEMPORAL.		
ÍNDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN PERMANENTE	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIES TENDIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
ÍPO= _____ x 100 = _	



ÍNDICE DE PLACA DENTICIÓN PERMANENTE		
ÍNDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

Anexo 6. Encuesta dirigida a los Estudiantes

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL PARA ESTUDIANTES

1. ¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?

----- Cuando tienes dolor de muelas.
----- Dos veces al año a revisarte.

----- Cuando tienes caries dental (diente o muela picada) y no te duele.

2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?

----- Hay que curarla porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, hablar, y lucir bien.
----- No importa curarla porque luego te sacas la muela.

----- Hay que curarla porque luego duelen los dientes y muelas.

3. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?

----- Refrescos, batidos.
----- Dulces, caramelos, panes.

----- Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos.

4. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?

----- Cepillarse todos los dientes dos veces al día después de las comidas.
----- Cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, o

sea. Después de cada comida y antes de acostarse.
----- Masticar chicles.

5. El cepillado correcto se realiza:

----- De izquierda a derecha (horizontal).
----- De arriba hacia abajo y de bajo hacia arriba (encía a diente) incluyendo la lengua.

----- De forma circular por todos los dientes.

6. El cepillado basta con realizarlo:

----- Al levantarse y acostarse.
----- Después del desayuno, almuerzo, comida y antes

de acostarse.
----- Antes de desayunar.

7. El hilo dental se usa para:

----- Limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos.
----- Limpiar solamente entre las muelas.

----- Limpiar todos los dientes, entre uno otro, donde no penetra el cepillo.

8. Las encías se enferman por:

----- Masticar los caramelos.
----- Los microbios que quedan sobre la encía al no cepillarse.

----- Comerse las uñas.

9. Las encías están enfermas cuando:

----- Están muy pálidas.
----- Son rosadas y pegadas al diente.

----- Están rojas, sangran y se inflaman.

10. Las malas posiciones (dientes botados) o malas oclusiones pueden ser provocadas por:

----- Solo comer alimentos blandos y no masticar.
----- Succionar el tete, biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo.

----- Respirar correctamente por la nariz.

11. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan (se forman llaguitas) por:

----- Comer alimentos muy calientes, fumar, e ingerir bebidas alcohólicas.
----- Tomar alimentos muy fríos como helados.

----- Tener los dientes cariados (picados).

Anexos 7. Cuestionario de preferencias alimentarias Estudiantes

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS ALIMENTARIAS PARA NIÑOS

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto le gustan y le disgustan los diferentes alimentos a su hijo. Si su hijo nunca comido un alimento, marque "Nunca lo ha probado".

1. Carne de vaca

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

2. Hamburguesas de carne

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

3. Cordero

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

4. Cerdo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

5. Pollo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

6. Nuggets de pollo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

7. Pavo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

8. Tocino

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

9. Jamón

Nunca lo ha probado ()	Ni me gusta, ni me	Me gusta mucho()
No me gusta mucho ()	disgusta ()	
No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()	

10. Salchichas

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

11. Pescado frito rebozado o pan rallado por ejemplo, dedos de pescado

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

12. Pescado blanco simple por ejemplo, bacalao, eglefino, pargo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

13. Atún en lata		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
14. Huevos: hervidos, escalfados		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
15. Huevos: revueltos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
16. Pan blanco		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
17. Pan moreno		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
18. Aperitivos salados, galletas de queso p. ej. Chedders, Tuc		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
19. Queso (procesado) por ejemplo, cadenas de queso		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
20. Queso (duro) por ejemplo, queso cheddar		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
21. Queso (crema) por ejemplo, Filadelfia		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
22. Gachas de avena o Ready Brek		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
23. Cereales (sin escarcha ni con alto contenido de azúcar) por ejemplo, Weetabix, Cornflakes, Bran Flakes		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
24. Papas fritas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

25. Brócoli		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
26. Repollo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
27. Coliflor		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
28. Judías verdes o vainitas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
29. Hongos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
30. Cebollas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
31. Chirivías o zanahoria blanca		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
32. Chícharos o arvejas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
33. Ensaladas verdes por ejemplo, lechuga		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
34. Patatas dulces		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
35. Maíz dulce		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
36. Coles		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

37. Pepino

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

38. Zanahorias (crudas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

39. Zanahorias (cocidas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

40. Pimientos, rojos / verdes (crudos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

41. Pimientos, rojos / verdes (cocidos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

42. Tomates (frescos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

43. Tomates (enlatados, como salsa para pasta)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

44. Manzanas (horneadas o en puré)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

45. Manzanas (crudas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

46. Plátanos

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

47. Naranjas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

48. Mandarinas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

49. Uvas

Nunca lo ha probado ()

No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()

Me gusta mucho()

50. Melón

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

51. Melocotones, nectarinas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

52. Peras

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

53. Ciruelas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

54. Fresas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

55. Frambuesas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

56. Arándanos

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

57. Mango

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

58. Fruta de kiwi

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

59. Piña

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

60. Mantequilla

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

61. Margarina

Nunca lo ha probado ()

No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta un poco ()	Me gusta mucho()
62. Crema		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
63. Galletas dulces (simples) por ejemplo, té rico, digestivos		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
64. Galletas de chocolate		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
65. Bollos, pasteles por ejemplo bollos, pasteles daneses		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
66. Tortas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
67. Helado		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
68. Paletas de hielo		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
69. Postres lácteos por ejemplo, mousse		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
70. Yogur, queso fresco por ejemplo, Muller, Petits Filous		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
71. Patatas fritas		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
72. Chocolate		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
73. Dulces por ejemplo, pastillas de frutas, Starburst		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
74. Arroz		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()
75. Pasta		
Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

Anexos 8. Encuesta sobre salud oral y hábitos dirigido a profesores

ENCUESTAS SOBRE SALUD ORAL Y HÁBITOS A PROFESORES DE EDUCACIÓN INICIAL.

I. DATOS GENERALES:

Edad				Distrito donde vive			Curso y paralelo		
Género	M		F	Tiempo de experiencia (años)		Unidad Educativa			

II.- CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUDBUCAL.

Instrucciones: Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

1.- ¿Cuáles son los medios auxiliares de higiene bucal?

- | | |
|--|--|
| a) Dulces, cepillo dental, pasta dental. () | c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental () |
| b) Flúor, pasta dental, hilo dental. () | d) palillos, cepillo dental, enjuague bucal. () |

1. ¿Cuándo debo cepillarme los dientes?:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| a) Antes del desayuno. () | c) Antes de acostarme. () |
| b) Después del desayuno. () | d) Después de todas las comidas. () |

3.- ¿Por qué características se debería cambiar el cepillo dental?

- | | |
|---|---|
| a) En cuanto sienta que me lastima las encías () | fracturen. () |
| b) En cuanto las cerdas se deformen o se | c) solo a y b () |
| | d) En cuanto haya transcurrido unos 2 meses () |

4.- ¿Para qué sirve el flúor dental en gel aplicado por vía tópica?

- | | |
|--|---|
| a) Para cambiar de color a los dientes () | c) Para darle más resistencia al esmalte de los dientes () |
| b) Para enjuagarse la boca () | d) Para aumentar la saliva () |

5.- ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| a) Si () | |
| b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor. () | d) No, porque inflama las encías. () |
| c) No, porque les pica mucho y no les gusta. () | |

6. ¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| a) Al erupcionar el primer diente () | c) Cuando le duela algún diente () |
| b) Desde que nace () | d) Cuando le salgan todos sus dientes () |

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

7. ¿Qué es la placa bacteriana?

- | | |
|--|--|
| a) Restos de dulces y comida () | c) Restos de alimentos y microorganismos () |
| b) Manchas blanquecinas en los dientes () | d) Manchas amarillentas en los dientes. () |

8. ¿Qué es la caries de biberón?

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta a los dientes de leche ()
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) todos ()

9. ¿Considera, a la caries una enfermedad contagiosa?

- a) sí, porque es transmitida por medio de la saliva por tener la costumbre de besar a los hijos en la boca. ()
- b) sí, porque es producida por la concurrencia de bacterias específicas ()
- c) No, porque el diente cariado es el afectado y éste no contagia a los demás. ()
- d) sólo a y b.

10. ¿Qué es la gingivitis?

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de los dientes ()
- c) Inflamación del labio ()
- d) Inflamación de las encías ()

11. ¿Qué es la enfermedad periodontal?

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los tejidos de soporte del diente ()
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) Es relativamente frecuente en jóvenes y adolescentes ()

12. ¿Por qué considera principalmente que a una persona le sangran las encías espontáneamente?

- a) Porque se cepilla varias veces. ()
- b) Porque la encía está inflamada. ()
- c) Porque no visita al dentista. ()
- d) Porque se lastima al cepillarse. ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

13. ¿Cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?

- a) A las 6 semanas de gestación ()
- b) Al segundo trimestre de gestación ()
- c) Al segundo trimestre de nacido ()
- d) Al primer trimestre de gestación ()

14. ¿Cuántos tipos de dentición tienen los niños de 8 años?

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) 3 ()
- d) 4 ()

15. ¿Cuántos dientes de leche tienen los niños?

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 24 ()
- d) 15 ()

16. ¿Cuándo aproximadamente aparecen en boca los dientes de un bebé?

- a) A los 3 meses de nacido ()
- b) A los 6 meses de nacido ()
- c) A los 8 meses de nacido ()
- d) Al año de nacido. ()

17. ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque sirven para la masticación ()
- b) Sí, porque guardan el espacio a los dientes del adulto ()
- c) No, porque al final se van a caer ()
- d) a y b ()

18.- ¿Un diente de leche con caries afecta al diente que va a salir después?

- a) Si afecta, salen con malformaciones, manchas a nivel del esmalte de los dientes permanentes ()

- b) No afecta, ya que son dientes de leche y se mudan ()
- c) No afecta a los dientes permanentes si se trata a tiempo. ()
- d) solo a y c ()

SECCIÓN #2:

1. ¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud?

- a. Si, es muy importante.
- b. No, eso es parte de otra área.
- c. Solo como partes de dinámicas.
- d. Cuando amerite la situación o pregunte el niño.

2. En su opinión las acciones odontológicas deben ser:

- Principalmente curativas ()
- Principalmente preventivas ()

3. ¿Considera importante hacer promoción de salud bucal en la escuela?

- SI () NO ()

4. ¿Los malos hábitos orales están relacionados con otras enfermedades del niño?

- SI () NO ()

5. En nuestro medio la enfermedad bucal más común es la caries:

- SI () NO ()

SECCIÓN #3

1. ¿A que edad debe utilizarse pasta dental en el cepillado del niño?

- ✓ 0 años (). ✓ 3 años (). ✓ 6 años ().
- ✓ 1 año (). ✓ 4 años (). ✓ 7 años ().
- ✓ 2 años (). ✓ 5 años (). ✓ Otra edad (.....).

2. ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad caries dental?

- ✓ Queso y leche (). ✓ Pescado y mariscos () ✓ No sabe ().
- ✓ Verduras (). ✓ Todas ().

3. ¿Usted sabe si las pastas dentales contienen flúor?

- ✓ Si, si contienen (). Si, no contienen (). No, no sabe ().

4. ¿Sabe cuantos dientes de leche tiene un niño?

- ✓ 10 () 20 () 24 () No sé ()

SECCIÓN #4

Expresa lo que entiende por:

I. Salud

I. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social ().

II. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar netamente físico ().

III. Crear condiciones más favorables para resistir la enfermedad y evitar la presencia de la enfermedad ().

2. Enfermedad

I. Actividad en el campo social que incluye a la población como un todo, que depende de la participación del público ().

II. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes ().

III. Falta o limitación de alguna facultad física que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona ().

3. Promoción

I. Conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por estar caracterizada exteriormente resultan visibles para otros ().

II. Medios que posibilitan la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca ().

III. Intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales ().

4. La causa fundamental de la aparición de las caries y enfermedad de la encía es

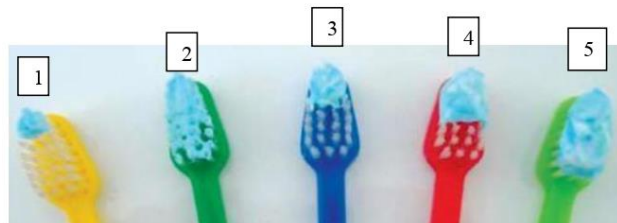
I. Mala Alimentación ()

II. Mal posición dentaria ()

III. Falta de Higiene ()

5. ¿Qué cantidad de pasta dental coloca en el cepillo de los niños?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()



Anexos 9. Cuestionario de hábitos de higiene oral y dieta dirigido a padres de familia

CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y DE DIETA DIRIGIDO HACIA PADRES DE FAMILIA

1.Sexo	F		M		2.Edad		3.Curso	
4.Lugar de nacimiento								

5.- Nivel de estudios del padre: a) Sin titulación b) Secundaria c) Bachillerato d) Universitario

6.- Nivel de estudios de la madre: a) Sin titulación b) Secundaria c) Bachillerato d) Universitario

7.-Número de Hermanos que tiene su hijo:

8.- Puesto que ocupa su hijo:

Las siguientes preguntas son relacionadas a su hijo

Higiene Oral

9.- ¿A qué edad empezó a cepillarse su hijo los dientes?

10.- Tipo de cepillo que utiliza: a) Manual b)Eléctrico

11.- ¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo los dientes?

a) No todos los días b) A diario c) 1 vez d) 2 veces e) 3 veces o más

12.- ¿Cuánto tiempo se cepilla su hijo los dientes (minutos)? a) 0-1 b) 1-2 c) Más de 2

13.- ¿Usa pasta dental? a) Si b) No

14.- ¿Utiliza su hijo enjuagues con flúor? a) Diarios b) Semanales c) Quincenales d) No realiza

15.- ¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?

a) Seda Dental b) Revelador de placa c) Colutorios d) No usa

16.- ¿Quién supervisa el cepillado? a) Hermano b) Padre c) Lo realiza solo

17.- Cuantas veces visita su hijo al dentista: a) 1 vez al año b)2 o más veces al año

18.- Acuden regularmente los padres al dentista? a) Si b) No

19.- Recibió su hijo lactancia Materna: a) Si/ Hasta que edad..... b)No

20.- Utilizó biberones nocturnos o mientras duerme el niño: a) Si b) No

21.- ¿Ha utilizado chupón? a) Si/ Hasta que edad..... b) No

22.- Utilizó chupón con sustancia azucarada (miel, leche condensada, azúcar, etc.) a) Si b) No

23.- ¿Se chupa el dedo? a) Si / Hasta que edad: b) No

- 24.- ¿Se muerde las uñas? a) Si/Hasta que edad: b) No
- 25.- ¿Aprieta los dientes por la noche? a) Si b) No
- 26.- ¿Se despierta por la noche? a) Si b) No
- 27.- ¿Ronca por la noche? a) Si b) No

Hábitos alimentarios

- 28.- Número de comidas diarias: a) 3 b) 4 c)5
- 29.- ¿Come entre horas? a) Si b) No
- 30.- Consumo de golosinas a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 31.- Consumo de chicles a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 32.- Consumo de bollería(galletas, donas, huesitos,etc)
- a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 33.- Consumo de snacks (patatas fritas, gusanitos de goma, etc.):
- a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 34.- Consumo de fruta: a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 35.- Consumo de refrescos azucarados y zumos envasados:
- a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 36.- Consumo de Agua: a) 2 vasos al día b) 3-4 vasos al día c) 4-6 vasos al día
- 37.-Consumo de lácteos/ probióticos:
- a) A diario b) 2-4 días a la semana c) Ocasionalmente d) Nunca
- 38.- ¿Cómo consume habitualmente los medicamentos?:
- a) Inhaladores b) Jarabes c) Masticables
- 39.- ¿Realiza limpieza oral luego de tomar medicamentos?: a) Si b) No