

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE**  
**HIGIENE BUCAL EN PACIENTES**  
**ODONTOPEDIÁTRICOS**

**TESIS PARA OPTAR POR**  
**EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR EL:**  
Bach. Diego Antenor YUCRA JACINTO

**LIMA – PERÚ**  
**2018**

## **TÍTULO DE LA TESIS**

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE  
HIGIENE BUCAL EN PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS**

## **JURADO DE SUSTENTACIÓN**

Dr. Palacios Alva Elmo	(Presidente)
Dra. Catañeda Espinosa Doris	(Secretario)
Dr. Pusa Ramirez Annyelo	(Vocal)

A Dios sobre todas las cosas, por darme la fuerza, sabiduría y paciencia para alcanzar la meta propuesta.

A mis padres por su apoyo incondicional tanto en el aspecto emocional como en lo económico para lograr que yo sea un excelente profesional.

A mis hermanas y por la paciencia y comprensión.

A mis abuelos por todo el amor brindado, en especial a mi abuelo Marcelino Jacinto que me da fuerzas y me protege desde el cielo.

A Leslie, mi familia y amigos, quienes me alentaron y estuvieron para mí en todo momento.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, Agradezco a Dios que todo lo puede y a la Virgen María, por haberme guiado en todo este tiempo en la elaboración de la investigación y lograr con ello un triunfo más en mi vida.

A mis padres, Antenor Yucra Hinojosa y Elena Milagros Jacinto Escalante, por alentarme a seguir adelante para culminar mis estudios y la investigación de manera satisfactoria. Los amo mucho.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por sus conocimientos, consejos y dedicarle tiempo a la supervisión de mi investigación.

A la Dra. Esp. Fátima García Delgado, por su ayuda y colaboración en el desarrollo del proyecto.

A la Dra. Yohana Villa Torres, por su constante apoyo, comprensión, los ánimos dados, asesoría permanente y buena disposición en la parte estadística de la investigación.

A mi gran amigo y hermano, el Dr. Juan Pablo Quispe Tiburcio por sus enseñanzas y ánimos constantes que fueron influyentes para mí para culminar la tesis.

## ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

### **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Conocimiento	1
1.1.2 Higiene Bucal	6
1.1.3 Educación	8
1.1.4 Epidemiología	12
1.1.5 Actividad de Prevención	16
1.1.6 Elementos de Higiene Bucal	21
1.1.7 Técnicas de Higiene Bucal	23
1.2 Investigaciones	27
1.3 Marco Conceptual	37

### **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

2.1 Planteamiento del Problema	41
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	41

2.1.2	Definición del Problema	43
2.2	Finalidad y Objetivos de la Investigación	44
2.2.1	Finalidad	44
2.2.2	Objetivo General y Específicos	45
2.2.3	Delimitación del Estudio	45
2.2.4	Justificación e Importancia del Estudio	46
2.3	Variables e Indicadores	48
<b>CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO</b>		
3.1	Población y Muestra	49
3.1.1	Población	49
3.1.2	Muestra	49
3.2	Diseño a Utilizar en el Estudio	50
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	50
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	50
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	51
3.4	Procesamiento de Datos	54
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>		
4.1	Presentación de los Resultados	55
4.2	Discusión de los Resultados	64
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	Conclusiones	71
5.2	Recomendaciones	72
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		73
<b>ANEXOS</b>		77

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de los niño (a)s	<b>56</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los niño (a)s	<b>57</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra en parentesco de los niño (a)s	<b>58</b>
<b>N° 04</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Instrucción de los padres	<b>59</b>
<b>N° 05</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimiento de los padres sobre Higiene bucal en pacientes odontopediátricos	<b>60</b>
<b>N° 06</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Conocimiento de los padres sobre Elementos de Higiene bucal	<b>61</b>
<b>N° 07</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre hábitos de Higiene bucal	<b>62</b>
<b>N° 08</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre técnica de Higiene bucal	<b>63</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
<b>N° 01</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de los niño (a)s	<b>56</b>
<b>N° 02</b>	Distribución de la muestra en edad de los niño (a)s	<b>57</b>
<b>N° 03</b>	Distribución de la muestra en parentesco de los niño (a)s	<b>58</b>
<b>N° 04</b>	Distribución de la muestra de acuerdo a la Educación del informante	<b>59</b>
<b>N° 05</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Conocimiento de los padres sobre Higiene bucal en pacientes odontopediátricos	<b>60</b>
<b>N° 06</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimiento de los padres sobre Elementos de Higiene bucal	<b>61</b>
<b>N° 07</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre hábitos de Higiene bucal	<b>62</b>
<b>N° 08</b>	Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre técnica de Higiene bucal	<b>63</b>

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar el grado de conocimiento de los padres sobre la higiene bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018. En la metodología de la investigación el diseño utilizado fue descriptivo; el tipo de investigación fue transversal, prospectivo; con un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 160 padres, seleccionados mediante el muestreo no aleatorio y por conveniencia. Como instrumento se utilizó un cuestionario elaborado por el investigador y contó con quince preguntas. Luego de obtenido los datos, el análisis estadístico se realizó en el software IBM SPSS Statistics Versión 22. Los resultados mostraron que el grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal fue de Regular, en un 63%. En la investigación se concluyó que los padres de familia, en su mayoría tuvieron un grado de conocimiento Regular acerca de la Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología de un Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018.

### Palabras Claves

Higiene bucal. Elementos. Hábitos. Técnica.

## **ABSTRACT**

The present study aims to determine the degree of knowledge of parents about oral hygiene in dental patients treated at the Dentistry Service of the Polyclinic of the National Police of Peru of Chorrillos in 2018. In the methodology of research the design used was descriptive; the type of research was transversal, prospective; with a quantitative approach. The sample consisted of 160 parents, selected by non-random sampling and convenience. As an instrument, a questionnaire prepared by the researcher was used and included fifteen questions. After obtaining the data, the statistical analysis was carried out in the IBM SPSS Statistics Version 22 software. The results showed that the degree of knowledge of the parents about oral hygiene It was Regular, by 63%. In the investigation it was concluded that the parents, in their majority, had a Regular knowledge about Oral Hygiene in dental patients attended in the Dentistry Service of a Polyclinic of the National Police of Peru of Chorrillos in the year 2018.

### **Keywords**

Oral hygiene Elements. Habits Technique.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, una buena salud bucal es considerado una parte fundamental en la salud general de la persona, mejorando así el bienestar integral. Muchas de las enfermedades bucales están asociados a determinados factores de riesgo, siendo el más importante la inadecuada práctica de la higiene bucal.

En las visitas al dentista se presentan pacientes en su mayoría con intermedios o avanzados problemas odontológicos y es que la higiene bucal es una práctica que debe ser informada, instruida e impulsada por el profesional de la salud bucal. El poco interés que se le da a este tema, hacen que el paciente desconozca técnicas que pueden emplearse con el cepillo e hilo dental de una manera cotidiana, provocando la poca concientización y poco compromiso sobre el mantenimiento idóneo de la cavidad bucal.

Es conveniente la realización de una encuesta a los padres de familia sobre los conocimientos que tienen de la higiene bucal para que de esa forma se entienda la realidad de una población respecto a sus alteraciones bucales que existen a temprana edad en sus hijos.

Los conocimientos que puedan poseer los padres y tutores de familia es fuente importante para que puedan orientar a sus hijos las conductas saludables que deben tomar sobre las técnicas y hábitos de la higiene bucal, pero muy por lo contrario esta información es comúnmente ignorada,

dejada a un segundo plano o solo se hace un comentario breve, cuando el conocimiento de una adecuada higiene bucal es el primer escalón para la prevención de diversas enfermedades estomatológicas. Para ello la madre o el padre deberán enseñar al niño a que practique la higiene bucal, acompañarlo hasta que lo haga de manera individual, y es que no basta con que solo se realice la higiene, es muy necesario que lo haga de una forma correcta, pero lamentablemente en nuestra realidad o no se tiene la capacidad o no hay la suficiente información para inculcar dicho ejercicio que lo protegerá a lo largo de toda su vida.

Cabe resaltar que en esta investigación no se busca determinar, si es que el cirujano dentista tiene los conocimientos sobre higiene bucal y si educa o no a los pacientes que acuden a la consulta, ya que eso dependería del tipo de normativa que exista en el establecimiento de salud a la que pertenezca y de otro tipo de encuesta. Por el contrario, el presente estudio pretende determinar el grado de conocimiento que tienen los padres de familia sobre una buena higiene bucal en pacientes odontopediátricos, lo cual podría estar interfiriendo en la frecuencia y las técnicas de cuidado bucal de sus hijos.

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de hábitos orales y la prevalencia de maloclusión, su alteración y sus consecuencias a futuro dirigidas a los padres de familia, para promover programas educativos e informativos sobre dicho padecimiento y para que tomen conciencia en el sector salud y en los padres de lo importante que es la prevención odontológica preventiva e interceptiva.

# **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1.1 Marco Teórico**

### **1.1.1 Conocimiento**

#### **– Concepto General**

Se han revisado distintas definiciones del término conocimiento, a pesar de que extraer una conclusión sea compleja, se puede decir en general que es un activo intangible que está formando parte de elementos y procesos distintos y también puede tomar distintas formas en la organización.<sup>1</sup> En otros estudios se da una definición más clara, indicando que el conocimiento es una capacidad que nos permitirá recordar hechos tanto de los específicos como de los universales, también los métodos y los procesos, esquema o marco de referencia.<sup>2</sup> Por otra parte la capacidad de que la persona pueda recordar debe hacer presente el material apropiado en el momento preciso.<sup>2</sup>

El conocimiento según distintos autores comprende una evolución mental de elaboración, partiendo de una fuente de información, que pueden ser los medios de comunicación como la televisión, manuscritos como libros o artículos publicados.<sup>2</sup>

### – Fenomenología

Es un método que aplicando la autorreflexión del cómo se vive cuando se habla de conocimiento, podemos aprehender los rasgos esenciales generales de este fenómeno que pueden presentarse de la siguiente manera:

En el conocimiento existe un frente a frente entre la conciencia y el objeto, el cual los relaciona el conocimiento, pero a la vez se encuentran separadas el uno del otro. Éste dualismo es una esencia general del conocimiento.<sup>3</sup>

Esa relación que existe entre la conciencia y el objeto o sujeto y objeto es también una correlación, ambos son lo que son el uno para el otro, para el sujeto, el objeto siempre será objeto y para el objeto, el sujeto siempre será sujeto, por más que suceda esto, siguen siendo completamente distintos el uno del otro ya que la función del sujeto será el aprehender al objeto, mientras que la del objeto es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto.<sup>3</sup>

### – Racionalismo

Según el racionalismo, el conocimiento, sólo merece ser llamado como tal, cuando es realmente necesario y universalmente validado. La razón juzga que una cosa tiene que ser como tal y no puede ser de otro modo; que tenga que ser así, de tal manera que siempre y en todas partes nos estaremos viendo ante un verdadero conocimiento, en opinión al racionalismo.

La figura más antigua del racionalismo lo tiene Platón, expresándonos que los sentidos no nos llevarán a la verdad del saber.

La figura distinta a la de Platón, lo tiene Plotino y San Agustín, el primero señala la hipótesis de que el conocimiento solo tendrá lugar en aquellos que reciban el espíritu humano las ideas del Nus, él lo caracteriza con una iluminación. El segundo lo recoge y modifica indicando que el conocimiento que reciban aquellos del espíritu humano son iluminado e irradiados por Dios.<sup>3</sup>

#### – **Empirismo**

Para el empirismo la principal fuente del conocimiento es la experiencia y se opone a la tesis realizada por el racionalismo, señalando que no existe patrimonio a priori de la razón. La conciencia cognoscente no retira sus contenidos de la razón, sino únicamente de la experiencia, el espíritu humano es vacío, es una hoja por llenar y solo lo puede escribir la experiencia.

En la antigüedad ya había algunas ideas empiristas, que se encontraron en los sofistas y luego en los estoicos y epicúreos, pero su fundador verdadero es John Locke la cual combate siempre la teoría de las ideas innatas y divide la experiencia del conocimiento en externa e interna.<sup>3</sup>

Pero ésta teoría más tarde fue desarrollada por David Hume, la cual divide la percepción de Locke en impresiones e ideas. Siendo las impresiones la sensación viva que poseemos al ver, escuchar, tocar, mientras que las ideas son imágenes de la fantasía y memoria que son sensaciones menos vivas.



Cadillac, es un contemporáneo de Hume, transportó el empirismo al sensualismo. Y reprocha la idea de que Locke haya dividido doble experiencia de conocimiento: la experiencia externa y la experiencia interna, ya que su experiencia sólo indica una sola fuente de información: La sensación.

En el siglo XIX se encuentra el empirismo en John Stuart Mill (filósofo inglés). Reduciendo también los conocimientos matemáticos y las leyes lógicas a las experiencias, como la única fuente del conocimiento.<sup>3</sup>

**– Intelectualismo**

El intelectualismo no está completamente de acuerdo con el racionalismo ni con el empirismo, mientras que el racionalismo señala que los pensamientos son la fuente del conocimiento y para el empirismo lo es la experiencia, el intelectualismo hace intentos de mediación opinando que tanto el racionalismo como el empirismo, tienen gran importancia en la producción de conocimientos.<sup>3</sup>

**– Apriorismo**

Se presenta como un segundo mediador entre el racionalismo y el empirismo, considerando que el pensamiento y la experiencia son fuentes del conocimiento, pero el apriorismo lo hace en un sentido contrario al del intelectualismo, como el mismo nombre apriorismo lo dice, el conocimiento representa elementos a priori, independiente de la experiencia.<sup>3</sup>

## – Tipos del Conocimiento

Existen muchas clasificaciones respecto a los tipos de conocimiento. Asimismo, se colocará sólo las de tipo de conocimiento que estén considerablemente referidas como el caso de Blackler; Nonaka y Takeuchi y por último la de Spender.<sup>1</sup>

### Según:

- Blackler en 1995
  - Conocimiento cerebral.
  - Conocimiento corporal.
  - Conocimiento incorporado en la cultura.
  - Conocimiento incrustado en las rutinas.
  - Conocimiento codificado.
  
- Nonaka y Takeuchi en 1995
  - Conocimiento armonizado (de tácito a tácito).
  - Conocimiento conceptual (de tácito a explícito).
  - Conocimiento operacional (de explícito a tácito).
  - Conocimiento sistémico (de explícito a explícito).
  
- Spender en 1996
  - Conocimiento consciente (explícito e individual).
  - Conocimiento objetivo (explícito y social).
  - Conocimiento automático (implícito e individual).
  - Conocimiento colectivo (implícito y social).

También se destacan dos clasificaciones propuestas en los últimos años como la de Nonaka en el año 2000 y la de Alavi y Leidner en el año 2001, que representan aportaciones de los estudios pioneros.<sup>1</sup>

**Según:**

- Nonaka et. al en el 2000
  - Activos de conocimiento basados en la experiencia.
  - Activos de conocimiento conceptual.
  - Activos de conocimiento sistémico.
  - Activos de conocimiento basados en la rutina.
  
- Alavi y Leidner en el 2001
  - Conocimiento tácito.
  - Conocimiento explícito.
  - Conocimiento individual.<sup>1</sup>

### **1.1.2 Higiene Bucal**

**– Definición**

Se define como aquella medida preventiva para el control personalizado, respecto al cuadro clínico que presenta el paciente, incluyendo la limpieza lingual, mantenimiento de tejidos, de estructura duras y blandas.<sup>4</sup>

Las enfermedades bucodentales son los problemas más frecuentes en humanos, recientemente se informó de una leve disminución de la incidencia de caries dental, aunque no deja de ser principal preocupación, millones de personas entre niños y adultos están siendo muy afectados por la enfermedad periodontal y mal oclusiones, todo esto se pudiera evitar en gran medida, si se tomara conciencia y sobre todo en práctica un programa de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera constante.<sup>2</sup>

La caries y la enfermedad periodontal tendrán un inicio si se guarda un constante contacto entre la acumulación de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y la superficie del diente.<sup>4</sup> Para poder contrarrestar éste problema, se debe unir medidas físicas y químicas para el control de la formación de placa bacteriana (biofilm), que constituye actualmente el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la caries dental y la enfermedad periodontal.<sup>4</sup>

#### **– Hábitos de Higiene Bucal**

Hace poco más de 40 años, Fosdick realizó un estudio en la cual comunicó una reducción de la incidencia de caries dental de hasta el 50 % en tan sólo un período de 2 años, en un grupo de 523 estudiantes a quienes se les dijo que se cepillaran los dientes antes de que pasaran los 10 minutos de haber terminado la comida.

Berenie realizó un estudio similar en 384 niños de 9 a 13 años residentes en una comunidad de Nueva York, al investigar la relación entre la frecuencia del cepillado de los dientes y la caries dental. De los niños estudiados el 37 % se cepillaban una vez al día, otro 37 % lo hacían dos veces al día y el 13 % menos de una vez al día. Éstos investigadores comprobaron que el hábito de cepillarse los dientes se asociaba a una tendencia a la reducción de los índices de caries dental. Así mismo, el incremento de la frecuencia de cepillado dental diario de los dientes fue lo que influyó de modo más positivo el nivel de higiene oral.<sup>2</sup>

Es un error muy frecuente el iniciar la higiene bucal de los niños una vez completada la erupción de todos los dientes temporal, esto favorece a la aparición temprana de lesiones cariosas y alteraciones a nivel del periodonto. Entre otros errores que cometen los padres por desconocimiento despiertan muchas inquietudes y es función del odontólogo general y más del odontopediatra educar, orientar y promover las prácticas correctas de higiene bucal.<sup>19</sup> Los hábitos de higiene bucal son prácticas que provienen de los grupos sociales a los cuales pertenece la persona.

Es por ello, que una mujer que tiene malos hábitos de autocuidado dental, repetirá estos mismos patrones en sus hijos y se creará un círculo vicioso que hará que la caries dental siempre esté presente. Los conocimientos y las prácticas provienen de una información que la persona ha recibido. Por ello, gran parte de la educación para la salud centra su atención en ampliar los conocimientos sobre las buenas conductas respecto a la salud y los riesgos que existen el no tomarlas con la debida seriedad.<sup>19</sup> Está demostrado que el cepillado de los dientes disminuye el número de gérmenes orales, sobre todo cuando se hace después de cada comida, el cepillado también elimina grandes cantidades de restos alimentarios y de material de la placa dental.<sup>2</sup>

### **1.1.3 Educación**

La educación en relación a la salud, debe estar abordada al transmitir una información a los diferentes sectores sociales, económicos y ambientales, promover la motivación, las habilidades y autoestima personal, para que de

esa manera se adopten medidas preventivas y actitudes que formen un buen desempeño de autocuidado de la salud bucal.<sup>5</sup>

– **Educación en Salud e Higiene Bucal desde 0 a 9 años**

Es la manera en como el odontólogo responsable debe educar y guiar a los padres de familia o encargados, sobre temas que traten de higiene bucal, tipos de dieta, malos hábitos que pudieran coger sus hijos desde muy temprana edad, y todo aquello que implique producción de mayor placa bacteriana en la cavidad bucal.

• **Infancia (0 a 1 año)**

Está dirigida a los padres o cuidadores, para fortalecer sus conocimientos, actitudes, hábitos saludables y técnicas correcta de higiene bucal.

- Se debe establecer una comunicación apropiada y entendible con los padres o cuidadores del paciente, preguntando sus inquietudes y necesidades en cuanto a la salud oral.
- Reconocer cuanto conocimiento existe en los padres o cuidadores sobre lactancia materna, el uso del biberón, limpieza de rebordes alveolares y erupción dental.
- Según esto, generemos un diálogo cordial fortaleciendo conceptos y esclareciendo dudas sobre las prácticas adecuadas para mantener una buena salud oral del infante.
- Recomendar siempre el evitar el consumo excesivo de azúcares y almidones en la leche del biberón, si el infante no está siendo amamantado.
- Recomendar no endulzar el chupo o chupete y retirar el biberón luego de haber terminado la leche.

- Realizar seguimiento del proceso de educación para identificar cambios en las actitudes y prácticas, refuerce si fuera necesario.<sup>4</sup>

- **Edad preescolar (1 a 4 años)**

Está dirigida a los padres de familia y cuidadores:

- Se debe establecer una comunicación apropiada y entendible con los padres o cuidadores, escuchar atentamente sus inquietudes y ser amables. Definir las creencias y prácticas actuales en el cuidado bucal de los niños.
- Establecer los niveles de riesgo para caries dental y necesidades en salud bucal de los niños.
- Utilizar un lenguaje sencillo, reforzando los conocimientos y si se identifica alguna práctica inadecuada, cambiarla.
- Intercambiar conceptos sobre la alimentación y orientar sobre el nivel adecuado de consumo de azúcar, que técnica de cepillado aplicar y en qué momento erupcionara su primer diente, utilice estrategia didáctica como folletos informativos para que sea más fácil la comunicación.
- Recomendar al padre que el bebé de 12 a 14 meses de edad, recién podría iniciar el consumo de bebidas en taza con pitillos y reemplazar el biberón.
- Indicar que se evite dar al niño bebidas azucaradas que contengan carbohidratos que se fermenten.
- Realizar seguimiento del proceso de educación para identificar cambios en las actitudes y prácticas, refuerce si fuera necesario.<sup>4</sup>

- **Edad escolar (5 a 9 años)**

Determinar el nivel de riesgo para caries dental y estado oral del paciente:

- Establecer una comunicación amable y entendible que permita intercambiar ideas sobre las actitudes, conocimientos y prácticas del niño(a) en salud e higiene oral.
- Indicar a los niños la técnica de cepillado utilizado actualmente con la ayuda de modelos de estudio.
- Dar recomendaciones de la técnica de cepillado más apropiado, a los padres de familia y cuidadores, explicando la importancia de la supervisión del cepillado a sus hijos.
- Indicar sobre la cantidad de crema que debe colocar en el cepillo y el riesgo de fluorosis que existe en caso de un consumo excesivo.
- Reforzar la importancia del bajo consumo de azúcares, y de las alternativas de comidas a deshoras como son frutas, verduras, etc.
- Identificar conocimientos y creencias de los padres y cuidadores sobre la dentición decidua, explicando la importancia del cuidado para un adecuado desarrollo de la dentición permanente.
- Determinar el conocimiento de los padres o cuidadores y de los niños, sobre el desarrollo de la caries dental, aclarando las dudas y reforzar conceptos de manera didáctica.
- Los padres deben saber la importancia de asistir periódicamente al odontólogo.
- Realizar seguimiento del proceso de educación para identificar cambios en las actitudes y prácticas, refuerce si fuera necesario.
- Hablar de temas fundamentales como la Higiene bucal, placa bacteriana, dieta no cariogénica, técnicas de cepillado e hilo dental.<sup>4</sup>



#### **1.1.4 Epidemiología**

La epidemiología por definición, es el estudio que se realiza para poder ver la magnitud del problema tanto en la distribución como en la dinámica de las enfermedades dentales en una población humana. La distribución es la selección de un número de personas que tengan alguna enfermedad y la relación que existe entre esta enfermedad y la población afectada se pueda interpretar en variables como la edad, sexo, grupo étnico y racial.

El término dinámica se refiere a una distribución temporal y tiene que ver con tendencias, patrones y el lapso entre la exposición a los factores que lo provocan y el inicio de la enfermedad.<sup>6</sup>

Russell tiene una definición sobre la epidemiología dental, que es de las más entendibles: “No es tanto el estudio de la enfermedad como un proceso, sino el estudio de la situación de la gente que presenta la enfermedad”.<sup>6</sup>

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, muestra como la principal causa de las enfermedades bucodentales a la Caries dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la Enfermedad Periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas.<sup>4</sup>

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de caries dental (90%), Enfermedad Periodontal y respecto a la enfermedad gingivales, sus números no son muy contundentes.<sup>4</sup>

Las investigaciones sobre las enfermedades a nivel de la cavidad oral, han ocupado las primeras causas de morbilidad, sin distinción de edad, raza, estrato socioeconómico, género lo cual hoy en día se presenta como un problema de salud pública, que está afectando un gran porcentaje de la población, como lo muestran los resultados del Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III-1998) y, más recientemente, la estrategia centinela del Subsistema de Vigilancia Epidemiológico de Salud Bucal (SISVESO).

Sin dejar de mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la Caries Dental, que ha reducido gracias a la preocupación e implementación de tomar medidas preventivas y educativas integrales en los lugares y personas que realmente le toman interés hacia sí mismos y hacia su familia, por eso este tipo de programas de prevención se da con mayor frecuencia en colegios hospitales y lugares donde se promueve la salud, hacer campañas en diversos lugares donde los pacientes puedan captar el principal interés que damos de nuestra parte.<sup>4</sup>

Así mismo, en la alerta correspondiente a Caries, el SISVESO reporta: “Para tejidos duros, que al 77% de la población examinada se le diagnosticó Caries con cavitación; en cuanto a las etapas de ciclo de vida, se evidenció en mayor proporción en adultez (85,9%) y persona mayor (81%), además, con una representación porcentual importante dentro de infancia y juventud”.

En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado

abarcando diferentes comunidades. En Colombia, el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral (2009) implementado en las ESE de Bogotá reporta: “En las alertas epidemiológicas, la enfermedad periodontal como el sangrado es la de mayor frecuencia (73,3%), con características de sangrado espontáneo. Hay presencia de agentes como placa bacteriana o cálculo, en todas las etapas de ciclo de vida, resaltando su presencia en infancia y en gestantes. La Gingivitis producida por presencia de placa bacteriana se reportó en un 73,4%, en todas las etapas de ciclo de vida, siendo esto concordante con los resultados de higiene oral y estado periodontal y, en menor proporción (16,6%), se evidenció la periodontitis”.<sup>4</sup>

Con la evidencia se ha demostrado que estas enfermedades que se dan con más frecuencia son prevenibles, si se controla el factor etiológico primario: el acúmulo de placa bacteriana, por medio de diversas y sobretodo adecuadas técnicas de higiene oral, en una población de 7.056 pacientes, la Estrategia Centinela del SISVESO mostró los siguientes hábitos de higiene oral: el 55,8% de la población utiliza cepillo dental, con una frecuencia de dos veces al día; el 55,6% utiliza crema dental; el 83,4% no usa la seda dental y el 88,9% no usa enjuague bucal; el 28,9% de la población se cepilla 3 veces al día o más y, de éstos, el 28,7% usa crema dental. En cuanto a la presencia de placa bacteriana, utilizando el índice de Silness & Løe Modificado, se encontró un porcentaje mayor al 30% en todas las etapas de ciclo de vida.

Así mismo, la mujer gestante presenta una situación preocupante de higiene oral: el 91,3% de ellas registra más del 30% de presencia de placa bacteriana, lo cual genera consecuencias en su salud oral y general, así

como la del hijo que está por nacer (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Bogotá, 2009). El (88%) de la población atribuye que la Caries se debe a mal cepillado o falta de cepillado y el 21,7% considera que es producida por consumo de dulces. En cuanto a las prácticas en salud oral, el 71% de los encuestados expresaron que los padres les enseñaron a cepillarse; el 23%, los maestros; el 16%, los odontólogos; el 2,3%, los medios masivos como radio y televisión; y el 19% tiene la percepción que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca. El III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), en cuanto a las representaciones, culturas, actitudes y prácticas en salud de la población de 12 a 69 años, al indagar “qué es tener una boca sana”, encontró que las respuestas se orientaron en: no tener Caries Dental (64,9%); tener los dientes blancos y parejos (41,6%); tener los dientes completos (26,8%); no tener mal aliento (24,5%); no tener placa bacteriana o cálculos (11%); no tener dolor (10,9%), ni sangrado en las encías (3,4%).<sup>4</sup>

En el Perú, se han realizado pocos estudios respecto al tema, al no contar con mucha literatura actualizada, se realizó aproximaciones respecto a la salud buco dental partiendo de indicadores como la OMS, OPS y el MINSA; en el último reporte oficial dado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2005, los resultados en la población escolar dieron un promedio de 90% de prevalencia de caries dental, en el área urbana y rural fue de 90,6% y 88,7% respectivamente.

A nivel nacional el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas tanto en la dentición temporal como la permanente (índice ceo-d/ CPO-D) fue de 5.84, en cuanto a la dentición permanente para la edad de 12 años (CPO-

D-12) el promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas fue de 3.67 (IC 95%: 3,37-3,97). Los datos fueron obtenidos por examinadores bien capacitados y calibrados, como lo sugiere la OMS, el tamaño de la muestra fue de 7730 escolares de los 24 departamentos que posee el Perú.<sup>7</sup>

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), ha adoptado estrategias de salud pública, como la fluorización de la sal y las actividades preventivas y promocionales, no obstante, el problema es que estas estrategias no tienen un adecuado seguimiento y control, como, por ejemplo: la sal fluorizada no está distribuida correctamente por todos los departamentos del Perú y muchas de ellas no respetan la composición normativa establecida que es de 200 ppmF.<sup>7</sup>

### **1.1.5 Actividad de Prevención**

#### **– Tipos de Índices de Higiene**

La epidemiología dental ahora contando con diversos sistemas de índices es una ciencia joven. El Índice CPOD fue un incluido por vez primera con Klein y Palmer en 1938, luego salieron los índices de Rusell en 1956 y la de Ramfjord en 1959, que estuvo diseñado especialmente para poblaciones con avanzado compromiso periodontal y finalmente lo que actualmente en estos tiempos se aplica, la técnica de Green y Vermillon (1960) donde se demuestra el avanzado compromiso periodontal lo que determina una extensión coronal de la placa bacteriana.<sup>8</sup>

- **Índice de Higiene Oral (Índice de O'Leary)**

Este índice tiene el problema del factor tiempo, ya que en la mayoría de los casos se debe tomar los datos para grandes poblaciones.<sup>2</sup>

Además, se utiliza para comprobar si la higiene dental del paciente es buena y va mejorando en cada visita al consultorio, por lo que, si las normas higiénicas que se dan son cumplidas, debe presentarse un índice más bajo en la siguiente cita.

Es un índice que indica el porcentaje de superficies dentarias teñidas sobre el total de los dientes presentes, este revelador puede comprobar si la placa bacteriana es madura o reciente, si fuese madura el color sería de un azul oscuro, la cual es considerada cariogénica y la placa reciente de menos de 24 horas, es considerada placa bacteriana del día con un color rosa.<sup>8</sup>

- **Índice de Higiene Oral Simplificado (Green y Vermillon)**

Elaboraron el índice de higiene oral en el año 1960, y luego lo hicieron más simple, para de esa manera simplificarlo, incorporando sólo seis superficies dentarias, el estado de higiene oral se logra medir solo en superficies de piezas dentarias que ya están del todo erupcionadas o tengan un adecuado plano oclusal, sólo de esta manera se podrá sacar resultados con puntajes de seis piezas dentarias.<sup>2</sup> Con respecto a cada segmento posterior, se deberá examinar el primer diente que haya erupcionado completamente a distal del segundo premolar o el segundo molar deciduo, por lo general

también es el segundo molar permanente. Se dan puntos de los dientes incisivo central superior derecho e incisivo central inferior izquierdo (permanente o temporal) de la cara vestibular, en caso de que alguno de estos dientes esté ausente, se puede usar el diente incisivo central del lado opuesto.

El examen del diente-superficie en placa blanda se empieza, tiñendo las superficies a examinar con el líquido revelador de placa bacteriana o también frotando con el explorador desde el tercio incisal hasta el tercio gingival.<sup>2</sup>

**Los dientes a ser evaluados y su superficie correspondiente son**

- Molar superior derecho (vestibular).
- Molar superior izquierdo (vestibular).
- Molar inferior derecho (lingual).
- Molar inferior izquierdo (lingual).
- Incisivo central superior derecho (vestibular).
- Incisivo central inferior izquierdo (vestibular).

Por persona se va a obtener un resultado, este se obtendrá sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dividido entre el número de superficies examinadas y su rango se encuentra dividida en 3 niveles que se tendrá en cuenta para la examinación y se clasifica de 0-3.<sup>2</sup>

**Los valores clínicos de Higiene Bucal para placa blanda serán**

- 0,0 a 0,6
- 0,7 a 1,8
- 1,9 a 3,0

- **Índice de Placa Bacteriana (Sinless y Loe modificado)**

El índice de placa bacteriana de Sinless y Loe fue desarrollado en 1967 y modificado en 1984, por Mombelli. Es complemento del Índice Gingival para poder analizar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana a nivel gingival, para poder determinar riesgos en cada individuo.

Para observar si hay presencia de placa bacteriana o a su vez ausencia de ella, la manera es visualizando o es realizando lo siguiente, con una sonda periodontal se va a deslizar por la superficie dentaria a nivel de la entrada del surco gingival en esta ocasión no se utilizará revelador de placa bacteriana ya que no se requiere observar que tanto tiñe por pieza, sino que se medirá el grosor de la placa bacteriana con el que está relacionado al tiempo que ha estado presente la placa en cada pieza dentaria sin haber sido retirada.<sup>4</sup>

- **Pasos para ejecutar la técnica de Higiene.**

- **Primer paso**

Seleccionaremos los dientes (11 ó 51), (23 ó 63), (44 ó 84) y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante.

- **Segundo paso**

Examinaremos las caras (vestibular, lingual/palatino, mesial, distal y la superficie oclusal en piezas posteriores).

- **Tercer paso**

Existen 2 tablas en este tipo de examen, la primera para el registro y el segundo para el porcentaje, en caso de que se encuentre placa gruesa en la superficie del diente, aquella que es fácilmente notoria por ser de



espesor considerable o si al aplicar aire o pasar una sonda suavemente, evidencia placa delgada: se marcará en la primera tabla, el Código "1"; si no hay placa, marcar el Código "0".

▪ **Cuarto paso**

Si se ausentase el diente que se debe examinar, pues se puede examinar el diente vecino que este hacia distal y si no, hacia mesial (en el caso de menores de 3 años y pacientes parcialmente edéntulos que no tengan el número de dientes necesarios que exija el examen, solo valore los dientes que estén presentes).<sup>4</sup>

○ **Cálculo del resultado**

- Contar el número de superficies que tengan placa bacteriana.
- Multiplicar el valor obtenido por 100.
- Dividir el valor resultante por el número de las superficies que fueron evaluadas (Lo ideal es que sean las 33 superficies), Ese será el porcentaje de placa bacteriana.
- En la segunda tabla, se encuentran los porcentajes, según el número de superficies evaluadas con el código "1" (será efectivo solo si se cumple la regla de 33 superficies evaluadas; en caso contrario debe realizar el cálculo).

○ **La Interpretación**

- Usar revelador de placa cuando la biopelícula no puede observarse a simple vista. Los reveladores tienen su presentación en solución y en comprimidos; la función del revelador es teñir la placa bacteriana, haciéndola más visible.<sup>4</sup>
- Es preferible mostrar al paciente que tanto son las superficies teñidas con el revelador de placa bacteriana para que él pueda visualizar donde está fallando el cepillado si es que está realizando una buena

técnica y la pueda reforzar o de caso contrario puede modificarla si es necesario. De esta manera se clasificará la escala de índice de higiene de acuerdo a los resultados que se obtendrán.<sup>4</sup>

- ✓ **Higiene Oral Buena:** valores entre de 0-15%.
- ✓ **Higiene Oral Regular:** valores entre 16-30%.
- ✓ **Higiene Oral Deficiente:** valores superiores a 30%.

### **1.1.6 Elementos de Higiene Bucal**

Se debe establecer las condiciones para un control óptimo y prevenir el continuo desarrollo microbiano subgingival, evitar la inflamación y eliminar la placa bacteriana.<sup>4</sup> Para eso existen en la actualidad diferentes elementos de higiene bucal, las cuales han evolucionado con el transcurrir de los tiempos, estos elementos son:

#### **– Cepillo dental**

El principal objetivo de los cepillos dentales es eliminar de manera eficaz la placa bacteriana que se encuentra pegada al diente o al borde de las encías:

- El cabezal del cepillo debe tener bordes suaves, con un tamaño adecuado para el niño, de forma que permita su acceso sencillo a zonas posteriores de la cavidad bucal.
- Cerdas de punta redondeada.
- Cerdas suaves.
- Los mangos deben ser antideslizantes.<sup>5</sup>

La renovación del cepillo dental va a depender de la fuerza, la frecuencia o la técnica con la que se realice el cepillado. Haciendo un aproximado, se

sugiere cambiar el cepillo cada tres meses o cada vez que las cerdas se noten desgastadas. Es bueno proteger el cepillo dental de la contaminación externa, con un protector de la cabeza en un ambiente fresco.<sup>5</sup>

– **Hilo o seda dental**

El hilo o seda dental sirve para limpiar los espacios interdentes, siempre tratando de no ejercer mucha fuerza para no lastimar encía. Su uso debe ser aplicado aproximadamente a los 4 años, siempre bajo la supervisión de los padres.<sup>5</sup>

Tanto el hilo dental como el cepillo dental son muy importantes, puesto que muchas veces el cepillo no logra eliminar algunos restos alimenticios que están incrustados en los espacios interdentes y que si lo puede garantizar el hilo dental.<sup>17</sup> Hay estudios que señalan que hay una mejor remoción de placa bacteriana en un 26% más, al asociar el cepillo con el hilo dental.<sup>2</sup>

– **Crema o pasta dental**

El cepillo dental es un elemento de la higiene bucal<sup>19</sup>, que al ser usado por el niño de edad pre-escolar y escolar se debe tener cuidado de que lo pueda ingerir, para eso, éste debe tener la capacidad de poder escupirla.<sup>5</sup>

La crema dental se obtiene por sustancias humectantes, colorantes, preservantes, saborizantes, abrasivas, etc. El principal objetivo de este producto es de mantener limpio las encías y los dientes sean naturales o artificiales.<sup>4</sup>

La crema dental garantiza mayor efectividad en cuanto a la higiene bucal, por tener en su composición sales mineral que inhiben la proliferación de placa bacteriana, la unión del zinc, elimina y reduce adherencia de la placa blanda y dura, mejorando de tal manera la salud gingival.<sup>4</sup>

– **Colutorio o enjuague bucal**

Es una solución química recomendable después de un buen cepillado dental, con el objetivo de eliminar e impedir la recurrente adhesión de la placa, dificultando de esa manera su proliferación microbiana.<sup>4</sup>

En los infantes es preferible no usar estos agentes complementarios de la higiene bucal debido a que contienen un alto grado de alcohol entre un 18% a un 26%, aunque en la actualidad existen enjuagues bucales que no contienen alcohol, puesto que se podría ser usado en niños que tengan 6 años aproximadamente, bajo la supervisión de los padres en los primeros usos.

Hay que precaver el permitir hacer uso de enjuagues bucales con alcohol en pacientes que son alcohólicos o en personas que toman medicamentos como Disulfiram o Metronidazol, ya que pueden causar efectos adversos como náuseas, vómitos, etc.<sup>4</sup>

### **1.1.7 Técnicas de Higiene Bucal**

– **Técnicas de cepillado dental**

Los padres deben saber que no solo bastará con cepillarse los dientes, es necesario realizarlo de manera óptima. Hay muchas técnicas, pero se han planteado dos técnicas que tomaran en cuenta el crecimiento progresivo de

las habilidades motrices de los niños.<sup>5</sup>

- **Técnica para niños menores de 8 años**

- Mantener los dientes juntos, el cepillo debe formar un ángulo de 90° respecto a la cara vestibular de los incisivos anteriores y con el cepillo dental realizar movimientos circulares.
- Es muy importante tener un orden en el cepillado dental, comenzando por la parte superior derecha, siguiendo hacia la parte central, luego a la parte superior izquierda. Bajando hacia el lado inferior izquierdo, continuando hacia el centro y luego finalizando hacia el lado inferior derecho.
- El mismo procedimiento se hará en el cepillado de las caras internas de los dientes. Los dientes anteriores y posteriores se cepillan colocando el cepillo en posición vertical y realizando suaves movimientos rotatorios.
- Luego se cepillarán las caras oclusales, realizando movimientos circulares sobre ellas. La lengua también debe recibir higiene, usando la técnica de barrido con movimientos de atrás hacia adelante y de esa manera eliminar restos alimenticios que estén presentes en la zona.<sup>5</sup>

- **Técnica para niños mayores de 8 años**

- Con los dientes semi-abiertos, colocar el cepillo dental a nivel de la unión diente encía, en posición oblicua al diente, se formará un ángulo de 45°, realizando movimientos desde la encía hacia el diente.
- Luego se debe realizar el cepillado en las caras internas, haciendo movimientos desde la encía al final del diente para poder ir eliminando la placa bacteriana de manera correcta.
- Después cepillaremos las caras oclusales de todos los cuadrantes, con

movimientos circulares en sentido horizontal.

- Y para finalizar la higiene de la lengua, usando el cepillo dental con movimientos suaves de barrido, de atrás hacia adelante, para eliminar los restos de alimento incrustados en esa zona.<sup>5</sup>

#### – Técnica del hilo dental

- Se toma aproximadamente entre 30 y 60 cm de hilo dental.
- Se debe enrollar los extremos del hilo dental en el dedo medio de ambas manos, para poder manipular el hilo con el dedo índice y el pulgar. En un dedo debe enrollarse un tramo pequeño, y en el otro, el resto. Con los dedos pulgar e índice deberá estar tenso el hilo y el espacio entre los dedos debe ser de 3 cm a 4 cm.<sup>5</sup>
- Guiar el hilo dental, manteniéndolo contra la superficie del diente mientras se desliza hacia la encía.
- Realizar movimientos de adentro y hacia afuera, junto con los de arriba y hacia abajo a los lados de cada diente para remover la placa bacteriana interproximal, después del uso, desechar el hilo.<sup>5</sup>

#### – Uso de la pasta dental

Existen valores óptimos sobre la cantidad de uso de pasta dental con flúor:

- **Uso de crema dental en la Edad pre- escolar (Menores de 6 años)**
  - Se recomienda colocar un aproximado de 0.25 gr a 0.30 gr de crema dental (Que equivale al tamaño de una lenteja).
  - Se indicará un aproximado de 250 ppm (Partes por millón) a 550 ppm de crema dental con Flúor.<sup>5</sup>

- **Uso de crema dental en la Edad escolar (Mayores de 6 años)**

- Se indicará un aproximado de 1100 ppm a 1500 ppm de crema dental con Flúor.<sup>5</sup>

– **Uso de enjuague bucal**

- **Los enjuagues terapéuticos**

- Contiene 0,12 de Digluconato de Clorhexidina.
- Son agentes antimicrobianos y de amplio espectro.
- Son efectivos contra las bacterias GRAM + y las GRAM –.
- Se debe realizar 01 enjuague puro (Sin mezclarlo con nada) en 01 frasco de 100 ml. por un tiempo de 1 minuto, después de su uso, permanecerá por poco más de 12 horas activo en la cavidad bucal, realizar la misma acción por una semana.
- Estos enjuagues están indicados para tratamientos de gingivitis, estomatitis, periodontitis.<sup>4</sup>

- **Los enjuagues cosméticos**

- Es usado para controlar los gérmenes presentes en boca que provocan el mal aliento.
- La mayoría de este tipo de enjuagues contienen flúor en su composición para poder prevenir la caries dental.
- Se debe realizar 01 enjuague en un 01 frasco de 100 ml. por un tiempo de 1 minuto, de la misma manera, realizarlo todos los días.
- Estos enjuagues están indicados para prevenir y dar mantenimiento a la cavidad bucal.<sup>4</sup>

## 1.2 Investigaciones

**Cuartas, J. y Cols. (2002) Colombia.** El objetivo del estudio se basó en determinar la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico, hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos entre 3 a 5 años de edad, en una población de estudio de 100 niños clasificados según el índice coe-d, en 50 niños sanos (con bajo o ninguna experiencia de caries) y 50 niños enfermos (con alta experiencia de caries) tomados de los Hogares Infantiles Rotarios del Municipio de Envigado y clínica CES Sabaneta. Se indicó una diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de los niños, mostrando padres de niños sanos clasificados con malos, regulares y buenos hábitos en un porcentaje de 10%, 68% y 22% respectivamente, mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30%, 52% y 18% en la misma clasificación. No se encontró diferencia estadísticamente significativa, entre la percepción sobre el tratamiento odontológico de los padres y el estado de salud oral de los niños, obteniendo unos valores de percepción en padres de niños sanos de positiva, negativa e indiferente, 82%, 18% 0% respectivamente, y en padres de niños enfermos 64%, 24% y 12% respectivamente.<sup>9</sup>

**Martignon, S. y Cols. (2003) Colombia.** El propósito de este estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, de padres de familia, cuidadores de niños de 0-5 años de hogares infantiles del ICBF-Usaquén, Bogotá. Se realizaron 770 encuestas (con validación cuantitativa y conceptual), 194 a padres de estrato socioeconómico (ES) 1 y 576 de (ES) 2-3. En (ES) 2-3 por lo menos uno



de los padres era bachiller (69%) y de ocupación profesional, técnica o empleado (62%); en ES 1 la figura corresponde a 43% y 42%, respectivamente ( $p < 0.05$ ). La mayoría de la población (80%) sabe por qué se produce la caries y que a través del cepillado dental se puede prevenir, pero sólo el 60% realizaron higiene oral de los niños/as la noche y la mañana anteriores a la encuesta. Únicamente el 63% de la población percibe haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes del niño/a; el odontólogo ha sido el encargado en el 79% de los casos. El 66% de la población inició la higiene oral de los niños/as desde que aparecieron los dientes y el 53% considera que los dientes permanentes dependen de los deciduos. La mitad de los niños (49%) usan una cantidad de crema dental superior a la recomendada. Sólo el 55% de los niños/as han asistido a consulta odontológica; dos terceras partes (58%) de los padres y de las jardineras asisten 1 vez/año al odontólogo, principalmente para tratamiento invasivo.<sup>10</sup>

**Franco, A. y Cols. (2003) Colombia.** El propósito del estudio fue identificar los conocimientos y las prácticas de Cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. Se entrevistaron con base en formulario estructurado, 243 madres o personas adultas responsables de niños menores de 6 años. De los estratos bajos y alto de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cartagena y Manizales. Los resultados muestran que el 60.0% de las madres afirma haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes primarios de su hijo (a). Cerca de la mitad de las mujeres (47.7%) considera que la higiene bucal es suficiente para evitar la caries, las demás creen que son necesarias otras prácticas como proporcionar una buena alimentación (65%), visitar al odontólogo (45%) y evitar el consumo de dulces (10%). El momento en que se inició el cepillado difiere de manera significativa entre el estrato alto y el bajo ( $p = 0.009$ ). Mientras el 56% de las madres del estrato alto

empezaron a cepillar al niño antes de cumplir el primer año, El 89.3% de los niños usa crema dental para cepillarse. El 35.5% empezó a usar la antes del primer año de vida y sólo una baja proporción (10.8%) lo hizo a partir del tercer año. El 71% de las mujeres contestaron que nunca han recibido información sobre la cantidad y el tipo de crema dental que debe usar para el cepillado del niño. El 14.0% de ellas no sabe para qué sirve el flúor, el 86% considera que el flúor sirve para prevenir la caries, blanquear los dientes o como desinfectante.<sup>11</sup>

**Gómez, A. y Cols. (2004) Brasil.** Se realizó un estudio observacional, con enfoque inductivo, el objetivo de este trabajo es verificar el conocimiento y percepción que un grupo de madres tiene sobre la higiene bucal de sus bebés. La muestra fue compuesta por un grupo de 80 madres cuyos hijos eran atendidos en el Hospital Alcides Carneiro en Campina Grande-PB. Se elaboró un cuestionario específico que contenía los datos sociodemográficos y las cuestiones relativas a la higiene bucal en los bebés. Entre los principales resultados se observó que sólo el 32,5% de las madres habían recibido informaciones sobre la higiene bucal de su hijo, siendo el pediatra la principal fuente de informaciones. La higiene bucal era realizada por el 73,8% de las madres y el 50,8% se iniciaron antes de la erupción del primer diente deciduo.<sup>12</sup>

**Tascón, J. y Cols. (2005) Colombia.** Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal. El objetivo fue describir la historia de caries del primer molar permanente en niños entre 5 y 11 años y los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Se seleccionaron 50 niños entre los 5 y 11 años y sus madres. El índice COP se usó para identificar la historia de caries del primer molar permanente. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semi-

estructurado de 21 ítems. Del total de madres 34% respondió que los dientes definitivos erupcionan entre los seis y siete años; 54% refirieron que los dientes temporales son poco importantes porque se van a caer. El 100% de las madres respondió que es importante llevar a su hijo cada seis meses al odontólogo y 34% cambian el cepillo de dientes de su hijo, cuando las cerdas han perdido la forma.<sup>13</sup>

**Romo, M. y Cols. (2005) México.** Se realizó un estudio transversal en 549 escolares de Cd. Nezahualcóyotl, seleccionados con un esquema de muestreo aleatorio simple. El propósito del estudio fue caracterizar algunos factores sociales relacionados con la frecuencia de caries dental. Se aplicó un cuestionario a los padres de los niños participantes para obtener información sobre su escolaridad, ocupación e ingreso familiar mensual y determinar su relación con la frecuencia de caries dental. Al valorar la influencia de los factores sociales en la frecuencia de caries se observaron diferencias entre los grupos femenino y masculino, con mayor influencia de la escolaridad de la madre e ingreso familiar en el grupo masculino. Se observó que 66% habían recibido atención en dientes primarios y 31% en dientes permanentes; 24.6% habían perdido al menos un diente temporal por caries y 7.8% habían perdido un diente permanente; 62% de los niños atendidos presentaron recidiva de caries por lo que requieren nuevamente tratamiento en dientes ya atendidos; 69% requirió atención dental.<sup>14</sup>

**Martignon, S. y Cols. (2008) Colombia.** El objetivo del presente estudio es construir tres instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres, cuidadores de niños/as de 0-5 años de estrato socioeconómico bajo; Evaluar la confiabilidad de los instrumentos por medio de su consistencia interna y análisis de ítems. Se construyeron tres instrumentos de

conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres, cuidadores de niños/as de 0-5 años, estrato socioeconómico bajo, localidad Usaquén-Bogotá, Colombia. Se ejecutó una prueba con 47 padres/cuidadores, determinando la confiabilidad de los instrumentos en términos de consistencia interna, grado de conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, cuidadores; en una submuestra se realizó análisis cualitativo (verificación y comprensión del contenido). La confiabilidad fue evaluada con coeficiente Alfa-de-Cronbach. Para mejorar construcción y comprensión de preguntas se efectuó análisis de ítems utilizando cuatro criterios: índice de homogeneidad corregido (IHc), tendencia de respuesta, correlación entre ítems y análisis cualitativo. El coeficiente Alfa-de-Cronbach para los instrumentos de conocimientos, actitudes y prácticas fue de 0,82, 0,80 y 0,62 respectivamente. La evaluación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en los examinados fue aceptable (60 %, 55 %, 91 %, respectivamente).<sup>15</sup>

**Cartes, R. y Cols. (2009) Chile.** Se trata de un estudio analítico de corte transversal. Su objetivo es realizar un diagnóstico del estado de salud bucal y de conocimientos de las madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo en la comuna de Alto Bío Bío y sus posibles relaciones con variables sociodemográficas. Mediante un muestreo estratificado por conglomerados se obtuvo una muestra de 70 madres. Se realizó un examen bucal bajo los criterios de la OMS y se aplicó un cuestionario de 23 preguntas en formato de entrevista guiada, en relación con medidas de autocuidado, enfermedades más prevalentes y anatomía buco dentaria. Los resultados muestran un COPD de 14,6  $\pm$ 5,52 siendo mayor en multíparas y mujeres mayores de 20 años. El IHO-S alcanzó un valor de 0,83  $\pm$ 0,54, más alto en multíparas. El IPC fue mayoritariamente de nivel.

2. Con respecto al conocimiento de salud bucal este alcanzó un valor de 13,03  $\pm$ 2,70, siendo mayor en multíparas. La población estudiada muestra un nivel muy alto de daño bucal y limitados conocimientos de salud oral. Esto empeora en la población pehuenche y con menor instrucción.<sup>16</sup>

**Campos, L. y Cols. (2010) Brasil.** La caries dental y la enfermedad periodontal son anomalías frecuentes, y los factores socioeconómicos pueden intervenir en la dinámica de desarrollo de estas patologías. Se cree que el nivel de conocimiento de la madre en relación a la atención de salud bucal de los hijos es importante, pues los miembros de la familia crean y transmiten valores, conocimientos y prácticas de salud. El objetivo fue buscar evaluar el conocimiento de las madres de diferentes clases sociales sobre salud bucal. Se realizó un estudio transversal con una población objetivo de 416 madres de niños de 0 a 6 años. Se solicitó a la participante que respondiera una entrevista con cuestiones relacionadas con el grupo de edad, número de hijos, grado de escolaridad, condición socioeconómica y conocimientos sobre salud bucal. El nivel de conocimiento de las entrevistadas fue calificado en bueno, medio y bajo. Para la clasificación socioeconómica se utilizó el indicador ABA / Abipeme. El resultado fue que la mayoría de las entrevistadas (49,8%) se encuadró en la categoría socioeconómica B. En relación a informaciones sobre salud bucal, el 83,3% de las madres de la clase A y el 31,8% de las de la clase D relataron tenerlas recibido. Las madres que dijeron haber obtenido orientaciones citaron principalmente al médico (35,7%) y el cirujano dentista (21,8%) como las principales fuentes. Las madres de las clases A, B y C mostraron un nivel medio, y las de la D, un bajo nivel de conocimiento. Conclusión: El factor socioeconómico interfirió en la recepción de informaciones

sobre salud bucal. Las madres de nivel socioeconómico menos favorecido presentaron menor conocimiento en salud bucal.<sup>17</sup>

**Díaz, S. y Cols. (2010) Colombia.** Se realizó un estudio descriptivo transversal. El objetivo del estudio es describir la prevalencia y severidad de la caries en niños del colegio John F. Kennedy de Cartagena de Indias y su relación con factores familiares. Se evaluó la prevalencia de caries dental mediante el índice COP-D y ceo-d, la severidad mediante los criterios ICDAS II 2005 y para las variables familiares se diligenció un cuestionario que incluía el APGAR familiar para medir funcionalidad familiar. Se realizó el análisis mediante estadísticas descriptivas y la significancia de las relaciones entre variables se evaluaron mediante la prueba F2. La prevalencia de caries fue de 51 % (IC 95 %; 45-59), el 38 % (IC 95 %; 31-44) de los padres habían accedido a la secundaria incompleta, el 44 % (IC 95 %; 39-54) vivían en unión libre, 47 % (IC 95 %; 40-53) en estrato socioeconómico bajo, el 53 % (IC 95 %; 47-57) en familias nucleares, 47 % (IC 95 %; 41-53) reciben ingresos menores a un salario mínimo, 66 % (IC 95 %; 58-70) afiliadas al sistema de salud y el 59 % (IC 95 %; 52-66) viven en familias disfuncionales.<sup>18</sup>

**Teixeira, P. y Cols. (2011) Paraguay.** Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. El objetivo es describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de

25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor.<sup>19</sup>

**González, F. y Cols. (2011) Colombia.** La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. El objetivo del estudio es describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo.<sup>20</sup>

**Sotomayor, J. y Cols. (2012) Perú.** El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y San José – 2011. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 249 gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y 158 pacientes que acudieron al Hospital San José (2011). Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal, enfermedades bucales y relación entre atención odontológica y gestación. El 84 % no reporta atención odontológica. Solo el 14 % tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50 % tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. El 64 % posee un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; sin embargo, acerca de enfermedades bucales y gestación en

relación con la atención odontológica, el nivel de conocimientos es malo; por lo que el nivel de conocimiento general en las gestantes sobre medidas de prevención de salud bucal es malo.<sup>21</sup>

**Benavente, L. y Cols. (2012) Perú.** El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), placa bacteriana (Green y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años (p 0,16). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no sólo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados.<sup>22</sup>



**Marín, C. y Cols. (2013) Brasil.** El objetivo del estudio se basó en verificar el conocimiento de adolescentes gestantes sobre salud bucal de los bebés. Se entrevistaron a 80 adolescentes gestantes (13 -18 años) que realizaron consultas prenatales en la ciudad de Joinville SC, en el período de septiembre / 2011 hasta junio / 2012. Los datos obtenidos fueron analizados para la obtención de los resultados en forma de estadística descriptiva. Se aplicó la prueba del chi cuadrado con significancia  $s p < 0,05$  para el cruce del nivel socioeconómico con la transmisibilidad de la caries, momento de la erupción dental, inicio de la higiene bucal y momento de la primera consulta odontológica del bebé. En el resultado se constató que la edad media de las entrevistadas fue 15,5 años. Entre ellas el 47,5% vivía con el padre del bebé; El 18,75% eran solteras y el 33,75% casadas, todas de nivel socioeconómico bajo, con renta entre 2 a 3 salarios mínimos, con promedio de 4,25 personas viviendo en la casa. En cuanto al conocimiento sobre la salud bucal de los bebés, la mayoría desconocía lo que es caries precoz de la infancia (96,25%); su transmisibilidad (63,75%); el momento de la erupción dental del bebé (58,75%). La mayoría, el 95% de las gestantes, pretendía amamantar, y entre ellas, el 78,75% dio alguna importancia a la lactancia.<sup>23</sup>

**Cupe, A. y Cols. (2015) Perú.** El objetivo es validar un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano-marginales de la provincia de Lima en el año 2012. El estudio es observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante un cuestionario estructurado. La obtención de la validez de contenido se obtuvo mediante la prueba estadística V de Aiken, la reproducibilidad, fue calculada con

el CCI en una muestra de 30 madres y/o padres de familia, para la validez de constructo se analizaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres de familia con el análisis factorial. Dentro de los resultados se pudo observar que se obtuvo una validez de contenido de 0.95, reproducibilidad de 0.89, validez de constructo el resultado menor de 0.36 en el ítem de amamantamiento nocturno y el más elevado 0.77 en el ítem de lactancia materna y finalmente la confiabilidad de 0.64.<sup>24</sup>

### **1.3 Marco Conceptual**

- **Grado**

En términos generales, se usará la palabra nivel o grado para referirse a cada uno de los diferentes estados, valores o calidades susceptible de variación dentro de un proceso o una escala ordenados de forma creciente o decreciente, que se pone en relación con otros estados, valores o calidades de la misma.<sup>9</sup>

- **Conocimiento**

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje, educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad y a través de la introspección adquiridos por una persona, en el sentido más amplio del término, es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.<sup>3</sup>

- **Higiene bucal**

Es un método eficaz referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos que constituye el medio ideal de la boca, eliminando de tal manera los múltiples restos alimenticios donde se

depositan bacterias que constituye la placa dental bacteriana, con el único objetivo de contribuir con la prevención, además de tener una buena salud oral y mejorar la calidad de vida de las personas.<sup>5</sup>

- **Prevención en salud bucal**

Está dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales, mediante una serie de medidas con la finalidad de evitar problemas posteriores. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.<sup>2</sup>

- **Técnica**

Es un conjunto de procedimientos, recursos, reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado y efectivo. Ya sea en el campo de las ciencias, de la tecnología del arte, del deporte, de la educación o en cualquier otra actividad determinada. En general se adquieren por medio de su práctica y requieren determinadas habilidades o destrezas de una persona.<sup>8</sup>

- **Educación**

Es el proceso de formación para facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias, hábitos y la capacidad intelectual de un grupo de personas de un grupo de culturas y normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen, que los transfieren a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la investigación.<sup>5</sup>

- **Salud**

Es un estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión, padecimiento o afecciones, y por el contrario ejerce bienestar o un equilibrio que puede ser visto tanto a nivel físico como a nivel mental y social. El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.<sup>4</sup>

- **Información**

Está constituida por un conjunto organizado de datos procesados ya supervisados y ordenados, que constituyen un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información va a permitir resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento es radical a base del conocimiento. La perspectiva indica que la información es un recurso que otorga significado o sentido a la realidad.<sup>3</sup>

- **Hábitos**

En las ciencias de la salud, en particular a las ciencias del comportamiento que estudia la psicología, Se trata de cualquier conducta repetida regularmente, que requiere de un pequeño o de ningún raciocinio y que es aprendida, más que innata. Es decir, cuando se hace referencia a un acto que tomamos por costumbre, es una acción que alguien realiza tantas veces que se vuelve inconsciente.<sup>13</sup>

- **Estrategia educativa**

Es el planteamiento conjunto de una serie de pautas que determinan las actuaciones concretas a seguir, en cada fase de una estrategia instruccional o estrategia pedagógica, que son los procedimientos que el docente debe

utilizar de modo inteligente y adaptativo con el fin de ayudar a los alumnos a construir su actividad adecuadamente, y así poder lograr los objetivos de aprendizaje que se le propongan.<sup>4</sup>

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 descripción de la Realidad Problemática**

La práctica de la higiene bucal es un aspecto muy importante para el mejoramiento de la salud bucal, puesto que conlleva a una mejor calidad de vida, pero es realizada en muchas ocasiones de manera inadecuada o en los peores casos ni se practica, y es por el escaso o nulo conocimiento de esta, causando que la falta de higiene bucal sea considerada en la actualidad el factor de riesgo más importante para contraer enfermedades bucales tales como la caries dental, placa bacteriana, sarro dental entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucodentales, como la caries dental, enfermedad gingival, constituyen un problema de salud de importancia mundial, afectando de tal manera a países industrializados como también a países en desarrollo, especialmente a países con un mayor índice de pobreza, la OMS después de anunciar este informe, declaró que se estima un aproximado de cinco mil millones de personas ha padecido de caries dental en el planeta.

En Sudamérica se encontró que la mayoría de la población sabe la razón del porque se produce la caries dental y que mediante una adecuada técnica de cepillado lo prevendría. También se sabe que el 66% de niños inicio su higiene bucal después de que le erupcione el primer diente. Otros estudios informan con respecto a las madres que el 42% del estrato medio, alto y 50% del bajo, habían manifestado que no recibieron información alguna sobre las prácticas de cuidado bucal para sus hijos.

En el Perú, existe un problema muy grave en relación a la salud bucal, según el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), señala que existen doce principales problemas sanitarios en el País, entre ellas la alta prevalencia de enfermedades bucales. Existen estudios epidemiológicos a nivel nacional que muestra una prevalencia de caries dental de 90.4%, además el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), es de 6 al cumplir los 12 años de edad aproximadamente. Puesto que es necesario un abordaje íntegro del problema, empleando medidas de prevención y promoción de la salud bucal.

En el Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos no son ajenos a las visitas de padres de familia con un deficiente conocimiento sobre la higiene bucal y su correcto manejo, ya que la mayoría de los visitantes a esta institución de salud comúnmente ignoran la importancia del tema, son dejadas a un segundo plano, sólo se hacen comentarios breves en el consultorio o sólo van a tratarse el problema que los aqueja en ese momento, cuando muy por el contrario, el conocimiento de una adecuada higiene bucal se debe considerar como el primer escalón para la prevención de diversas

enfermedades bucales.

De no haberse realizado este estudio, no podríamos determinar cuánto es el grado de conocimiento ni cambiaríamos los patrones del mal hábito que tienen los padres de familia o tutores sobre la higiene bucal de los pacientes pre escolares y escolares que son atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos, manteniéndose el desarrollo de muchas enfermedades bucales. Con la ejecución de esta investigación se tiene conocimiento de cuál es la relación que existe entre el grado de conocimiento de los padres y la higiene bucal sus hijos.

Con este estudio se logró que los padres de familia tengan un mayor conocimiento sobre la higiene bucal y como aplicarlo de forma correcta en su vida diaria; también fue útil, puesto que se tomó mayor conciencia e importancia respecto a este tema, para de esa forma disminuir posteriores enfermedades bucodentales y garantizar buenas condiciones de salud bucal. Los resultados se obtuvieron mediante el cuestionario ad-hoc de recolección de datos.

## **2.1.2 Definición del Problema**

### **2.1.2.1 Problema General**

¿Cuál es el grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018?



### **2.1.2.2 Problemas Específicos**

1. ¿Cuál es el grado de conocimiento de los padres relacionado a elementos de higiene bucal en pacientes odontopediátricos?
2. ¿Cuál es el grado de conocimiento de los padres relacionado a los hábitos de higiene bucal en pacientes odontopediátricos?
3. ¿Cuál es el grado de conocimiento de los padres relacionado a técnicas de higiene bucal en pacientes odontopediátricos?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

El presente estudio tuvo como finalidad determinar el grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos que se atienden en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú del distrito de Chorrillos, para así poder tener una información actual sobre la capacidad que tienen los padres de familia para educar a sus hijos en sus etapas pre escolar y escolar, para concientizar sobre la importancia que se le debe dar a la higiene bucal y el de no seguir permitiendo el avance desenfrenado de las enfermedades bucales, empezando por los niños de los cuales son responsables los padres, mejorando de tal manera su salud bucal.

## **2.2.2 Objetivo General y Específicos**

### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar el grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018.

### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar el grado de conocimiento de los padres relacionado a elementos de higiene bucal en pacientes odontopediátricos.
2. Identificar el grado de conocimiento de los padres relacionado a los hábitos de higiene bucal en pacientes odontopediátricos.
3. Establecer el grado de conocimiento de los padres relacionado a técnicas de higiene bucal en pacientes odontopediátricos.

## **2.2.3 Delimitación de Estudio**

### **– Delimitación Temporal**

La presente investigación se llevó a cabo en el período comprendido entre el mes de enero a marzo del 2018.

### **– Delimitación Espacial**

La presente investigación se efectuó geográficamente en el Servicio de Odontología de un Policlínico del Policía Nacional del Perú perteneciente al Distrito de Chorrillos, Lima- Perú.

### **– Delimitación Social**

En determinar el nivel de conocimiento de los padres de los pacientes odontopediátricos de 3 a 9 años, en fin que con los resultados se puedan tomar las medidas del caso, para que los padres que son parte del estudio, puedan tener conocimientos sobre higiene bucal de sus hijos, que se difundan en mejorar la salud oral y por ende su calidad de vida.

### **– Delimitación Conceptual**

La higiene bucal es una medida preventiva usada diariamente para el control individualizado y que deberá establecerse mediante los conocimientos del hábito, técnicas y elementos de la higiene bucal para que de esa forma se pueda dar una mejor calidad de salud bucal.

#### **2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio**

Este estudio sirvió para obtener una información real y partiendo de ahí, conocer el verdadero origen del problema, para poder implementar programas de motivación y promociones de salud bucal que sean dinámicos y viables, para que sea más sencillo entender algunos conceptos complejos de la técnica y en el futuro se esté desarrollando y capacitando temas principales, como son las medidas preventivas mediante la higiene bucal, que ayudarán mucho a los padres de familia a educarse más sobre el tema.

Por medio de la educación correcta, se podrá promover un mayor interés, alarma y preocupación por parte de los padres y tutores de la familia sobre la higiene bucal, pues muy pocas veces se toma algún

interés del tema en sus hijos, desconociendo muchas veces que una higiene bucodental deficiente es el factor de riesgo más importante, ya que puede conllevar a enfermedades crónicas. De esa manera integrando el conocimiento con las estrategias metodológicas, se pueda lograr altos niveles de concientización, prevención y sobre todo reducción de enfermedades bucodentales.

La higiene bucal es una práctica que debe ser fomentada a los padres de familia de todos los estratos sociales, para que ellos formen a sus hijos desde la infancia con buenos hábitos de higiene bucal, ya que es en esta edad en donde debemos dar un seguimiento exhaustivo en cuanto a esta problemática, para que el infante adquiera a muy temprana edad el conocimiento y frecuentemente lo realice, hasta que lo haga de manera correcta. Es por ello que el estudio sirvió de gran ayuda a los padres de familia, pues ampliaron sus conocimientos al conocer nuevos términos y de esa manera puedan educar a sus hijos conductas saludables sobre los hábitos de higiene bucal.

La importancia de este estudio, fue el de ofrecer un aporte a la comunidad odontológica sobre prevención, donde se pueda evidenciar que la educación de una adecuada higiene bucal, implementándola tanto en el contexto social como cultural a los padres de familia, puede lograr incorporar un hábito saludable y diario en la población, para el beneficio de los pacientes pre escolares y escolares que se atiendan en el Servicio de Odontología de los Policlínicos de la Policía Nacional del Perú.

## **2.3 Variables**

### **2.3.1 ariables e Indicadores**

#### **2.3.1.1 Variable Independiente**

- Grado de conocimiento de los padres sobre Higiene Bucal

#### **2.3.1.2 cadores**

Son las respuestas que corresponden a las preguntas que se realizan de acuerdo a las dimensiones que se plantean en el estudio:

- Elementos de la Higiene Bucal. Preguntas del N°1 a N°05
- Hábitos de la Higiene Bucal. Preguntas del N°06 a N°10
- Técnicas de la Higiene Bucal. Preguntas del N°11 a N°15

## **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO**

### **3.1 Población y Muestra**

#### **3.1.1 Población**

La población del presente estudio estuvo comprendida por padres de familia que tengan hijos de 3 a 9 años que acuden al Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos, durante el primer semestre del año 2018, con un total de 350 padres.

#### **3.1.2 Muestra**

La muestra fue seleccionada en forma no aleatoria y por conveniencia, estuvo constituida por padres de familia que tengan hijos de 3 a 9 años atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el primer semestre del año 2018 y estuvo conformada por 160 padres. Los cuales cumplieron los criterios de selección:

#### **– Criterios de Inclusión**

- Padres que acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos.
- Padres que tienen hijos entre los 3 a 9 años de edad.
- Padres que estuvieron de acuerdo con participar en el estudio.

- Padres que tienen hijos que no presente Alteración Psicológica.

#### **– Criterios de Exclusión**

- Padres que no acudieron al Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos.
- Padres que no tienen hijos entre los 3 a 9 años de edad.
- Padres que no estuvieron de acuerdo con participar en el estudio.
- Padres que tienen hijos que presenten Alteración Psicológica.

### **3.2 Diseño(s) a Utilizar en el Estudio**

#### **3.2.1 Diseño del Estudio**

Debido a que no habrá intervención por parte del investigador sobre el desarrollo de fenómenos, el presente estudio tuvo un diseño descriptivo.

#### **3.2.2 Tipo de Investigación**

Debido a que se dio en un momento determinado, y por única vez, el estudio es de tipo transversal, prospectivo y observacional.

#### **3.2.3 Enfoque**

El estudio por ser medible es cuantitativo.

### **3.3 Técnica(s) e Instrumento(s) de Recolección de Datos**

#### **3.3.1 Técnicas de Recolección de Datos**

Se presentó el Proyecto a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que luego de su evaluación, emitan la autorización respectiva para el desarrollo del estudio. Luego para realizar la recolección de datos, primero se tuvo que solicitar en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad, la Carta de Presentación para que pueda ser enviada a la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú.

Posteriormente se presentó el Proyecto, más la Carta de Presentación, solicitando el permiso correspondiente a la Directora de Sanidad Policial Lima, y poder realizar la ejecución de la investigación.

Después de su aprobación se procedió a la recolección de datos en los ambientes de la sala de espera del Área de Odontología.

Antes de la entrega del cuestionario a los padres de familia, se les hizo una explicación acerca de la naturaleza del estudio en una forma clara y sencilla, de tal forma, que fue el entendimiento de ellos, posteriormente luego de haber contestado todas las preguntas que hicieron al investigador, se les hizo entrega de un formato del consentimiento informado, para que después de su lectura y los estuvieron de acuerdo, firmaron dando su autorización para participar en la investigación.

Luego se hizo entrega del cuestionario a tomar a los padres que dieron su autorización, en las indicaciones respectivas del propósito del estudio y la manera en que iban a llevar el citado cuestionario.

Para finalizar se agradeció a la Directora de Sanidad Policial por el permiso autorizado, a los Jefes tanto del Policlínico PNP Chorrillos como el del Departamento Odontológico por la buena aceptación, a los padres de familia por su disposición y la participación de la encuesta.

### **3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos**

El instrumento de recolección de datos empleado en la presente investigación, es el Cuestionario Ad-hoc, elaborado por el tesista juntamente con el asesor para los fines específicos de la investigación, lo cual estuvo conformada por preguntas con ítems de acuerdo a los indicadores de la variable. Dicho instrumento, fue validado por Juicio de Expertos, que fueron 3 con experiencia en el tema y con el Grado



Académico de Maestro. La ficha será aplicada únicamente por el investigador.

El Cuestionario que se describe a continuación tiene tres partes:

### **Primera parte**

Contiene los datos filiativos como: la edad, género y grado de instrucción.

### **Segunda parte**

consta de 15 preguntas:

Las preguntas del 1 al 5 están referidas al conocimiento de los elementos de higiene bucal.

Las preguntas del 6 al 10 están referidas al conocimiento de los hábitos de higiene bucal.

Las preguntas del 11 al 15 están referidas al conocimiento de las técnicas de higiene bucal.

Se calificará las preguntas correctamente contestadas con el puntaje de 1 punto.

Las preguntas del cuestionario son las siguientes:

- 1.- ¿Para qué se usa el hilo dental?
- 2.- Según lo considere Ud. ¿Qué elementos pertenecen a la higiene bucal?
- 3.- Con respecto al cepillo dental ¿Cuáles son sus características?
- 4.- ¿Cuáles son los beneficios de la pasta dental con flúor?
- 5.- ¿Después de qué tiempo deberíamos cambiar el cepillo dental?
- 6.- ¿Cuándo cree Ud. que es recomendable el uso del cepillo dental?

- 7.- ¿En el día, cuántas veces el niño se debe lavar los dientes?
- 8.- ¿A qué edad se debe iniciar la higiene bucal?
- 9.- ¿Cuándo debería ser la primera visita de su hijo(a) al dentista?
- 10.- ¿Cuándo debería ser usado por primera vez la pasta dental?
- 11.- ¿Qué cantidad de pasta dental coloca sobre el cepillo del niño menor de 6 años?
- 12.- ¿Cómo se debe realizar la higiene bucal en el paciente infante?
- 13.- ¿Cómo debe coger el niño(a) el cepillo dental?
- 14.- ¿En qué posición se coloca Ud. para realizar la técnica de Higiene Bucal?
- 15.- ¿Cuánto se demora Ud. en lavarse los dientes?

**Después de la evaluación correspondiente la escala de calificación fue de la siguiente manera:**

Deficiente	(0 - 5 puntos)
Regular	(6 - 10 puntos)
Bueno	(11 - 15 puntos)

### **3.4 Procesamiento de Datos**

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas que fueron motivos de la encuesta y enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las codificaciones planteadas por el investigador. La cual fue trabajada en un Laptop Marca HP-Q7I16C50 con sistema operativo WINDOWS 10 Home single language 64 bits, con procesador INTEL® Core™ I3-6006U; 2.0 Ghz y memoria RAM 4096MB bajo la recolección de datos planteados en una base de Excel y evaluados bajo el programa SPSS por lo que se ejecutó una prueba estadística descriptiva, de las dimensiones planteadas en el estudio y que se presentan mediante tablas y gráficos que se mostrarán.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1 Presentación de Resultados**

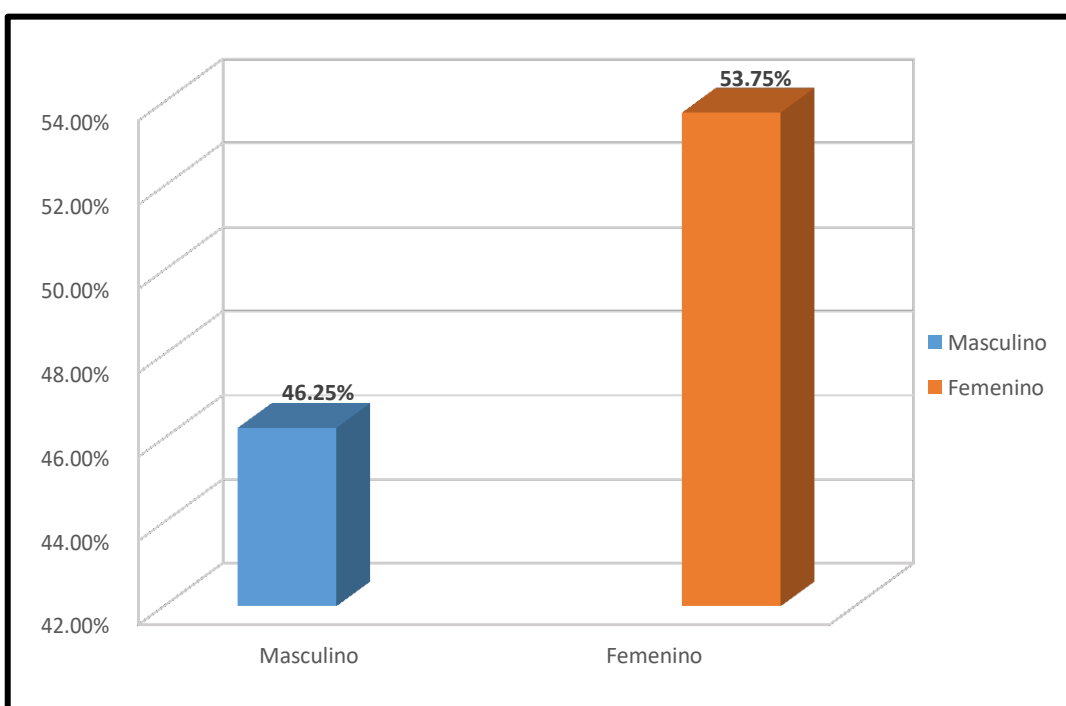
El propósito del estudio fue determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre higiene bucal de pacientes niños de 3 a 9 años, luego de obtenido los resultados se ordenaron en una base de datos, de acuerdo a los objetivos general y específicos que se plantean en el estudio, que se presentaran mediante tablas y gráficos después de la estadística descriptiva correspondiente.

**Tabla N° 01**

**Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de los niño (a)s**

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	86	53.75%
Masculino	74	46.25%
Total	160	100.00%

En la tabla N° 01 se observa que, del total de la muestra corresponde a un número de 160 historias clínicas, corresponde al sexo Femenino un número de 86 (53.75%) y al sexo masculino un número de 74 (46.25%).



**Gráfico N° 01**

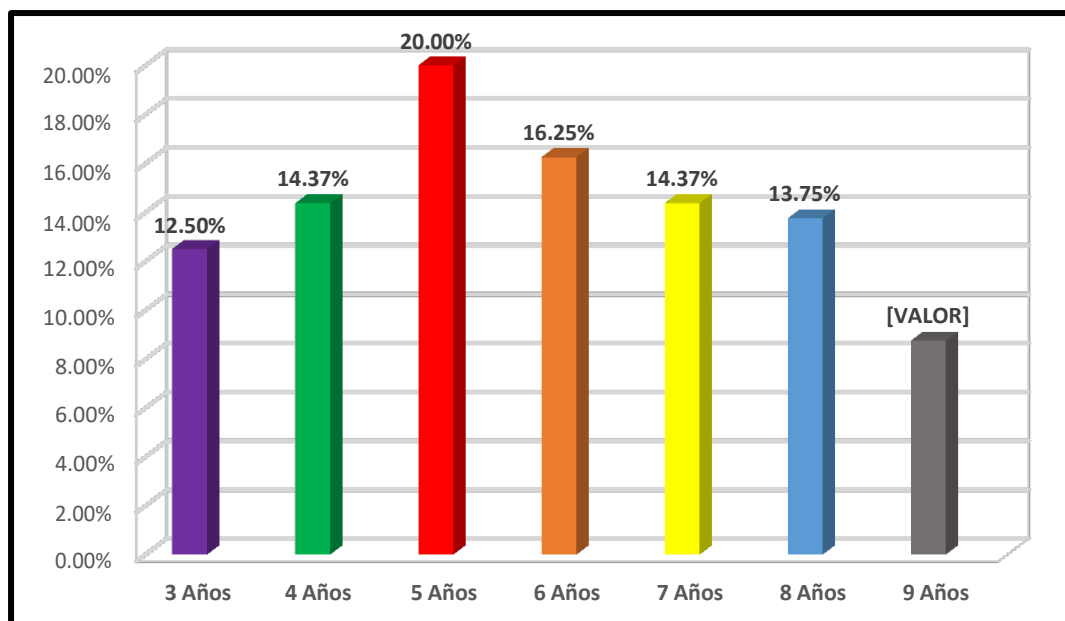
**Distribución de la muestra de acuerdo al sexo de los niño (a)s**

**Tabla N° 02**

**Distribución de la muestra de acuerdo a la edad de los niño (a)s**

Edad	Cantidad	Porcentaje
3 Años	20	12.50%
4 Años	23	14.37%
5 Años	32	20.00%
6 Años	26	16.25%
7 Años	23	14.37%
8 Años	22	13.75%
9 Años	14	8.75%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

En la tabla N° 02 se observa que, del total de la muestra corresponde a un número de 160 historias clínicas; edad de 3 años con un número de 20 (12.50%); edad de 4 años con un número de 23 (14.37%); edad de 5 años con un número de 32 (20.00%); edad de 6 años con un número de 26 (16.25%); edad de 7 años con un número de 23 (14.37%); edad de 8 años con un número de 22 (13.75%); edad de 9 años con un número de 14 (8.75%).



**Gráfico N° 02**

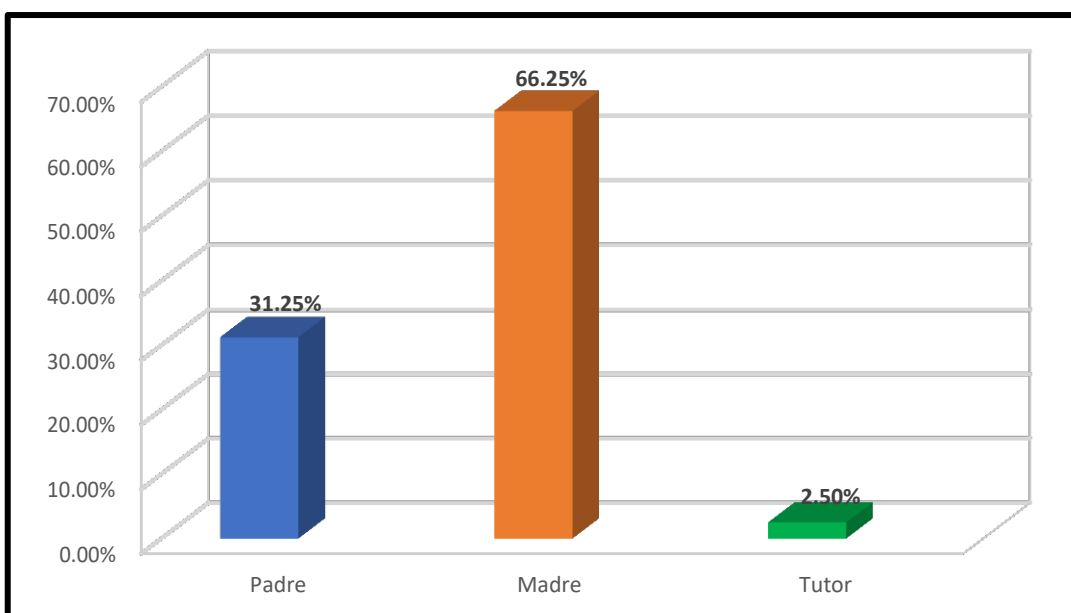
**Distribución de la muestra en edad de los niño**

**Tabla N° 03**

**Distribución de la muestra en parentesco de los niño (a)s**

Parentesco	Cantidad	Porcentaje
Padre	50	31.25%
Madre	106	66.25%
Tutor	4	2.50%
Total	160	100.00%

En la tabla N° 03 se observa que, del total de la muestra corresponde a un número de 160 padres de familia; corresponde a padres un número de 50 (31.25%); corresponden a madres un número de 106 (66.25%), corresponde a tutores un número de 4 (2.50%).



**Gráfico N° 03**

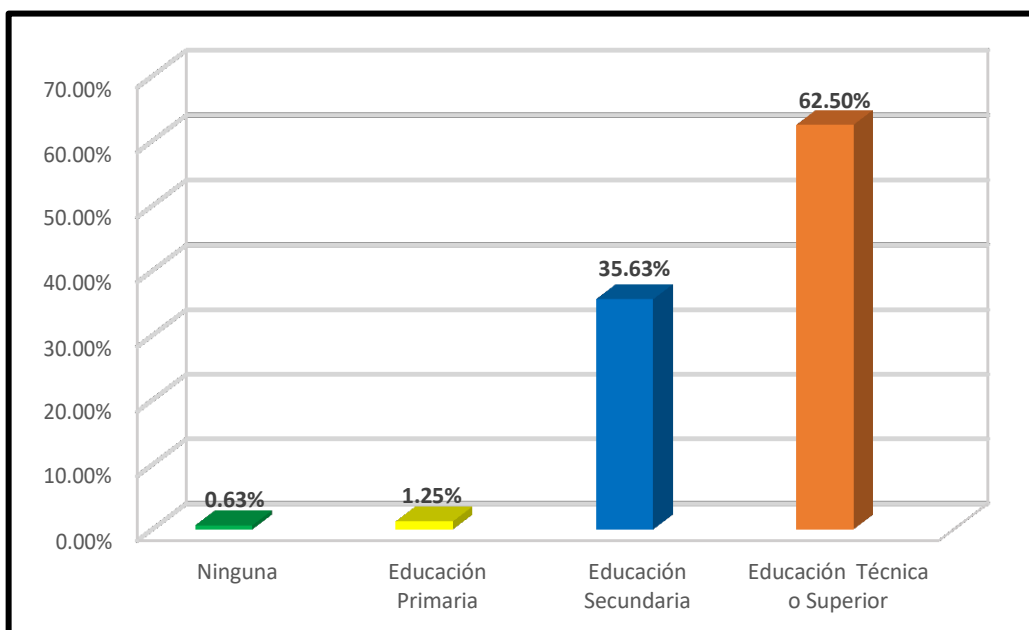
**Distribución de la muestra en parentesco de los niño (a)s**

**Tabla Nº 04**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Instrucción de los padres**

<b>Educación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ninguna</b>	1	0.63%
<b>Primaria</b>	2	1.25%
<b>Secundaria</b>	57	35.63%
<b>Técnica o Superior</b>	100	62.50%
<b>Total</b>	160	100.00%

En la tabla Nº 04 se observa que, del total de la muestra que corresponde a un número de 100 (62.50%) tienen Educación Técnica Superior; en un número de 57 (35.63%) tienen Educación Secundaria; en un número de 2 (1.25%) tienen Educación Primaria; y en un número de 1 (0.63%) no tiene Educación Académica.



**Gráfico Nº 04**

**Distribución de la muestra de acuerdo a la Educación del informante**

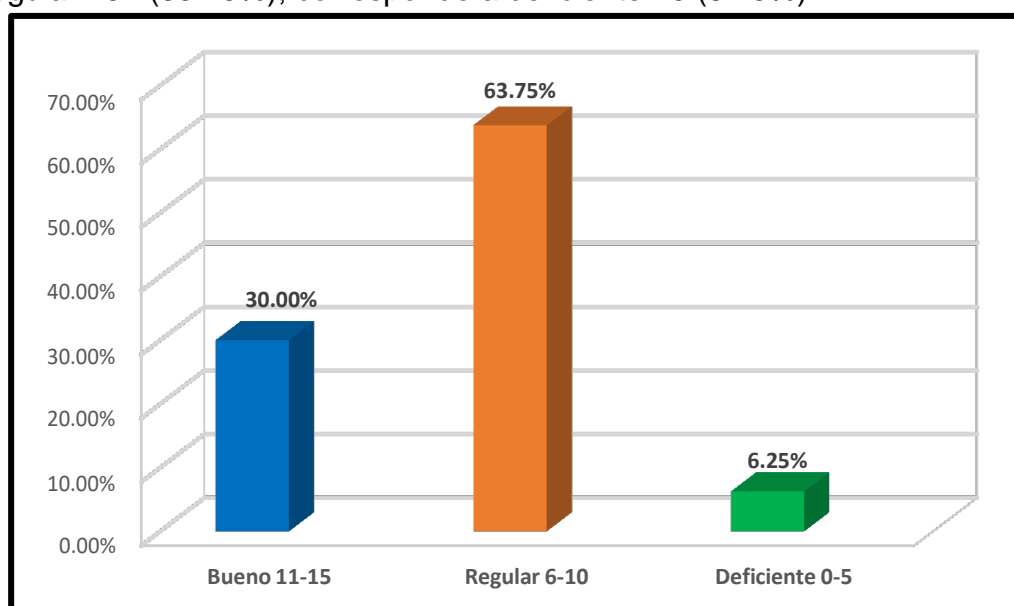


**Tabla N° 05**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimiento de los padres sobre Higiene bucal en pacientes odontopediátricos**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bueno (11-15)</b>	48	30.00%
<b>Regular (6-10)</b>	102	63.75%
<b>Deficiente (0-5)</b>	10	6.25%
<b>Total</b>	160	100.00%

En la tabla N° 05 se observa que el total de la muestra corresponde a un número de 160 padres; corresponde a Bueno 48 (30.00%); corresponde Regular 102 (63.75%); corresponde a deficiente 10 (6.25%).



**Gráfico N° 05**

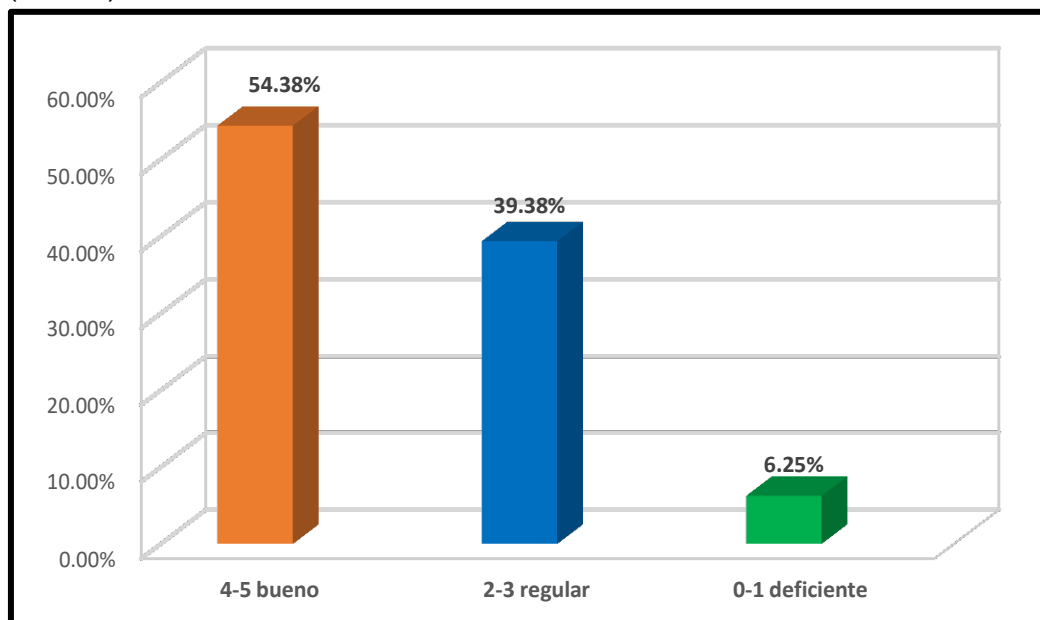
**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Conocimiento de los padres sobre Higiene bucal en pacientes odontopediátricos**

**Tabla N° 06**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de Conocimiento de los padres sobre Elementos de Higiene bucal**

	Cantidad	Porcentaje
Bueno (4-5)	87	54.38%
Regular (2-3)	63	39.38%
Deficiente (0-1)	10	6.25%
Total	160	100.00%

En la tabla N° 06 se observa que el total de la muestra corresponde a un número de 160 padres; corresponde a Bueno 87 (54.38%); corresponde a Regular 63 (39.38%); corresponde a Deficiente 10 (6.25%)



**Gráfico N° 06**

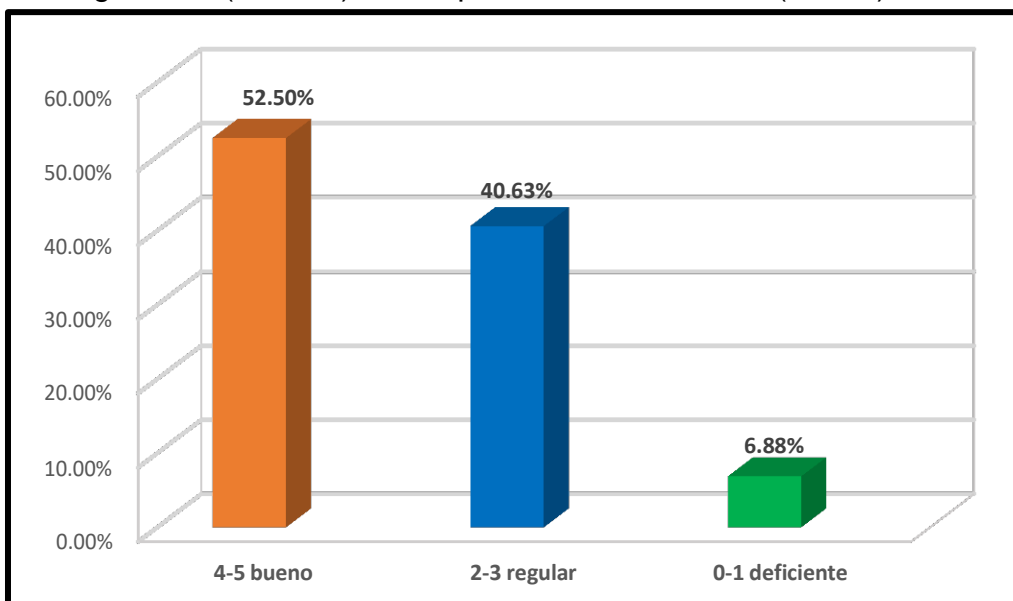
**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimiento de los padres sobre Elementos de Higiene bucal**

**Tabla N° 07**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre hábitos de Higiene bucal**

	Cantidad	Porcentaje
Bueno (4-5)	84	52.50%
Regular (2-3)	65	40.63%
Deficiente (0-1)	11	6.88%
Total	160	100.00%

En la tabla N° 07 se observa que el total de la muestra corresponde a un número de 160 padres; corresponde a Bueno 84 (52.50%); corresponde a Regular 65 (40.63%); corresponde a Deficiente 11 (6.88%).



**Gráfico N° 07**

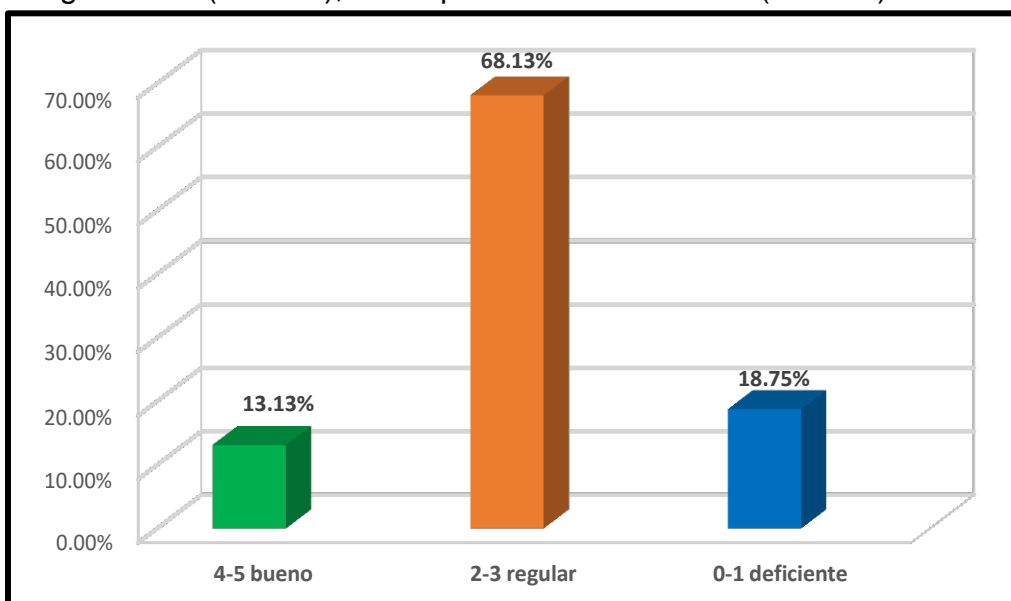
**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre hábitos de Higiene bucal**

**Tabla N° 08**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre técnica de Higiene bucal**

	Cantidad	Porcentaje
Bueno (4-5)	21	13.13%
Regular (2-3)	109	68.13%
Deficiente (0-1)	30	18.75%
Total	160	100.00%

En la tabla N° 08 se observa que el total de la muestra corresponde a un número de 160 padres; corresponde a Bueno 21 (13.13%); corresponde a Regular 109 (68.13%); corresponde a Deficiente 30 (18.75%).



**Gráfico N° 8**

**Distribución de la muestra de acuerdo al Grado de conocimientos de los padres sobre técnica de Higiene bucal**

## **4.2 Discusión de Resultados.**

En objetivo de este estudio fue determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre la Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos. Este estudio se realizó en 160 padres de pacientes odontopediátricos que acudieron al Servicio de Odontología de un Policlínico del Policía Nacional del Perú de Chorrillos. En los resultados se puede observar que en un número de 102 con un porcentaje de 63.75% de padres de familia se encuentran con un grado de conocimiento Regular; por otro lado en un número de 48 con un porcentaje de 30% de padres de familia obtuvieron un grado Bueno; finalmente, solo en un número de 10 con un porcentaje de 6.25% de los encuestados tienen un grado de conocimiento Deficiente. Al observar los resultados se puede conocer que el nivel de conocimiento de los padres es Regular, lo cual es preocupante por el alto porcentaje alcanzado y siendo de vital importancia que los padres tengan un conocimiento bueno con respecto a la salud bucal, para que puedan inculcar, verificar y apoyar a sus hijos sobre este aspecto, que sería beneficioso para los niños. Por ese motivo, deberán hacer programas de capacitación para los padres y también para sus hijos, sobre higiene bucal, en ello se podría reducir las enfermedades bucodentales.

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia relacionado a Elementos de Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos, En los resultados se observa que en un número de 87 con un porcentaje de 54.38% tienen un grado de conocimiento Bueno, además en un número de 63 con un porcentaje de 39.38% obtuvieron un grado de conocimiento Regular y en un número de 10 con un porcentaje de 6.25% tuvieron un grado de conocimiento

Deficiente. Luego de obtenido los resultados se puede apreciar que el grado de conocimiento de los padres es Bueno en mayoría, lo cual es halagador porque, entre el nivel de conocimiento bueno y regular que es también con un porcentaje elevado, ambos tienen una mayoría abrumadora, que es satisfactoria, solo quedan con respecto a este objetivo reforzar y tratar de mantener sus conocimientos, mediante capacitaciones que pueda organizar el Servicio de Odontología del Policlínico de Chorrillos de la Policía Nacional del Perú.

En cuanto a la determinación del grado de conocimiento de los padres de familia relacionado a los hábitos de la Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos, en los resultados se observa que en un número de 84 con un porcentaje 52.50% de los encuestados tiene un grado de conocimiento Bueno; en un número de 65 con un porcentaje de 40.63% obtuvieron un grado de conocimiento Regular y en un número de 11 con un porcentaje de 6.88% tiene un grado de conocimiento Deficiente. En los resultados obtenidos se puede observar que es halagador que nuevamente los padres de familia hayan tenido por mayoría un nivel de conocimiento Bueno y con alto porcentaje de Regular, nuevamente, con el objetivo anterior tienen una abrumadora mayoría y solo en un mínimo porcentaje tiene un conocimiento Deficiente, con respecto a los hábitos de higiene bucal. Siendo satisfactorio los resultados, sería conveniente hacer campañas de capacitación, sólo para reforzar los conocimientos que tienen los padres con respecto a esta dimensión, que sería de beneficio de los niños.

Referente a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia con respecto a técnicas de higiene bucal en pacientes odontopediátricos, se aprecia

que en un número de 109 con un porcentaje de 68.13% tienen un grado de conocimiento Regular, en un número de 30 con un porcentaje de 18.75% los encuestados tienen un grado de conocimiento Deficiente y en un número de 21 con un porcentaje de 13.13% tienen un grado de conocimiento Bueno. Los resultados en esta dimensión, nos permiten observar que en una gran mayoría los padres de familia tienen un conocimiento de Regular con respecto a la técnica de higiene bucal y en menor porcentaje tienen un conocimiento de Deficiente, entre ambos tiene un porcentaje de abrumadora mayoría sobre el de Bueno. El resultado es preocupante, por lo que se tendrán que hacer campañas en la forma más adecuada para mejorar el grado de conocimiento de los padres sobre las técnicas de higiene bucal y puedan transmitir lo aprendido a sus menores hijos y ellos puedan mejorar su calidad bucal y por ende su calidad de vida.

Franco, A. y Cols. (2003) Colombia. El propósito del estudio fue identificar los conocimientos y las prácticas de Cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. Se entrevistaron con base en formulario estructurado, 243 madres o personas adultas responsables de niños menores de 6 años. De los estratos bajos y alto de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cartagena y Manizales. Los resultados muestran que el 60.0% de las madres afirma haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes primarios de su hijo (a). Cerca de la mitad de las mujeres (47.7%) considera que la higiene bucal es suficiente para evitar la caries, las demás creen que son necesarias otras prácticas como proporcionar una buena alimentación (65%), visitar al odontólogo (45%) y evitar el consumo de dulces (10%). El momento en que se inició el cepillado difiere de manera significativa entre el estrato alto y el bajo ( $p=0.009$ ). Mientras el 56% de

las madres del estrato alto empezaron a cepillar al niño antes de cumplir el primer año, El 89.3% de los niños usa crema dental para cepillarse. El 35.5% empezó a usar la antes del primer año de vida y sólo una baja proporción (10.8%) lo hizo a partir del tercer año. El 71% de las mujeres contestaron que nunca han recibido información sobre la cantidad y el tipo de crema dental qué debe usar para el cepillado del niño. El 14.0% de ellas no sabe para qué sirve el flúor, el 86% considera que el flúor sirve para prevenir la caries, blanquear los dientes o como desinfectante. En la presente investigación el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los padres es de Regular.<sup>11</sup>

Campos, L. y Cols. (2010) Brasil. La caries dental y la enfermedad periodontal son anomalías frecuentes, y los factores socioeconómicos pueden intervenir en la dinámica de desarrollo de estas patologías. Se cree que el nivel de conocimiento de la madre en relación a la atención de salud bucal de los hijos es importante, pues los miembros de la familia crean y transmiten valores, conocimientos y prácticas de salud. El objetivo fue buscar evaluar el conocimiento de las madres de diferentes clases sociales sobre salud bucal. Se realizó un estudio transversal con una población objetivo de 416 madres de niños de 0 a 6 años. Se solicitó a la participante que respondiera una entrevista con cuestiones relacionadas con el grupo de edad, número de hijos, grado de escolaridad, condición socioeconómica y conocimientos sobre salud bucal. El nivel de conocimiento de las entrevistadas fue calificado en bueno, medio y bajo. Para la clasificación socioeconómica se utilizó el indicador ABA / Abipeme. El resultado fue que la mayoría de las entrevistadas (49,8%) se encuadró en la categoría socioeconómica B. En relación a informaciones sobre salud bucal, el 83,3% de las madres de la clase A y el



31,8% de las de la clase D relataron tenerlas recibido. Las madres que dijeron haber obtenido orientaciones citaron principalmente al médico (35,7%) y el cirujano dentista (21,8%) como las principales fuentes. Las madres de las clases A, B y C mostraron un nivel medio, y las de la D, un bajo nivel de conocimiento. Conclusión: El factor socioeconómico interfirió en la recepción de informaciones sobre salud bucal. Las madres de nivel socioeconómico menos favorecido presentaron menor conocimiento en salud bucal. En la presente investigación el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los padres es de Regular.<sup>17</sup>

Teixeira, P. y Cols. (2011) Paraguay, se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. El objetivo es describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. En la reciente investigación, los resultados difieren con los obtenidos anteriormente por Teixeira ya que se obtuvo como resultado que el 63.75% del total tuvo un grado de conocimiento Regular sobre la Higiene Bucal.

Benavente, L. y Cols. (2012) Perú, el objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación

con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD), teniendo en consideración los criterios y normas éticas establecidas; siendo un estudio de tipo analítico transversal. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de cinco años (n 143). El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), placa bacteriana (Green y Vermillion. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años ( $p > 0,16$ ). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal, desde temprana edad, resaltando el rol que cumple la dentición temporal, no sólo para garantizar el espacio de los dientes permanentes, sino mucho más como es la alimentación del niño y el rol que juega para su buen crecimiento y desarrollo bio-psico-social, logrando así estilos de vida adecuados. Al igual que este autor, el estudio recientemente realizado coincide con los resultados obtenidos por Benavente ya que los padres tuvieron un grado de conocimiento Regular en un 63.75%.

Sotomayor, J. y Cols. (2012) Perú. El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al

servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y San José – 2011. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 249 gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y 158 pacientes que acudieron al Hospital San José (2011). Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal, enfermedades bucales y relación entre atención odontológica y gestación. El 84 % no reporta atención odontológica. Solo el 14 % tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50 % tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. El 64 % posee un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; sin embargo, acerca de enfermedades bucales y gestación en relación con la atención odontológica, el nivel de conocimientos es malo; por lo que el nivel de conocimiento general en las gestantes sobre medidas de prevención de salud bucal es malo. En la presente investigación realizada el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los padres es de Regular.<sup>21</sup>

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Conclusión General**

Con respecto a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre la Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos, se concluye que tienen un nivel de conocimiento de Regular.

#### **5.1.2 Conclusiones Especificas**

1. En cuanto a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre elementos de Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos, se concluye que el grado de conocimiento es Bueno.
2. Tomando en cuenta identificar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre hábitos de Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos, se concluye que el grado de conocimiento es Bueno.
3. Referente a establecer el grado de conocimiento de los padres de familia respecto a técnicas de Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos, se concluye que el grado de conocimiento es Regular.

## **5.2 Recomendaciones**

### **5.2.1 Recomendación General**

En cuanto a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología del Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para hacer campañas sobre salud oral, recalcando la importancia de higiene bucal a los padres de familia, se lograría que a mejor conocimiento de higiene bucal pueda mejorar este aspecto en los niños.

### **5.2.2 Recomendaciones Específicas**

1. Respecto a determinar el grado de conocimiento de los padres de familia sobre elementos de higiene bucal y hábitos de higiene bucal. Se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para que mediante campañas sobre higiene bucal, se amplíen y refuerce los conocimientos sobre estos aspectos, se lograría mejor conocimiento de los padres para que trasmitan a sus hijos, mejorando su salud bucal.
2. Referente a establecer el grado de conocimiento de los padres relacionado a técnicas de higiene bucal en pacientes odontopediátricos, se recomienda que se tome en cuenta los resultados, para realizar capacitaciones mediante charlas, campañas a los padres y mejorar sobre las técnicas de higiene oral, lográndose que le trasmitan a sus niños y mejorando la salud bucal de sus hijos y por ende su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Segarra M., Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. 3º Cuatrimestre 2004 y 1º Cuatrimestre 2005; Vol. 22:175–96.
2. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.124 p.
3. Hessen J. Teoría del conocimiento. [Obra]. [Colonia]: Instituto Latinoamericano de Ciencia y Artes; 1985. 82 p.
4. Guía de práctica clínica en salud oral: Higiene Oral. [Internet]. Bogotá: Institución Universitaria Colegios de Colombia; [2010]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/>.
5. Ponce D, et al. Módulo de Promoción de la Salud Bucal- Higiene Oral [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; [2013]. Available from: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevención\\_salud/salud\\_bucal/](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevención_salud/salud_bucal/).
6. Vásquez M. Conocimiento De Higiene Bucal De Padres Relacionado Con La Higiene Bucal De Niños Con Habilidades Diferentes.[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. [Lima]: Universidad Nacional Fedérico Villareal; 2009. 95 p.
7. Martins S, Abanto J, Cabrera A, López R, Masoli C, Echevarría S, et al Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatría de los países Latinoamericanos São Paulo 2014 Epidemiología de la caries dental en américa latina. 2014 julio-Diciembre; Vol. 4(2):13– 18.

8. Chica R, Ludeña V. Eficacia del Propóleo al 25% vs. La Clorhexidina al 0.12% usado conjuntamente con técnica de Bass para disminuir la placa bacteriana.[Tesis Doctoral]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca El Escorial; 2012. 99 p.
9. Cuartas J, Alvar A, Maya A, Cárdenas J, Arias M, Jaramillo A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. 2002; Vol. 15: 13 -18.
10. Martignon S., González M., Jacome S., Velosa J., Santamaría R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles ICBF-Usaquén Bogotá. 2003;9(2): 46 - 59.
11. Franco A, Jiménez J, Saldarriaga C, Zapata L, Saldarriaga A, Martignon S, González M, Luna L, Ocampo A. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. 2003; Vol. 16: 27–33.
12. Gómez A, Ferreira C, Leite A, Vasconcelos de Medeiros P. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês : Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro , Campina Grande-PB The Perception of Mothers About Babies Oral Hygiene : A Study. Pesq Bras Odontoped Integr. 2004;4: 185 –9.
13. Tascón J, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K., Paz M. Primer molar permanente: Historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. 2005;36(4): 41–6.
14. Romo M, De Jesús M, Bribiesca M, Rubio J, Hernández M, Francisco J. Caries dental y algunos factores sociales en escolares de Cd. Nezahualcóyotl. 2005;62(2):124–35.

15. Martignon S, Bautista G, González M, Lafaurie G, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. 2008;10(2): 308–14.
16. Cartes R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. 2009;13(3): 136– 42.
17. Campos L, Bottan E, Birolo J, Garcia E, Silveira D, Helena B. Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC) Knowledge of mothers from different social classes regarding oral health in the city of Cocal do Sul (SC). 2010;711(133): 287– 95.
18. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias. 2010;12(5): 843 – 51.
19. Teixeira P, Vázquez C, Domínguez V, Elizeche PV, Alfonzo L, Mao C. Nivel De Conocimiento De Madres Sobre Higiene Bucal En Level of Knowledge of Mothers About Oral Hygiene in Children 0 To 3 Years . Hospital Materno Infantil-Barrio San Pablo . 2011;1(1): 12 - 3.
20. González F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles. 2011;53(3): 247– 57.
21. Sotomayor J, Reyes S, Ochoa J, Mallma A, Correa E, Arieta J, et al. Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. 2012;15(1): 10 - 3.



22. Benavente L, Chein S, Campodónico C, Palacios E, Ventocilla M, Castro A, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. 2012;15(1):14.
23. Marín C, Pereira C, Koneski K, Mary K, Ribeiro K, Machado L, De castro L. Avaliação do conhecimento de adolescentes gestantes sobre saúde bucal do bebê. 2013;49493(3): 133 – 9.
24. Cupé A, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. 2015 Abr- Jun;2525(22): 112–21.

# **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°:.....

Mediante este documento acepto participar voluntariamente brindando información a un cuestionario de carácter profesional, para llevar a cabo un estudio relacionado con el tema “Grado de conocimiento de los padres sobre Higiene Bucal en pacientes odontopediátricos”, con el fin de aportar datos al mencionado estudio, respondiendo de manera objetiva y responsable.

Se realizará el llenado del cuestionario de 15 preguntas, donde cada pregunta consta de un puntaje mínimo de 0 puntos y máximo de 1 punto por pregunta, para determinar el grado de conocimiento de los padres sobre la higiene bucal en pacientes odontopediátricos, mediante un máximo de tiempo de 20 minutos. Las repuestas a marcar tendrán 4 opciones y usted elegirá una de ellas. El mencionado cuestionario no causará efectos negativos psicológicos. El estudio realizado en el Servicio de Odontología de un Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos, no alterará su salud. Salvaguardando de manera anónima sus datos personales.

Agradecemos anticipadamente por la colaboración de datos importantes para el estudio que se necesita para mejorar el estado estomatológico de todos los niños en su etapa pre escolar y escolar.

DNI: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE



ANEXO N°2

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**

N°:

**Cuestionario Ad-hoc de Recolección de Datos**

**Introducción**

Los resultados que brinde el presente cuestionario, será utilizado como base de datos en un estudio para medir el grado de conocimiento de los Padres sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos, para ello contamos con sus respuestas objetivas y responsables, y obtener así datos correctos. Los datos personales serán salvaguardados de manera anónima para su protección. Complete de manera cuidadosa cada pregunta y responda con (X) la respuesta correcta. Gracias.

Agradezco anticipadamente su valiosa participación.

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Edad de su niño(a): .....

Sexo de su niño: Masculino ( ) Femenino ( )

¿Quién responde al cuestionario?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Otros: .....

Edad del Padre (A): .....

Grado de instrucción del Padre (A):

- a) Ninguna
- b) Educación Primaria
- c) Educación Secundaria
- d) Educación Técnica y/o Superior

## **Preguntas respecto a elementos de la Higiene Bucal**

1.- ¿Para qué se usa el hilo dental?

- a) Para limpiar la encía ubicado entre los dientes y prevenir la halitosis.
- b) Para limpiar la mucosa de la boca y prevenir infecciones.
- c) Para retirar comida ubicado entre los dientes y prevenir la halitosis.
- d) No sé.

2.- Según lo considere Ud. ¿Qué elementos pertenecen a la higiene bucal?

- a) Pasta dental, dulces y cepillo dental.
- b) Cepillo dental, pasta dental y enjuague bucal.
- c) Enjuague bucal, dulces y flúor.
- d) Flúor, cepillo dental e hilo dental.

3.- Con respecto al cepillo dental ¿Cuáles son sus características?

- a) Cerdas inclinadas y mango de un solo color.
- b) Cerdas duras y mango corto.
- c) Cerda recta y mango recto.
- e) No sé.

4.- ¿Cuáles son los beneficios de la pasta dental con flúor?

- a) Desarrollar resistencia bacteriana.
- b) Previene la caries y fortalece el diente.
- c) Desmineralizar los dientes con el tiempo.
- d) No sé.

5.- ¿Después de qué tiempo deberíamos cambiar el cepillo dental?

- a) Después del primer mes.
- b) Después de 6 meses
- c) Después de 3 meses.
- d) No sé.

## **Preguntas respecto a hábitos de la Higiene Bucal**

6.- ¿Cuándo cree Ud. que es recomendable el uso del cepillo dental?

- a) Antes del desayuno.

- b) Después de cada comida.
  - c) Solo después del almuerzo.
  - d) No sé.
- 7.- ¿En el día, cuantas veces el niño se debe lavar los dientes?
- a) 1 vez
  - b) 2 veces
  - c) 3 veces
  - d) No sé.
- 8.- ¿A qué edad se debe iniciar la higiene bucal?
- a) A los 6 años.
  - b) A los 11 años.
  - c) Desde el recién nacido.
  - d) No sé.
- 9.- ¿Cuándo debería ser la primera visita de su hijo(a) al dentista?
- a) Antes de que aparezca el primer diente.
  - b) cuando crezcan todos los dientes.
  - c) cuando comience a doler algún diente.
  - d) No sé.
- 10.- ¿Cuándo debería ser usado por primera vez la pasta dental?
- a) Cuando le salga su primer diente de adulto.
  - b) En su adolescencia.
  - c) Alrededor de los 2 años.
  - d) No sé.

### **Preguntas respecto a técnicas de la Higiene Bucal**

- 11.- ¿Qué cantidad de pasta dental coloca sobre el cepillo del niño menor de 6 años?
- a) 1/3 del tamaño de la superficie de la cabeza del cepillo dental.
  - b) 2/3 del tamaño de la superficie de la cabeza del cepillo dental.
  - c) La totalidad de la superficie de la cabeza del cepillo dental.
  - d) La cantidad equivalente al tamaño de una lenteja.
- 12.- ¿Cómo se debe realizar la higiene bucal en el paciente infante?
- a) Limpio la encía con un cepillo dental de cabeza pequeña con pasta

dental.

- b) Masajeo y limpio la encía con gasa estéril humedecida en agua hervida.
- c) Masajeo y limpio la encía con gasa humedecida en alcohol.
- d) No sé.

13.- ¿Cómo debe coger el niño(a) el cepillo dental?

- a) Colocar el dedo pulgar bajo el mango y los cuatro dedos restantes sobre el mango.
- b) Colocando el dedo índice sobre el mango y los otros dedos bajo el mango.
- c) Colocar el dedo pulgar sobre el mango y los cuatro dedos restantes bajo el mango.
- d) No sé.

14.- ¿En qué posición se coloca Ud. para realizar la técnica de Higiene Bucal?

- a) A un costado del niño.
- b) A la espalda del niño.
- c) Al frente del niño.
- d) No sé.

15.- ¿Cuánto se demora Ud. en lavarse los dientes?

- a) De 20 a 30 segundos.
- b) De 2 a 3 minutos.
- c) De 4 a 5 minutos.
- d) No sé.

**Gracias por su colaboración**



## ANEXO N°3

# UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

## FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, ..... de ..... del 2018

Dr.....

Docente de la Facultad de Estomatología  
Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Presente.

Me dirijo a Ud. en esta oportunidad con el fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle su valiosa colaboración como Juez Validador del Instrumento AD- HOC elaborado para la Recolección de los Datos del Proyecto de Investigación Titulado: "Grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en pacientes odontopediátricos atendidos en el Servicio de Odontología de un Policlínico de la Policía Nacional del Perú de Chorrillos en el año 2018 " el cual viene siendo elaborado dentro del programa de titulación profesional.

Para el adecuado desarrollo de la revisión del instrumento, se le hace entrega adjunta al presente de:

- Una copia del Instrumento.
- Una Matriz de Consistencia.
- Una Ficha de Validación.

Con dicho material, se le pide evaluar la efectividad, suficiencia, viabilidad, secuencialidad, para la aplicación del Instrumento de Recolección de Datos de acuerdo a los aspectos metodológicos.

Agradezco anticipadamente su valioso aporte en función a su experiencia, sin más que añadir, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente

---

Nombres y Apellidos



## ANEXO N°4

**TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS**

### I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos del autor: Diego Antenor yuana Saizto

Título de la Investigación: Grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en Pacientes odontopediátricos.

Fecha: 06/01/18


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41-60				Excelente 81 - 100			
		0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado.																✓
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas observables.																✓
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología.																✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.																✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.																✓
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos.																✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables.																✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																✓
PERTINENCIA	La encuesta es aplicable.																✓

### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Aprobado

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Es aplicable el instrumento

Grado Académico, Nombre(s) y Apellidos del experto evaluador	Firma	DNI	Teléfono
<u>Dr. Dg. Esp Carlos Fierro Cerantes</u>		<u>40281836</u>	<u>953545561</u>

## ANEXO N°5

### TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS

#### I. DATOS GENERALES

**Nombres y Apellidos del autor:** Diego Antenor y una Saente.

**Título de la Investigación:** Grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en Paciente, odontopediátricos.

**Fecha:** 06/01/18


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41-60				Excelente 81 - 100			
		0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado.																✓
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas observables.																✓
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología.																✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.																✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.																✓
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos.																✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables.																✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																✓
PERTINENCIA	La encuesta es aplicable.																✓

#### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Aprobado
----------

#### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Es aplicable el instrumento
-----------------------------

Grado Académico, Nombre(s) y Apellidos del experto evaluador	Firma	DNI	Teléfono
Dg. Diego Antenor y una Saente		10783121	957618446

## ANEXO N°6

**TABLA DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS POR EXPERTOS**

### I. DATOS GENERALES

**Nombres y Apellidos del autor:** Diego Antenor Yuna Jacinto.

**Título de la Investigación:** Grado de conocimiento de los padres sobre higiene bucal en Pacientes Odontopediátricos.

**Fecha:** 02/02/18


INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41-60				Excelente 81 - 100			
		0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20	0-5	6-10	11-15	16-20
CLARIDAD	Formulado con lenguaje apropiado.																✓
OBJETIVIDAD	Expresado en conductas observables.																✓
ACTUALIDAD	Adecuado al avance ciencia y tecnología.																✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																✓
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.																✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos del estudio.																✓
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos-científicos.																✓
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las variables.																✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																✓
PERTINENCIA	La encuesta es aplicable.																✓

### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

Aprobado.

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento es aplicable.

Grado Académico, Nombre(s) y Apellidos del experto evaluador	Firma	DNI	Teléfono
Mg. Harold Antonio Brandy Reategui Docente P.E. U.F.G.V.		40656643	968584782



