

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL DE LOS EDUCADORES PREESCOLARES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL DE SUS ALUMNOS DEL COLEGIO I.E. SAN FRANCISCO DE ASIS DE LA COMUNIDAD HUERTOS DE MANCHAY-PACHACAMAC EN ABRIL 2019.”

PRESENTADO POR:

Bach. Tereza Cristina Melendez Boyer

Para optar el título de:

CIRUJANO DENTISTA

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios nuestro Creador y Padre Celestial por darme la vida, por guíar mi camino y por darme las fuerzas necesarias para culminar cada proyecto.

A mis padres por estar conmigo en cada momento de mi vida, por brindarme su apoyo y amor incondicional.

A mi familia y amigos por sus ánimos y buenos consejos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por todo lo que me brinda día a día, por darme paciencia y sabiduría para poder terminar mi carrera profesional.

A mis padres, por darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, por todos sus consejos, por inculcarme valores, humildad y perseverancia.

A mis Docentes con vocación de ser educadores y formadores de profesionales, estoy convencida que para mi será grato recordar sus enseñanzas.

A mi familia y amigos que me apoyaron para lograr el objetivo de este estudio.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Nº 01 Distribución de frecuencias sobre si conoce los elementos básicos de higiene bucal.	59
Nº 02 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el cepillado dental.	60
Nº 03 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el cepillo dental.	61
Nº 04 Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	62
Nº 05 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el flúor.	63
Nº 06 Distribución de las frecuencias sobre Si Conoce los Alimentos para fortalecer los dientes.	64
Nº 07 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de pasta dental en niños.	65
Nº 08 Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	66
Nº 09 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre caries dental.	67
Nº 10 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre caries de biberón.	68
Nº 11 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de placa bacteriana.	69
Nº 12 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de enfermedad periodontal.	70
Nº 13 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de gingivitis.	71
Nº 14 Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	72
Nº 15 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de la encía.	73

Nº 16	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el diente.	74
Nº 17	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre mal posición dentaria.	75
Nº 18	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre cantidad de dientes de leche.	76
Nº 19	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre los dientes de leche.	77
Nº 20	Nivel de conocimiento sobre conceptos de salud bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	78
Nº 21	Nivel de conocimiento general sobre higiene bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	79
Nº 22	Índice de higiene oral evaluado en 180 niños.	80
Nº 23	Relación entre nivel de conocimiento y el índice de higiene oral de los alumnos.	81

ÌNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Nª 01 Distribución de frecuencias sobre si conoce los elementos básicos de higiene bucal.	59
Nª 02 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el cepillado dental.	60
Nª 03 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el cepillo dental.	61
Nª 04 Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	62
Nª 05 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el flúor.	63
Nª 06 Distribución de las frecuencias sobre si conoce los alimentos para fortalecer los dientes.	64
Nª 07 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de pasta dental en niños.	65
Nª 08 Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	66
Nª 09 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre caries dental.	67
Nª 10 Distribución de las frecuencias de si conoce sobre caries de biberón.	68
Nª 11 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de placa bacteriana.	69
Nª 12 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de enfermedad periodontal.	70
Nª 13 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de gingivitis.	71
Nª 14 Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	72
Nª 15 Distribución de las frecuencias sobre si conoce de la encía.	73

Nº 16	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre el diente.	74
Nº 17	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre mal posición dentaria.	75
Nº 18	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre cantidad de dientes de leche.	76
Nº 19	Distribución de las frecuencias de si conoce sobre los dientes de leche.	77
Nº 20	Nivel de conocimiento sobre conceptos de salud bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	78
Nº 21	Nivel de conocimiento general sobre higiene bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.	79
Nº 22	Índice de higiene oral evaluado en 180 niños.	80
Nº 23	Relación entre nivel de conocimiento y el índice de higiene oral De los alumnos.	81

ÍNDICE

	pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Figuras	vi
Índice	viii
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación.....	1
1.1. Marco Teórico.....	1
1.1.1 Salud	1
1.1.1.1 Salud bucodental	1
1.1.1.2 Cuidado Personal de Salud Oral.....	2
1.1.2 Higiene Oral	4
1.1.2.1 Índice de Higiene Oral	5
1.1.3 Odontología Preventiva	6
1.1.3.1 Educación	7
1.1.3.1.1 Educación en Odontología	7

1.1.3.1.2 Principios Educativos	8
1.1.3.2 Motivación	10
1.1.3.3 Prevención	12
1.1.3.3.1 Beneficios de la Prevención Primaria	15
1.1.3.3.2 Medidas Preventivas	17
1.2. Investigaciones	35
1.3. Marco Conceptual	40
Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipòtesis y Variables.....	43
2.1. Planteamiento del Problema	43
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	43
2.1.2. Definición del Problema.....	45
2.1.2.1. Problema Principal	45
2.1.2.2. Problemas Específicos	46
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación	46
2.2.1. Finalidad.....	46
2.2.2. Objetivo General y Específicos	47
2.2.2.1. Objetivo General.....	47
2.2.2.2. Objetivos Específicos	48
2.2.3. Delimitación del Estudio	48
2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio	49
2.3. Hipòtesis y Variables	50
2.3.1. Hipòtesis Principal.....	50

2.3.2. variables e indicadores	50
2.3.2.1 Variable Independiente	50
2.3.2.2 Indicadores	50
Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos.....	51
3.1. Población y Muestra	51
3.1.1. Población.....	51
3.1.2. Muestra	51
3.2 Diseño utilizado en el estudio	52
3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	52
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	52
3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos.....	53
3.4 Procesamiento de Datos	56
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados.....	58
4.1. Presentación De Resultados.....	58
4.2 Contrastación de Hipòtesis	82
4.3. Discusión de Resultados.....	83
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.....	87
5.1. Conclusiones.....	87
5.2. Recomendaciones.....	88
Bibliografía.....	90
Anexos.....	97

RESUMEN

La higiene bucal es una de las medidas preventivas más importantes para mantener una buena salud bucal, pero lamentablemente para la sociedad no es relevante. Fue por ello que el objetivo de la presente investigación fue conocer el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los profesores preescolares en la Institución Educativa I.E San Francisco De Asis y el Índice de Higiene Oral de sus alumnos. El Diseño Metodológico fue descriptivo correlacional, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional y el enfoque cualitativo. El procedimiento para obtener las mediciones fue con el programa SPSS VERSION 20.0 mediante el programa Microsoft 2010. **Métodos:** Se realizó una prueba piloto en 30 educadores de ambos sexos y de todas las edades, a quienes se les evaluó el nivel de conocimiento empleando un cuestionario que constó de 16 preguntas las cuales contienen 4 indicadores que fueron: 1. Sobre la Higiene Bucal. 2. Sobre las medidas preventivas. 3. Sobre las enfermedades bucales. 4. Sobre concepto de salud bucal. Y se le evaluó el índice de Higiene Oral en sus alumnos del nivel inicial siendo en total 180 niños. **Resultados:** El nivel de conocimiento general sobre higiene bucal resultó ser más frecuente el nivel de conocimiento “regular” con un 56.70% (n=17), y en la evaluación del IHOS el resultado fue “Malo” con un 61.11% (n=110) **Conclusiones:** Al analizar cada indicador lo más prevalente fue nivel de conocimiento “regular” y en la evaluación del IHOS el resultado fue “Malo”, indicándonos que hay una grave falta de información sobre higiene oral en los educadores y personas que conviven e influyen de manera directa en los niños.

Palabras Clave: Nivel de Conocimiento, Higiene Oral, Estado de Higiene Oral, Educadores.

ABSTRACT

Oral hygiene is one of the most important preventive measures to maintain good oral health, but unfortunately for society it is not relevant. That is why the objective of this research was to know the level of knowledge about oral hygiene of preschool teachers in the Educational Institution I.E San Francisco De Asis and the Index of Oral Hygiene of its students. The Methodological Design was descriptive relational, the type of research was transversal, prospective and observational and the qualitative approach. The procedure to obtain the measurements was with the SPSS VERSION 20.0 program through the Microsoft 2010 program. Methods: A pilot test was conducted on 30 educators of both sexes and of all ages, who were assessed the level of knowledge using a questionnaire which consisted of 16 questions which contain 4 indicators that were: 1. About Oral Hygiene. 2. About preventive measures. 3. About oral diseases. 4. About the concept of oral health. And he was assessed the Oral Hygiene index in his students of the initial level being in total 180 children. Results: The level of general knowledge about oral hygiene proved to be more frequent the level of "regular" knowledge with 56.70% (n = 17), and in the IHOS evaluation the result was "Bad" with 61.11% (n = 110) Conclusions: When analyzing each indicator, the most prevalent level of knowledge was "regular" and in the IHOS evaluation the result was "Bad", indicating that there is a serious lack of information on oral hygiene in educators and people living together. They directly influence children.

Keywords: Level of Knowledge, Oral Hygiene, State of Oral Hygiene, Educators.

INTRODUCCIÓN

La primera etapa del niño es muy importante en el desarrollo de sí mismo ante la sociedad y todo lo que le es enseñado lo aprenden, ya que están en una etapa en donde todo quieren aprender, y es donde los padres y educadores deben aprovechar para enseñarles hábitos saludables, como son los hábitos de higiene oral.

En la edad preescolar se debería tener más cuidado y dedicación para ir formando en ellos buenas costumbres de higiene oral, para que, con el tiempo, durante su crecimiento, estos lo hagan por sí solos evitando desde pequeñas enfermedades comunes como caries y enfermedades periodontales.

La higiene oral es una medida preventiva muy importante, aunque para muchos no lo es, hasta que se ven en la situación de no tener nada de dientes en la cavidad oral, y con el tiempo se va desencadenando problemas a nivel general dañando primero el estómago, ya que no pueden moler adecuadamente el alimento.

Si bien es cierto más nos enfocamos en lo que es salud, también se debe tener en cuenta que el tener dientes no solo es para ello, también nos permite sonreír y esto levanta mucho la autoestima brindando seguridad y confianza de sí mismos.

La prevención debe ser lo primordial y no solo como profesional dental, curar una enfermedad oral establecida. También el educador debe saber orientar a su alumno pequeño para aplicar las maneras de prevenir una enfermedad periodontal.

Se consideran tres niveles de prevención; primario, secundario y terciario, en donde el fracaso del nivel de prevención primaria, se puede decir que todo se habría arruinado. ⁽¹⁾

Al hablarse de un tratamiento curativo, es porque ya existe la enfermedad, como en el caso de los adultos mayores asisten a la consulta porque ya necesitan prótesis, carecen de muchas piezas dentales, por lo tanto, una medida preventiva básica que debe ser enseñada por madres, padres y maestros a cargo de niños pequeños es el cepillado dental usando cualquier tipo de cepillo.

El presente estudio buscó determinar el nivel de conocimientos sobre higiene oral que poseen los profesores del nivel de educación inicial lo que permitió dar a conocer a las autoridades de las Instituciones Educativas del distrito y de nuestro país, la realidad problemática del conocimiento de aquellos profesores respecto al cuidado de Higiene Oral de sus alumnos, así como también se permitirá tomar decisiones a futuro para realizar campañas de Promoción de la Salud, para mejorar la calidad de Salud Bucal de los niños.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1 Salud

Se define como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad ni invalidez”**. Preservar la salud a diario es parte de cada individuo, tomar conciencia de a lo que se enfrentarían si no se cuidan por ellos mismos. ⁽¹⁾

1.1.1.1 Salud Bucodental

El cuidado de nuestra boca es una buena costumbre que todos debemos practicarlo, es un hábito que permite una salud y bienestar, pero como todo buen hábito se debe tener una atención constante. ⁽¹⁾

La Salud Buco Dental; tiene varias ventajas tales como: facilitar una mejor masticación de alimentos y aprovechar mejor los nutrientes, previene problemas de digestión, mejora la estética y por lo tanto mejora la forma de verse y sentirse de la persona, permite vocalizar adecuadamente, en muchos casos previene enfermedades como inflamación de las amígdalas, también inflamación de las glándulas del cuello y del oído, combate enfermedades como la caries y previene caídas de piezas dentales, mejora la personalidad de los individuos, causa reír libremente sin acomplejarse, ayuda a disfrutar mucho más de todo. ⁽¹⁾

Desde los primeros años de vida, el pequeño niño debe aprender por si mismo a cuidar de su salud dental, aprender buenos hábitos será un aprendizaje que le durará por el resto de su vida. ⁽¹⁾

1.1.1.2 Cuidado personal de salud oral

El cuidado personal de Salud Oral incluye todo lo que cada individuo tenga que tomar en cuenta y realizarlo por cuidar y mantener su propia salud, prevenir o diagnosticarse alguna enfermedad. ⁽¹⁾

Esto, aplicándolo a la cavidad oral, se llamaría cuidado personal de la salud oral, cuidando sus dientes, los tejidos que lo rodean, manteniendo medidas preventivas, evitando la acumulación de la placa, fisioterapia oral casera. ⁽¹⁾

Uno de los propósitos principales del cuidado personal oral es prevenir o evitar o ponerle un 'stop' a alguna enfermedad posible. Un cuidado personal deficiente es un factor de riesgo para contraer alguna enfermedad en la cavidad oral como: caries y enfermedad periodontal. ⁽¹⁾

La Caries Dental y la Enfermedad Periodontal; "afectan a más del 95% de la población a pesar de cepillar los dientes todos los días, y pueden afectar a órganos vitales". ⁽²⁾

La Caries Dental y la Enfermedad Periodontal podrían producir "accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, insuficiencias renales y otras enfermedades" estas enfermedades ponen en peligro la vida de los pacientes, he ahí lo importante que es tener una adecuada higiene personal diaria, evitaríamos enfermedades graves que no solo son orales. ⁽²⁾

La etiopatogenia de la Caries Dental, fue propuesta por W. Miller en 1882; según Miller el factor más importante en la patogenia de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran cariogénicos. ⁽³⁾

Paul Keyes en 1960, "En forma teórica y experimental, estableció la etiopatogenia de la caries diciendo que obedece a la interacción de tres factores o elementos principales: factor microorganismo, que en presencia de

un sustrato logra afectar a un factor diente – hospedero”. Estos tres factores se les conocen como la tríada de Keyes. ⁽³⁾

Si estos sólo se producirían por un período de tiempo breve, la enfermedad (caries) no aparecería; se le ha agregado el tiempo de interacción, así como otros factores que tratan como modificadores de este proceso. Al factor tiempo se le incluye en el año ochenta denominado, factor de riesgo, Éstos son los modificadores de Caries Dental. ⁽³⁾

De acuerdo a los estudios que se han realizado han demostrado que el control o eliminación de la placa y la introducción de medidas preventivas contribuyen a la salud oral óptima, aun cuando no se pueda alcanzar un máximo de salud oral, luego de un adecuado tratamiento de la enfermedad se llega a la meta del cuidado de la salud dental, lo cual esto debería de darse en el mundo odontológico moderno. ⁽⁴⁾

Con respecto a lo económico es muy importante reconocer que la prevención resulta ser menos costosa pero más importante que cualquier tratamiento, en esto se basa un cuidado y un mantenimiento de Salud Oral, pero aquellas personas que no toman en cuenta esto, les resulta más costoso tratar la enfermedad ya existente, lo cual para muchos es un esfuerzo económico, y prefieren no tomar atención. ⁽²⁾

La placa dental, no produce caries, ya que ésta se produce por restos de alimentos que se acumulan en ciertas zonas, ya sea en las superficies oclusales o laterales o interdentes, lo que produce caries o enfermedades periodontales, es la falta de higiene, o la falta de conocimiento de cómo realizar la higiene personal. ⁽²⁾

Los restos de alimentos quedan retenidos, la Higiene Oral insuficiente provoca esto, taponean las zonas donde los antisépticos no ingresan, a pesar del cepillado no se logra una higiene a un 100%. ⁽²⁾

Para prevenir las enfermedades dentales, debemos ser más cuidadosos con nuestra higiene, así como limpiamos objetos de nuestra cocina (platos), limpiar también nuestros dientes. ⁽²⁾

El diente tiene varias estructuras, la más superficial es el llamado esmalte dental, el cual tiene contacto con todas las cosas a lo que exponemos nuestros dientes, este actúa como protector de las demás estructuras, es el tejido más fuerte. ⁽²⁾

La supervivencia de nuestro diente, depende mucho del esmalte es por ello que debemos tener un cuidado adecuado de este, ya que protege al resto de las estructuras, con una correcta higiene podemos eliminar sustancias, restos alimenticios que se adhieren al esmalte, ya que si este no recibe tratamiento, se enferma, se destruye y afecta al resto de estructuras, la dentina, la pulpa. ⁽²⁾

La correcta Higiene Oral personal diaria es a base de prevención de caries dental, enfermedad periodontal, prevenir la halitosis dental y mantener adecuadamente la salud dental. ⁽²⁾

1.1.2 Higiene oral

Higiene oral, es o son aquellas medidas preventivas para evitar el acúmulo de placa, que se toman en cuenta de acuerdo a lo que presenta el paciente, también incluyen limpieza adecuada de la lengua y tratamientos de tejidos periodontales. "Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y enfermedad periodontal". ⁽⁵⁾

1.1.2.1 Índice de higiene oral

Vermillon y Green en 1960 elaboraron el Índice de Higiene Oral (IHO), luego lo simplificaron a 6 superficies dentarias, las piezas a evaluar son incisivo central superior e inferior superficie a colorear cara vestibular, primera molar superior derecha e izquierda superficie a colorear cara vestibular, primera molar inferior derecha e izquierda superficie a colorear cara lingual. ⁽⁶⁾

En cada uno se examina el primer diente por completo hacia distal del segundo premolar o en el segundo molar deciduo (en dentición mixta), por lo general, aunque no siempre es el primer molar permanente. Se pondrá puntaje a la superficie vestibular del incisivo central superior derecho y del incisivo central izquierdo (temporal o deciduo, según edad). En caso que el incisivo central esté ausente se podrá evaluar el central de lado opuesto. El examen IHO para ver placa blanda se efectúa, pintando las superficies a examinar con líquido revelador de placa o frotando el explorador desde el tercio incisal hacia gingival. ⁽⁶⁾

Índice de O'Leary (IP), 1972 O'Leary describió dos índices: uno recoge la presencia de placa y el otro valora su ausencia. El más usado es el índice de presencia de placa y no valora cantidad. Se utilizan reveladores de placa, observando cada uno de los 4 segmentos que representan las superficies mesial, distal, vestibular y lingual de los dientes y se señala en la ficha si hay o no placa. Únicamente se registra la presencia de placa en la unión dentogingival de los dientes; los dientes que no existen deben tacharse de la ficha. ⁽⁷⁾

Para determinar el puntaje final (promedio), se suma el número total de caras con placa, se divide este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100; este puntaje puede ser comparado, cada vez que se realiza la evaluación, método en donde el paciente reconoce su evolución. ⁽⁸⁾

1.1.3 Odontología preventiva

Todas las profesiones que existen actualmente de salud, se enfocan en que los pacientes son los que deberían buscar programas preventivos para participar en estos. No orientan a los pacientes a buscar estos programas, en odontología, existe una falta de prevención la cual es muy importante, ya que el desconocimiento de ésta provoca más restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y dentaduras postizas, los cuales causan un daño irreversible a los pacientes. ⁽¹⁾

Para que haya un cambio en lo que es prevención u odontología preventiva deberá requerir más atención por parte de los odontólogos para la promoción y prevención de la salud, también de los educadores de salud pública y las pólizas de salud, y de este modo fomentar la prevención. ⁽¹⁾

Lamentablemente hay personas que no tienen acceso a centros de salud, y menos a un servicio dental, personas de bajos recursos donde hay extrema pobreza, o personas mentalmente discapacitados, inválidos, ancianos que no tienen seguro de salud. Otros de áreas marginadas donde ni la educación llega a estas comunidades. ⁽¹⁾

En nuestro país y en varios países estamos rodeados de estas situaciones, por lo cual dirigir estos problemas será necesario integrar algún tipo de programa nacional y tratar de fomentar la prevención dental, ya que con prevención se logra mucho. Pero, las preguntas que ahora se formulan son, ¿qué tipo de programa nacional?, o ¿con pocos profesionales, es posible atender a tantas personas? ⁽¹⁾

El objetivo de la profesión de un odontólogo es ayudar, es prevenir, es mantener una salud oral buena, no sólo es realizar tratamientos en una enfermedad existente. ⁽¹⁾

En EUA se observó una reducción de pérdidas dentales en adultos. Esto se atribuye a la fluorización de agua y productos con fluoruro, pasta dentales y colutorios y también a la práctica de prevención primaria, Aun así, la caries sigue siendo un problema de no acabar. ⁽¹⁾

1.1.3.1 Educación

La educación es un proceso humano y cultural complejo. Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura en su conjunto. ⁽⁹⁾

A pesar de que el hombre comparte ciertas características con lo de los animales se diferencian por la imposibilidad de determinar o definir su conducta. El comportamiento de un ser humano no se puede predecir, ya que se adecua de acuerdo a diferentes situaciones. ⁽²⁾

El individuo aprende usando lo que le enseñaron o el lugar que lo rodea, pero debe aprender algo más que no se le ha dado desde su nacimiento y buscar donde adquirir nuevos conocimientos, es por ello que necesita relacionarse con otros, con otra cultura, a esto se le llama proceso educativo. ⁽⁹⁾

La educación se puede definir como un proceso de socialización de cada individuo. Al aprender nuevas cosas, nuevas culturas, se educa. También implica una nueva conciencia, cultura, enseñanza para las nuevas generaciones. ⁽¹⁾

1.1.3.1.1 Educación en odontología

En odontología enfocarse en educación y motivación debería ser de igual proporción, para una buena relación entre paciente y odontólogo. ⁽¹⁾

Los programas de prevención en la salud oral en la educación escolar y pública deben existir para ayudar a las personas de cada comunidad a cuidar de su salud, educándolos a cómo realizarse su higiene oral básica, ya que es

sencilla para cada persona, y esto se forme un hábito adecuado y se hagan responsables del cuidado de su propia salud oral. ⁽¹⁾

Con una instrucción apropiada de cada maestro en las escuelas, se puede lograr a que la población tome conciencia de la responsabilidad que deberían tener para cuidar su salud oral personal. ⁽¹⁾

El objetivo general de odontología no es curar enfermedades sino, es preservar la salud del paciente, mediante promoción y prevención. ⁽¹⁰⁾

En el presente siglo, se debe analizar si para el odontólogo es indispensable solo curar enfermedades; ver cavidad bucal, y dientes, o si su propósito es cuidar y mejorar la salud oral. ⁽¹⁰⁾

1.1.3.1.2 Principios educativos

La educación para la salud oral implica mucha responsabilidad, comunicación y una óptima organización. Se necesitan valores, saber escuchar, planear, e incluir la participación de un grupo que puedan informar a las personas. Para un buen liderazgo, se debe trabajar en equipo, saber que hablar, para proporcionar una adecuada información a la comunidad. ⁽¹⁾

- **Educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida**

La atención estomatológica al niño está enfocada en edades de 0 a 9 años. Cuando un niño pasa por la infancia se le instruye a la madre, se le aconseja, relacionados con la alimentación y el manejo de sus hábitos para el cuidado de su salud oral, luego empiezan las atenciones odontológicas y se aplican acciones de salud. De igual manera en la edad preescolar, escolar y luego en la etapa de la adolescencia. ⁽¹¹⁾

La odontopediatría es una especialidad de la odontología que tiene como objetivo principal: la prevención primaria y el tratamiento de las enfermedades en la cavidad oral del niño en sus 3 denticiones: temporal, mixta y permanente, para ir formando adultos con una buena oclusión, y con una adecuada salud oral. ⁽¹¹⁾

El profesional que trabaja con niños, debe tener en cuenta el crecimiento, el desarrollo del niño y el aparato masticatorio, es por ello que también debe dominar el desarrollo psicológico del paciente niño, para saber cómo tratarlo en cada etapa de su vida. ⁽¹¹⁾

La educación para la salud tiene un significado muy importante en los niveles de prevención, se encarga de modificar conductas, establecer formas de vida, crear estilos, formar buenos hábitos con respecto a su salud, que se desarrollen con el paso del tiempo y que favorecen para luego disfrutar de una vida saludable. ⁽¹¹⁾

Esta educación por tanto se caracteriza por ser un medio de aprendizaje, donde los individuos incorporan una serie de conocimientos y posteriormente se establecen cambios de conducta. ⁽¹¹⁾

- **Participación de los estudiantes**

Todos los niños están aptos para recibir la mayor información y atención odontológica posible, en prevención primaria. Pero, lamentablemente no es posible llegar a todos los niños con la necesaria información. ⁽¹⁾

Es importante la colaboración de los estudiantes en las actividades que realizan los diferentes programas, quizás esto promueva el interés para las medidas de prevención. ⁽¹⁾

- **Aprendizaje Escolar**

Viéndolo desde el punto de vista en educación, la dificultad de aprendizaje de muchos niños, pueden deberse a un fracaso en la interacción de las metodologías pedagógicas de enseñanza con estructuras neurosicológicas cognitivas de desarrollo. ⁽¹²⁾

El fracaso se produce por algún desbalance entre procesos mentales. Es decir, que esta situación se presenta cuando la unión enseñanza-aprendizaje se rompe, así, la enseñanza queda sin cumplir sus objetivos, y un aprendizaje insatisfactorio. ⁽¹²⁾

Cuando los niños están en una edad escolar, especialmente los más pequeños, dependen de la enseñanza de las personas más cercanas que lo rodean, padres y/o educadores en sus escuelas, es por ello que deberían existir programas que se realizan en sus centros educativos, una enseñanza que es brindada con el objetivo de que aprendan sobre salud oral, tratamientos en odontología preventiva. ⁽¹⁾

1.1.3.2 Motivación

Se podría definir como un comportamiento manifiesto, algunas personas necesitan ser motivadas, ya que la gente motivada se esfuerza más por tener un mejor desenvolvimiento, se esfuerza más por hacer las cosas mejor a comparación de la gente que no está motivada. ⁽¹³⁾

Otra forma de definirla podría ser una disposición de hacer algo, ya que está relacionada a satisfacer alguna necesidad individual. Necesidad, carencia física o psicológica. ⁽¹³⁾

Una buena Higiene Oral es tan importante para cualquier paciente, o para cualquier persona en general. Profesionales de salud deben motivar a sus

pacientes, o ver la manera de aplicar algún tipo de motivación para animar a sus pacientes a realizarse una adecuada Higiene Oral. ⁽¹⁾

En caso de los niños, es muy importante mantenerlos motivados, para que el niño realice una actividad, debe estar motivado. Una adecuada motivación nos provee la energía necesaria para con más ánimos realizar lo que nos han enseñado. ⁽¹⁴⁾

Todos los niños, están motivados en aprender algo que les interese, algo que les llame la atención, ellos quieren aprender de todo lo que les rodea, pero si algo no los motiva deja de interesarse, se aburren y lo dejan de lado, pierden esa motivación necesaria. ⁽¹⁴⁾

Por lo tanto, es importante como educador, padre de familia o sociedad, poder darse cuenta que es lo que le causa motivación, que lo anima al niño a interesarse en algo, así se podría llegar más a su enseñanza, sabiendo que lo anima a descubrir cada vez aquella cosa. ⁽¹⁴⁾

Para mantener la motivación de un niño, es preciso darle objetivos que el pueda realizar y terminar, porque si se le da algo que es muy fácil o muy difícil el niño se aburre y lo deja de lado, pierde su interés. ⁽¹⁴⁾

Hay diferentes estrategias para mantener la atención de un niño, teniendo en cuenta en qué etapa de su vida se encuentran y que etapa les sigue. Si se le presenta un desafío que el niño no entienda o está fuera de su alcance, éste se frustrará. ⁽¹⁴⁾

Existen muchas maneras que el educador deberá tomar en cuenta para que en el momento de su enseñanza el niño este motivado y capte cada información que se le es brindada. ⁽¹⁴⁾

Por eso, debemos enseñar a nuestro paciente ¿qué es sarro y qué es placa?, ¿Cómo podemos eliminar la placa bacteriana?, y ¿Qué podemos usar, y cómo podemos emplear los objetos de higiene? Cuando hay falta de un adecuado

control de la placa, sería una contraindicación para un correcto tratamiento a largo plazo. ⁽¹⁵⁾

El primer paso para una adecuada motivación, y enseñanza de una buena técnica de higiene oral, es saber ¿Por qué el paciente perdió sus piezas dentales, conocer el origen de sus problemas dentales, indagar y anotar en la historia clínica, para un mejor resultado? ⁽¹⁵⁾

Así, poco a poco ir enseñándoles cómo realizar la Higiene Oral en ciertas áreas donde el cepillo no llega, así quizás podría mejorar sus hábitos, motivándolos y educándolos. ⁽¹⁵⁾

1.1.3.3 Prevención

Para poder prevenir una enfermedad, lo primero es necesario controlar cada cierto tiempo la salud del paciente, para que el odontólogo pueda dar un buen diagnóstico y por lo tanto un correcto tratamiento. ⁽¹⁶⁾

Luego, es la prevención total, como responsable de la salud oral del paciente, el odontólogo deberá educar a su paciente para prevenir enfermedades como caries y gingivitis. ⁽¹⁶⁾

Sugerencias de como poder prevenir enfermedades orales:

Remover la placa mediante el uso de una técnica de cepillado de acuerdo a la edad del paciente, que elimine los restos de alimentos que quedan entre los dientes, principalmente los alimentos azucarados. ⁽¹⁶⁾

Fortalecer el esmalte del diente, la capa más superficial del diente, con flúor, el cual impide el desarrollo y adherencia de placa. Esta sustancia, está presente en varios alimentos como; té, pescado, nueces, la leche, verduras, y también en el agua. ⁽¹⁶⁾

El profesional de salud dental, también debería indicar el consumo de pastillas que contengan flúor. Pastas dentales con flúor, y si se observa fosas y fisuras profundas, podría aplicar sellantes para cubrir esos espacios propensos a la formación de caries, los sellantes son materiales fluidos que recorren los surcos de las caras oclusales de los dientes. ⁽¹⁶⁾

El consumo de golosinas, dulces pegajosos, o alimentos azucarados están indicados, sólo si luego del consumo de estos, se realice un cepillado correcto, ya que alimentos como estos son muy peligrosos para nuestros dientes, y afectan a nuestra salud oral, se indica cepillarse luego del consumo para eliminar restos de alimentos en estos casos pasando mucho tiempo, los restos pueden ser más difíciles de eliminar. ⁽¹⁶⁾

Sin embargo, el consumo de alimentos con nutrientes, como la zanahoria, manzana no sólo están indicados porque favorecen la limpieza de los dientes, sino también masajean las encías. ⁽¹⁶⁾

El profesional desempeña un papel de ayuda, de apoyo a sus pacientes, ahora, los participantes de este apoyo son los que deberían interesarse más, el educador facilita y orienta, la buena comunicación con sus pacientes destaca una adecuada recepción del mensaje que se le da. ⁽¹⁷⁾

Como se ha mencionado antes, la prevención es definida como medida preventiva que evita la aparición de alguna enfermedad o interrumpir su progresión. ⁽¹⁸⁾

La prevención no sólo evita la aparición de la enfermedad, sino también en el caso de que ya exista una, ayuda a reducir su progresión en cierto grado. ⁽¹⁸⁾

Existen niveles de prevención ya que todas las enfermedades presentan su historia natural, para cada período de enfermedad se le puede aplicar ciertas medidas preventivas. ⁽¹⁸⁾

La salud general, también puede estar definida por lo que el paciente piensa, no por lo que el siente que algo le molesta, no necesariamente puede tratarse de un problema físico. ⁽¹⁾

La odontología preventiva tiene varios significados, estos dependen de las personas que lo reciban, por lo tanto, se ha clasificado en tres niveles de prevención. ⁽¹⁾

El primero, la prevención primaria que usa diferentes estrategias para prevenir, evitar el inicio de una enfermedad, o detener el progreso de la enfermedad y así no usar la prevención secundaria. ⁽¹⁾

La prevención primaria tiene como objetivo reducir la probabilidad de que aparezcan enfermedades y afecciones irreversibles. Desde el punto de vista epidemiológico, ayuda a disminuir la incidencia de alguna enfermedad. ⁽¹⁸⁾

Las medidas usadas en la prevención primaria intervienen en el período pre patológico de la historia de la enfermedad, es decir antes de que haya una interacción entre los factores de riesgo con el huésped. ⁽¹⁸⁾

Segundo, la prevención secundaria, usa métodos para acabar un proceso patológico más avanzado, restaura tejidos y los acerca a la normalidad. ⁽¹⁾

La prevención secundaria actúa cuando la prevención primaria no se ha aplicado, o lamentablemente ésta haya fracasado, no sólo a causa del profesional, sino también por un grave descuido del paciente. ⁽¹⁾

Cuando ya hay existencia de la enfermedad, la posibilidad de prevención es la detención total de ésta, un tratamiento precoz y en el momento preciso, con el objetivo de curarla del todo o evitar que sea posible que aparezca de nuevo. ⁽¹⁸⁾

La prevención secundaria con un buen diagnóstico y tratamiento mejora el pronóstico de la enfermedad y así permite mantenerla en un control. ⁽¹⁸⁾

Tercero, la prevención terciaria se ayuda usando las medidas necesarias para reemplazar los tejidos y rehabilitarlos, ya que ha habido destrucción total de los tejidos, permite que las capacidades físicas y mentales sean tan parecidas a las normales. ⁽¹⁾

Se debe reconocer que la falta de prevención primaria involucra muchos problemas, con frecuencia esta falla, en caso de que ocurra se debe identificar la enfermedad para luego un tratamiento inmediato. ⁽¹⁾

Cuando la enfermedad ya se presentó y se estableció en el huésped, intervienen la prevención terciaria. Cuando ya no se ha podido hacer los niveles anteriores de prevención se debe lo más posible evitar que se ocasione un problema mayor, y tratar de curar la enfermedad o evitar su progresión. ⁽¹⁸⁾

Los tratamientos en odontología curativa, tienen una finalidad también preventiva, pero se debería aplicar la prevención antes de curar la enfermedad, aplicando la prevención primaria. ⁽¹⁸⁾

1.1.3.3.1 Beneficios de la prevención primaria

Para los pacientes que prefieren los beneficios económicos y desean disfrutar de la vida sin preocupaciones, son los más interesados en buscar la prevención. “muchos estudios documentan la prevalencia de la enfermedad dental” ⁽¹⁾, pero, en muchos casos no se menciona que también persiste la negligencia dental, el descuido. ⁽¹⁾

Sin embargo, si el paciente, o el padre del paciente en caso sea de un niño pequeño, si este inicia integrándose en un programa de prevención, en donde aprende, a cómo educar, prevenir y cuidar de la salud oral de su hijo, es posible que este paciente no sea afectado por causa de la enfermedad, ya que ha empezado sus cuidados en una etapa temprana de su vida, sería libre

de enfermedades, libre de placa bacteriana, entonces es una buena inversión no costosa, pero sí muy importante. ⁽¹⁾

Después de todo, tener los dientes saludables es muy bueno, ya que éstos se necesitan durante toda la vida, para comer, y para vocalizar adecuadamente, el habla mejora. También, sonreír es bueno para mejorar la personalidad y la autoestima de las personas. A cualquier edad los dientes, son importantes también para la función masticatoria, procesar bien los alimentos, y una excelente nutrición. ⁽¹⁾

Por otra parte, la falta de dientes, no favorece la autoestima de las personas, minimiza las posibilidades de relacionarse, de tratar de superarse, de conseguir empleo y sentirse parte importante de su sociedad. ⁽¹⁾

Al no tener un cuidado personal óptimo, el individuo se encuentra propenso a sufrir más enfermedades, y de problemas psicológicos como depresión en cierto grado. ⁽¹⁾

Establecer cuidados dentales en un niño pequeño, o durante el embarazo y luego en el recién nacido, sería una adecuada forma de prevenir enfermedad como caries, también se incluyen cuidados como la alimentación, y enseñar a la mamá de cómo realizar su higiene a su bebé, y también a partir de la erupción de sus primeros dientes temporales. Pero, presentar caries dental, varía en diferentes individuos, no todos son iguales. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado, el implantar programas para la promoción de la salud es muy necesario, brindarles la información y educación de salud, no solo de salud general, sino también de salud dental, formar un equipo en el que se pueda transmitir diferentes disciplinas, y así formar hábitos saludables al nivel general, y al nivel dental. ⁽¹⁹⁾

Debemos resaltar que ya existen programas de educación para embarazadas, sobre salud dental, también al personal que trabaja en guarderías y demás centros educativos, también, que hay prescripción de medicamentos sin

azúcar y las acciones tomadas por las compañías de alimentación, para que en la etiqueta mencionen de manera adecuada los contenidos de los alimentos. ⁽¹⁹⁾

El cepillado de dientes es considerado un instrumento que previene la caries dental, se ha comprobado su efecto y su utilidad en la prevención. Es una de las medidas de prevención que han sido indicadas por el Ministerio de Salud Pública, en nuestro país consiste en la enseñanza del uso del cepillo a todos los pacientes en el momento de iniciar un tratamiento dental y hacerle seguimiento hasta terminar el tratamiento. ⁽²⁰⁾

1.1.3.3.2 Medidas preventivas

Medidas preventivas básicas que se aplican en el cuidado personal de higiene oral, están al alcance de todos y son económicos. ⁽¹⁾

- **Cepillado dental**

Al hablar de cepillado dental, se entiende como una técnica eficaz que sirve para la eliminación de restos alimenticios, llamados placa dental, hay placa supragingival, y subgingival, realizada por el mismo individuo, o en los casos de los niños pequeños es realizada por un adulto mayor que los supervise y los guíe. ⁽²¹⁾

El cepillado dental es el primer paso que se debe realizar después de cada comida para eliminar los restos de comidas que se acumulan en las superficies de los dientes o entre ellos, es necesario que se realice enseguida de comer algún alimento. ⁽²¹⁾

Se requiere como mínimo un cepillado diario, lo ideal es definitivamente después de cada comida sea la hora que sea, así se evita la actuación de las bacterias. Se recomienda el uso del cepillo tres veces al día ya que son tres comidas necesarias al día, inmediatamente después de ellas. ⁽²¹⁾

Es necesario tomar en cuenta la importancia del cepillado por las noches ya que el dormir es un factor de riesgo cariogénico que existe. ⁽²¹⁾

En la literatura se menciona que, a partir del año 2000 hay un acceso a la tecnología del cepillado dental, ya que se comercializan los cepillos eléctricos a bajo precio. ⁽²²⁾

Hoy en día, abundan diferentes tipos de cepillo dental, manuales y eléctricos en todo mercado, hay una gran variedad de diseños y se presentan de varias formas combinando tipos y tamaños de cerdas, grosores, etc. ⁽²²⁾

Para facilitar el cepillado dental en todos los individuos, se ha desarrollado diferentes tipos de cepillos, formas, durezas, colores, para que los cepillos sean usados por todo individuo. ⁽²²⁾

Los objetivos de un cepillado dental, son básicamente; retirar la placa dental y detener la formación de esta, limpiar los dientes retirando los alimentos, estimular tejidos gingivales, y es necesario aplicar pastas dentales con ingredientes que van dirigidos a la caries, enfermedad periodontal o sensibilidad. ⁽¹⁾

Se desconoce el origen de los cepillos, las personas en la antigüedad masticaban plantas, ramitas que tenían un agradable aroma, masticar esto les daba un buen aliento, y las fibras en las puntas permitían la limpieza de las superficies dentales y de la encía. ⁽¹⁾

Un cepillo dental ordinario, consta de una cabeza donde se encuentran las cerdas pueden ser suaves o duras, la cabeza se divide en, una punta y talón que es la parte más cercana al mango. ⁽¹⁾

Hay muchas variedades de cepillos dentales, difieren en color, tamaño, forma, textura, dureza, pero lo más importante sea el cepillo que sea, este permite la remoción de la placa. ⁽¹⁾

Hay información reciente que trata sobre comparaciones de los diferentes tipos de cepillo, pero es contradictorio, debido a la falta de métodos utilizados para medir el grado de limpieza, los muchos tamaños y diferentes formas de los cepillos y la falta de estandarización en los procedimientos de cepillo dental. ⁽¹⁾

Al intentar llegar a todas las superficies dentales especialmente a las zonas interproximales se han inventado o modificado las cabezas de los cepillos dentales de acuerdo a diversas longitudes y colocaciones de las cerdas. ⁽¹⁾

Los mangos también se han modificado diseñándose de una manera en la que se pueden usar para mejorar la limpieza. ⁽¹⁾

En el caso de los cepillos eléctricos tienen cabezas más pequeñas comparados a los cepillos manuales, en algunos se pueden quitar para mejorar la limpieza, removiendo la placa. ⁽¹⁾

El gran problema con los cepillos eléctricos, es que usan batería, lo cual disminuye su tiempo de trabajo y hay fallas en el proceso. ⁽¹⁾

Es por esto que el uso de los cepillos eléctricos en algún momento disminuyó, y fueron recomendados para personas que son discapacitadas y no pueden realizar solos su higiene. ⁽¹⁾

El desgaste del cepillo se observa en las cerdas dobladas o rotas, generalmente por personas que se cepillan fuerte. También está influenciado por el método empleado al cepillarse, no por las veces que se pueden lavar a diario. ⁽¹⁾

El promedio de uso de un cepillo generalmente es de 3 meses, esto varía según el modo de empleo del cepillo, puede que los hábitos entre cada persona sean diferentes. ⁽¹⁾

También se recomienda tener varios cepillos en casa, para poder intercambiar cepillos y asegurarlo entre cepilladas. ⁽¹⁾

Si los cepillos dentales son cambiados en un tiempo mayor a tres meses, se deberá evaluar por qué y que técnica de cepillado usa el paciente, y si la técnica de cepillado fuera la correcta, de todas maneras, deberá ser cambiado cada cierto tiempo, y más aún si el paciente ha tenido alguna enfermedad en boca, evitaría el contagio de la misma, he ahí la importancia del cambio de cepillos, y tener nuevos. ⁽¹⁾

Durante los últimos años se han introducido diferentes métodos de cepillado y muchos se les han proporcionado diferentes nombres tales como; la técnica de Bass, Stillman, Charters o nombradas por alguna acción que se realiza como; circular o de barrido. No existe método que muestra mejores resultados al remover la placa. ⁽¹⁾

Una adecuada higiene oral, es básicamente para mantener la salud del paciente, esto se realiza principalmente con el uso del cepillo dental, el cual representa una herramienta básica y eficaz para eliminar la placa bacteriana o biofilm. ⁽²³⁾

Hay personas que se cepillan con un método o técnica enseñada por un profesional y no saben que es una manera adecuada la que se están cepillando. Por lo tanto, si se puede mejorar la forma de cepillarse, instruyéndolos adecuadamente. ⁽¹⁾

El método de enseñanza más común utilizado por los odontólogos, estudiantes y personal auxiliar para enseñar los métodos más adecuados de cepillado, es a través de un maniquí, este tipo de enseñanza consiste en el uso de una muestra de tipodon, o modelos con dientes, en los cuales el paciente pueda observar mucho mejor los dientes y de qué manera ingresa el cepillo y cómo hace el barrido para una adecuada limpieza, observando también la inclinación del cepillo. ⁽²⁴⁾

Con este método el paciente sólo observa la técnica de cepillado, más no puede percibir los movimientos, de qué manera hacerlos, o como presionar las cerdas y sentir la textura de las cerdas del cepillo. ⁽²⁴⁾

Hay algunos profesionales, que enseñan a sus pacientes directamente, es decir en su misma boca, se le denomina técnica intraoral, la cual permite que el paciente sienta los movimientos del cepillo, en su propia boca, para que perciba y sienta cuál sería la fuerza necesaria y la presión con la que se debe cepillar, esto se realizaría frente a un espejo, para que él puede observar las inclinaciones del cepillo. ⁽²⁴⁾

A pesar de que el profesional, odontólogo sea capacitado para poder instruir adecuadamente a su paciente, en el control de la placa dental, y remoción de los restos de alimentos, no siempre se logra transmitir la información necesaria al paciente y muchas veces este no comprende cómo es la forma correcta de cepillado. ⁽²⁴⁾

Es por ello, que es necesario seleccionar qué método de enseñanza se utilizaría para que sea más didáctica y más fácil de aprender para el paciente, y que el paciente entienda de que se trata su aprendizaje y tome conciencia que pasaría si este no lo hace de la forma correcta, así se podría hacer un mejor control de la manera que se cepille. ⁽²⁴⁾

Para realizar controles periódicos de cómo va su higiene dental, se usarían en cada cita pastillas reveladoras de placa, las cuales como su nombre lo dice, revelan placa bacteriana, que muchas veces no se puede observar clínicamente para identificar cuáles son las zonas en donde no se está cepillando correctamente. ⁽²⁴⁾

De acuerdo a sus controles periódicos, el paciente será evaluado y según el resultado se le indicará que zonas debería reforzar la técnica que está empleando. ⁽¹⁾

Todos los datos que se les informa a los pacientes deberán ser registrados en la historia clínica, ya que la mayoría de pacientes no suelen recordar las instrucciones que se les han sido dadas, esto también es una ayuda para su reevaluación por cita. ⁽¹⁾

Los profesionales de salud, no deben discutir con sus pacientes, al contrario si algo no les va bien, deberían alentarlos, apoyarlos y si es necesario volver a enseñarles. ⁽¹⁾

El área de odontología preventiva es una disciplina muy básica y muy importante, pero lamentablemente no hay clínicas dentales exclusivas que se dediquen a la prevención dental. Sin embargo, todas las disciplinas utilizan a diario los métodos preventivos, la odontología comunitaria interviene en casi todos los sistemas de salud pública. ⁽¹⁾

Existen varios métodos o técnicas de cepillado, algunos de ellos serán explicados brevemente, ya que son los más comunes o los más usados en el consultorio. ⁽¹⁾

Los métodos que más se enfatizan o los más usados son los métodos de cepillado horizontal, de fones, de Leonard, de Stillman, de Chartes, de Bass. Todas estas técnicas se pueden aplicar para la limpieza de las superficies del diente, sean, linguales, oclusales, Incisales, pero ninguna de estas se aplica para limpieza interproximal, y sólo la técnica de Bass es eficiente para la limpieza del surco gingival. ⁽¹⁾

La mayoría de los pacientes, no hace caso a las técnicas de cepillado que se les indica, la mayoría solo usa la técnica horizontal, un movimiento rotatorio en las superficies oclusales y listo. ⁽¹⁾

La técnica de cepillado de Stillman, consiste en: "las cerdas se colocan en el margen gingival a 45° con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se desliza mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta

manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.” (25)

Se usan estímulos vibratorios para estimular mejor la encía, el cepillo se levanta y sigue frotando la encía al volver a colocarlo, mejora la estimulación. (1)

La técnica de Charters “descrita por Chartes en 1928: boca ligeramente abierta, el objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal. El cepillo se coloca en un ángulo de 45° con respecto al eje dental, pero dirigido al borde incisal y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen masajes en las encías. Es necesario un buche potente después del cepillado para eliminar la placa. Requiere mucha habilidad manual. Indicaciones en pacientes adultos con enfermedades periodontales.” (26)

Técnica de Bass: “descrito por Bass en 1954, boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca en un ángulo de 45° con respecto al eje dental. Los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdetales y el surco gingival sin producir comprensión. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 segundos, cada dos dientes. En las caras linguopalatinas del grupo anterior se utilizará la técnica de cepillado separado (colocación del cabezal en sentido vertical respecto al eje longitudinal del diente). Indicaciones en adultos con tejido periodontal sano y también en pacientes con gingivitis y/o periodontitis.” (26)

Luego de todos los métodos que se han ido describiendo, no hay estudios que indique que una es superior a la otra. Por lo tanto, todas eliminan la placa bacteriana. (26)

En los pacientes niños, se recomiendan la limpieza antes de que erupcionen los primeros dientes, la estimulación oral en bebés ya que ayuda a formarse un hábito desde muy pequeño. (27)

Esta limpieza deberá ser realizada mínimo una vez al día aprovechando la hora del baño, para que sienta el agua no solo en su cuerpo sino también en su boca, se puede usar dedales de silicona, o una gasita húmeda, ya que está más al alcance. ⁽²⁷⁾

Luego de que erupcionen los primeros dientes se deberán empezar la limpieza bucal por dos veces al día, es lo más recomendable, se pueden usar dedales de silicona, o también cepillos dentales para bebés. ⁽²⁷⁾

Después de que erupcionen los primeros molares primarios, aproximadamente a los 18 meses, se deberá usar un cepillo dental, este cepillo constará de un mango recto y largo; cerdas suaves con puntas redondeadas y un tamaño de acuerdo a la boca del niño. ⁽²⁷⁾

La técnica horizontal o de zapatero “los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular linguopalatina y masticatoria de los dientes y se les comunica una serie de movimientos repetidos de vaivén sobre toda la arcada. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar unos 20 minutos por sextante. Indicaciones en niños de hasta 3 años, pero hay que tomar precauciones ya que se pueden producir abrasiones dentarias.” ⁽²⁶⁾

La técnica de Stakey: “se divide la arcada en sextantes, es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene 2 ò 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo. Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos horizontales unas 15 veces por sextantes. El cepillo debe ser de filamentos muy suaves, indicaciones en bebés y niños hasta los 7 años”. ⁽²⁶⁾

La literatura nos indica ciertas técnicas para diferentes edades, es decir las técnicas empleadas en niños no es la misma que se aplica para los adultos; sea la técnica que sea, el objetivo es eliminar la placa de diferentes zonas en nuestros dientes y mantener la salud oral óptima. ⁽²⁶⁾

Aunque un cepillado frecuente se considera un indicador de que hay una buena salud oral, no necesariamente suele ser así, ya que hay personas que suelen usar mal la técnica de cepillado, se ha demostrado que aplicando mal estas técnicas pueden causar recesiones gingivales, que en lugar de hacer un bien para ellos mismos les ocasiona un daño, y hasta a veces suele ser irreversible. ⁽²⁸⁾

Cuando un niño pequeño, tiene la edad de un año, se le va enseñando y va conociendo que es un cepillo y para qué sirve aunque no lo entienda, el niño puede ir jugando con él cuando este cumpla los dos años, se le dejará la responsabilidad de empezar su cepillado, ir observándolo y guiándolo, para que esto se le vuelva un hábito, aproximadamente se recomienda esta edad, ya que apareció todos sus dientes temporales. ⁽²⁸⁾

Se necesita hacer un seguimiento a diario en la técnica de cepillado del niño, para que vaya mejorando, la más usada es la técnica de Bass, se recomienda esperar hasta los 8 años en los que el niño se responsabilice totalmente y lo haga de manera habitual y tenga la habilidad para realizar un correcto cepillado. ⁽²⁸⁾

“Autores como Boj sugieren que el niño en edad preescolar, más que la calidad de la técnica, lo que se pretende es que vaya adquiriendo el hábito de cepillado.” además a esta edad el niño no tiene la habilidad manual suficiente, para cepillarse correctamente. ⁽²⁸⁾

Se recomienda a los padres del niño pequeño preescolar, un método de cepillado sencillo, que es el método del cepillado horizontal, la habilidad manual y en qué grado elimina la placa, se tomaran en cuenta para ir modificando la técnica de cepillado. ⁽²⁸⁾

En los niños de edad escolar, es decir, niños de 6 a 12 años de edad, se recomienda sustituir el cepillado horizontal, el cual es el más sencillo, y se reemplaza por la técnica de cepillado de Bass o de Stillman modificada,

ambas técnicas son sencillas, y aseguran una adecuada higiene del surco gingival y de los dientes. ⁽²⁸⁾

Los cepillos eléctricos también son muy útiles, pero las más usadas son los manuales, se han demostrado en estudios realizados que, los niños utilizan la técnica de barrido horizontal, y observan la forma que agarran el cepillo dental y si está de manera incorrecta, se podrá regular por el odontólogo o por los padres durante el crecimiento, de paso, se aumentan las capacidades motoras. ⁽²⁸⁾

La técnica a emplear en niños pequeños deberá ser sencilla para los padres, ya que éstos son los responsables de limpiar los dientes de sus niños, se recomienda limpiar las superficies dentales sea linguales y vestibulares con movimientos circulares y las superficies oclusales o masticatorias con movimientos de atrás hacia delante. ⁽²⁷⁾

La posición del adulto responsable, en este caso de los padres, deberá ser en una posición donde tenga visibilidad de la boca de su niño, manteniendo la cabeza del pequeño niño en una posición estable. ⁽²⁷⁾

Se explicará al niño y a sus padres si es necesario hasta la adolescencia la técnica de cepillado, es más importante ser minucioso que el tipo de técnica empleada, con un cepillado minucioso la mayoría de las técnicas existentes suelen tener éxito. ⁽²⁷⁾

Si hay algún inconveniente, sea falta de alineación dentaria, pérdida de dientes, el uso de prótesis, aparatos ortodónticos, o el niño no sabe cepillarse correctamente por algún problema mental, se recomendará técnicas especiales en estos casos. ⁽²⁷⁾

En ciertos casos se deberá recomendar cepillos con cabezas pequeñas de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesionar la encía, ya que el niño puede llegar a cepillarse con fuerza inapropiada. ⁽²⁷⁾

El cepillado deberá empezar con un barrido orientado por el eje del diente, barriendo hacia fuera, empezando por las encías sin desplazamientos horizontales, en las dos caras, en la cara exterior y en la cara interior. Luego se realiza un movimiento parecido a un remolino pequeño sobre las caras oclusales de los dientes, de atrás hacia delante, posteriormente se terminará la limpieza oral cepillando la lengua, de adentro hacia fuera, se debe enjuagar varias veces. ⁽²⁷⁾

Para un mejor resultado, después del cepillado dental se deberá emplear la seda dental, o llamado comúnmente el hilo dental, especialmente en áreas interproximales en donde no llega del todo el cepillo, en piezas como los primeros molares permanentes. ⁽²⁷⁾

El hilo dental está compuesto de fibras microscópicas de nylon no enceradas, que facilita su uso para remover la placa bacteriana. ⁽²⁷⁾

De todas maneras, el empleo de colorantes que revelen la placa bacteriana ayudan mucho en el diagnóstico de placa dental localizada en ciertas zonas, sabiendo donde se encuentra, permitirá la eliminación completa. ⁽²⁷⁾

También, es importante señalar que se debe cepillar la lengua, la mayoría de veces, el mal aliento tiene origen en la falta de limpieza en la lengua. ⁽¹⁾

Cepillarse la lengua y el paladar, disminuye la placa que existe en nuestra cavidad oral. Las papilas de la lengua son propensas a la acumulación de placa bacteriana. ⁽¹⁾

Algunos estudios han investigado la prevalencia de halitosis, y como está afectando a la población, una de las causas más probables es que la mayoría de las personas no saben que también es parte de la higiene oral un correcto cepillado de lengua. ⁽²⁹⁾

Para un correcto cepillado, “Se deberá colocar el cepillo de lado en la parte media de la lengua en dirección hacia la garganta, el cepillo se lleva hacia

delante de 6 a 8 veces en la zona. La lengua también debe limpiarse con un movimiento de barrido”, para completar una limpieza total, se recomienda usar colutorios luego de todo cepillado. ⁽¹⁾

- **Pasta dental**

Es También llamada dentífrico, “de acuerdo al diccionario el término dentífrico proviene de la palabra dens (diente) y fricare (frotar) “(1), aplicando una definición muy sencilla es que es una mezcla de ingredientes que se aplica sobre la superficie del diente, con la ayuda del cepillo dental, permite una limpieza dental óptima. ⁽¹⁾

Conforme al desarrollo del cepillo dental, se fue comercializando de la misma manera la pasta dental, los polvos dentales que existían se desaparecieron, también habían formulaciones que contenían no sólo agua, sino también jabón y saborizante. ⁽¹⁾

Luego del desarrollo de los tubos de plomo, aparecen las pastas dentales en el mercado. ⁽¹⁾

Los dentífricos son productos, no sólo cosméticos que van destinados para la limpieza de los dientes y cavidad oral. Un buen dentífrico deberá tener características como; eliminar adecuadamente con un cepillado eficaz los restos de los detritos alimentarios, la placa bacteriana y manchas persistentes, deberá dejar una sensación de limpieza y frescura en la boca, el contenido de la pasta dental deberá permitir su uso regularmente. ⁽³⁰⁾

También, debe ser agradable a la percepción, para motivar su uso, ser estable en las condiciones de mantenimiento y uso, no debe irritar la encía o tejidos presentes en la cavidad oral, debe tener el grado de abrasividad limitado para poder eliminar la placa dental con un mínimo daño del esmalte del diente. ⁽³⁰⁾

Sin embargo, existen factores que podrían modificar estas características estas suelen ser; el tiempo y la técnica de cepillado incorrecta, también la cantidad de pasta utilizada, entre otros factores. ⁽³⁰⁾

Según la forma de presentación, en el mercado encontraremos varios tipos; sólidos (polvos y chicles), los semisólidos (pastas y gel), líquidos (enjuagues bucales), pastas dentales fluoradas que tienen un efecto que previene la caries. ⁽¹⁾

“Con el éxito de la fluorización del agua en Michigan, se razonó la aplicación tópica de fluoruro por Knutson en 1928. “Bajo una supervisión profesional y uso casual de alta concentración. ⁽³⁰⁾

“En 1954, cuando Procter y Gamble hizo el primer informe de un dentífrico fluorado clínicamente eficaz, el cual fue presentado ante la Asociación Dental Americana (ADA). El dentífrico presentado contenía fluoruro de estaño con combinación de fosfato de calcio como abrasivo, èsta combinación al final si fue aprobada por la ADA en 1960. Es en donde 1964, se demostró efectos terapéuticos sobre caries” ⁽³⁰⁾

Esta demostración obtuvo un reconocimiento preventivo, y así luego hubo más investigaciones para mejorar esta aplicación. ⁽³⁰⁾

En la actualidad, se observa muchas pastas dentales en el mercado que son comercializadas, èstas contienen flúor, las pastas han sido empleadas en todo el mundo como un medio de liberación de fluoruros y son aplicadas de forma tópica a los dientes, mejorando el medio bucal. ⁽³⁰⁾

Desde que introdujeron al mercado los dentífricos, se puede observar una decadencia en los niveles de caries dental, en todo el mundo, esto resultó beneficioso para la sociedad. ⁽²⁸⁾

Las formulaciones empleadas para un adulto, es de 1000 ppm a 1450 ppm de flúor, según la literatura en EUA se permite hasta 1500 ppm, pero, a fin de

evitar riesgos de fluorosis se aplicó 500 a 750 ppm. La evidencia que hay en pastas bajas en fluoruro es muy baja para prevenir la caries, por lo tanto, no son recomendadas para niños con riesgo de caries alto. ⁽³¹⁾

Las pastas bajas en flúor deben recomendarse en niños menores de 6 años que no tengan alto riesgo de caries, en especial si viven en zonas donde el agua es potable, y es fluorada, para evitar el riesgo de tanto consumo puede traer como consecuencia una fluorosis. ⁽³¹⁾

En cambio, para individuos de alto riesgo de caries se dispone dentífricos con prescripción de 2800 y 5000 ppm de flúor, son más eficaces para evitar el desarrollo progresivo de la caries. ⁽³¹⁾

Una de las medidas preventivas básicas es el empleo del hilo dental, llamado complemento para una adecuada higiene, sin embargo, es muy importante para completar una limpieza total de la boca. ⁽¹⁾

- **Hilo dental**

El hilo dental, se le puede definir como un conjunto de filamentos de nylon o de plástico, empleado para retirar la placa o restos de alimentos que se localizan entre los dientes, llamados espacios interproximales. ⁽³²⁾

El hilo dental se introduce entre los dientes, llegando hasta la encía para luego deslizarse suavemente a lo largo de los dientes que se desea limpiar, retirando restos alimenticios. ⁽³²⁾

El hilo dental es la medida más indicada para la remoción de placa bacteriana y detritos localizados en las llamadas troneras. Los estudios revelan que no existe una diferencia específica de que haya mejor capacidad de limpieza entre los hilos dentales con cera y sin cera. ⁽³²⁾

Se recomienda el uso del hilo dental sin cera, y no por ser mayor eficaz para limpiar, sino, por su delgadez, esta permite el acceso más apropiado a zonas específicas, permitiendo también la facilidad de deslizarse a lo largo de la zona a limpiar. ⁽³²⁾

Sin embargo, el hilo dental sin cera tiende a deshilacharse en zonas donde hay presencia de cálculo o en dientes en mala posición, giroversados, sólo en estos casos se recomienda el uso de hilo dental con cera. ⁽¹⁾

Ya sea el método que sea empleado, se siguen los mismos procedimientos “los dedos pulgares en cada mano donde se utilizan varias combinaciones para guiar el hilo dental entre los dientes”, explicándolo, se realizan movimientos de frotamiento al diente, suaves sin lastimar a la encía, abrazando al diente que se limpia, retirando toda la placa dental, desde el surco gingival hacia fuera. ⁽¹⁾

En conclusión, el hilo dental es más empleado para zonas interproximales, ya que ahí no llega el cepillo dental, esto evita el riesgo de caries proximal o subgingival. ⁽¹⁾

En niños, el empleo de hilo dental, debe ser supervisado por un adulto, por su padre o por su educador, en estos pacientes se debe evitar efectos adversos, ya que para ellos es muy importante el cuidado oral con el uso de hilo dental, donde la función más importante es remineralizar las superficies dentarias para reducir o evitar la formación de caries en las superficies lisas. ⁽³³⁾

- **Enjuague bucal**

Los enjuagues bucales tienen una actividad antimicrobiana potente, alcanza zonas que son de difícil acceso, estudios recientes demuestran que los aceites en colutorios son; tan efectivos como el uso de hilo dental. ⁽³²⁾

Actualmente existen diferentes tipos de enjuagues bucales, de manera específica con diferentes funciones, se pueden clasificar según su composición, se pueden encontrar enjuagues que mejoren el aliento, prevenir la halitosis es una función muy importante aplicada por varios pacientes, hay otros enjuagues bucales que contienen flúor que previenen la caries y mejoran la calcificación. ⁽³²⁾

No es recomendable diluir los enjuagues porque disminuyen su capacidad antimicrobiana, estos enjuagues, son hidroalcohólicos, esto quiere decir que son una mezcla de alcohol y agua. “la concentración de etanol, oscila entre el 4 y el 17 por ciento”. ⁽³²⁾

No se suele incluir como hábito una adecuada enseñanza del hábito de higiene bucal en edades tempranas, pero es algo indispensable realizar, luego de cada comida, ir a cepillarse los dientes, para un cuidado personal de la salud oral. ⁽³⁴⁾

A los dos años aproximadamente se le dará al niño un cepillo de dientes con cerdas suaves, se le enseñará poco a poco donde guardarlo, donde vea la pasta de dientes, en sus cosas de higiene. Así el niño no entienda muy bien lo que está haciendo, esto se le va enseñando para que de manera que vaya creciendo se le vuelva un hábito saludable. ⁽³⁵⁾

Las primeras veces, sobre todo los primeros años en donde el niño empieza conocer lo que es un cepillo dental, el padre o el educador deberá aplicar la correcta cantidad de pasta dental, se le enseñará de qué manera presionar el tubo de pasta para que salga la cantidad apropiada. ⁽³⁴⁾

Después se le llevará al lavador para que puede cepillarse los dientes, cuando es muy pequeño lo realiza un adulto, cuando ya el niño está en una edad de realizar maniobras por su cuenta, éste lo deberá realizar sólo con la estricta supervisión de un adulto, llevándolo al niño al lavador, se le enseñará a abrir el grifo de agua, colocar la pasta en su cepillo, el cepillado adecuado, y luego esperar a que él se enjuague, guiándolo en todo momento, luego de que

enjuague se le enseñará a escupir, ya que la mayoría de niños pequeños están aprendiendo a escupir y no saben llevar al exterior restos de su pasta dental, por último se le enseñará a medir el agua, a que grado se debe abrir el grifo de agua, luego enjuagar su cepillo, escurrirlo y colocarlo en su lugar para el próximo cepillado. ⁽³⁴⁾

Para aprender a lavarse bien los dientes, es un proceso que demora mucho tiempo, para lograr ver avances progresivos en la manera de cepillarse de un niño. ⁽³⁴⁾

Cuando el niño vaya creciendo se le va dejando solo, para que vaya practicando, y así en algún momento resulta siendo excelente en su forma de cepillarse, lo que hace el adulto es supervisar durante los primeros años de práctica para que de un buen resultado. ⁽³⁴⁾

Existen libros, muy recomendables para niños donde se muestran enfermedades como la caries y otras, explican también, de cómo debería cepillarse los dientes, y detallan acerca de los gérmenes que habitan en nuestra boca, les detalla cómo es que los dulces pueden ser dañinos para nuestros dientes, y que después de comer todo alimento es muy importante cepillarse a diario. ⁽³⁴⁾

Señalar ahora que en el siglo veintiuno para el odontólogo es necesario solo tratar la cavidad oral y ver dientes, o si el verdadero propósito como personal de la salud es el de ayudar a sus pacientes a mejorar su salud oral. ⁽³⁾

La cultura en salud, se identifica como uno de las necesidades que afectan mucho a la población, así sea inconscientemente. Se debería asumir más la responsabilidad de preocuparse por la salud. ⁽³⁵⁾

Para la Organización Mundial de la Salud siempre ha sido el de contribuir en nuevas estrategias para una adecuada atención primaria, y fomentar la promoción de la salud. ⁽³⁵⁾

En cualquier caso, tomar en cuenta las medidas preventivas se obtiene de una buena información, brindada por la promoción de la salud, para que no se olvide que lo más importante es la prevención. ⁽³⁵⁾

Existen actividades preventivas y de promoción de la salud para una atención primaria, pero existen adversidades que les impide desarrollar más funciones positivas para la población, uno de los principales obstáculos es; poco desarrollo de la cultura de la salud, una inadecuada relación entre el paciente y el médico, falta de tiempo por parte de los individuos de la población y también de los profesionales de salud, la carencia de instrumentales que son indispensables para un adecuado tratamiento, y en muchos casos no les dan importancia a la prevención, por parte de la población y lamentablemente también por parte del personal médico, algunos pobladores no colaboran para llevar al éxito introducir con fuerza la prevención. ⁽³⁵⁾

Los profesionales que se dedican a la atención primaria o prevención primaria, deben asumir la responsabilidad y tomar muy en cuenta la importancia que tienen para promover la salud eficazmente. ⁽³⁵⁾

En salud general existen indicadores que colocan a cada poblador en un nivel de cultura, en el cual estos deberían ser conscientes de responsabilidad ante su salud, alimentarse saludablemente, ver la manera de como liberarse del estrés, realizar ejercicios físicos. ⁽³⁵⁾

En salud bucal, los pobladores carecen de conocimiento y práctica sobre la higiene bucal, deben modificar sus hábitos alimenticios a comidas saludables, en este caso evitar el estrés ya que también percute a las afecciones en boca, ser responsables ante la medicación prescrita, debe ser una costumbre tener que realizarse chequeos cada cierto tiempo. ⁽³⁵⁾

Es deseable tener el apoyo de profesionales de la salud en programas educativos, ya que no sólo con la colaboración de los padres se puede prevenir, sino también el apoyo de odontólogos o higienistas dental para sistemas escolares. ⁽¹⁾

1.2. Investigaciones

Benavente L. y Col. (2006); determinaron 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 5 años de edad, que acudieron a establecimientos hospitalarios del MINSA y ESSALUD. Esta investigación es de tipo analítico y transversal. La población estuvo constituida por madres de familia con sus hijos menores de 5 años de edad, (6 a 60 meses), que acuden a establecimientos hospitalarios del MINSA y de ESSALUD, realizado en el Departamento de Lima-Perú, durante el periodo de agosto y setiembre del 2010. La muestra estuvo constituida por madres con sus hijos menores de 5 años de edad (n=143). El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas. Los criterios de inclusión fueron, niños con aparente buen estado biológico y psicológico, que no estén recibiendo ningún tratamiento de tipo preventivo-promocional odontológico, cuyas madres no hayan recibido en el presente año algún tipo de educación en aspectos de salud bucal. Se incluyeron en el estudio las madres con sus hijos menores de 5 años, que aceptaron participar, firmando el consentimiento informado. La muestra fue equitativa en ambas instituciones de salud. Para la recolección de información primero se aplicó a las madres una encuesta estructurada, anotando su edad, grado de instrucción, ocupación y lugar de atención (MINSA o ESSALUD). Luego se recabaron los datos de conocimientos que poseen estas; con 20 preguntas, sobre conocimientos de la salud bucal del niño menor de 5 años: partes de la boca, dientes, funciones, factores de riesgo y medidas preventivas, dieta, consumo de medicamentos, uso del biberón, lactancia, chupón, higiene bucal, usos, funciones y aplicación de flúor, sellantes, asistencia al consultorio dental, periodicidad según edad del niño: Asignándole un puntaje a cada pregunta de: 1 bajo, 2 regular, 3 bueno. Se catalogaron en tres niveles de conocimientos según puntaje obtenido: < 33 bajo, 34-47 regular, 48-60 bueno. Así mismo se preparó una ficha de diagnóstico para el niño, obteniendo su edad en meses, género. Para la evaluación del estado de salud bucal del niño, se utilizaron los índices de: Caries Dental (ceo-d: sano=0, bajo=1 a 3, moderado=4 a 5, alto=6 a más) incluyendo la detección de lesiones incipientes

como la mancha blanca, la Placa bacteriana (IHO simplificado de Green y Vermillon—modificado de placa blanda) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos instrumentos fueron validados en un estudio piloto con un grupo de madres con niños menores de 5 años con características similares, haciéndose los ajustes respectivos. Para la toma de datos, primero se aplicó la encuesta a la madre, luego se realizó evaluación clínica del estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad en la consulta externa de Control, crecimiento y desarrollo CRED- del niño de los establecimientos de salud, sentados en una silla y con luz artificial (fronto luz). Para establecer asociación entre el Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia con la variable estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad, se usó la prueba Chi Cuadrado, asumiendo un límite de valor p 0.05 para establecer la significancia. Para el análisis estadístico se utilizó el Software SPSS versión 15. ⁽³⁶⁾

Alvarez C. y Col. (2006); analizaron la integración del componente educativo—recreativo—asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en el Preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación, Maracaibo, Venezuela. La evaluación clínica a cada niño se realizó antes y después de implementar las estrategias mediadoras, utilizando luz natural, espejo bucal plano y una sonda periodontal WHO. Dicho procedimiento fue realizado por un odontólogo entrenado y calibrado para el manejo de los criterios de caries inicial (criterios de Grinddeford y colaboradores), 4 caries manifiesta (Koch) ,5 índice de placa (Silness y Loe)⁶ e índice gingival (Loe y Silness).⁷ Cada uno de los padres de los niños que participaron en el estudio firmó un informe de consentimiento, luego de explicarles el propósito del mismo. Igualmente, se aplicó una encuesta a los padres para conocer las concepciones que tenían sobre distintos aspectos de salud bucodental, para posteriormente lograr la resignificación de estas en términos de su significado y comprensión en relación con la causa que la genera y así promover cambios conceptuales de tipo providencialistas resignificándolos hacia ideas naturales que concedan mayor responsabilidad al individuo. Para facilitar los aprendizajes y propiciar la participación activa de los padres, representantes, docentes y niños en el diseño y posterior

ejecución de las actividades, el grupo de investigación empleó diversas estrategias tales como: Técnica expositiva y dinámica grupal, para explicar los hallazgos clínicos, causas, consecuencias, tratamientos preventivos y curativos y conducta a seguir. Talleres con los padres y docentes para la reflexión y análisis crítico de las concepciones previas sobre salud general y salud bucal, a fin de que mediante discusiones guiadas, identificaran, caracterizaran y relacionaran estas concepciones con las condiciones de salud bucal de los niños de preescolar, lográndose así la re significación de los precitados conceptos. Técnicas comunicacionales de persuasión en el mensaje transmitido sobre la importancia de la higiene en la salud bucal. Talleres al personal docente sobre el enfoque de la salud bucal. Dotación de material didáctico para la unidad educativa (láminas ilustrativas, videos, cuentos y musicales).Entrega de estuches con cepillo y crema dental. La asociación de las variables clínicas antes y después de la aplicación del método fue contrastada estadísticamente empleando el test de Wilcoxon para gingivitis y placa, y chi cuadrado para caries, con un nivel de significación del 5 % para ambos. La integración del componente educativo–recreativo–asociativo se analizó cualitativamente con base a la información abierta suministrada por los padres y los niños, recuperando las expresiones más significativas de sus discursos. ⁽³⁷⁾

Texeira P. y Col. (2011); describieron 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. Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el que se evaluaron a madres de niños de 0 a 3 años que acudieron a consultas externas del Hospital Materno Infantil San Pablo, en el año 2010. Se llevó a cabo un estudio piloto para determinar el tamaño de la muestra, usando para ello la proporción del nivel de conocimiento inadecuado con un intervalo de confianza del 95 % y margen de error del 5 %, arrojando un tamaño muestral de 102. Mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos se seleccionaron a todas aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión. Fueron excluidas las madres que tenían algún tipo de impedimento físico y mental que limitara su participación. En todo momento se respetaron los principios éticos, así la participación de

las madres fue voluntaria, bajo consentimiento informado, en un ambiente de confidencialidad y respeto de las reglamentaciones locales. No hubo diferencias por factores sociales ni económicos. Ningún participante recibió compensación económica por la participación en el estudio. Las variables consideradas fueron: nivel de conocimiento, construida a partir de indicadores de conocimiento básico diseñado para el efecto. La escala fue: hasta 59%= no aceptable, 60 a 69%= aceptable, 70 a 79%= bueno, 80 a 89%= muy bueno y a partir de 90% =excelente. Edad, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación, en relación al nivel de conocimiento. Los procedimientos para la colección de los datos fueron estandarizados a través de un Manual de Procedimientos. Se diseñó un cuestionario de evaluación para este estudio, que fue sometido a prueba para ser validado y ajustado y se acompañó de un Instructivo de Llenado de Ficha, en el que se detallan los códigos y mecanismos de cargado de las respuestas. Previamente el equipo de investigadores unificó criterios respecto a los datos que serían colectados, los que fueron cargados en una planilla electrónica (Excel 2003) y posteriormente se analizaron utilizando el paquete estadístico Epi-Info (versión 3.5.1) desarrollado por Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Atlanta, Georgia (USA). Los resultados del análisis fueron remitidos a la institución de estudio y los mismos servirán de base para el diseño de programas de prevención. El grupo investigador donó cepillos dentales a los participantes, proveídos por la empresa Colgate Palmolive de Paraguay, además dieron charlas preventivas colectivas de salud bucodental al culminar cada encuesta.

(38)

Almaraz M. y Col. (2012); evaluaron el conocimiento de los educadores sobre higiene buco-dental, compararon los datos de dosificación del dentífrico con un estudio similar de Porto Alegre (Brasil). Se trabajó con 72 educadores de 8 Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) Instituto Nacional del Niño y Adolescente (INAU) del Uruguay; los datos fueron recogidos a través de una encuesta. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con muestreo por conveniencia, evaluaron el conocimiento de educadores, a través de una consulta, utilizando una herramienta cuantitativa (cuestionario), realizado mediante la investigación acción participativa. Se seleccionaron ocho de los

Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)-Instituto del Niño y Adolescente (INAU) del Uruguay, para realizar la investigación por considerarlos como contextos claves, atendiendo razones demográficas del Uruguay y los programas implementados: cuatro de estos centros pertenecen a Montevideo y los otros 4 al resto del país ubicándose dos en Salto, uno en Maldonado y uno en Canelones. En los centros del interior del país se estableció como un nuevo criterio de inclusión la accesibilidad a centros urbanos y suburbanos. Se comenzó con un estudio de carácter piloto en cuatro de los ocho centros (tres de Montevideo y uno en Salto), donde se encuestó a educadores permitiendo el entrenamiento y la calibración en el uso de la misma, como así también la validación del instrumento de encuesta (verificación que el mismo diera respuesta a los objetivos planteados). El cuestionario confeccionado por el equipo de trabajo que corresponde a la categoría de tipo cerrado y estructurado. Luego se ejecutó la investigación en la población seleccionada constituida por los ocho centros CAIF con un total de 72 educadores, a fin de recoger la información referente a los datos requeridos para el cumplimiento de los objetivos. La totalidad de los educadores de los ocho centros firmaron un documento de consentimiento informado, acordando participar de una entrevista donde respondieron el cuestionario y acordaron que los datos obtenidos podían ser difundidos y publicados. Para indagar acerca de la dosificación del dentífrico fluorado se le mostró al educador una fotografía con cinco cepillos dentales para niños, cada uno con una dosificación diferente. Este dispositivo fue realizado por el equipo de trabajo de Uruguay, según el mismo patrón utilizado en la investigación de los educadores brasileños con la cual se comparó dicho parámetro. Se consideraron como correctas las respuestas que marcaban los cepillos N° 1 y N° 2 del patrón presentado correspondiendo estas opciones a: Cepillo N° 1 dosificación del dentífrico según la técnica transversal, Cepillo N° 2 dosificación con la técnica de “ensuciar” el cepillo con dentífrico fluorado. Una vez terminado el trabajo de campo en cada uno de los ocho centros CAIF-INAU que intervinieron en este trabajo, se brindó a los educadores información en referencia a la higiene buco-dental, la incorporación del cepillo dental y los dentífricos fluorados en los niños y orientaciones sobre su utilización. También se hizo entrega de cepillos dentales y se respondieron las preguntas que

surgieron en esta instancia de interacción. Finalmente se realizó una sesión de promoción y educación para la salud a niñas, niños y docentes del centro entregándose material didáctico de apoyo para estas temáticas. ⁽³⁹⁾

Flores M. (2018); determinó el nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores de Educación Primaria en el colegio adventista – Brasil. el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional y el enfoque cuantitativo. se utilizó una muestra de 30 profesores del nivel primario que fueron seleccionados de manera no aleatoria por conveniencia, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se diseñó un cuestionario validándose por expertos en el área, este cuestionario constaba de 16 preguntas, las cuales 3 fueron sobre higiene bucal, 3 preguntas sobre las medidas preventivas, 5 preguntas sobre las enfermedades bucales, y 5 sobre concepto de salud bucal. Se realizó una previa charla informativa a los profesores sobre el estudio, para luego proceder a evaluarlos. Los resultados mostraron que la mayoría de profesores tienen conocimiento de Regular en lo que respecta a salud bucal, en un número de 15, con un porcentaje de 50%, seguido del nivel alto en un número de 12, con un porcentaje de 12%, finalmente un nivel bajo con un número de 3 y un porcentaje de 10 %. Se concluye que en el nivel de conocimiento en salud bucal en los profesores del Colegio Adventista – Brasil su conocimiento es de Regular. ⁽⁴⁰⁾

1.3. Marco Conceptual

- **Salud**

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽⁴¹⁾

- **Salud bucal**

Ausencia de enfermedades y trastornos que afectan la cavidad oral, la salud bucal no presenta de dolor orofacial ni trastornos que limitan a las personas la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar. ⁽⁴²⁾

- **Higiene bucal**

Es el buen estado del sistema estomatognático con relación al buen hábito de limpieza oral y conservación de sus elementos, el buen estado de higiene bucal está relacionado directamente con el bienestar general y la calidad de vida de las personas. ⁽⁴²⁾

- **Medidas preventivas de higiene bucal**

Medidas preventivas básicas que se aplican en el cuidado personal de higiene oral, están al alcance de todos y son económicos. ⁽¹⁾

- **Preescolares**

Los niños de edad escolar, son los más pequeños, y dependen de la enseñanza de las personas más cercanas que lo rodean, padres y/o educadores en sus escuelas, programas que se realizan en sus centros educativos, enseñanza que es brindar con el objetivo de que aprendan sobre salud oral, tratamientos en odontología preventiva. ⁽¹⁾

- **Conocimiento**

La Real Academia Española define al término conocimiento como al entendimiento, inteligencia, razón natural o noción, saber lo elemental de algo. ⁽⁴³⁾

- **Nivel de conocimiento**

Son agentes racionales con hechos e informaciones adquiridas por una persona se puede estimar en una escala se aprende a través de la educación o experiencia. ⁽⁴⁴⁾

- **Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal**

Es la información aprendida o el entendimiento de la persona por conceptos sobre la cavidad bucal, enfermedades, caries dental, enfermedad periodontal y su fisiología adicionando las medidas preventivas para estas enfermedades. ⁽⁴⁵⁾

- **Educación**

La educación se puede definir como un proceso de socialización de cada individuo. Al aprender nuevas cosas, nuevas culturas, se educa. También implica una nueva conciencia, cultura, enseñanza para las nuevas generaciones. ⁽¹⁾

- **Instituciones educativas**

Establecimiento donde los maestros imparten sus conocimientos a sus alumnos ya sea ciencias, matemáticas, arte, en las aéreas de inicial, primaria, secundaria. ⁽⁴⁶⁾

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Higiene bucal es definida como aquellas medidas preventivas para evitar las enfermedades más comunes de la Cavidad Oral causadas por mala higiene. “Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de placa bacteriana”. ⁽⁵⁾

Medidas preventivas tales como cepillo dental, hilo dental, pasta dental, y colutorios, son lo más básico que se debería usar para prevenir enfermedades. El tratamiento no es la respuesta para resolver los problemas de salud oral de los niños, en su lugar, la clave está en la prevención primaria. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, presenta un informe en el que señala que la mayor prevalencia de índice de higiene oral se encuentra en América Latina y Asia, también indica que la caries dental es la enfermedad más común en niños afectando aproximadamente el 60-90% de estos en edad escolar. Informó que parece que el problema es menos grave en la mayoría de los países africanos, indicando que es probable que la caries dental aumente en muchos países en desarrollo de ese continente, debido al creciente consumo de azúcares y a una exposición insuficiente al flúor. ⁽⁴⁷⁾

la OMS ha declarado que se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. ⁽⁴⁷⁾

Alrededor de 600 millones de latinoamericanos se encuentra en países como México y el Caribe hasta la Argentina y Chile en el Sur, en donde la caries dental y las periodontitis afectan a elevados porcentajes de la población. ⁽⁴⁸⁾

En América Latina la caries dental afecta el 70% y 90% a los niños en edad escolar. ⁽⁴⁹⁾

En el Perú en el año 2002 la prevalencia de caries dental en niños de 6 años fue 87.3 % según el MINSA. Diversos estudios han demostrado la influencia de factores social y económico en la prevalencia de caries, donde las zonas más vulnerables son las poblaciones marginadas socialmente y en extrema pobreza. ⁽⁵⁰⁾

Según el INEI la Sierra concentra la mayor pobreza extrema con 8.3%, seguida de la Selva 6.5% y Costa 0.5% , y para el 2016 la Sierra y Selva del país tenían un 80% de prevalencia de caries dental; estos datos concuerdan con los resultados que la Sierra y Selva son las regiones con mayor acceso a información de salud bucal, esto se explica que por concentrar la población más vulnerable son también, las zonas en donde los programas de promoción y prevención toman mayor importancia. ⁽⁵¹⁾

El MINSA tiene programas de prevención y promoción de salud bucal como el plan de salud escolar que desde el año 2015 ha incorporado la actividad preventiva y recuperativa en salud bucal. Esto significa que cada niño recibirá una evaluación estomatológica, instrucción de higiene oral con entrega de pasta y cepillo y aplicación de flúor barniz para prevenir el desarrollo de caries, así como la atención recuperativa de las lesiones mediante obturaciones dentales priorizando las regiones de mayor pobreza como la sierra. ⁽⁵²⁾

El MINSA incorpora el Plan de Salud Escolar como estrategia que permite calidad de vida, detección temprana, prevención y atención oportuna. Se seleccionaron 2325 instituciones educativas del país. Este esfuerzo se puede evidenciar mediante los resultados del estudio ya que en las tres regiones del Perú las Instituciones Educativas son uno de los proveedores de acceso a información de mayor prevalencia, y con mayor presencia en la Sierra y Selva con 6.19% y 8.07% respectivamente; por lo que el PSE es una estrategia que

permite brindar información para promover hábitos que tengan por objetivo la prevención principalmente de la caries dental. ⁽⁵³⁾

El tratamiento no es la respuesta para resolver los problemas de salud oral de los niños, en su lugar, la clave está en la prevención primaria. ⁽¹⁾

En el caso de niños, es también muy importante la motivación. Para que el niño realice una actividad, tiene que estar motivado. “La motivación nos provee la energía suficiente para dirigirnos y conducirnos a realizar una acción”. ⁽¹⁰⁾

Es primordial que los maestros tengan el conocimiento necesario sobre higiene bucal, ya que estos son los segundos padres de los niños porque pasan gran parte del día con ellos, están presentes en sus primeros alimentos, y deben educarlos sabiendo la importancia del cepillado, para prevenir enfermedades como la caries, y la gingivitis.

De no realizarse la presente investigación no habría estadísticas en esta población del nivel de conocimiento sobre higiene bucal los educadores de algunas de las escuelas de esta población, se podría realizar más adelante las charlas preventivas o los tratamientos necesarios, esto, sirve como base para implementar a futuro programas preventivos, educacionales en la salud bucal.

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1. Problema Principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019?

2.1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?
4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?
5. ¿Cuál es el estado de higiene oral de los alumnos del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?
6. ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en educadores preescolares con el estado de higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación determinó el nivel de conocimientos en educadores sobre higiene bucal, de forma que nos permitió evaluar que tanto se sabe en las escuelas sobre odontología preventiva, ya que estos son parte importante

en los primeros años de vida de un niño, forman parte de su sociedad educativa, y en algunos casos, los niños, pasan más tiempo con sus educadores que con sus padres, siendo estos los personajes principales de enseñanza básica sobre higiene bucal.

Realizar una higiene bucal nos enseñan desde pequeños, se vuelve un hábito conforme vamos creciendo y de acuerdo a como nos van enseñando vamos mejorando. Pero, actualmente existe una falta de conocimiento sobre lo que es no solo higiene bucal para mantener una buena salud, sino también en lo general y estas situaciones se pueden observar más en comunidades de recursos económicos muy bajos, donde no llega una buena enseñanza educativa en los colegios, y menos charlas de higiene.

Es por ello que se considera que la prevención es lo primordial para evitar contraer alguna enfermedad bucal, sabiendo que las enfermedades principales y más comunes son: caries y enfermedad periodontal, siendo multifactorial, una de sus causas es la inadecuada higiene bucal; es en este contexto que este estudio buscó determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de educadores preescolares del Colegio I.E San Francisco de Asis en la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.

2.2.2. Objetivo General y Específicos

2.2.2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.
5. Determinar el estado de Higiene oral de los alumnos del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.
6. Determinar si existe relación o no entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en educadores preescolares con el estado higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019.

2.2.3. Delimitación del Estudio

- Delimitación espacial

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa I.E. San Francisco de Asis de la comunidad de Manchay del Distrito de Pachacamac en abril del año 2019.

- Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en el mes de abril del año 2019.

- Delimitación social

La población estudiada fueron profesores del nivel preescolares de la institución educativa del distrito de Pachacamac y los alumnos de esta institución; con el fin de determinar el nivel de conocimiento en los educadores y la higiene bucal en sus alumnos.

- Delimitación conceptual

Es importante determinar el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores ya que son ellos quienes estuvieron a cargo de los niños a diario por las mañanas y hasta también después del almuerzo, encargándose de enseñarles los primeros hábitos higiene bucal, como el cepillado después de cada alimento.

2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio

La ejecución del estudio se realizó en el nivel de educación inicial, siendo necesario el estudio ya que la higiene bucal básica es aprendida por nuestros primeros educadores; padres y profesores.

No existen estadísticas en nuestra población sobre niveles de conocimientos sobre higiene bucal en educadores de la comunidad responsables del cuidado de los niños dentro y fuera del hogar, ya que estos son encargados de brindarles la información necesaria sobre cómo realizar su higiene bucal básica.

La prevención es muy importante, sabiendo aplicarla adecuadamente, sabiendo informar bien, ser educadores no es fácil, es una responsabilidad ya que de estos depende la formación de los niños, inculcan hábitos y estos deberían ser los correctos.

Con este estudio de importancia pública se podría cooperar para un proyecto de salud bucal, iniciándose con charlas educativas en los colegios, prevención primaria, o realizando campañas odontológicas.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1. Hipótesis Principal

- Entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares y la higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en el año 2019 si existe relación.

2.3.2. variables e indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

2.3.2.1 Variable Independiente

- Nivel de Conocimiento

2.3.2.2 Variable Dependiente

- Higiene Oral de los niños

2.3.2.3 Indicadores

Las preguntas relacionadas a cada dimensión que se realizó en el estudio:

-Sobre la higiene bucal: respuestas del cuestionario de 1 - 3

- Sobre las medidas preventivas: respuestas del cuestionario de 4- 6
- Sobre las enfermedades bucales: respuestas del cuestionario de 7 - 11
- Sobre concepto de salud bucal: respuestas del cuestionario de 12 – 16

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra

3.1.1. Población

La población estuvo constituida por todos los profesores de los niveles de inicial del colegio San Francisco de Asis de la comunidad de Huertos de Manchay-Pachacamac.

3.1.2. Muestra

La muestra utilizada en el estudio fue no aleatoria por conveniencia estuvo constituida por los profesores, en total fueron 30, de los niveles de inicial y los alumnos, que fueron 180.

Utilizamos los Criterios de Selección:

- **Criterios de Inclusión**

Los participantes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Ser docentes del colegio.
- Ser docente del nivel primario.
- Que acepten participar del estudio.

- **Criterios de Exclusión**

Los participantes que presentaron alguno de los criterios listados a continuación, no pudieron ser considerados como unidades de muestreo del estudio:

- No pertenecer a la plana docente del colegio.
- Ser docentes del nivel secundario.
- Que no acepten pertenecer al estudio.

3.2 Diseño utilizado en el estudio

El diseño fue relacional, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo, observacional y de enfoque cualitativo.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

El presente proyecto se presentó a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que pueda emitir la autorización respectiva para desarrollar el proyecto en mención.

Se realizó una solicitud dirigida al Decano de la Facultad de Estomatología para solicitar una carta de presentación al director del colegio.

Se realizó una charla informativa previa a los profesores para que estén informados sobre el estudio, así pudieron dar su consentimiento o su retracción al estudio; firmando el documento del consentimiento informado aceptando participar en el estudio, después de haber absuelto todas las interrogantes que hicieron con respecto al estudio. Luego, se les pidió que informen a los padres de los niños, para que mediante una firma en el

comunicado enviado en su cuaderno de control, autoricen la respectiva evaluación de Higiene Oral.

Al momento de realizar la encuesta, esta fue de manera anónima cuidando que no se revele ningún dato que pueda identificar a los encuestados.

El llenado de los cuestionarios fue realizado los días lunes, martes, y la evaluación del Índice de Higiene Oral fue realizado los días miércoles, jueves y viernes, siendo los días donde los profesores y alumnos se encontraban en los colegios.

Al realizar dicha encuesta a los profesores que laboraban en el colegio, el resultado que se obtuvo indicó el nivel de conocimiento sobre higiene oral y, al realizar la evaluación del índice de higiene oral, el resultado indicó en qué estado de Higiene Oral se encontraban los niños.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Se utilizó un cuestionario ya validado el cual fue utilizado por la Tesista María Casilda Flores Taico presentado en el año 2018 de título “Nivel de Conocimiento de Salud Bucal de Los Profesores en Educación Primaria” que fue realizado en el colegio Adventista – Brasil.

El instrumento (cuestionario) que se utilizó en el estudio constó de 2 partes: la primera parte en:

I: Datos generales; edad, sexo.

La segunda parte consistió en:

II: Cuestionario sobre Nivel de Conocimiento.

El referido cuestionario tuvo 16 preguntas, cuyos ítems fueron redactados según las necesidades del estudio, en la redacción se tomó en cuenta las dimensiones del proyecto que se propone en el estudio, donde:

- Las preguntas sobre higiene bucal de la pregunta 01 al 03.
 1. ¿Usted considera que los elementos de higiene bucal son Cepillo dental, hilo dental, pasta dental?
 2. ¿Usted cree que nos debemos de cepillar los dientes después de ingerir alimentos y/o dulces?
 3. ¿Se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?

- Las preguntas sobre medidas preventivas de la pregunta 04 a 06.
 4. El flúor dental sirve para remineralizar las piezas dentales:
 5. Los alimentos principalmente que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la caries dental son los lácteos, frutas y verduras.
 6. ¿Los niños deberían utilizar pasta dental para adultos?

- Las preguntas sobre conocimiento de enfermedades bucales de la pregunta 07 a 11
 7. ¿La caries es una enfermedad infecto contagiosa?
 8. ¿La caries de biberón afecta a los bebés en periodo de lactancia?
 9. ¿La placa bacteriana está conformada por microorganismos?
 10. La enfermedad periodontal afecta al ligamento que soportan los dientes
 11. ¿La gingivitis es la enfermedad que altera las encías?

- Las preguntas sobre concepto de salud bucal de la pregunta 12 a 16 del cuestionario.
 12. ¿Sabe por qué a una persona le sangran las encías?
 13. El diente es un órgano que cumple la función masticatoria, estética y fonética.
 14. Si un diente de leche está picado, y se extrae antes del tiempo que deba salir su diente de adulto ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes?
 15. ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?
 16. Un diente de leche con caries afecta al diente que va a salir después.

Para realizar la escala con las preguntas que se tomó en cuenta que estén relacionadas con el nivel de conocimiento de los profesores sobre la salud bucal en sus alumnos, se dividió en 4 dimensiones que se observó en los objetivos del presente estudio.

CUADRO N° 01

Preguntas del cuestionario y distribución en las dimensiones del estudio.

INDICADORES	PREGUNTAS
HIGIENE BUCAL	01, 02, 03
MEDIDAS PREVENTIVAS	04, 05, 06
ENFERMEDADES BUCALES	07, 08, 09, 10, 11
CONCEPTO SOBRE SALUD BUCAL	12, 13, 14, 15, 16

Disposición de la escala de medición de las preguntas

Al momento que se evaluó las respuestas del cuestionario se dio 01 punto por cada respuesta correcta y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, en la escala de medición, contó con dos alternativas de respuesta. (Cuadro N° 02), obteniendo el resultado según el nivel de conocimiento. (Cuadro N° 03).

CUADRO N° 02

Puntaje a las respuestas del cuestionario de respuestas correctas o incorrectas.

PUNTAJE
SI: 1
NO: 2

CUADRO N° 03

Escala de medición según puntaje

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJE
NIVEL BAJO	0 – 5
NIVEL REGULAR	6 – 10
NIVEL ALTO	11 - 16

CUADRO N° 04

Para poder obtener el resultado fue número de caras pintadas entre número de piezas evaluadas su rango fue de 0 a 3.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL	VALORES
BUENO	0 – 0.6
REGULAR	0.7 – 1.8
MALO	1.9 – 3.0

3.3.3 Procesamiento de Datos

El Procesamiento de Datos se realizó mediante el tratamiento estadístico en donde el análisis de los datos obtenidos implicó:

- Análisis descriptivo, es donde se dio la estadística descriptiva del objetivo general y los objetivos específicos descritos, la media, la desviación estándar y el porcentaje de las mismas.

- Análisis exploratorio inferencial, en donde los resultados del cuestionario tomado a los encuestados se presentaron de manera organizada por medio de tablas y figuras que van a corresponder a cada uno de los indicadores elaborados en los objetivos.
- Toda la información de la investigación fue procesada mediante el programa SPSS versión 20.0 y la creación de una base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2010.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de Resultados

- En la presente investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019, realizando el estudio con una muestra de 30 profesores mediante un cuestionario en la que se evaluaron cuatro indicadores del estudio, el cual fue llenado por los profesores del colegio. Una vez obtenidos los resultados de la investigación, se realizaron los análisis de los datos obtenidos, que a continuación se mostrarán mediante tablas y figuras.

Tabla N° 01

Distribución de frecuencias sobre Si conoce los elementos básicos de higiene bucal.

CONOCE LOS ELEMENTOS BASICOS SOBRE HIGIENE BUCAL	FRECUENCIA (n)	%
No	11	36,67%
Si	19	63,33%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figuras mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 63.33% (n= 19), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "NO" que representaron el 36.67% de la muestra total (n= 11).

Figura 01

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce los elementos básicos de Higiene Bucal.

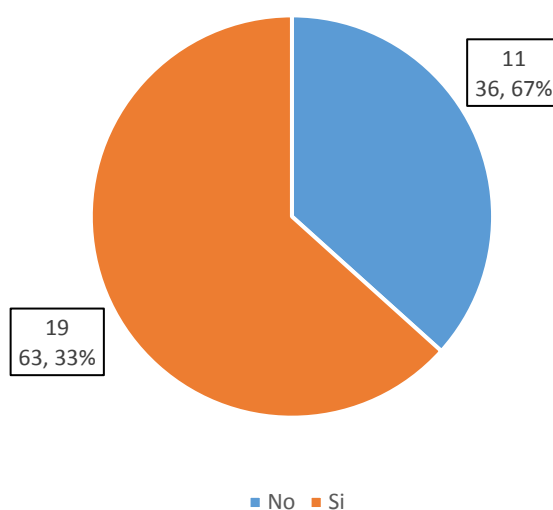


Tabla N° 02

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el cepillado dental.

CONOCE SOBRE EL CEPILLADO DENTAL	FRECUENCIA (n)	%
No	10	33, 33%
Si	20	66, 67 %
TOTAL	30	100, 00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “SI” con un 66, 67% (n= 20), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “NO” que representaron el 33, 33% de la muestra total (n= 10).

Figura 02

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el cepillado dental.

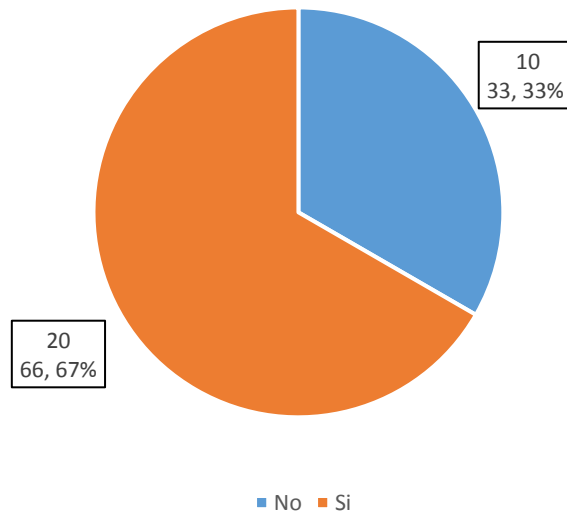


Tabla N° 03

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el cepillo dental.

CONOCE SOBRE CEPILLO DENTAL	FRECUENCIA (n)	%
No	15	50,00%
Si	15	50,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, fueron iguales los resultados, la respuesta "SI" con un 50,00% (n= 15), y la respuesta "NO" con 50,00%(n= 15).

Figura 03

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el cepillo dental.

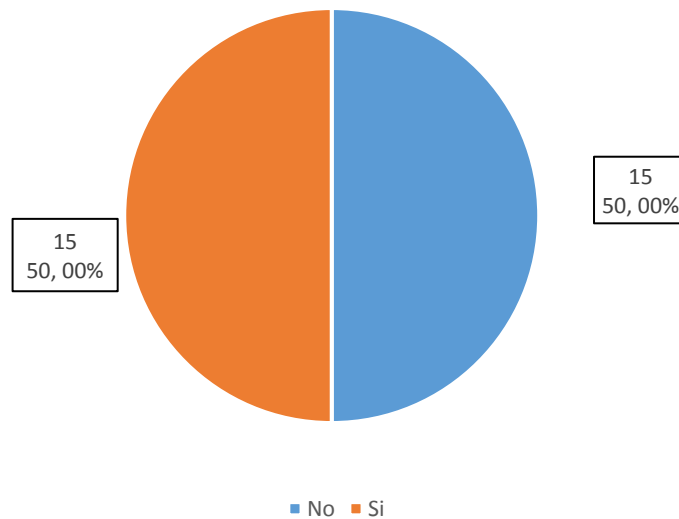


Tabla N° 04

**Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores
preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad
Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL	FRECUENCIA (n)	%
Nivel Bajo	14	46,67%
Nivel Regular	8	26,67%
Nivel Alto	8	26,67%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Bajo” con un 46,67% (n= 14), por otra parte, por ambos niveles “Regular” y “Alto” el porcentaje fue el mismo 26,67% de la muestra total (n= 8) en ambos.

Figura 04

Distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre higiene bucal.

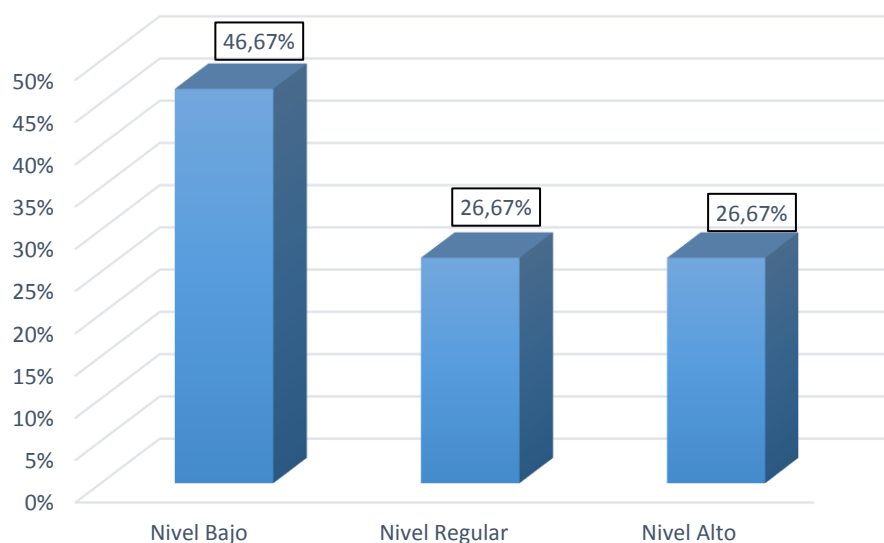


Tabla N° 05

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el flúor.

CONOCE SOBRE EL FLÚOR	FRECUENCIA (n)	%
No	18	60,00%
Si	12	40,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 60,00% (n= 18), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "NO" que representaron el 40,00% de la muestra total (n= 12).

Figura 05

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el flúor.

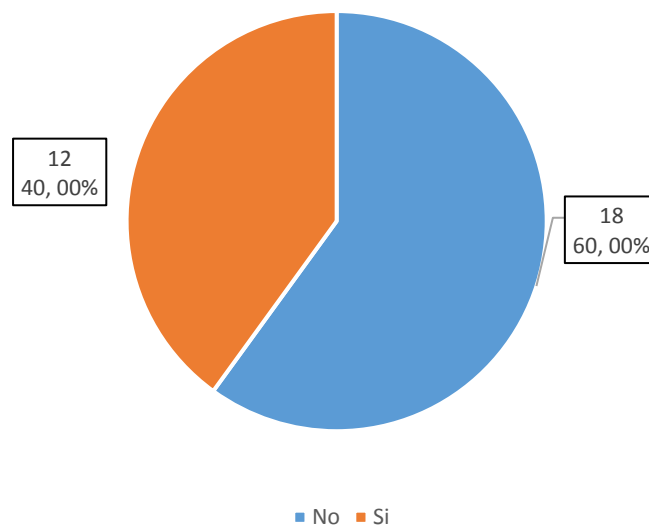


Tabla N° 06

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce los alimentos para fortalecer los dientes.

CONOCE SOBRE LOS ALIMENTOS PARA FORTALECER LOS DIENTES	FRECUENCIA (n)	%
No	14	46, 67%
Si	16	53, 33 %
TOTAL	30	100, 00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “SI” con un 53, 33% (n= 16), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “NO” que representaron el 46, 67% de la muestra total (n= 14).

Figura 06

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce los alimentos para fortalecer los dientes.

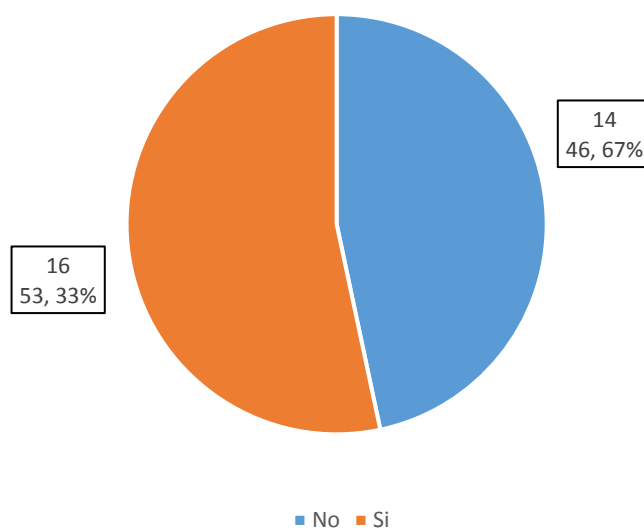


Tabla N° 07

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de pasta dental en niños.

CONOCE DE PASTA DENTAL EN NIÑOS	FRECUENCIA (n)	%
No	18	60,00%
Si	12	40,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 60,00% (n= 18), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "NO" que representaron el 40,00% de la muestra total (n= 12).

Figura 07

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de pasta dental en niños.

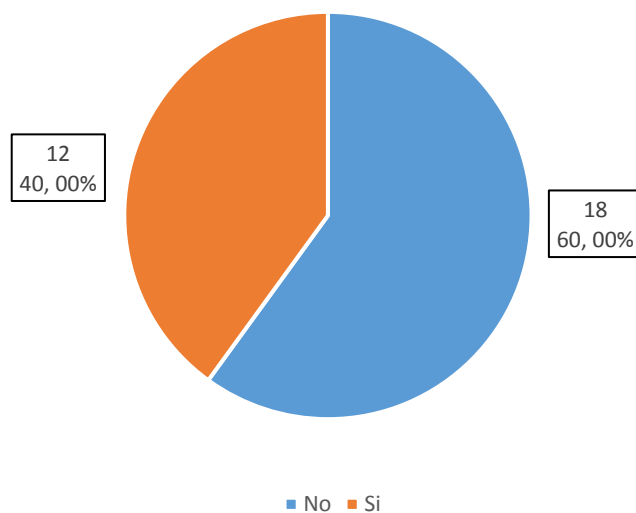


Tabla N° 08

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA (n)	%
Nivel Bajo	15	50,00%
Nivel Regular	13	43,33%
Nivel Alto	2	6,67%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Bajo” con un 50,00% (n= 15), por otra parte, el nivel menos frecuente fue “Nivel Alto” con un 6,67% (n=2).

Figura 08

Distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre higiene bucal.

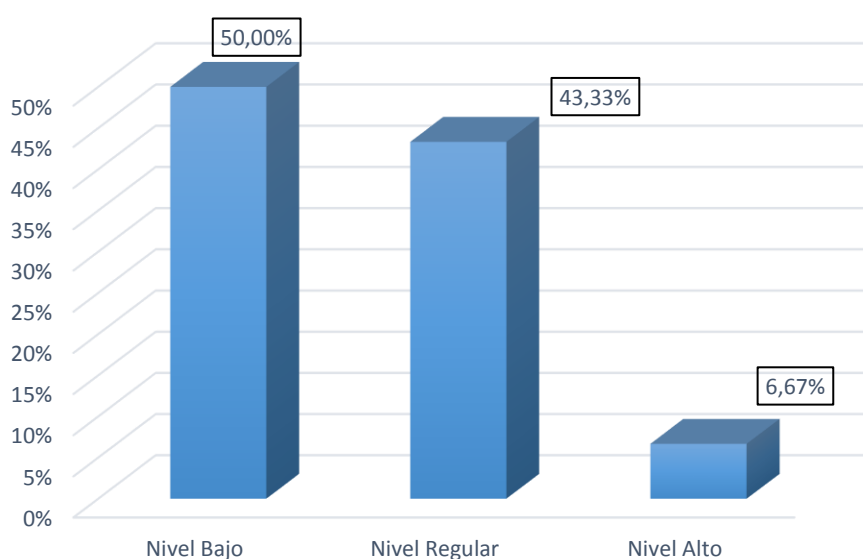


Tabla N° 09

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre caries dental.

CONOCE DE CARIES DENTAL	FRECUENCIA (n)	%
No	13	43, 33%
Si	17	56, 67%
TOTAL	30	100, 00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “SI” con un 56, 67% (n= 17), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “NO” que representaron el 43, 33% de la muestra total (n= 13).

Figura 09

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre caries dental.

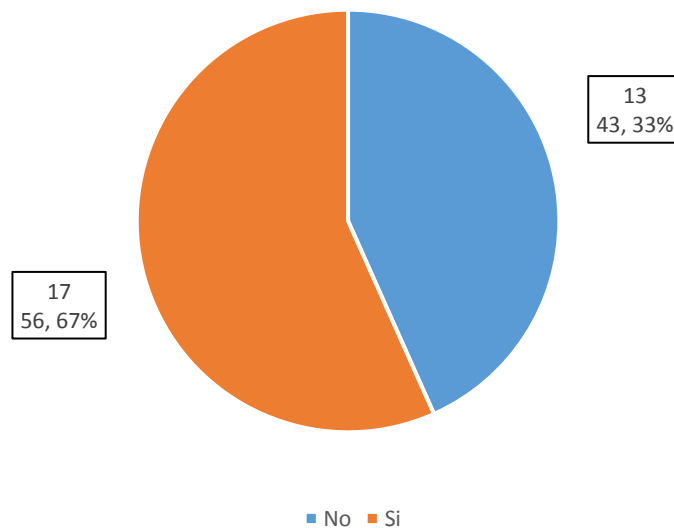


Tabla N° 10

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre caries de biberón.

CONOCE DE CARIES DE BIBERON	FRECUENCIA (n)	%
No	16	53,33%
Si	14	46,67%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “NO” con un 53,33% (n= 16), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “SI” que representaron el 46,67% de la muestra total (n= 14).

Figura 10

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre caries de biberón.

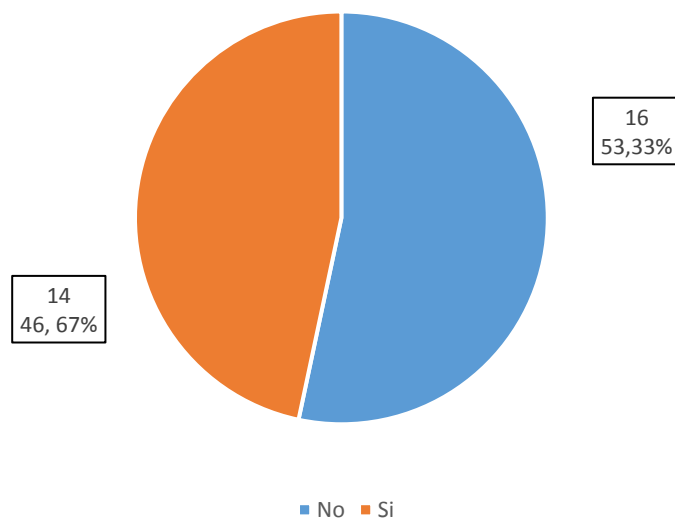


Tabla N° 11

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de placa bacteriana.

CONOCE DE PLACA BACTERIANA	FRECUENCIA (n)	%
No	12	40,00%
Si	18	60,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 60,00% (n= 18), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "NO" que representaron el 40,00% de la muestra total (n= 12).

Figura 11

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre placa bacteriana.

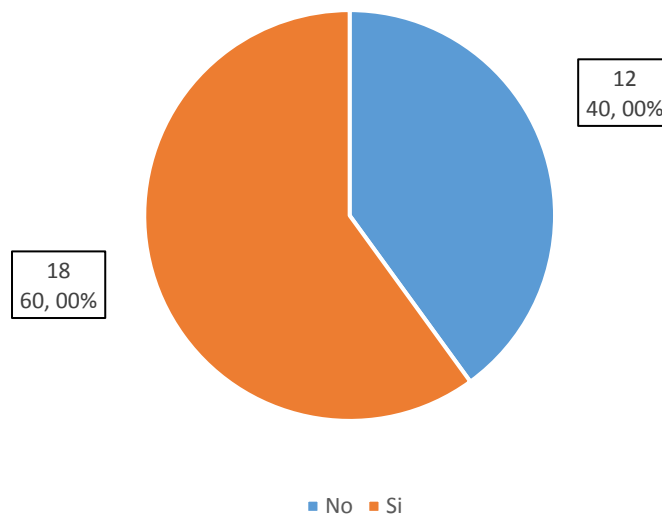


Tabla N° 12
Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de enfermedad periodontal.

CONOCE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	FRECUENCIA (n)	%
No	16	53,33%
Si	14	46,67%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “NO” con un 53,33% (n= 16), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “SI” que representaron el 46,67% de la muestra total (n= 14).

Figura 12
Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de enfermedad periodontal.

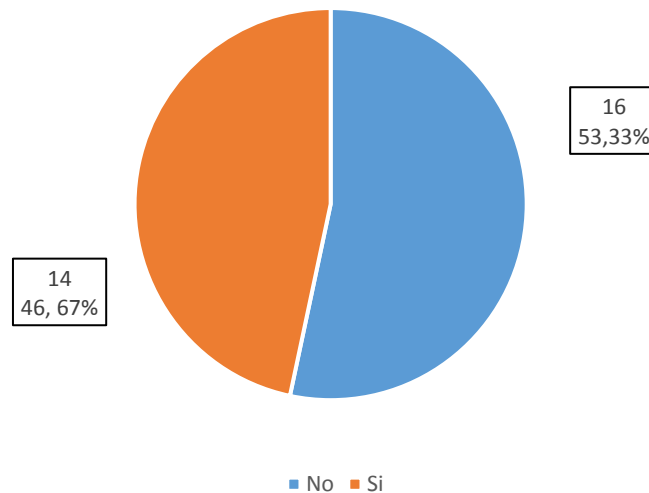


Tabla N° 13

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de gingivitis.

CONOCE DE GINGIVITIS	FRECUENCIA (n)	%
No	11	36, 67%
Si	19	63, 33 %
TOTAL	30	100, 00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “SI” con un 63. 33% (n= 19), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “NO” que representaron el 36. 67% de la muestra total (n= 11).

Figura 13

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre Gingivitis.

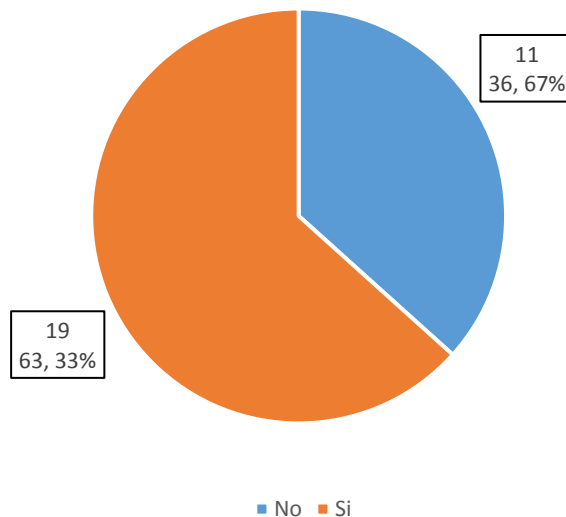


Tabla N° 14

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES	FRECUENCIA (n)	%
Nivel Bajo	9	30,00%
Nivel Regular	13	43,33%
Nivel Alto	8	26,67%
TOTAL	30	100, 00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Regular” con un 43,33% (n=13), por otra parte, el nivel de conocimiento menos frecuente fue “Nivel Alto” con un 26,67% (n= 8).

Figura 14

Distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales.

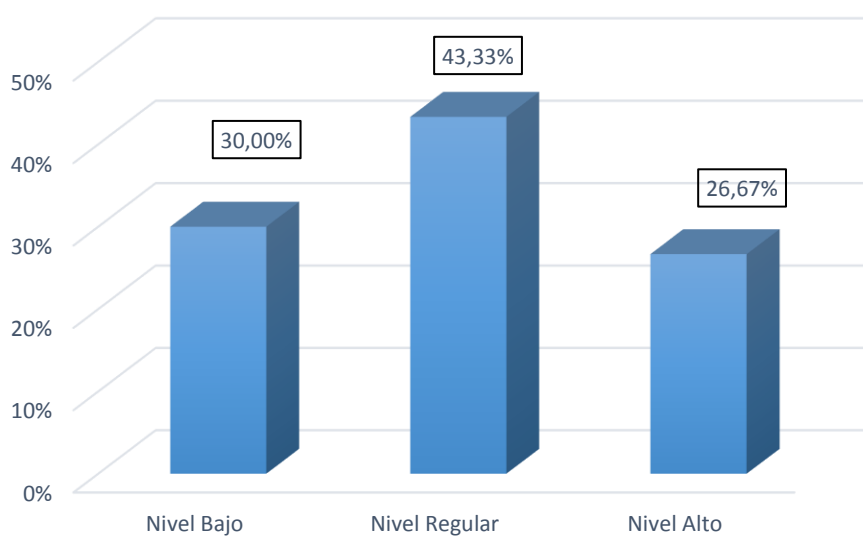


Tabla N° 15

Distribución de las frecuencias sobre Si conoce de la encía.

CONOCE DE LA ENCIA	FRECUENCIA (n)	%
No	21	70,00%
Si	9	30,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “NO” con un 70,00% (n= 21), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “SI” que representaron el 30,00% de la muestra total (n=9).

Figura 15

Distribución de las frecuencias sobre si conoce de la encía.

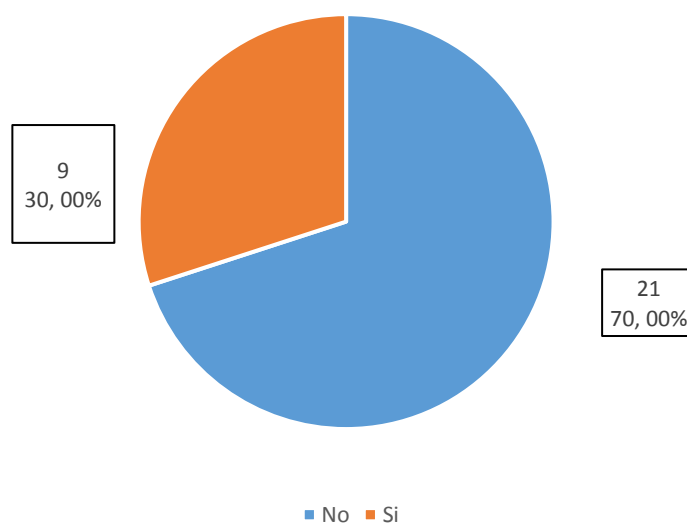


Tabla N° 16

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el diente.

CONOCE SOBRE EL DIENTE	FRECUENCIA (n)	%
No	13	43,33%
Si	17	56,67%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 56,67% (n= 17), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "NO" que representaron el 43,33% de la muestra total (n=13).

Figura 16

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre el diente.

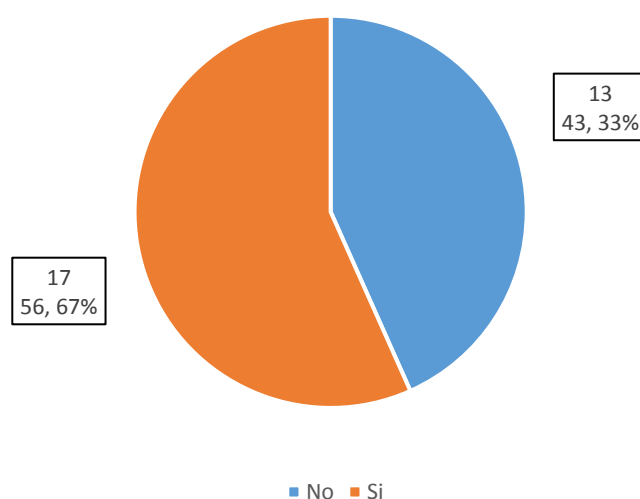


Tabla N° 17
Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre mal posición dentaria.

CONOCE SOBRE MAL POSICIÓN DENTARIA	FRECUENCIA (n)	%
No	17	56,67%
Si	13	43,33%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “NO” con un 56,67% (n= 17), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “SI” que representaron el 43,33% de la muestra total (n=13).

Figura 17
Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre mal posición dentaria.

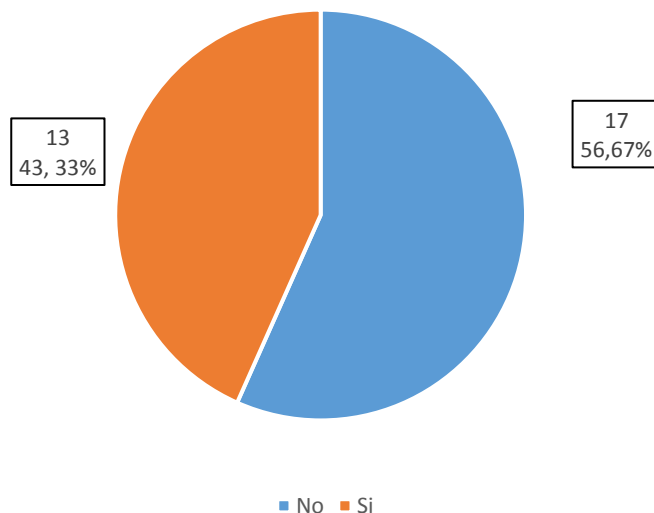


Tabla N° 18

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre cantidad de dientes de leche.

CONOCE SOBRE CANTIDAD DE DIENTES DE LECHE	FRECUENCIA (n)	%
No	23	76,67%
Si	7	23,33%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue “NO” con un 76,67% (n= 23), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “SI” que representaron el 23,33% de la muestra total (n=7).

Figura 18

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre cantidad de dientes de leche.

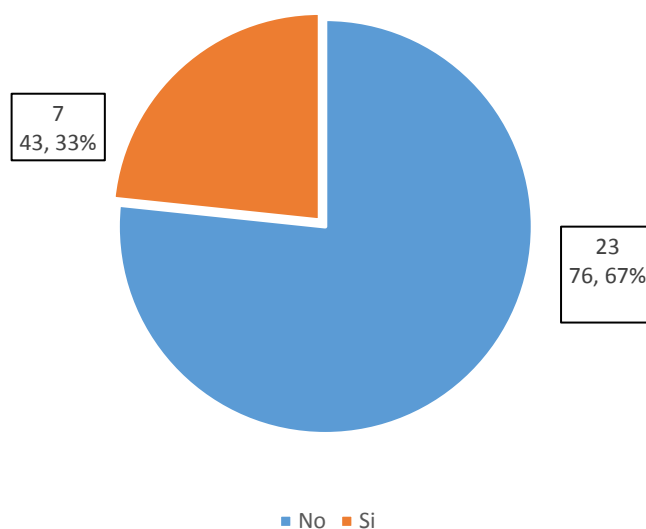


Tabla N° 19

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre los dientes de leche.

CONOCE SOBRE LOS DIENTES DE LECHE	FRECUENCIA (n)	%
No	14	46,67%
Si	16	53,33%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, la respuesta más frecuente fue "SI" con un 53,33% (n= 16), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar "SI" que representaron el 46,67% de la muestra total (n=14).

Figura 19

Distribución de las frecuencias de Si conoce sobre los dientes de leche.

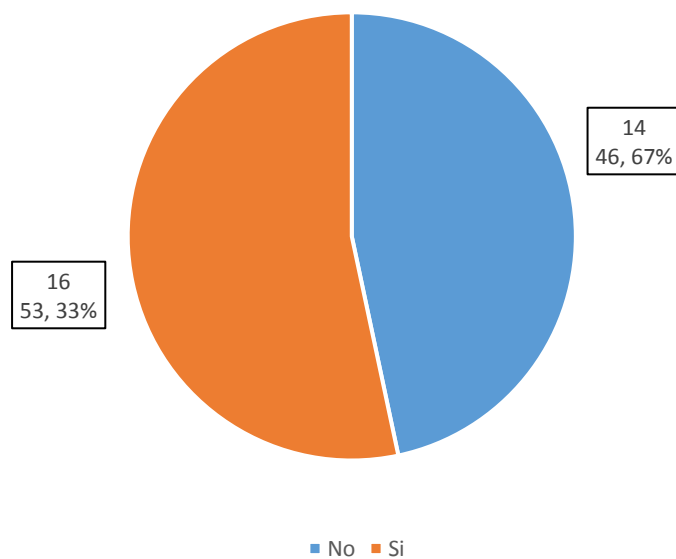


Tabla N° 20

Nivel de conocimiento sobre conceptos de salud bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTO DE SALUD BUCAL	FRECUENCIA (n)	%
Nivel Bajo	11	36,67%
Nivel Regular	15	50,00%
Nivel Alto	4	13,33%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Regular” con un 50,00% (n=15), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “Nivel Alto” que representaron el 13,33% de la muestra total (n= 4).

Figura 20

Distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre concepto de salud bucal.

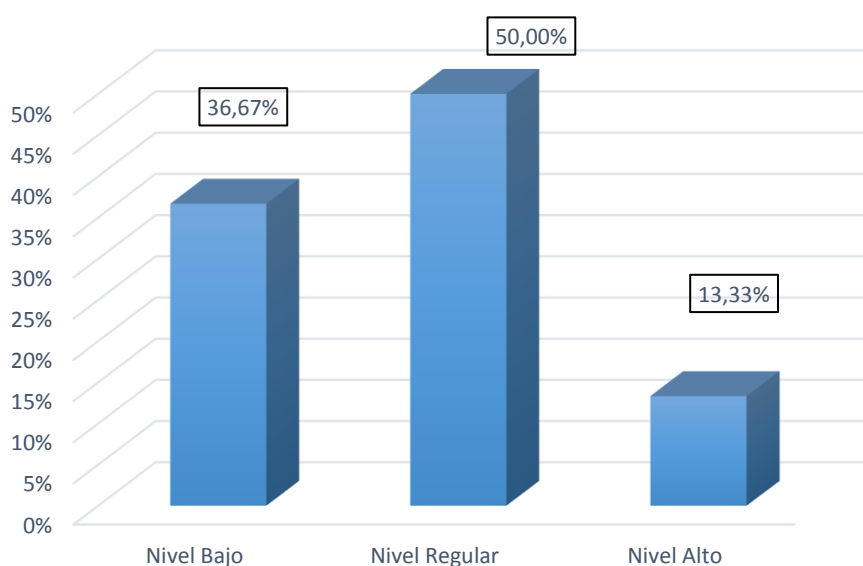


Tabla N° 21

Nivel de conocimiento general sobre higiene bucal de los educadores preescolares del colegio I. E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE HIGIENE BUCAL	FRECUENCIA (n)	%
Nivel Bajo	10	33,33%
Nivel Regular	17	56,70%
Nivel Alto	3	10,00%
TOTAL	30	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Regular” con un 56.70% (n= 17), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “Nivel Alto” que representaron el 10% de la muestra total (n= 3).

Figura 21

Distribución de frecuencias del nivel de conocimiento general sobre higiene bucal.

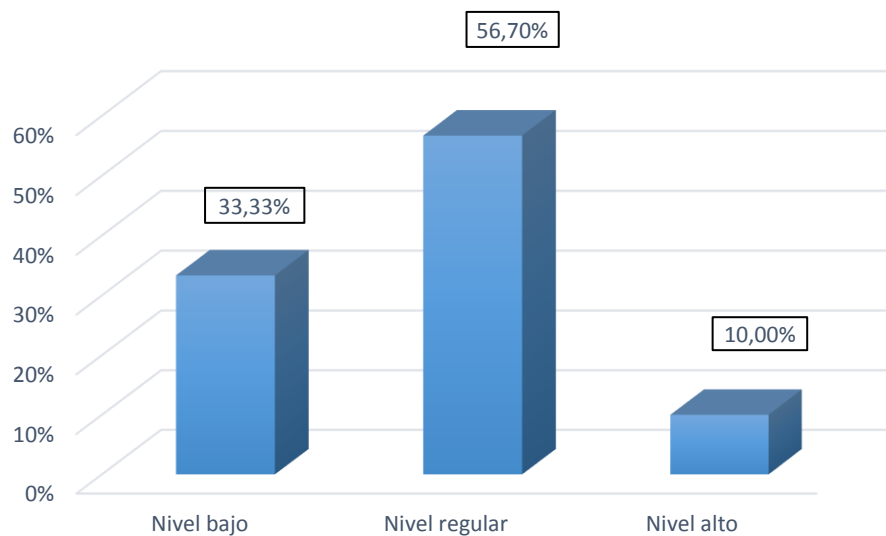


Tabla N° 22
Índice de Higiene Oral evaluado en 180 niños.

IHOS		FRECUENCIA (n)	%
0,0 - 0,6	Bueno	0	0,00%
0,7 - 1,8	Regular	70	38,89%
1,9 - 3,0	Malo	110	61,11%
TOTAL		180	100,00%

Tal como se puede apreciar en la tabla y figura mostradas, el índice de higiene oral más frecuente fue “Malo” con un 61,11% (n= 110), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “Bueno” que representaron el 0% de la muestra total (n= 0).

Figura 22
Distribución de frecuencias del índice de higiene oral.

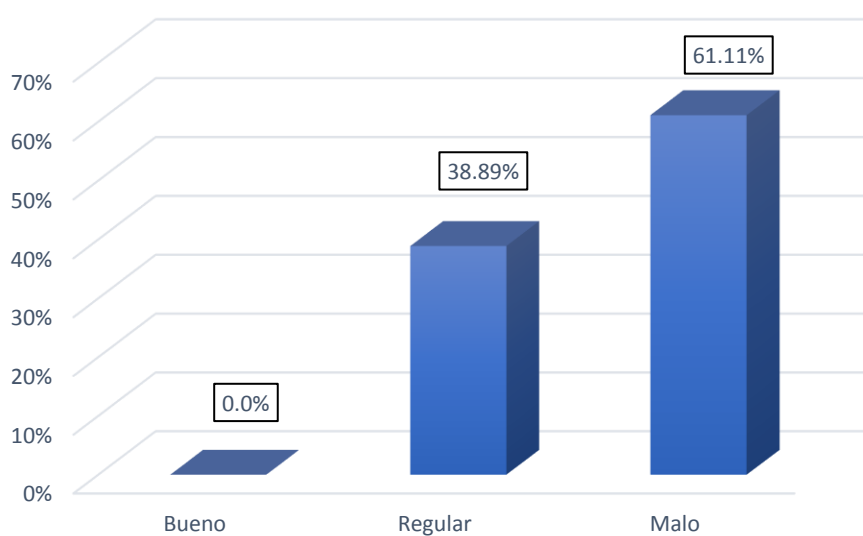


Tabla N° 23

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril 2019.

	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
Conocimiento sobre higiene bucal de educadores	15.50	465.00	0.000	-9,657	0.000 [†]
Higiene oral de alumnos	120.50	21690.00			

†: Prueba U-Mann-Whitney

El conocimiento sobre higiene bucal de los educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos, se relacionan entre sí en sus puntuaciones categóricas mediante la prueba U-Mann-Whitney: al obtener un valor $U=0.000$ y $Z= -9.657$), con un valor $p = 0.000$ ($p < 0.05$).

4.2 Contratación de Hipòtesis:

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipòtesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

Formulación de Hipòtesis Estadística

H₀: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares y la higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en el año 2019.

H_a: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares y la higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en el año 2019.

H₀: Hipòtesis nula, H_a: Hipòtesis alterna

Establecer el Nivel de Significancia

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia (α) de 5% = 0.05.

Determinación del Estadígrafo a Emplear

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares y la higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en el año 2019

	U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
Conocimiento sobre higiene bucal de educadores	0.000	-9,657	0.000 [†]
Higiene oral de alumnos			

†: Prueba U-Mann-Whitney

Nivel de significancia = 0.05

Toma de Decisión

Dado que el resultado mediante la Prueba U-Mann-Whitney se obtuvo un valor $\rho = 0.00$ ($\rho < 0.05$), rechazándose de esta forma la hipótesis nula, es decir existe relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares y la higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en el año 2019.

4.3 Discusión de Resultados

La importancia de conocer el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en los educadores preescolares, cada vez se vuelve más obsoleto, ya que la mayoría de profesionales se dedican a buscar la cura de una enfermedad existente, en lugar de ver de qué manera se puede contribuir con los métodos de promoción de la salud.

El conocimiento que deben de tener los educadores debería ser alto, ya que son ellos los que más tiempo pasan con el niño, considerando que son parte de su primer entorno social y a esta edad preescolar es donde el niño aprende buenos hábitos de higiene bucal que deberían ser enseñados de manera correcta.

Sin embargo, hay autores que se han dedicado a investigar de una manera u otra el Nivel de Conocimiento de educadores preescolares sobre Higiene Oral.

Higiene Oral es un factor muy importante para preservar la salud oral, contribuye a mejorar la personalidad de las personas, contribuye a una buena alimentación, y evita complejos de autoestima.

El objetivo principal del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento de los educadores preescolares, para poder avanzar e intervenir ante algún caso social de salud, hacer algún tipo de prevención en alguna

escuela u organización, es necesario saber en qué nivel se encuentran las personas a quienes vamos a dirigirnos, en este caso fueron los educadores de la institución educativa investigada.

Los resultados generales obtenidos fue el de “Nivel de Conocimiento Regular” un resultado de mucha importancia, así se sabe de manera real que tanto saben de Higiene Oral para que estos puedan brindar una correcta enseñanza.

Benavente et al realizaron un estudio donde el objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre la Salud Bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años, donde los resultados arrojaron que el nivel de conocimiento fue “regular”, sin embargo al evaluar en que situación estaba la higiene de los niños, resultó que estos tenían una “mala” salud bucal, si el educador tiene un conocimiento considerable adecuado, no necesariamente quiere decir que lo aplique a sus niños. ⁽³⁶⁾

Álvarez et al analizaron la integración del componente educativo-recreativo-asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de Salud Bucal implementadas en la edad preescolar, en donde realizaron encuestas para saber que conceptos tenían los padres acerca de distintos aspectos de salud bucal, conociendo lo que los padres sabían, se pudo introducir una metodología de enseñanza para ellos y para los niños, esto es algo muy bueno ya que no solo miden en qué nivel se encuentran sino también, analizaron la base del conocimiento, para luego ver la manera de mejorarlo. ⁽³⁷⁾

Teixeira et al realizaron un estudio empleando un cuestionario dirigido a madres para evaluar en qué nivel estaban de conocimiento sobre Higiene Oral en sus niños en este caso de 0 a 3 años, lo cual resultó un bajo porcentaje de conocimiento demostrando una vez más que los padres son nuestros primeros maestros para aprender hábitos como la Higiene Oral. ⁽³⁸⁾

La mayoría de estudios que evalúan el nivel de conocimiento lo realizan mediante cuestionarios, ya que es el método en donde se puede observar mejor y analizar bien los resultados.

Almaraz et al evaluaron el nivel de conocimiento en educadores de niños preescolares, en el cual también emplearon de instrumento el cuestionario, en donde evaluaron el conocimiento en países como Uruguay y Brasil, el presente estudio es parecido pero aplica preguntas más específicas como por ejemplo, el uso de un dentífrico, el resultado fue un Nivel de Conocimiento muy Bueno, más en Uruguay que en Brasil, recalcan que en Uruguay dio esos resultados porque fueron evaluados el personal de un centro en donde llegaban charlas educativas sobre atención odontológica. ⁽³⁹⁾

Por último, en las investigaciones realizadas por Flores que realizó un estudio de investigación para conocer el nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores de educación primaria en el colegio Adventista – Brasil. El cual es el estudio más actual, en la misma Provincia – Lima, y el más parecido al presente estudio, donde dio a conocer mediante una evaluación por un cuestionario el Nivel de Conocimiento sobre salud bucal de los educadores de primaria, resultando “Nivel de Conocimiento Regular”. ⁽⁴⁰⁾

Sin embargo, el presente estudio determina el conocimiento sobre higiene bucal en el nivel Inicial, ya que se basa en las investigaciones que se dan a conocer acerca de que a esa edad de 3 a 5 o 6 años los niños son como esponja y absorben todo lo que se les enseña, como los hábitos de higiene general.

En el presente estudio el resultado general acerca de higiene bucal en educadores en este estudio fue “Nivel de Conocimiento Regular”, observando esto, y analizando lo que propone Benavente et al mencionaron que si este resultado fue bueno, no quiere decir que se está enseñando una buena educación en Higiene Oral, y sería recomendable evaluar también la salud de todos los niños. Haciendo énfasis en mejorar e incentivar las charlas educativas sobre higiene oral. ⁽³⁶⁾

En el presente estudio se encontró mayor cantidad de niños con higiene oral regular y mala con una mayor gradiente a estados negativos; mientras que sobre el conocimiento se identificó que los profesores en su mayoría muestran

conocimiento bajo a regulares sobre los aspectos de higiene y salud bucal, tomando también mayor frecuencia en las categorías más negativas.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Tras los resultados evidenciados en el estudio, se determinó que el Nivel de Conocimiento de los Educadores en edad preescolar del colegio “I.E. San Francisco de Asis” de la comunidad de Huertos de Manchay – Pachacamac, es Regular, y el Estado de Higiene Oral de sus alumnos es malo con un 61.11%.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. Respecto al nivel de conocimiento sobre higiene bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Bajo” con un 46, 67% (n= 14), por otra parte, por ambos niveles “Regular” y “Alto” el porcentaje fue el mismo 26, 67% de la muestra total (n= 8) en ambos.

2. Con respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Bajo” con un 50, 00% (n= 15), por otra parte, el nivel menos frecuente fue “Nivel Alto” con un 6,67% (n=2).

3. Con respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Regular” con un 43, 33% (n=13), por otra parte, el nivel de conocimiento menos frecuente fue “Nivel Alto” con un 26,67% (n= 8).

4. Con respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en educadores preescolares del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que el nivel de conocimiento más frecuente fue “Nivel Regular” con un 50, 00% (n=15), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “Nivel Alto” que representaron el 13,33% de la muestra total (n= 4).

5. Respecto a determinar el estado de higiene oral de los alumnos del colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que el índice de higiene oral más frecuente fue “Malo” con un 61, 11% (n= 110), por otra parte, lo menos frecuente fue encontrar “Bueno” que representaron el 0% de la muestra total (n= 0).

6. Con respecto a determinar si existe relación o no entre el Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en educadores preescolares y el estado de higiene oral de sus alumnos en el colegio I.E. San Francisco de Asis de la comunidad Huertos de Manchay-Pachacamac en abril del año 2019, se concluye que se relacionan entre sí en sus puntuaciones categóricas mediante la prueba U-Mann-Whitney: al obtener un valor $U=0.000$ y $Z= -9.657$), con un valor $p = 0.000$ ($p < 0.05$).

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda fomentar más estudios en los que se evalúen el nivel de conocimiento a educadores y también a padres de familia.
- Se recomienda Invitar a profesionales de salud dental, a que cada cierto tiempo haya charlas motivadoras en higiene bucal.

- Se recomienda más charlas y reuniones respectivas, fomentar en toda la prevención.
- Se recomienda leer enfermedades más comunes y como tratarlas como la enfermedad periodontal.
- Se recomienda visitar al odontólogo cada 3 meses si es necesario, para la evaluación respectiva.
- Se recomienda hablar con los padres y buscar la manera de concientizarlos, antes de que aparezca el dolor dental en sus niños, y opten en retirarlos.
- Se recomienda evaluar a los padres de familia, porque el índice de higiene oral de sus hijos resultó ser Malo en un alto porcentaje, teniendo en cuenta que los educadores son el apoyo inmediato.

BIBLIOGRAFIA

1. Harris N. Introducción a la odontología preventiva primaria. 2da ed. Ciudad de México (MEX): Editorial Manual Moderno; 2005.
2. Laserna V. Higiene dental personal diaria. 1era ed. Canadá (US): Editorial Victoria; 2008.
3. Negroni M. Microbiología estomatológica: fundamentos y guía práctica. 2°ed. Buenos Aires (ARG): Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Lindhe J. Lang N. Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5°ed. Buenos Aires (ARG): Editorial Médica Panamericana; 2009.
5. Secretaría Distrital de Salud. Guía práctica clínica en salud oral higiene oral. Carrera 2010; 32(1):12-81.
6. Castillo W. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial, en instituciones privadas [tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chimbote (PER): ULADECH; 2011.
7. Aguilar M, y cols. Periodoncia para el higienista dental. Sepa [Internet] 2003 [citado 3 julio 2003]. Disponible en: URL: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/13-3_05.pdf
8. Quiñonez L, Barajas A. Control de placa dentobacteriana con el índice de o'leary, instruyendo la técnica de cepillado de bass, en pacientes infantiles del posgrado en odontopediatría de la UAN. Educate con

ciencia [Internet] 2015 [citado enero 2015]. Disponible en: URL: <http://tecnocientifica.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/articulo/viewFile/64/59>

9. León A. Qué es la educación. *Educere* 2007; 11(39):595-604.
10. Hechavarria BO. Venzant S. Carbonell M. Carbonell C. Salud bucal en la adolescencia. *MEDISAN* 2013; 17(1):117-125.
11. Cisneros G. Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN* 2011;15(10):1445-1458.
12. Bravo L. Psicología educacional, psicopedagogía y educación especial. *IIPSI* 2009; 12(2):217-225.
13. Robbins S. Fundamentos de comportamiento organizacional. 5°ed. San Diego (USA): Editorial PEARSON; 1998.
14. Fernández M. El libro de la estimulación para chicos de 0 a 36 meses. 1°ed. Buenos Aires (ARG): Albatros; 2010.
15. Enrile F. Fuenmayor V. Manual de higiene bucal. Buenos Aires (ARG): Médica Panamericana; 2009.
16. Pinchuk D. García I. Merenlender R. Salud bucodental un paseo por la boca, propuestas didácticas para niños de 3 a 8 años. 1°ed. Buenos Aires (ARG): Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2005.
17. Riquelme M. Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria* 2012; 14(supl. 22):77-82.

18. Cuenca E. Baca P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3°ed. Barcelona (ESP): Masson; 2005.
19. González A. González B. González E. Salud dental: relación entre la caries y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria* 2013; 28(4):64-71.
20. Crespo M. Riesgo Y. Laffita Y. Torres P. Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISSAN* 2009; 13(1).
21. Villafranca F. Hernández N. Fernández M. Mansilla O. García A. Cobo M. Hernández L. García M. López L. Ania J. Perillán C. Junquera C. Díaz-Esnal B. Silva L. Pardo B. Cobo J. Álvarez C. García J. Higienistas dentales (personal estatuario) del servicio de salud de castilla y león. 1°ed. Málaga (ESP): MAD; 2006.
22. Nápoles I. Fernández M. Jiménez P. Evolución histórica del cepillo dental. *Revista Cubana de Estomatología* 2015; 52(2):208-216.
23. Muñoz U. Uribe J. Guacalí H. Del Río L. Güiza B. Barrera J. Efectividad de cepillos dentales antimicrobianos después de tres meses de seguimiento. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología* 2013; 4(10):19-32.
24. Dávila L. Sosa L. Ramírez D. Arteaga S. Palacios M. Evaluación de la eficacia de la técnica de cepillado de bass modificada a través de un método de enseñanza intraoral y otro extra oral. *Revista Odontológica de los Andes* 2012; 7(2):21-33.
25. Bordoni N. Escobar A. Castillo R. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1° ed. Buenos Aires (ARG): Médica Panamericana; 2010.

26. Gil F. Aguilar M. Cañamás M. Ibañez P. Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia y Osteointegración* 2005; 15(1):43-58.
27. Miñana V. Promoción de la salud bucodental. *Pediatría Atención Primaria* 2011; 13(51):435-458.
28. Riera Di Cristofaro R. Guinot F. Bellet A. Bellet L. Relación entre la aplicación de programas de control de placa y el índice de caries en niños en edad escolar. *Odontología Pediátrica* 2006; 14(3):82-88.
29. Bravo J. Halitosis: Fisiología y enfrentamiento. *Revista de Otorrinolaringología y de Cirugía de Cabeza y Cuello* 2014; 74(3):275-282.
30. Contreras J. De la Cruz D. Castillo I. Arteaga M. Dentífricos fluorados: composición. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 2014; 17(2):114-119.
31. Duggal M. Cameron A. Toumba J. *Odontología Pediátrica*. 1° ed. México D.F. (MEX): Manual Moderno; 2014.
32. Delgadillo M. Control de placa periodontal en pacientes concientizados en higiene dental en la clínica odontológica univalle gestión 2010-2011. *Revista de Investigación e Información en Salud* 2016; 11(26):23-28.
33. Soria A. Molina N. Rodríguez R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México* 2008; 29(1):21-24.
34. Vallet M. *Educación a niños y niñas de 0 a 6 años*. 4°ed. España (ESP): Wolters Kluwer España; 2007.
35. Lugo E. García L. Gross C. Casas S. Sotomayor F. La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN* 2013; 17(4):677-685.

36. Benavente L. Chein S. Campodónico C. Castro A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología San Marquina* 2012; 15(1):14-18.
37. Álvarez C. Navas R. Rojas T. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. *Revista Cubana de Estomatología* [Internet] 2006 [citado 07 de enero 2020]. Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200005
38. Texeira P. Vázquez C. Domínguez V. Portaluppi V. Alfonzo L. Mao C. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil san pablo. *Revista de Salud Pública Paraguay* 2011; 1(1):3-12.
39. Almaraz M. Figueiredo M. Carvalho A. Ferreira B. Benitez G. Altmark W. Vigo B. Olivetti M. Evaluación del conocimiento en educadores sobre higiene buco-dental en niños preescolares. *Odontoestomatología* 2012; 14(19):24-35
40. Flores M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los profesores de educación primaria [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima (PER): Repositorio Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2019.
41. OMS. [Internet] 1948 [citado 03 noviembre 2018]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
42. Ministerio de Salud. Manual de normas técnicas administrativas del subprograma de salud bucal. Lima (PER) MINSA; 1996.

43. Diccionario de la Lengua Española: 23 ed. Asociación de academias de la lengua española [Internet] 2018 [citado 02 noviembre 2018]. Disponible en: URL: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=conocimiento>.
44. Nowak A, Crall J. Prevención de las enfermedades dentales. 2 ed. México (MEX): Nueva Editorial Interamericana; 1994.
45. Rodríguez Martha C. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en el hospital Daniel Alcides Carrión [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima (PER): UNMSM; 2002.
46. Guadalupe C. León J. Rodríguez J. Vargas S. Estado de la educación en el Perú. 1 ed. Lima (PER): Editorial Arteta; 2017.
47. OMS [Internet] 2004 [citado 24 febrero 2004]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>.
48. Opperman C. Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. Periodontol 2000 2015; 67:13-33.
49. OMS. Oral health country/area profile programme [Internet] 2018 [citado 24 setiembre 2018]. Disponible en: URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
50. Mattos-Vela MA. Factores socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito de la Molina, Lima Perú. Revista Estomatológica Herediana 2010; 20(1):25-32.
51. INEI. En el Perú 264 mil personas dejaron de ser pobres entre los años 2015 y 2016. Notas de prensa [Internet] 2017 [citado 03 de febrero 2018]. Disponible en: URL: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-264-mil-personas-dejaron-de-ser-pobres-entre-los-anos-2015-y-2016-9710>.

52. MINSA. Más de 342 mil escolares recibirán atención en salud bucal. Sala de prensa [Internet] 2015 [citado 03 de febrero 2018]. Disponible en: URL: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16536>.

53. MINSA. Principales causas de morbilidad en consulta externa de establecimientos MINSA y gobiernos regionales Perú [Internet] 2015 [citado 04 de febrero 2018] Disponible en: URL: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>

ANEXOS

ANEXO 01. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

**“Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal de los educadores
preescolares y el Estado de Higiene Oral de sus alumnos del Colegio
I.E. San Francisco de Asis de la Comunidad Huertos de Manchay-
Pachacamac en abril 2019.”**

A. Datos Generales:

Edad: _____

Sexo: _____

B. Cuestionario:

Instrucciones:

Esta segunda parte del cuestionario contiene 16 preguntas, para contestar cada pregunta deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, colocando una (x) en la letra correspondiente.

I. Sobre la higiene bucal:

1. ¿Usted considera que los elementos de higiene bucal son Cepillo dental, hilo dental, pasta dental?

A. Si.

B. No.

2. ¿Usted cree que nos debemos de cepillar los dientes después de ingerir alimentos y/o dulces?

A. Si.

B. No.

3. ¿Se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses?

A. Si.

B. No.

II. Sobre las medidas preventivas:

4. El flúor dental sirve para remineralizar las piezas dentales:

A. Si B. No

5. Los alimentos principalmente que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la caries dental son los lácteos, frutas y verduras.

A. Si B. No

6. Los niños deberían utilizar pasta dental para adultos

A. Si B. No

III. Sobre las enfermedades bucales:

7. ¿La caries es una enfermedad infecto contagiosa?

A. Si B. No

8. ¿La caries de biberón afecta a los bebés en periodo de lactancia?

A. Si B. No

9. ¿La placa bacteriana está conformada por microorganismos?

A. Si B. No

10. La enfermedad periodontal afecta al ligamento que soportan los dientes

A. Si B. No

11. La gingivitis es la enfermedad que altera las encías:

A. Si B. No

IV. Sobre concepto de salud bucal:

12. ¿Sabe por qué a una persona le sangran las encías?

A. Si B. No

13. El diente es un órgano que cumple la función masticatoria, estética y fonética.

A. Si

B. No

14. Si un diente de leche está picado, y se extrae antes del tiempo que deba salir su diente de adulto ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes?

A. Si

B. No

15. ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

A. Si

B. No

16. Un diente de leche con caries afecta al diente que va a salir después.

A. Si

B. No

B. IHOS para los alumnos.

FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Green y Vermillon

1,6 / 5,6	1,1/2,1	2,6/6,6
4,6/8,6	4,1/3,1	3,6,/7,6

I.H.O.= $\frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Número de dientes evaluados}} =$ BUENO ()
REGULAR ()
MALO ()

Bueno (0.0 - 0.6)

Regular (0.7-1.8)

Malo (1.9 – 3.0)



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento yo,.....,
identificado con DNI, acepto participar en el estudio de investigación el cual tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral de los educadores preescolares.

Cuyo fin es obtener información que será usada para mejorar programas de salud bucal y así poder mejorar mi calidad de vida y principalmente la de mis alumnos, del Colegio SAN FRANCISCO DE ASIS

Con la firma del presente documento, confirmo mi participación desinteresada.

Siendo la participación del presente estudio de manera voluntaria y anónima.

Responsable del trabajo: Meléndez Boyer Tereza Cristina

Bachiller en Estomatología de la UIGV

Fecha de aplicación:

Acepta ser examinado (a):

FIRMA: _____

DNI: _____

ANEXO 02. REGISTRO FOTOGRÁFICO



ANEXO 04. CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Estomatología
Decanato

Pueblo Libre, 04 de Abril del 2019

CARTA N°322-DFE-2019

Dr.

Hermogenes Montesinos Aguilar

Director

Colegio I.E. San Francisco de Asis – Huertas de Manchay 7102

Presente.-

De mi mayor consideración:

*Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez presentar a la Srta. **MELLENDEZ BOYER TEREZA CRISTINA** quien ha culminado estudios en el ciclo académico 2017-2 y solicita se brinde la facilidad para recolectar datos que ayudara a la ejecución de su proyecto de tesis en la Institución que usted dignamente dirige, salvo mejor parecer.*

Agradezco la atención que brinde a la presente, siendo propicia la ocasión para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología

LCG/mt

Trámite: [1065435]



ANEXO 05. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Cabrera Concha Hugo Antonio
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - UPEL
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Cuestionario
 1.4 Autor del instrumento: Maria Cayula Flores Valco

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		01 - 30%	31 - 40%	41 - 50%	51 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado en lenguaje sencillo y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuada al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada.					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos relevantes.					✓
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: Lima, P.P., Febrero 2012



 Firma del experto informante

DNI. No. 89452321. Teléfono: 999600900

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Hj. Cap. CRODOLY BERTOLINI, Harold
 1.2 Cargo e institución donde labora: Director P.F. UICV
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
 1.4 Autor del instrumento: María Casilda Florio Tanco

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 30%	31 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje preciso y comprensible.					X
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada.					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / mediciones.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X

Aprobado	Desaprobado	Ocurrido
X		

Lugar y fecha: Lima, 20 de febrero de 2018.

(Firma manuscrita)

Firma del experto informante

DNI. No. 40.456.643.... Teléfono: 968587992

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Hg. Cap. CRESOLY REDDING, Harold.
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente P.E. U.I.G.V.
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: _____
 1.4 Autor del instrumento: María Casilda Flores Torres.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		01 - 35%	31 - 45%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. Coherencia	Permite recibir hechos observables.					X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Cubre aspectos reconocidos.					X
6. Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					X
7. Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Describe adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una X

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: Lima, 20 de febrero de 2018.



Firma del experto informante

DNI. No. 40.856.673.... Teléfono: 96252992