



**CARRERA DE ODONTOLOGIA.**

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, durante el período marzo-julio de 2015.

Autora.

María de los Ángeles Jara Cañarte.

Directora de tesis.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Cantón Portoviejo - Provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

## **CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.**

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge., certifica que la tesis de la investigación titulada Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo durante el período marzo-julio 2015, es trabajo original de María de los Ángeles Jara Cañarte, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

-----  
Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Directora de tesis.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema.

Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, durante el período marzo-julio de 2015. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal.

.....  
Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

.....  
Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. G.e.

Directora de tesis.

.....  
Dra. Geomara Dueñas Zambrano Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

.....  
Dra. Yohana Macías Yen Chong Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo, titulado: Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, durante el período marzo-julio de 2015, pertenece exclusivamente a la autora. Además cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

.....  
María de los Ángeles Jara Cañarte.

Autora.

## **AGRADECIMIENTO.**

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, le agradezco por permitir formarme como profesional, pues cada año que pase dentro de esta institución tuve el agrado de conocer a las autoridades y también a los docentes de la carrera de Odontología que me dieron valiosos conocimientos, los cuales me brindaron para enriquecer mis frutos.

Al personal de Odontología del Subcentro de Salud Crucita y a las docentes de la Escuela Ernesto Aveiga de Crucita por las facilidades brindadas.

A los padres de familia, niños y niñas de dicha escuela por la colaboración que pudieron desarrollar para la investigación.

María de los Ángeles Jara Cañarte.

## **DEDICATORIA.**

Mi vida se llena de mucha felicidad por haber llegado a esta etapa de mi vida universitaria, ocasión propicia para dedicar este trabajo a las personas que merecen ser parte de mi triunfo. Principalmente a mis padres Raúl Jara Loo y Rocío Cañarte Tello que me dieron la vida, en especial a mi mamá por estar conmigo siempre y por darme una carrera para mi futuro.

A mis hermanos Aldo y Génesis gracias por estar ahí cuando me vieron caer, porque siempre supieron darme un consejo sano para seguir luchando, los quiero mucho y siempre los llevo en mi mente.

A mi esposo José Miguel Mendoza Rodas por ser mi potencial de buenas vibras, mi mejor amigo y mi compañero de batallas diarias porque cuando estoy con él, no tengo miedo de caer porque es lo más bonito que me ha podido pasar en toda mi vida, el me hace crecer como mujer y esposa, próximamente si Dios lo permite como madre. Lo amo mucho, gracias por existir y hacerme feliz cada segundo.

Gracias Ripa, a pesar de que no me hablas y solo me escuchas, el día que me faltes te voy a extrañar mucho por ser la más tierna e inteligente del mundo entero, siempre has alegrado mi vida, desde que te conocí has sido mi fiel compañera.

María de los Ángeles Jara Cañarte.

## **RESUMEN.**

La investigación titulada: Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo durante el período marzo-julio 2015, con el objetivo de establecer el nivel de conocimiento en relación con la salud oral.

La investigación fue de campo, de corte transversal, en la que se utilizaron encuestas dirigida a los padres, de igual manera se realizó la exploración clínica individualizada de los pacientes en estudio, a los representantes de los y las niñas se les consultó la participación de sus representados y firmaron el respectivo consentimiento informado.

Con ello se pudo concluir que los padres encuestados presentaron un nivel bueno de conocimiento odontológico, lo cual se detalla en los cuadros y gráficos estadísticos de esta investigación, también mediante las fichas odontológicas se logró evidenciar el moderado índice de caries en la dentición temporaria.

**Palabras claves:** Nivel de conocimiento, salud oral, sexo, edad, caries, placa bacteriana, calculo, gingivitis.

## **ABSTRACT.**

The present study aimed to research the level of dental awareness that parents had and its relation with oral health in children aged 6-10 in “Ernesto Aveiga” Primaryy School, in Crucita parish, Portoviejo canton, during the period March-July 2015. The goal was to determine the level of awareness related with oral health.

The research was field cross-sectional and surveys were addressed to parents. Individual clinical examination of patients in the study was made. Parents and guardians were consulted about the participation of their children and then signed the informed consent.

Thus it was concluded that surveyed parents had a good level of dental awareness which is detailed in statistical tables and graphs of this paper. The results show that the level of parental awareness is satisfactory. Through dental records it was proven that the rate of cavities in the primary dentition is moderate.

Keywords: Awareness level, oral health, sex, age, cavities, bacterial plaque, calculus, gingivitis.

## ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal de revisión.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	3
1.    Problematización.	3
1.1.    Tema.	3
1.2.    Formulación del problema.	3
1.3.    Planteamiento del problema.	3
1.4.    Preguntas de la investigación.	5
1.5.    Delimitación de la investigación.	5
1.6.    Justificación.	5
1.7.    Objetivos.	6
1.7.1.    Objetivo general.	6
1.7.2.    Objetivos específicos.	6

Capítulo II.	7
2.    Marco Teórico Referencial y Conceptual.	7
2.1.  Nivel de conocimiento.	7
2.2.  Salud oral.	10
2.2.1. Aspectos de la salud oral.	12
2.2.2. Alimentación.	21
2.2.3. Hábitos alimentarios.	24
2.2.4. Necesidades nutricionales de los niños.	25
2.2.5. Caries dental.	26
2.2.6. Gingivitis.	30
2.2.7. Placa bacteriana.	32
2.2.8. Atención odontológica.	34
2.2.9. Niños en edad escolar.	34
2.2.10. Educación y motivación.	36
2.2.11. El profesional como educador.	37
2.2.12. Psicología y manejo del comportamiento infantil.	39
Capítulo III.	43
3.    Marco Metodológico.	43
3.1.  Modalidad de la investigación.	43
3.2.  Tipo de investigación.	43
3.3.  Métodos.	43
3.4.  Técnicas.	43
3.5.  Instrumentos.	44
3.6.  Población y Muestra.	45

3.7.	Recolección de la información.	45
3.8.	Procesamiento de la información.	46
	Capítulo IV.	47
4.	Resultado de la Investigación.	47
4.1.	Análisis e interpretación de los resultados.	47
	Capítulo V.	91
5.	Conclusiones y Recomendaciones.	91
5.1.	Conclusiones.	91
5.2.	Recomendaciones.	91
	Capítulo VI.	93
6.	Propuesta.	93
6.1.	Tema.	93
6.2.	Justificación.	94
6.3.	Marco institucional.	94
6.4.	Objetivos.	95
6.4.1.	Objetivo general.	95
6.4.2.	Objetivos específicos.	95
6.4.3.	Descripción de la propuesta.	95
6.4.4.	Responsables.	96
6.4.5.	Beneficiarios.	96
6.4.6.	Diseño metodológico.	96

Primera fase.	96
Segunda fase.	96
6.4.7. Factibilidad.	96
6.4.8. Sostenibilidad.	97
Anexos.	98
Bibliografía.	

## ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1:	Distribución de acuerdo al sexo de la población estudiada.	47
Cuadro 2:	Distribución de acuerdo a la edad de la población estudiada.	49
Cuadro 3:	Prevalencia de caries en la población de estudio.	51
Cuadro 4:	Prevalencia de caries en la población de estudio según la edad.	53
Cuadro 5:	Distribución del CPO de acuerdo a la edad estudiada.	55
Cuadro 6:	Distribución del ceo de acuerdo a la edad estudiada.	57
Cuadro 7:	Indicador epidemiológico de CPO.	59
Cuadro 8:	Indicadores epidemiólogos del ceo	61
Cuadro 9:	Índice de HIOS.	63
Cuadro 10:	Distribución de la gingivitis según el sexo.	65
Cuadro 11:	Relación del nivel de conocimiento y salud oral.	66
Cuadro 12:	¿Considera qué tener dentadura con los dientes completos ayuda a?	69
Cuadro 13:	¿Para limpiar sus dientes qué usa al cepillarse?	71
Cuadro 14:	¿En un año cuántas veces va al odontólogo?	73
Cuadro 15:	¿Cuáles han sido sus motivos de atención para los niños al Odontólogo en la consulta?	75
Cuadro 16:	¿Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento acerca de salud bucal. Asistiría regularmente?	77
Cuadro 17:	¿Cuántas veces debe cepillarse los dientes al día?	79
Cuadro 18:	¿Presenta el niño manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos?	81

Cuadro 19:	¿Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas le han realizado a su niño?	83
Cuadro 20:	¿Cada cuánto tiempo debe cambiar usted su cepillo de dientes?	85
Cuadro 21:	¿Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua?	87
Cuadro 22:	Resultados de la encuesta.	89

## INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Cuenca y Baca<sup>1</sup> (2005), se transcribe que:

El nivel de conocimiento se divide en dos áreas: medidas preventivas de salud bucal y enfermedades bucales. En sentido amplio prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o bien interrumpir o aminorar su progresión. (p. 1).

Analizando la obra del Ministerio de Salud Pública<sup>2</sup> (2014), se cita que:

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad bucal, los costos relacionados con su tratamiento y posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. (p. 2).

El conocimiento odontológico es de gran importancia para evitar enfermedades bucodentales, evitando así que los niños y niñas tengan pérdidas de piezas dentales, caries y placa bacteriana, entre otras enfermedades que llegarían a ser de mayor gravedad con el consecuente daño de los tejidos duros y blandos.

De acuerdo a las técnicas empleadas durante esta investigación se pudo medir el nivel de conocimiento odontológico de los padres mediante una encuesta, a los niños y niñas se les realizó la ficha de observación para medir su índice de higiene oral simplificado. El propósito de esta investigación es mantener el nivel de conocimiento

---

<sup>1</sup>Cuenca, E., Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicación. Reino de España: Masson.

<sup>2</sup>Ministerio de Salud Pública. (2014). Salud Bucal. República del Ecuador: El Telégrafo.

odontológico de los padres y su relación con la salud oral, mejorando aún más la calidad de vida en la población.

Es mi intención que este trabajo sirva como base para estudios futuros y para la organización, planificación y ejecución de programas sobre el nivel de conocimiento odontológico, con el objetivo de mantener una buena salud oral.

# CAPÍTULO I.

## 1. Problematización.

### 1.1. Tema.

Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo durante el período marzo-julio de 2015.

### 1.2. Formulación del problema.

¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento odontológico de los padres en la salud oral de los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo?

### 1.3. Planteamiento del problema.

Investigando las informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Odous científica, consulté un artículo de Méndez<sup>3</sup> (2006), se transcribe que:

Actualmente se está viviendo un período de transición, de índole económica social y político, mediante el proceso de globalización, en el cual está representado por el auge de las telecomunicaciones, la cibernética, la biogenética, entre otras manifestaciones de desarrollo tecno-científico. Si bien, el proceso de globalización genera competencia en base a calidad, también es cierto que remarca las

---

<sup>3</sup>Méndez, Y. (2006). Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del preescolar "Monseñor Luis Eduardo Henríquez". Municipio San Diego, estado Carabobo 2005. Odous Científica. [En línea]. Consultado [27, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v7n2/7-2-4.pdf>

diferencias entre los países, acentuando las dependencias tecnológicas y de conocimientos, y con ello potencian las crisis de los países subdesarrollados, y más aún, remarca las diferencias entre sectores de la población de un mismo país. Es por eso que se puede afirmar, que las corrientes globalizadoras instauran beneficios, pero también, posible peligro dentro de un contexto de complejidad, incertidumbre y riesgos, representado estos atributos las tendencias del desarrollo histórico moderno y posmoderno actual.

Ahora bien, hacer un diagnóstico sobre el estado de la situación actual de la salud bucal, remite a múltiples análisis que sobre la misma se han realizado, donde la mayoría revelan la deficiencia e inoperancia de este sector en Venezuela, aun con la presencia de los programas masivos de salud bucal que existen en la actualidad, que siendo colectivos, abandonan la condición de "prevención y promoción, ejecutando una odontología por si, mas curativa que preventiva, destacándose más la condición de enfermedad, que la propia condición de salud, sobretodo en la población infantil. (p. 2).

Estudiando la tesis de Osorio<sup>4</sup> (2011), se cita que:

En el Ecuador, es importante considerar que la población de edad escolar entre 5-13 años, es más susceptible al desconocimiento del nivel de la salud, ya que los niños y niñas se encuentran en un proceso de crecimiento y por lo tanto es necesaria una atención odontológica preventiva. Según estudios realizados por instituciones académicas del Ecuador, es necesario tomar medidas preventivas para tratar de controlar la incidencia de falta de conocimiento que afecta especialmente a niños menores de 12 años, produce alteraciones en el desarrollo normal de los componentes óseos de la cara, por la exodoncia prematura de los dientes temporales y los primeros molares definitivos. (p. 23).

De acuerdo a la investigación que se realizó en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, no existe un estudio que compruebe el nivel de conocimiento odontológico de los padres, por lo cual se debe analizar el

---

<sup>4</sup>Osorio, M. (2011). Caries sin exposición pulpar en niños de 3 a 14 años registrados en la clínica de odontopediatría de pregrado de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador, en el período; septiembre 2010 a junio del 2011. Tesis publicada. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología. Universidad de Quito. República del Ecuador. [En línea]. Consultado [27, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/356/4/T-UCE-0015-21.pdf>

índice de caries dental e higiene oral que presentan los niños de dicha escuela, para establecer el riesgo de salud oral que poseen y ejecutar una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

#### **1.4. Preguntas de la investigación.**

¿Cuáles son los niveles de conocimiento odontológico de los padres sobre prevención odontológica en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo?

¿Qué prácticas de salud oral tienen los niños de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo?

#### **1.5. Delimitación de la investigación.**

Campo: ciencia de la Salud.

Área: odontología.

Aspectos: salud bucal.

Delimitación espacial: la presente investigación se desarrolló en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Delimitación temporal: la presente investigación se desarrolló durante el período marzo-julio de 2015.

#### **1.6. Justificación.**

El nivel de conocimiento odontológico en sentido amplio es una medida que permite reducir la probabilidad de aparición de una afección bucal o bien interrumpir o aminorar su progresión.

La salud oral es un problema social, donde inciden varios factores como las condiciones de la vivienda, el trabajo, grupo familiar, el nivel educacional, servicios de salud accesible, entre otros factores.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, e indirectamente los miembros de sus hogares y la institución educativa, puesto que si mantienen una buena salud oral se asegurará un estado general de bienestar que redundará en un mejor rendimiento escolar y una autoestima alta, es posible concienciar a los padres de familia mediante el mensaje directo de los niños para mantener la salud oral en la población.

Esta investigación es factible porque existe el interés y la motivación de la autora de la presente investigación y le permitirá aplicar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en la formación universitaria así como la actualización en el campo odontológico.

## **1.7. Objetivos.**

### **1.7.1. Objetivo general.**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento odontológico de los padres y la salud oral de los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

### **1.7.2. Objetivos específicos.**

Indagar el nivel de conocimiento odontológico de los padres para los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Analizar el estado de salud oral de los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

## CAPÍTULO II.

### 2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

#### 2.1. Nivel de conocimiento odontológico.

Analizando la obra de Cuenca y Baca<sup>5</sup> (2005), se transcribe que:

El nivel de conocimiento se divide en dos áreas: medidas preventivas de salud bucal y enfermedades bucales. En sentido amplio prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o bien interrumpir o aminorar su progresión. Las enfermedades bucales naturalmente es una definición por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva como la colocación de flúor. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier afección tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento. (p. 1).

Investigación las informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Sanmarquina, consulté un artículo de Benavente y colaboradores<sup>6</sup> (2012), se expone que:

Consideramos que la madre adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional. La educación para la Salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de la salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. El conocimiento de los principales factores de riesgo de su salud bucal en nuestra realidad. Servirá para implementar y consolidar futuros programas de promoción y prevención de salud bucal, las

---

<sup>5</sup>Cuenca, E., Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicación. Reino de España: Masson.

<sup>6</sup>Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C., Palacios, R., Ventocilla, A., Castro, H., Huapaya, R., Álvarez, P., Paulino, P., Espeti, C., (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. Sanmarquina. [En línea]. Consultado: [3, junio, 2015].

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

cuales deben ser con una metodología participativa (intervención-acción), para poder generar un impacto efectivo así controlar los principales factores de riesgo desde la infancia temprana, con el fin de disminuir la morbilidad bucal, promoviendo estilos de vida saludables desde el entorno familiar. Los padres de familia son responsables de la educación para la salud bucal en los hogares, pero no todos están preparados para realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño. (pp. 1-2).

Estudiando las informaciones disponibles en el sitio web de la revista Cuad.Mec, consulté un artículo de Misrachi y Saez<sup>7</sup> (1989), se cita que:

En el planeamiento de programas educativos así como también de política de salud, es necesario considerar la importancia que tienen para la salud los estilos de vida de las poblaciones. Las conductas sociales y culturales son factores importantes en la etiología, predominio y distribución de muchas enfermedades. La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispone, son determinantes significativos de la salud individual que permita conocer porque necesita sus diente completos para pronunciar las palabras. Los grupos familiares de estrato socioeconómico bajo, se caracterizan por vivir en condiciones en que los bienes, servicios y dinero a que acceden, implican carencias de alimentación, vivienda, educación y salud: lo que con frecuencia obliga al desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a satisfacer o atenuar parte de las mismas. Las situaciones sociales que enfrentan se traducen a acciones que no solo comprometen a los diferentes miembros de la unidad familiar, sino a una red de relaciones familiares y sociales, lo que redundan en un estilo de vida condicionado por el sustrato sociocultural en que se inscriben. (p. 1).

Investigando la tesis de Montes<sup>8</sup> (2013), se conoce que:

---

<sup>7</sup>Misrachi, C., Sáez, M. (1989). Valores, Creencias y Prácticas populares en relación a la Salud Oral. Cuad.Mec. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30\\_2\\_6.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30_2_6.pdf)

<sup>8</sup>Montes, G. (2013). Investigación de la cultura preventiva y su incidencia en las lesiones pulpares de piezas temporáneas. Tesis publicada. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Facultad de Odontología. República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T1200.pdf>

#### Niveles de Prevención:

Existen tipos o niveles de prevención, estos niveles rompen la cadena de la historia natural de la enfermedad, también se denominan niveles para conservar la salud: Nivel de prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

##### Nivel de prevención primario.

En este nivel se desarrollan las condiciones sociales, económicas, políticas y biológicas positivas, para favorecer un ambiente no propicio, un huésped resistente y extinguir los agentes causales, para así conservar la salud. Si se fomentan situaciones positivas se contrarresta la aparición de enfermedades. La prevención primaria evita la presencia del periodo prepatogénico de la enfermedad. De este nivel parten 2 subniveles: promoción o fomento de la salud y prevención o protección específica.

##### Nivel de prevención secundario.

Se aplica cuando la primera no fue aplicada y la enfermedad ya está instaurada o cuando dicha prevención primaria no ha dado resultado. Se desarrollan actividades para diagnosticar precozmente la enfermedad, tratarla oportunamente y limitar sus daños. La ejecución de esta, es responsabilidad de los profesionales de la salud y sus ramas auxiliares, pero le corresponde al estado y sus gobiernos garantizar a la población igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios de la salud. Este nivel contiene el subnivel de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

##### Nivel de prevención terciario.

En este nivel se desarrollan actividades encaminadas a devolver las funciones que se han visto disminuidas o acabadas por la pérdida de estructuras, elementos, órganos o sistemas de un organismo, tratando de conservar la salud del mismo. Esta prevención es realizada por los profesionales del área de salud, pero también es responsabilidad del estado garantizar a la población igualdad de oportunidades para tener acceso a los servicios de salud. (pp. 35-38).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana, consulté un artículo de Dávila y Mujica<sup>9</sup> (2008), se puede citar que:

Con relación al nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención en salud bucal se observó antes de la aplicación del programa que un 74% presentó un nivel de conocimiento regular y 24% es un nivel de conocimiento malo, solo el 2% fue bueno, persistiendo la baja en los porcentajes comparados con las investigaciones revisadas. (p. 5).

---

<sup>9</sup>Dávila, M., Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Revista Acta odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [16, julio, 2015].

Disponible en:

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa\\_educativo\\_escolares.pdf](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa_educativo_escolares.pdf)

## 2.2. Salud oral.

Investigando las informaciones disponibles en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud<sup>10</sup> (2007), se conoce que:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (párr. 1).

Consultando nuevamente la obra de Sánchez y colaboradores<sup>11</sup> (2004), se transcribe que:

El esmalte de un diente sano presente un aspecto duro y brillante en función a su grado de mineralización y debido también a la disposición de los cristales de apatía. Básicamente el esmalte dental es formado por cristales de apatía (92 a 96 %), agua (2 a 3%) y el material orgánico (0.2 a 2%), siendo considerados aquí tanto las proteínas como los lípidos, al cepillarnos los dientes debemos perder el miedo si tenemos sensibilidad en los dientes. En los dientes deciduos, el contenido mineral es ligeramente inferior al observado en los permanentes y esto traerá repercusiones en la progresión de las lesiones de caries. La integridad físico-química de este esmalte en el medio bucal dependerá de la composición y del comportamiento químico de los fluidos circundantes, principalmente del PH y de la concentración del calcio, fosfato y flúor en solución. Normalmente existen cambios iónicos entre los componentes del diente en estado de equilibrio dinámico. Cuando por alguna razón este equilibrio es roto, podrá observarse el desarrollo de la caries dental, representando por la desmineralización del esmalte o del cemento. Existe un estudio en Chile donde se pretende determinar el conocimiento del dolor en la dentición decidua donde los niños de 5 y 6 años presentan más dolor en la ingesta de alimentos fríos y calientes de acuerdo con los resultados obtenidos. (p. 46).

---

<sup>10</sup>Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Salud Bucodental. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

<sup>11</sup>Sánchez, R., Jiménez, S., Caballero, A., Porrata, C., Selva, L., Pineda, S., Bermúdez, M. (2004). Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. República de Cuba: Infanta.

Analizando la obra del Ministerio de Salud Pública<sup>12</sup> (2014), se cita que:

La salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad bucal, los costos relacionados con su tratamiento y posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La caries dental es la enfermedad más común en los niños y niñas del Ecuador, tal es así que el 76,5% de los escolares ecuatorianos tienen caries dental (Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009-2010). Sin embargo, gracias a una intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo reducido.

La transformación Sectorial en el Ecuador tiene como objetivo general construir un Sistema Nacional de Salud que permita garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una Red Pública Integral de Salud y Complementaria, con atención de calidad, calidez, eficiencia y sin costo para el usuario.

Esta transformación Sectorial e Institucional avanza en cumplimiento de la Constitución de la República que, en su Artículo 32, determina que "la salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales".

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, se halla en procesos de reestructuración institucional, redefinición de su rol rector y regulador, nuevas competencias y atribuciones, nuevo modelo de gestión y atención y trabajo coordinado con las instituciones públicas y privadas del sector salud.

En este sentido, los presentes Protocolos odontológicos buscan mejorar la calidad de vida y salud de la población de nuestro país. Además tiene la finalidad de constituirse en instrumentos de guía para la aplicación de intervenciones orientadas a esta población y ser utilizadas con la flexibilidad necesaria que permita adaptarlas a las diferentes realidades. (pp. 12-13).

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud Pública. (2014). Salud Bucal. República del Ecuador: El Telégrafo.

### 2.2.1. Aspectos de la salud oral.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la revista digital, consulté un artículo de Soto<sup>13</sup> (2009), se transcribe que:

El mal aliento así como los malos olores, se constituye en una de las principales causas de rechazo a las personas. La mejor forma de prevenirlo es haciendo un adecuado y periódico lavado de los dientes. De esta forma también prevenimos la caries dental y la enfermedad periodontal (debilidad y sangrado de las encías). Se realizó un estudio en Cuba que el cepillado es la medida de prevención más importante junto con el cepillo, la pasta dental, hilo dental y enjuague bucal, ya que la función de la higiene dental es eliminar los residuos de alimentos, destruir u organizar la placa bacteriana, estimular la circulación de la sangre en las encías para evitar enfermedades bucales. (p. 3).

Analizando la obra del Ministerio de Salud Pública<sup>14</sup> (2014), se cita que:

La higiene dental: Es la remoción mecánica de biopelícula bacteriana y restos alimentarios.  
Cuidados generales.  
Cepillado dental con pasta dental.  
Técnicas del cepillado correcto que abarque todas las caras de los dientes.  
Uso del hilo dental.  
Uso de colutorios bucales.  
Cuidados en consultorio.  
Limpieza dental (profilaxis).  
Fisioterapia oral y motivación.  
Control y seguimiento. (p. 72).

---

<sup>13</sup>Soto, M. (2009). Hábitos de higiene en la educación primaria. Revista digital. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_14/MANGELES\\_SOTO\\_1.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/MANGELES_SOTO_1.pdf)

<sup>14</sup>Ministerio de Salud Pública. (2014). Salud Bucal. República del Ecuador: El Telégrafo.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Registro de la Propiedad Industrial, consulté un artículo de Villalón y Oswaldo<sup>15</sup> (1988), se cita que:

Cepillado dental con pasta dental:

La capacidad de la cámara formada en la cabeza del cepillo puede corresponder a la cantidad de pasta necesaria para un uso o bien para un número reducido de usos. Por la constitución del cepillo de la invención la extracción o salida de la pasta limpiadora al seno de las cerdas puede lograrse en la cantidad deseada y de un modo cómodo, ya que será suficiente ejercer una presión con el dedo pulgar sobre la cabeza del cepillo. Tanto el conjunto del cepillo, cabeza y mango como el tapón de cierre, serán preferentemente de material plástico. El tapón se fijara en el orificio de llenado a presión, asegurando un cierre hermético de la cámara contenedora de la pasta. (p. 2).

Investigación informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Universidad Veracruzana, consulté un artículo de Huesca<sup>16</sup> (2011), se expone que:

Técnicas del cepillado dental correcto que abarque todas las caras de los dientes.

Técnica Circular o Rotacional:

El dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerda del cepillo las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrera con una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario y pasan por los espacios interproximales. En las superficies linguales de los primeros dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) cada una de estas tiene dos caras linguales y vestibular o labial. Las zonas a cepillar son 24 ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepillados por zona lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas.

---

<sup>15</sup>Villalón, G., Oswaldo, J. (1988). Cepillo de diente con pasta incorporada. Revista Registro de la Propiedad Industrial. [En línea]. Consultado: [4, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.espatentes.com/pdf/1004505\\_u.pdf](http://www.espatentes.com/pdf/1004505_u.pdf)

<sup>16</sup>Huesca, E. (2011). Salud Bucal. Revista Universidad Veracruzana. [En línea]. Consultado: [5, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-higiene-bucal.pdf>

Técnica de Bass:

Para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos, movimiento el cepillo de desliza en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales de los dientes se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerda; indica presión excesiva de la vibración. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los molares y premolares pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores en las caras oclusales se cepillan, haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.

Técnica de Charters:

Es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Se presiona en las superficies oclusales, fisuras y surcos de esta manera se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. Esta técnica se usa alrededor de los aparatos ortodóncicos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, no se recomienda cuando están presentes las papilas. Se coloca el cepillo de manera vertical en el aseo lingual de los dientes anteriores. (pp. 5-7).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Periodoncia y Osteointegración, consulté un artículo de Gil y colaboradores<sup>17</sup> (2005), se referencia que:

Técnica de Stillman:

Igual que la técnica de Bass pero los filamentos se colocan 2mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza mayor presión que en Bass hasta observar la palidez de los márgenes gingivales. La vibración se mantendrá unos 15 segundos por cada dos dientes.

Técnica de Stillman Modificado:

---

<sup>17</sup>Gil, F., Aguilar, M., Cañamás, M., Ibáñez, P. (2005). Periodoncia para el Higienista Dental. Revista Periodoncia y Osteointegración. [En línea]. Consultado: [5, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>

Se realiza la técnica de Stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.

Técnica de Bass Modificado:

Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez que el cepillo este contra el margen gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal, con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales.

Técnica de Charters Modificado:

Se realiza la técnica de Charters y se cambian los movimientos vibratorios por movimientos de rotación.

Técnica horizontal o de zapatero:

Los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular linguoalata, se realiza una serie repetida de movimientos en vaivén sobre toda la arcada. Se debe realizar unos 20 movimientos por cada sextante.

Indicaciones: Son útiles en niños hasta de 3 años, pero hay que tomar precauciones ya que puede producir abrasiones dentarias.

Técnica de Starkey:

Se divide la arcada dental en sextantes. Es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyando sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de 2 o 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo.

Técnica deslizante o (Técnica de Barrido):

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental y apuntado hacia apical, con una ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para los dientes de la arcada inferior, se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras internas se cepillan igual y las caras oclusales con movimientos horizontales.

Indicaciones: Pacientes jóvenes y pacientes con tejido periodontal sano.

Técnica del rojo al blanco (o técnica de Leonard):

Descrito por Leonard en 1949. Boca cerrada y cepillo prácticamente paralelo a la superficie oclusal. Se efectúan movimientos verticales desde la encía (rojo) a la corona dentaria (blanco). Las caras linguopalatinas y masticatorias se cepillan con otras técnicas. El objetivo de esta técnica es producir un estímulo de las encías y la limpieza de las superficies bucales de los dientes.

Indicaciones: adolescentes y adultos con tejido periodontal sano. (pp. 7-11).

Leyendo informaciones disponibles en la Revista Margarita Marcelino de los Santos

Facultad de Pedagogía, consulté un artículo de Barranca<sup>18</sup> (2011), se sabe que:

---

<sup>18</sup>Barranca, A. (2011). Manual de Técnicas de Higiene Oral. Revista Margarita Marcelino de los Santos Facultad de Pedagogía. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Cepillos de dientes:

Un cepillo manual consta de dos partes: mango y cabezal.

Según la dureza de las cerdas se clasifica en: Ultrasuave, suave, normal, duro. El tiempo de vida promedio de un cepillo dental es de tres meses. Sin embargo esto es muy variable, de manera que deberemos cambiar el cepillo cuando veamos que las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además de que cuando ocurre esto el cepillo pierde su función de limpieza por eso debemos de cambiarlo antes de los 6 meses.

Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y debemos utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades:

Cepillo convencional: Con 3 o 4 tiras de cerdas, es el que usamos normalmente.

Cepillo periodontal: También llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.

Cepillo eléctrico: Tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Pueden ser especialmente útiles en personas disminuidas físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.

Cepillos interproximales: Son un penacho para los espacios interdentes.

Lavador de lengua: El limpiador lingual está diseñado específicamente para llegar a las zonas más lejanas de la lengua. Es importante que conste de dos caras: Una de perfil ondulado especial para adaptarse a la depresión central de la lengua, y, otra de perfil liso, para limpiar los laterales, siempre debemos lavarnos la lengua en el cepillado para evitar la formación de bacterias.

Cualquiera de estos cepillos deben cambiarlo cada 6 meses.

Pasos para utilizar el lavador de lengua:

Limpie primero la parte central de la lengua, utilizando la cara del limpiador que presenta más saliente. Para ello, sujete el limpiador lingual por el mango de modo que el saliente quede en la parte inferior.

Saque la lengua e introduzca el limpiador lingual en a boca intentando alcanzar la parte más lejana de la lengua.

Uso del hilo dental: El hilo dental o de nylon puede estar o no encerado y existe una gran variedad de sabores.

El uso correcto del hilo dental elimina placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Se recomienda usar a diario el hilo dental para evitar la caries y enfermedades de las encías.

Existen dos tipos de hilo dental:

Hilo dental de nylon (o multifilamento).

Hilo dental PTFE (monofilamento). (pp. 4-5).

---

Disponible en:

<http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Higiene-Oral.pdf>

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Contenidos Educativos en Salud, consulté un artículo de Mazariegos y colaboradores<sup>19</sup> (2003), se expone que:

Técnica para usar el hilo dental:

1. Tome aproximadamente 30 centímetros. De hilo dental y enrede en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos.
2. Una vez realizado lo anterior, utilice los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo.
3. Mantenga estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia adelante tenga cuidado de no lastimar la encía. Sostenga el hilo rígido contra uno de los dientes y deslícelo de arriba hacia abajo manteniéndolo en contacto con el diente y repita los movimientos contra el otro diente. Conforme se vayan limpiando, cambiar el tramo de hilo dental. Las primeras veces que se utilice el hilo dental la encía puede doler o sangrar un poco, pero una vez que se domine la técnica esta molestia desaparecerá poco a poco. (pp. 13-14).

Consultando informaciones disponibles en el sitio de la Revista Periodoncia y Osteointegración, consulté un artículo de Naverac y colaboradores<sup>20</sup> (2007), se expone que:

Un colutorio antiplaca es un agente químico antimicrobiano, vehiculizado en la cavidad oral. Los agente químicos antimicrobianos deben ser capaces de destruir microorganismos deben ser capaces de destruir microorganismos, inhibir su reproducción o su metabolismo. Muchos son bactericidas y algunos bacteriostáticos.

Se han atribuido numerosas acciones a los colutorios. Entre ellas, la de controlar la caries dental, la sensibilidad dentinaria y halitosis. Incluso encontramos colutorios

---

<sup>19</sup>Mazariegos, M., Vera, H., Sáenz, C., Stanford, A. (2003). Revista digital. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual\\_contenidos\\_educativos.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf)

<sup>20</sup>Naverac, M., Cabanilles, P., Gil, F. (2007). Periodoncia para el Higienista Dental. Revista digital. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA\\_PO/articulos.pdf/17-1\\_04.pdf](http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/17-1_04.pdf)

para el tratamiento de la boca seca. Una de las principales indicaciones de los mismos es el control de la placa bacteriana y en este artículo nos vamos a centrar en los colutorios con acción antiplaca más habituales.

Funciones de los agentes antiplaca:

La función de un agente antimicrobiano para uso oral según Fischman se debería dar en tres campos:

1. Campo preventivo: Prevención de las enfermedades periodontales como agente antiplaca y antiinflamatorio.
2. Campo terapéutico: Tratamiento de las enfermedades bacterianas y micóticas específicas.
3. Campo clínico: Prevención de contagios al disminuir la carga de microorganismo durante los procedimientos clínicos que generan aerosoles. Actualmente no existe ningún colutorio antiplaca que tenga una efectividad demostrada en estos tres campos. Un colutorio ideal debería presentar estas características:
  1. Elevada actividad antimicrobiana intrínseca.
  2. Eficacia de amplio espectro contra bacterias y levaduras.
  3. Estabilidad química.
  4. Sustantividad.
  5. Seguridad toxicológica.
  6. Ausencia de reacciones adversas.
  7. Compatibilidad con la formulación de los dentífricos. (pp. 2-4).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Manual de Bioseguridad en Odontología, consulté un artículo de Otero y Otero<sup>21</sup> (2002), se cita que:

La Bioseguridad se ha se ha constituido en una nueva área de la Odontología que tiene la particularidad de ser una norma de conducta profesional que debe ser practicado por todos. En todo momento y con todos los pacientes.

Aquel profesional que desee mantener su propia salud y la de aquellos que la rodean, sea en su propia casa o en su consultorio (familiares, compañeros de trabajo y/o pacientes), deberá ser un exigente observador de que dentro de su centro de trabajo se cumplan con estrictez, las diversas normas de protección de la salud de quienes le acompañan a diario.

Las normas de seguridad se basan en aplicar las máximas medidas de desinfección, asepsia, esterilización y protección del profesional y personal auxiliar, para evitar las enfermedades de riesgo profesional (SIDA, Hepatitis y

---

<sup>21</sup>Otero, J., Otero, J. (2002). Manual de Bioseguridad en Odontología. Revista digital. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.odontomarketing.com/BIOSEGURIDAD.pdf>

otras) y la infección cruzada (Tuberculosis, Hepatitis y otras), respecto a nuestra familia, personal auxiliar, pacientes y personal del laboratorio, etc. Como también protegernos evitando la atención de quienes muestren lesiones contagiantes no graves como el Herpes Labial recidivante o recurrente u otras lesiones, o a los pacientes que se encuentran refriados, etc. Para no convertirnos en involuntarios diseminadores de infecciones.

Constituye una obligación ética y moral muy importante, cuidar a todos quienes acuden a nuestra consulta buscando la solución de sus dolencias de salud bucodentaria, debiendo considerar la relación que estas puedan tener con su salud general. Siempre deberemos tener especial cuidado en la atención de todos nuestros pacientes, pero particularmente de aquellos que padezcan enfermedades generales que puedan complicar actos operatorios odontológicos simples, por la generación de bacteriemias post-quirúrgicas o presentando alteraciones orgánicas de cuidado y que comprometan la conservación de su vida. (p. 5).

Examinando las informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Manual de Procedimientos en Odontoestomatología, consulté un artículo de Guzmán y colaboradores<sup>22</sup> (2004), se transcribe que:

Procedimientos preventivos:

Profilaxis:

Remoción de la placa bacteriana y manchas exógenas por medios mecánicos y pastas profilácticas para prevenir caries y enfermedades periodontales.

Esta actividad debe ser realizada por el cirujano dental y/o higienista capacitada.

Procedimiento:

1. Mezclar piedra pómez y agua para preparar una pasta o utilizar pasta profiláctica comercial.
2. Pasarla por todas las superficies de todas las piezas dentales, se hará en una sola cita, ya sea utilizando aparato rotatorio o manual.
3. Enjuagar con abundante agua.
4. Limpiar la cara para retirar la pasta que pueda haber salpicado.
5. Educación y motivación en higiene bucal al paciente.

Sellantes de Fosa y Fisuras:

---

<sup>22</sup>Guzmán, S., Sáenz, M., Marengo, S., Calderón, M., Alvayero, M. (2004). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Revista Manual de Procedimientos en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [7, junio, 2015].

Disponible en:

[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Manual de Procedimientos en Estomatologia %28Salud Bucal%29.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/derogados/Manual%20de%20Procedimientos%20en%20Estomatologia%20Salud%20Bucal%29.pdf)

Es específico para prevención de las caries dental porque una vez aplicada a las superficies oclusales y palatinas sanas de las piezas dentales sean estas temporales o permanentes, actúa como barrera protectora contra los ácidos de la placa dentobacteriana evitando la desmineralización de los tejidos dentarios, pueden usarse resinas fluidas o cemento ionómero de vidrio.

Se recomienda priorizar con sellantes de fosas y fisuras los 4 primeros molares permanentes por su vulnerabilidad y riesgos de caries.

Procedimiento con resinas fluidas:

1. Realizar profilaxis minuciosa con pasta de piedra pómez o pasta libre de flúor, específicamente en las piezas dentales que recibirán el material sellante.
2. Aislamiento relativo de las piezas a tratar y secado.
3. Aplicación del ácido grabador. Dejar actuar durante 15 segundos.
4. Lavado de la superficie grabada con agua.
5. Cambio de aislamiento relativo.
6. Secado de la superficie sin deshidratarla.
7. Aplicar el adhesivo.
8. Mezcla del material de acuerdo a especificaciones del fabricante.
9. Colocar el material sellador.
10. Revisar oclusión con papel articular y quitar puntos oclusales.
11. Indicaciones al paciente: no comer durante una hora posterior al tratamiento.
12. Educación sobre higiene oral.
13. Control cada año.

Tomando en cuenta que si es auto polimerizado se debe esperar el tiempo indicado por el fabricante o si es foto polimerizado, aplicar la luz visible con la lámpara.

Procedimiento con cemento ionómero de vidrio:

1. Buscar comodidad y el buen manejo al paciente.
2. Aislamiento relativo de la zona. La saliva es lo más importante de controlar.
3. Se utilizan rodetes de algodón.
4. Limpieza de la pieza dentaria con torunditas de algodón humedecidos con agua, para eliminar la placa bacteriana.
5. Secar la superficie oclusal con torunditas de algodón.
6. Acondicionamiento de la superficie oclusal durante 30 segundos, con el líquido del ionómero que actúa como acondicionador dentario.
7. Lavado de la cavidad con torunditas de algodón humedecidas con agua.
8. Secado de la cavidad con torunditas de algodón.
9. Mezcla de cemento de ionómero de vidrio.
10. Colocación del material.
11. Aplicar en el dedo una pequeña cantidad de vaselina y realizar digitopresión.
12. Retirar el dedo para evitar que el material se levante fuera de la cavidad y así verificar que se haya expandido correctamente.
13. Eliminación de excesos.
14. Prueba de la oclusión. Eliminación de puntos altos.
15. Colocar vaselina sobre el sellante.
16. Comer una hora posterior al tratamiento. (pp. 10-16).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Avances en Odontoestomatología, consulté un artículo de Lurnet y Alcayaga<sup>23</sup> (2004), se expone que:

Corah y Col. Señalan que la ansiedad del paciente es una variable que interfiere significativamente en la calidad de la atención dental y plantean la necesidad de buscar estrategias para su control. Ellos separan las intervenciones posibles en tres categorías: Relajación, distracción y percepción del control de estímulos. Para evaluar cada una de esas diseñaron un experimento en el cual dispusieron de tres grupos, uno controlado, uno sometido a técnicas de relajación, y otro a un método de distracción; todos sometidos a un mismo tratamiento dental.

En la interacción dentista-paciente intervienen una serie de variables que determinan que esta relación represente simbólicamente el encuentro entre dos personas, una de las cuales dispone de un poder superior a la otra por eso el profesional debe de ser una persona capacitada para inspirar confianza al paciente y de esta manera conseguir que el paciente continúe con el control y seguimiento de su tratamiento odontológico. (p. 6).

### **2.2.2. Alimentación.**

Investigación informaciones disponibles en el sitio web de la Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, consulté un artículo de Calañas y Bellido<sup>24</sup> (2006), se conoce que:

La alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre alimentación y el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbimortalidad. El patrón alimentario mediterráneo es una tradición centenaria

---

<sup>23</sup>Laurnet, M., Alcayaga, R. (2004). La interacción paciente–dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Revista Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [7. junio, 2015].  
Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v20n5/original3.pdf>

<sup>24</sup>Calañas, A., Bellido, D. (2006). Bases científicas de una alimentación saludable. Revista de Medicina Universidad de Navarra. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en :

[http://www.unav.es/revistamedicina/50\\_4/default.html](http://www.unav.es/revistamedicina/50_4/default.html)

que contribuye a un excelente estado nutricional, proporciona una sensación placentera y forma parte de la cultura mundial. (p. 9).

Consultando la obra de Sánchez y colaboradores<sup>25</sup> (2004), se transcribe que:

La alimentación reviste gran importancia como uno de los determinantes fundamentales de la salud. La relación entre la dieta y la salud pública debe enmarcarse en el contexto de la promoción de salud, donde la salud no debe dejarse solo en manos de las autoridades sanitarias sino que cada ciudadano debe tener plena responsabilidad sobre su propia salud. Para ello debe estar equipado de los principales conocimientos que le permitan asumir este papel.

La nutrición considera el conjunto de procesos por los cuales el cuerpo humano digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos con el fin de obtener energía, construir y reparar las estructuras corporales y regular el metabolismo. Este es un proceso metabólico, involuntario y por lo tanto no es educable. Se necesita un buen estado de salud para que el ser humano pueda utilizar adecuadamente todo lo que se come, si tiene alguna enfermedad que impida esto el alimento no cumple con este fin.

A diferencia de la nutrición, la alimentación es el proceso por el cual nos procuramos los alimentos necesarios para mantener la vida, los seleccionamos según las disponibilidades, los preparamos según los usos y costumbres y terminamos por ingerirlos, es por tanto un proceso voluntario, educable y muy influenciado por factores sociales, económicos, culturales y otros.

A veces las personas no se alimentan correctamente porque no conocen los fundamentos de una dieta sana y tienen conceptos y creencias muy diversos en torno a este tema. (p. 8).

Consultando nuevamente la obra de Sánchez y colaboradores<sup>26</sup> (2004), se cita que:

El requerimiento nutricional de un niño en edad escolar de 6 a 11 años depende del grado de maduración, la actividad física y el grado de eficacia para la absorción y la utilización de los nutrientes aportados por los alimentos que se ingieren. Recuerde que el desayuno es básico para mantener la actividad física, concentración y atención de los niños en la escuela. Es más que conocida la relación entre la nutrición y el desarrollo intelectual y la capacidad de aprendizaje.

---

<sup>25</sup>Sánchez, R., Jiménez, S., Caballero, A., Porrata, C., Selva, L., Pineda, S., Bermúdez, M. (2004). Educación Alimentaria, Nutricional e Higiene de los Alimentos. República de Cuba: Infanta.

<sup>26</sup>Sánchez, R., Jimenez, S., Caballero, A., Porrata, C., Selva, L., Pineda, S., Bermúdez, M. (2004). Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. República de Cuba: Infanta.

Las meriendas deben contener alimentos de fácil digestión y buena calidad nutricional evitando algunos productos que quitan el apetito tales como chucherías, refrescos y golosinas (alimentos chatarra).

En esta edad se debe cuidar mucho la variedad de las comidas y evitar el exceso de dulces, bebidas carbonatadas, alimentos chatarra, además de estimular la ingestión de frutas y vegetales.

La adecuada selección, compra, conservación y preparación de los alimentos favorece la calidad de alimentación infantil. Permita y estimule a los niños a participar en estas actividades. "La selección de alimentos naturales y frescos es lo más beneficioso para la alimentación infantil"

La conservación, manipulación y elaboración higiénica de los alimentos previene su contaminación y disminuye los riesgos de enfermedades. "La práctica constante de normas higiénicas se convierte en hábitos y su formación debe iniciarse también desde la infancia" (p. 68).

Analizando la obra de Martínez<sup>27</sup> (2000), se cita que:

Los alimentos son aquellas sustancias o productos de cualquier naturaleza que, por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación, son susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la normal nutrición humana, como fruitivos o como productos dietéticos en casos especiales de nutrición humana. (Código Alimentario Español).

Se necesita ingerir un mínimo de nutrientes, en cantidad y calidad, para poder mantener las funciones en las diferentes etapas de la vida. Además, hoy día constituye un hecho innegable la importancia de unos adecuados hábitos alimenticios para el mantenimiento de un buen estado de salud. La dieta equilibrada es aquella que aporta todos y cada uno de los nutrientes necesarios, en las cantidades adecuadas, atendiendo al estado fisiológico particular de cada individuo. El conocimiento del valor nutritivo de los diferentes grupos de alimentos es imprescindible para poder establecer pautas dietéticas adecuadas.

Sin embargo, el papel del alimento no se reduce a ser un mero vehículo de nutrientes. Para el hombre el consumo de alimentos va acompañado habitualmente de sensaciones de satisfacción o placer. Unas adecuadas propiedades de color, sabor, aroma o textura son necesarias para que un alimento sea susceptible de ser consumido. El conocimiento de los compuestos que determinan dichas propiedades y la forma en que los diferentes procesos tecnológicos pueden influir en ellos, son indispensables para poder determinar la calidad sensorial u organoléptica del alimento y, en su mayor o menor idoneidad para formar parte de una dieta.

---

<sup>27</sup>Martínez, J. (2000). Alimentos Composición y Propiedades. Reino de España: Interamericana de España, S. A.U.

Los alimentos, en general, constituyen medios adecuados para el crecimiento de los microorganismos que pueden causar su alteración e incluso hacer que sean responsables de infecciones e intoxicaciones. También son susceptibles de sufrir a lo largo de su producción o procesado tecnológico contaminación por sus sustancias químicas o radiactivas, representando un peligro cuando estas alcanzan determinados umbrales. Todos estos aspectos determinan la importancia de la calidad higiénico-sanitaria y toxicológica de los alimentos. (p. 9).

### 2.2.3. Hábitos alimentarios.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Hábitos Alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud consulté un artículo de Macías y colaboradores<sup>28</sup> (2012), se cita que:

Definir a los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes. (p. 2).

---

<sup>28</sup>Macías, A., Gordillo, L., Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista digital. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>

Consultando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Contenidos Educativos en Salud, consulté un artículo de Mazariegos y colaboradores<sup>29</sup> (2003), se cita que:

Para que la boca se desarrolle tanto sana como fuerte es necesario comer alimentos duros ricos en fibra como frutas y verduras crudas que ayuden a ejercitar los músculos, que favorezcan a la encía y los dientes. Así mismo del aporte las vitaminas y minerales necesarios para que se formen y maduren adecuadamente.

Una relación totalmente aprobada es la existente entre la caries dental y a dieta, en particular en relación con el consumo de azúcar. La frecuencia, tiempo y cantidad, de la azúcar consumida son factores determinantes en el inicio y desarrollo de la caries dental.

El consumo de alimentos a base de harinas y azúcares refinados, dulces pegajosos o caramelados y bebidas azucaradas, tan comunes en las cooperativas escolares, es un factor que propicia la destrucción rápida de los dientes, debido a que los microorganismos que tenemos en la boca aprovechan el proceso de descomposición de estos alimentos y producen ácidos con la consecuente formación de caries.

Esta es una de las razones por las que se recomienda que se evite, en la medida posible, el consumo de estos alimentos y se incremente el consumo de verduras, frutas y agua. (p. 16).

#### **2.2.4. Necesidades nutricionales de los niños.**

Consultando nuevamente el artículo de Macías y colaboradores<sup>30</sup> (2012), se cita que:

El estudio de la alimentación y la nutrición ha sido abordado desde las ciencias exactas enfocadas a aspectos fisiológicos y las ciencias sociales que incluyen los hábitos y costumbres alimentarias de cada sociedad. Por otro lado, la nutrición como proceso aporta energía para el funcionamiento corporal, regula procesos metabólicos y ayuda a prevenir enfermedades. (p. 1).

---

<sup>29</sup>Mazariegos, M., Vera, H., Sáenz, C., Stanford, A. (2003). Revista digital. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual\\_contenidos\\_educativos.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf)

<sup>30</sup>Macías, A., Gordillo, L., Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista digital. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Guía de Orientación Alimentaria, consulté un artículo de Zubirán y Gomez<sup>31</sup> (2008), se expone que:

Consumir alimentos en poca o demasiada cantidad, hace que se presenten enfermedades por la mala nutrición como desnutrición y obesidad, o deficiencia de vitaminas y minerales que ocasionan diferentes trastornos. Los alimentos aportan energía, proteínas, vitaminas y minerales en diferentes cantidades. Por ello de acuerdo a los nutrimentos que en mayor cantidad contienen, estos se clasifican en tres grupos.

**Grupo 1. Verduras y frutas:**

El primer grupo de alimentos está conformado por las verduras y las frutas; fuente principal de muchas vitaminas y minerales (micronutrimentos), que participan en el desarrollo y buen funcionamiento de todas las partes del cuerpo, como los ojos, sangre, huesos, encía y piel entre otros.

**Grupo 2. Cereales:**

Los alimentos en este grupo son más abundantes en la alimentación. Proporciona la energía para tener fuerza y poder desarrollar las actividades diarias: Correr, jugar, trabajar, estudiar, bailar. También son fuente de otros nutrimentos aunque en cantidades menores.

En este grupo se encuentran cereales como el maíz en todas sus formas (elote, esquiste, tortilla, tamal, pinole, etc.); el trigo (pan, galleta, tortilla, pasta, etc.) y otros como el arroz, la avena, el amaranto, la cebada y los tubérculos como la papa, el camote y la yuca.

**Grupo 3. Leguminosas y productos de origen animal:**

Son alimentos que dan al cuerpo proteínas necesarias para formar o reponer diferentes tejidos, como músculos, piel, sangre, pelo, huesos, permitiendo además el crecimiento y desarrollo adecuado. Estas sustancias también ayudan a combatir las infecciones.

Las leguminosas o semillas de vainas como frijol, lenteja, habas, garbanzo, soya, alverjón son ricas en proteínas. Estas también se encuentran en todos los productos de origen animal como carnes, vísceras, huevo, leche, queso, pollo, pescado, las carnes de origen silvestre (iguana, víbora y otros).

Los alimentos que dan energía concentrada, es decir en pequeña cantidad, proporcionan mucha energía como el azúcar, la miel, el piloncillo, la cajeta, la mermelada y el ate, así como el aceite la margarina y la manteca vegetal deben consumirse en menor cantidad. El abuso en el consumo de azúcar y grasa resulta perjudicial para la salud. Por eso es importante cuidar la cantidad que consumimos

---

<sup>31</sup>Zubirán, S., Gomez, F. (2008). Guía de Orientación Alimentaria. Revista digital. [En línea]. Consultado: [7, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/1-guia\\_orientacion\\_alimentaria.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/1-guia_orientacion_alimentaria.pdf)

y no preparar alimentos muy dulces y muy grasos para evitar la obesidad y enfermedades del corazón. (pp. 14-17).

### 2.2.5. Caries dental.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista ADM, consulté un artículo de Cuadrado y colaboradores<sup>32</sup> (2013), se transcribe que:

En los últimos años se han desarrollado nuevos conceptos en la clasificación, diagnóstico y tratamiento de la caries dental, originados de una mejor comprensión de la etiología y la patogenia de esta enfermedad, lo cual permite un tratamiento menos invasivo y más preventivo, que se contraponen con la visión restauradora que prevaleció en el siglo pasado. A pesar de que la caries dental es una enfermedad prevenible, aun es la enfermedad con mayor prevalencia en la niñez, y junto con la enfermedad periodontal siguen siendo las causas principales de la pérdida de dientes en las poblaciones vulnerables. En México como en otros países latinoamericanos, se les considera como un problema de salud pública bucal debido a su alta prevalencia e incidencia, además de concentrarse en poblaciones con desventaja socioeconómica, lo cual es una barrera para su atención clínica cuando ya está establecida. Durante los últimos años se ha acumulado evidencia sobre la disminución en la prevalencia y severidad de caries dental y el aumento en la proporción de niños libres de caries de 5 a 12 años, la mayoría de los grupos poblacionales en países industrializados, y en ciertos países latinoamericanos. (p. 1).

Observando la obra de Ciamponi y colaboradores<sup>33</sup> (2003), se referencia que:

Los resultados de un estudio realizado en México revelan un aumento de la prevalencia y gravedad de la caries dental con el 60% y una disminución con el

---

<sup>32</sup>Cuadrado, D., Peña, R., Gómez, J. (2013). El concepto de caries: Hacia un tratamiento no invasivo. Revista digital. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>

<sup>33</sup>Ciamponi, L., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowiscth, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker, Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República de Colombia: Amolca.

23% en dentición mixta de niños de 6 a 10 años en la población estudiada. Tanto en Europa como en países de la región americana con programas de fluoración de la sal se han observado reducciones importantes de la prevalencia de caries dental. El mantenimiento de la salud bucal de los individuos teniendo como objetivo su bienestar físico y emocional es esencial para lo que hoy es denominado como principio de la Odontología moderna. Basados en este contexto es fundamental la educación familiar con relación al conocimiento de salud bucal y a los métodos preventivos con la finalidad de evitar la instalación de la enfermedad caries. Es más prudente educar y prevenir que tratar de manera invasiva, y muchas veces tener que realizar retratamientos posteriores. Con este concepto en mente, determinar precozmente el límite entre el estado de salud y el de la enfermedad se ha tornado cada vez más complejo. A su vez, se viene observando un desarrollo paulatino de métodos más precisos y capaces de demostrar alteraciones iniciales del equilibrio dinámico existente en el medio bucal.

Los objetivos del diagnóstico en cariología son los de determinar la presencia o ausencia de la enfermedad, su extensión y localización, teniendo como parámetros las señales y síntomas; permitir escoger el tratamiento más eficaz objetive un pronóstico más favorable, monitorear el curso de la enfermedad, evaluar el aspecto terapéutico adoptado y determinar la presencia de factores que puedan favorecer el establecimiento y la evolución de la enfermedad. Se realizó un estudio longitudinal de un año de duración en una muestra de 820 preescolares de 4 años de edad en la Ciudad de Córdoba, Argentina, para establecer que la participación en la incidencia de caries, fue menor. Al comparar los resultados de recientes estudios de corte transversal en la población preescolar de 5 años de edad de la Ciudad de Córdoba (Argentina) con los datos obtenidos por Battellino y Cols, en una investigación similar llevada a cabo en 1974, se deduce que en el intervalo de los últimos veinte años se ha producido un aumento (26,7%) en la proporción de niños sin experiencia de caries. (p. 46).

Analizando la obra de Lanata<sup>34</sup> (2008), se cita que:

Métodos para el diagnóstico de caries.

Inspección visual y cámara intraoral:

Para realizarlo en forma precisa se usan elementos complementarios: Cámaras intraorales, por ejemplo, permite registrar las imágenes, controlar su progreso y registrarlo en una computadora; además, es motivador y educa al paciente.

---

<sup>34</sup>Lanata, E. (2008). Atlas de Operatoria Dental. República de Argentina: Alfaomega.

Inspección visual con la ayuda de lupas:

El empleo de lupas o microscopios asegura una mayor posibilidad de establecer un diagnóstico temprano de lesiones incipientes y permite mejorar la precisión de las maniobras de preparación, las de restauración y el control del ajuste de restauraciones plásticas y en especial de las rígidas.

Inspección visual más el empleo del explorador:

Como una costumbre de larga data, el explorador se utiliza ejerciendo mucha presión, para detectar la presencia de caries en un sitio determinado. En 1966 se comprobó que las manchas blancas pueden remineralizarse (Baker & Dirks, 1966), por lo tanto, su empleo cuando se sospecha que se está en presencia de una mancha blanca debe abolirse, debido a que esta maniobra puede producir la fractura del esmalte superficial y acelerar con ulteoredad del desarrollo de una caries abierta.

Radiografías:

El diagnóstico de caries proximales por medio de radiografías tiene poco valor.

Cuando según una radiografía la caries está en la dentina, al ser tratadas la mitad de las lesiones solo encuentra en el esmalte. Las radiografías permiten determinar solo la presencia de una lesión no obstante, en la mayoría de los casos intentar diagnosticar el grado de profundidad de la lesión puede inducir a errores graves y llevar al desgaste innecesario de tejidos dentales sanos, creyendo que de una forma se elimina la caries.

En algunos casos la placa radiográfica no muestra la lesión aguda pero la clínica sí; también se observan casos de ausencia de una lesión proximal en la radiografía, en los que al cabo de pocos meses se halla una caries cavitada.

Trasiluminación con fibra óptica:

Un instrumento para trasiluminación con fibra óptica es el denominado FOTI. En estos valores de sensibilidad y especificidad que superan los de las radiografías.

Asimismo, el aparato DIFOTI, este aparato permite el diagnóstico temprano de caries, pero no es útil para medir su profundidad. El DIFOTI está exento de radiación, permite ampliar la imagen, reproducirla y almacenarla en una computadora. No permite visualizar lesiones infragingivales y su costo es elevado.

Método de conductividad eléctrica:

Un instrumento que mide la conductividad eléctrica se comercializa como Caries Metr.L. Se basa en que el diente sano es aislante eléctrico, por lo que la conductividad eléctrica del diente cariado se ve favorecida por el incremento de la porosidad; estos espacios son llenado por la saliva, la que actúa como conductor. Esta desmineralización incrementa con la conductividad eléctrica en forma proporcional al deterioro del diente.

Métodos laser por fluorescencia:

Se usa una lámpara de arco de 450 nm de longitud de onda con luz infrarroja de 655 nm de longitud de onda. Se llama QLF para ver las medidas de las lesiones en tamaño, profundidad y volumen. (pp. 28-33).

Buscando informaciones disponibles en la biblioteca digital de la Revista Estomatológica de la Universidad del Valle, consulté un artículo de Arango y Baena (2004).<sup>35</sup> se expone que: "El número de dientes temporales afectados por niño de 5 años (ceo-d) es 3.0 a nivel nacional; en la ciudad de Cali este ceo-d es de 2.1" (p. 61).

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Universidad Nacional del Noroeste, consulte un artículo de Ojeda y colaboradores<sup>36</sup> (2005) se transcribe que: " La OMS estable niveles de la prevalencia con severidad de caries, según los siguientes valores: CPO-ceo= 0-1.1 Muy bajo

1.2-2.6 Bajo

2.7-4.4 Moderado

6.6 y + Muy alto". (p. 1).

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Revista Salud Dental en escolares de la comuna de concepción Chile, consulté un artículo de Rene y colaboradores<sup>37</sup> (1962) se cita que: "Según estudios realizados en Chile se puede observar

---

<sup>35</sup> Arango, M., Baena, G. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatológica de la Universidad del Valle. [En línea]. Consultado: [16, julio, 2015].

Disponible en:

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2285/1/Caries%20de%20la%20infancia%20temprana%20y%20factores%20de%20riesgo.pdf>

<sup>36</sup> Ojeda, M., Acosta, N., Duarte, E., Mendoza, N., Medina, M. (2005). Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Zonas Rurales. Universidad Nacional de Noroeste. [En línea]. Consultado: [16, julio, 2015].

Disponible en:

<http://www.iaea.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

<sup>37</sup> Rene, L., Migue, F., Laura, M., Sylvia, G., Hilda, E., Gerardo, T., Pedro, W. (1962). Salud Dental en escolares de la comuna de concepción, Revista Chilena. [En línea]. Consultado: [23, julio, 2015].

en el cuadro N1 que en los niños comprendidos entre 5 y 15 años el promedio de los sin caries es del 1%". (p. 3).

Consultando nuevamente el artículo de Rene y colaboradores (1962)<sup>38</sup>, se transcribe que:

El cuadro N3 corresponde a la dentición temporal y en el que podemos ver que los mayores porcentajes del índice de ceo corresponde a la edad de 5 años (8,62), se mantiene hasta los 7 años y después bajan hasta llegar a los 15 (0,09). Esto parece lógico porque, a medida que aumenta la edad, viene el período en que los dientes temporales son reemplazados por los permanentes. (p. 5).

#### 2.2.6. Gingivitis.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Medicina Militar, se consultó un artículo de Pérez y colaboradores<sup>39</sup> (2011), se cita que:

La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en pacientes jóvenes, los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados, se caracterizan por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangramiento gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en jóvenes de La Habana, durante el período comprendido entre septiembre 2008 y julio 2009, se analizaron las siguientes variables: Eficiencia del cepillado; según índice de análisis de higiene de Love que considera la higiene bucal buena 20% y deficiente 21% de superficies dentales coloreadas. Grado de afección gingival: según índice gingival de Silness y Loe; leve=1, moderada=2, severa=3. En la tabla 2 que se refiere a la distribución de los

---

Disponible en:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v53n2p115.pdf>

<sup>38</sup>Rene, L., Migue, F., Laura, M., Sylvia, G., Hilda, E., Gerardo, T., Pedro, W. (1962). Salud Dental en escolares de la comuna de concepción, Revista Chilena. [En línea]. Consultado: [23, julio, 2015].

Disponible en:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v53n2p115.pdf>

<sup>39</sup>Pérez, C., Vidal, M., Del Valle, M. (2011). Relaciones entre la higiene dental y la gingivitis en jóvenes. Revista cubana de medicina militar. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015].

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n1/mil06111.pdf>

examinados según el estado de salud gingival, de 300, solo 54 (18%) estaban sanos. (pp. 2-3).

### Índice gingival de Loe y Silness.

Analizando la obra de López<sup>40</sup> (2010), se expone que:

El índice gingival se diseñó con la finalidad de valorar la severidad de la gingivitis, observando las condiciones de salud de todos los tejidos gingivales cercanos a las superficies distal, mesial, lingual y vestibular de todas las piezas dentales.

A cada superficie se otorga un valor de 0 a 3 según el factor de hemorragia encontrado:

0= equivale a encía sana o normal, no hay inflamación

1= equivale a inflamación leve con ligeros cambios de color, poco edema escaso cambios de textura. No se presenta hemorragia.

2= inflamación moderada, presenta edema, enrojecimiento, hemorragia cuando se palpa o al sondaje, brillo moderado.

3= inflamación grave, hipertrofia, enrojecimiento, inflamación, edema severos, tendencia a la hemorragia y ulceración.

Clínicamente la evaluación sería:

0.1-1.0= gingivitis incipiente.

1-2.0= gingivitis moderada.

2.1-3.0= gingivitis severa. (p. 181).

Estudiando informaciones disponibles en la página de la Revista Chilena de Salud

Pública, consulte un artículo de Gómez y Morales<sup>41</sup> (2012), se cita que:

El índice IHO-S se compone de dos partes: índice de cálculo (CI-S) y índice de residuos simplificado (DIS), cada componente se procede evaluar en una escala de 0 a 3, para medir los criterios el componente de residuos (DI-S) de higiene oral simplificada (IHO-S) fueron los siguientes:

0– Sin residuos o manchas.

---

<sup>40</sup>López, J. (2010). Odontología para la higiene oral. Colombia. Zamora editores.

<sup>41</sup>Gómez, N., Morales, N. (2012). Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Revista Chilena de Salud Pública. [En línea]. Consultado [16, julio, 2015].

Disponible en:

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/18609/19665>

- 1– La placa o residuos no cubren más de un tercio de toda la superficie dentaria.
- 2– La placa o residuos abarcan más de un tercio de toda la superficie, pero no se sobrepasa más de dos tercios de toda la superficie dentaria expuesta.
- 3– Los residuos blandos abarcan más de 2 tercios de toda la superficie dentaria expuesta.

Para la obtención del índice individual de IHO-S de cada individuo se necesita sumar toda la puntuación por cada diente señalado, luego se divide entre el número de las superficies analizadas, cuando ya se ha establecido, procediendo a determinar el grado clínico de la higiene bucal:

Excelente: 0,0

Bueno: 0,1 - 1,2

Regular: 1,3 - 3,0

Malo: 3,1 - 6,0 (p. 28).

Consultando informaciones disponibles en la página de la Revista Latinoamericana de Hipertensión, consulte un artículo de Rosiris y colaboradores (2011),<sup>42</sup> se transcribe que:

En general, estudios realizados en Venezuela la muestra estudiada tenía niveles de higiene oral considerados como regulares y deficientes en el 90,5% de los casos, lo cual significa que 9 de cada 10 individuos mantienen condiciones de riesgo para el desarrollo de procesos inflamatorios en sus encías. En otro estudio realizado los hallazgos irritantes locales observados según el HIOS indican que la población investigada 98,4% presentó un nivel bueno placa bacteriana, cálculo dental y gingivitis lo que conlleva a catalogar a la higiene oral como buena, bajo sus niveles con relación al conocimiento en odontología. (p. 2).

---

<sup>42</sup>Rosiris, B., María, R., Dinorath, B., Ligia, P., Esperanza, R., Luis, R., Valmore, B. (2011). Higiene Oral y Enfermedad Periodontal en individuos con síndrome metabólico. Revista Venezolana. [En línea]. Consultado: [22, julio, 2015].

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1702/170220592001.pdf>

### 2.2.7. Placa bacteriana.

Investigando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Estomatológica Herediana, consulté un artículo de Pérez<sup>43</sup> (2005), se expone que:

La placa dental es un tipo de biopelícula que se define como una comunidad microbiana diversa que se encuentra en la superficie dental embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. La formación de la placa involucra la interacción entre las bacterias colonizadoras primarias y la película adquirida del esmalte. Los colonizadores secundarios se unen a las bacterias inicialmente adheridas a través de interacciones moleculares específicas. A medida que la biopelícula se forma, se van desarrollando gradualmente factores biológicos importantes, permitiendo la co-existencia de especies que serían incompatibles si fuera un medio homogéneo. La placa dental desarrolla naturalmente, pero también está asociada con dos de las enfermedades más prevalentes (caries dental y enfermedad periodontal). Una nueva hipótesis (“hipótesis de placa ecológica”) describe la relación entre las bacterias de la placa y el huésped en la salud y en la enfermedad. Implícito en esta hipótesis se encuentra el concepto de que las enfermedades pueden prevenirse no solo inhibiendo directamente los patógenos, sino también interfiriendo con los factores ambientales que favorecen la aparición selectiva y crecimiento de estas bacterias. De este modo, podrían establecerse estrategias holísticas para el control y tratamiento de las enfermedades orales. (párr. 1).

Consultando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Contenidos Educativos en Salud, consulté un artículo de Mazariegos y colaboradores<sup>44</sup> (2003), se cita que:

La placa bacteriana es una película transparente, formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, la encía

---

<sup>43</sup>Pérez, G. (2005). La biopelícula: Una nueva visión de la placa dental. Revista Estomatológica. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015].

Disponible en:

[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552005000100016](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100016)

<sup>44</sup>Mazariegos, M., Vera, H., Sáenz, C., Stanford, A. (2003). Revista digital. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual\\_contenidos\\_educativos.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf)

y la lengua. Cuando se ingieren alimentos que contienen azúcar (caramelos, chicles, pastelillos y papitas entre otros) las bacterias de la placa los usan para producir ácidos que destruyen el esmalte de los dientes. También otras bacterias eliminan sustancias irritantes llamadas toxinas que actúan sobre la encía, inflamándola.

La placa bacteriana es uno de los principales agentes causales de las enfermedades de la boca, así como del desagradable mal aliento por su acumulación tiene que ser controlada, ya sea con la aplicación de medidas de higiene personal o con ayuda profesional.

Se utiliza una pastilla o colorante para detectar la placa bacteriana y se coloca en la en la boca y se hace pasar por toda la boca, las zonas que se observe con más coloración indican una mayor acumulación de placa bacteriana. (p. 11).

### **2.3.8. Atención odontológica.**

Estudiando la tesis de Véliz<sup>45</sup> (2011), se citar que:

La conducta del niño en general y su comportamiento en la consulta dental están relacionados con su edad y perfil de maduración, investigaciones han demostrado que el miedo al dentista declina con la edad, a diferentes edades se relaciona con diferentes aspectos, a edades más tempranas es abstracto, comúnmente relacionado con asistir al dentista, a lo desconocido, mientras que a edades más avanzadas se relaciona con lo invasivo del tratamiento (miedo a la anestesia local o la eliminación de caries con la turbina). La consulta en el consultorio odontológico varía de acuerdo a la edad que tenga el niño aunque es 1 vez cada 6 meses. La personalidad del niño en el nivel de desarrollo social y del lenguaje influye directamente en la capacidad de comprender el proceso por el cual está pasando (atención odontológica) y las indicaciones que se les dan. La ansiedad, introversión, inseguridad, rebeldía y baja autoestima provocarían una respuesta poco favorable al stress producido por la atención odontológica. (p.p 9-10).

---

<sup>45</sup>Véliz, C. (2011). Tesis conducente a Grado de Magister Evaluación del taller de adaptación a la atención Odontológica del Cesfam Juan Pablo II de la Pintana. Tesis publicada. Escuela de Salud Pública. Universidad Mayor. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/344/1/Evaluacion%20de%20taller%20de%20adaptacion%20a%20la%20atencion%20Odontologi.pdf>

### 2.2.9. Niños en edad escolar.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Etapa Escolar, consulté un artículo de Gonzalez<sup>46</sup> (2012), se transcribe que:

“Los niños en edad escolar generalmente tienen habilidades motrices fuertes y muy parejas. Sin embargo, su coordinación (en especial ojo-mano), resistencia, equilibrio y tolerancia física varían”.

Las destrezas de motricidad final también varían ampliamente. Estas destrezas pueden afectar la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar ciertas tareas domésticas, como tender la cama o lavar platos. Habrá diferencias considerables en estatura, peso y contextura entre los niños de este rango de edad. Es importante recordar que los antecedentes genéticos, al igual que la nutrición y el ejercicio pueden afectar el crecimiento de un niño. (párr. 10, 11,12).

Analizando la obra de Leache y colaboradores<sup>47</sup> (2001), se cita que:

Dentro de la historia médica y odontológica del paciente, la información acerca del desarrollo social y psicológico del niño es importante.

Bajo esta óptica y partiendo de los comportamientos y los cambios sociales existen hechos que van influyendo en el desarrollo psicosocial del niño.

Es los primeros meses de vida, el ser humano es absolutamente dependiendo de los cuidados aportados por el adulto.

Durante el primer año, el niño desarrolla firmes uniones con los adultos que promueven su bienestar y desarrollo.

Posteriormente, el desarrollo de las funciones del lenguaje permite al niño aumentar su desarrollo social. Van adquiriendo mayores capacidades de observación y tienden a imitar al medio en el que se desenvuelve. Es importante que el niño obtenga una disciplina educacional del medio familiar y/o escolar en que se desarrolle. Hay estudios que demuestran que las consecuencias sociales de los niños que reciben cuidados en guarderías especializadas no difieren de aquellos que han sido criados exclusivamente por sus madres en los primeros años de su vida.

---

<sup>46</sup>González, K. (2012). Etapa Escolar. Revista digital. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://gonzalezvillegas.blogspot.com/2012/11/ficias.html>

<sup>47</sup>Leache, B., Quesada, B., Pizarro, C., Ballesta, G., Mendoza, A. (2001). Odontopediatria. Reino de España: Masson.

La actualmente más temprana etapa de comienzo de la escolarización del niño en España (3-4 años) nos induce a pensar que la edad preescolar se acorta y presenta los problemas tradicionales del niño con el comienzo de sus estudios en edades más precoces. Durante estos años, se impone la autodisciplina en el niño y se pone de manifiesto su conciencia de culpabilidad. Esta etapa, al igual que la preadolescencia, se encuentra sometida a grandes cambios en todos los aspectos de la vida física y psíquica del niño. El medio social y familiar ejerce una gran influencia en su autoestima. Los éxitos o los fracasos en

El medio escolar va a quedar reflejados con cambios en su carácter. El maestro se convierte de esta forma en el primer adulto significativo como figura de autoridad fuera del entorno familiar.

A partir de los 6 años, a nivel dental, el desarrollo y los cambios en las arcadas dentarias y en la dentición promueven la llegada de la dentición y la oclusión definitivas. En estas etapas deben cobrar mayor importancia los aspectos preventivos, de manera que la educación para la salud se perpetúe para el resto de la vida del individuo.

La adolescencia es una etapa conflictiva del ser humano. Hasta hace pocos años, el adolescente era tratado por el médico de familia o el médico de cabecera. En la actualidad, el pediatra se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del adolescente. Por extensión pensamos que el odontopediatra es el especialista de la odontología que debe encargarse del cuidado dental de pacientes en esta edad ya que nadie mejor que él conoce los antecedentes y la patología que puede presentarse y que en muchos casos son consecuencia del desarrollo de su estado bucal anterior.

La entrevista con el padre y el niño permite al profesional valorar la relación padre-niño y la respuesta de este ambiente dental. (pp. 18-19).

#### **2.2.10. Educación y motivación.**

Consultando nuevamente el artículo de Torres y Romo<sup>48</sup> (2006), se expone que:

La profesión implica también espíritu de servicio. El profesional tiene una responsabilidad mayor, debido al caudal de conocimiento y capacitación que ha adquirido. Todo profesional se convierte así en un servidor de los demás, que ha adquirido el derecho de ejercer su profesión y el deber de hacerlo bien. Es aquí donde entra en juego "la vocación", lo más singular que puede tener un ser humano; es el llamado de lo más interno e íntimo y cargado de aspectos y elementos éticos. Por desgracia, la profesión no siempre coincide con la vocación,

---

<sup>48</sup>Torres, M., Romo, F. (2006). Bioética y Ejercicio Profesional de la Odontología. Revista Acta Bioethica. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010)

lo que puede provocar un desequilibrio psicológico y una fuente de malestar en el sujeto, además de un perjuicio para la empresa. Cuando la profesión coincide con la vocación ningún trabajo se hace pesado; hay entrega y dedicación. (párr. 7).

Analizando la obra de Vidal<sup>49</sup> (2012), se transcribe que:

La tarea de educar en (Bio)ética comienza por esta primera etapa de "descubrir" esos valores y continua en proceso que cuenta con distintos momentos.

Aprender a "descubrir" valores: Valores que llevamos dentro, lo sepamos o no, y otros que consideramos que son adecuados y apropiados para todos los seres humanos, sin que nos sean impuestos, lo cual es aprender a pensar por sí mismos.

Aprender a aplicar esos valores: A las decisiones que tomamos y que queremos que otros tomen teniéndolos en cuenta.

Comprende que tomar decisiones implica asumir la responsabilidad de hacerlo y ser capaz de justificarlas normalmente, pero también tener valentía para defender los valores que hemos identificado y en los cuales confiamos.

Aprender a dialogar y a deliberar con otros acerca de estos valores: Debido a que hay otros valores y otras moralidades con las que queremos y debemos convivir y las que queremos aprender. (pp. 22-23).

Analizando la obra de Novoa y colaboradores<sup>50</sup> (2007), se expone que:

Es importante resaltar que las propuestas alternativas de desarrollo no pueden dejar a lado un tema importante como la educación. A través de la educación se contribuye a la valorización de las capacidades y potencialidades de las comunidades en busca de alternativas de desarrollo valorizando costumbres, tradicionales y saberes ancestrales; fortalece el reconocimiento de la diversidad étnica, política, social y cultural; es un factor determinante en la afirmación de las identidades étnicas y culturales.

La educación es un eslabón en la construcción de sociedades más justas y democráticas en nuestro continente y al mismo tiempo es un elemento importante para el enriquecimiento y ampliación de la bioética. Teniendo como referente los profundos cambios y transformaciones actuales a nivel global, y las grandes tensiones que estamos viviendo, destacan la importancia que tienen la relación educación, cultura y desarrollo, para una propuesta de desarrollo alternativo desde

---

<sup>49</sup>Vidal, S. (2012). La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: Experiencias Realizadas y Desafíos Futuros. República Oriental de Uruguay: Unesco.

<sup>50</sup>Novoa, E., Lesport, I., Zubírúa, S. (2007). Bioética, Desarrollo Humano y Educación. República de Colombia: El Bosque.

los contextos socioculturales, en donde las poblaciones tendrían un nivel activo. La cultura abriría las puertas del potencial creativo de las comunidades y la educación contribuiría a configurar y guiar el desarrollo de ese potencial. Haciendo una radiografía de los problemas y retos que debe asumir nuestro continente en los años por venir, plantea la importancia y necesidad de una agencia educativa para abrir sendero más democrático y participativo. (pp. 12-13).

### **2.2.11. El profesional como educador.**

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Acta Bioethica, consulté un artículo de Torres y Romo<sup>51</sup> (2006), se conoce que:

La odontología enfrenta dilemas éticos importantes. Las interacciones odontólogo-paciente, el acceso a la salud dental, la conciencia de la necesidad de la población, entre otros, atraen la discusión y se deben abordar sobre la base de las éticas relevantes a la práctica profesional. Este artículo propone que la bioética, como una alternativa abierta, basada en el diálogo y comprensión de evidencias, proporcione herramientas, tanto a dentistas como a médicos, para dar solución a dilemas éticos y apoyar las discusiones interdisciplinarias e interprofesionales respecto a la mejor manera de actuar. (párr. 1).

Analizando la obra de Novoa y colaboradores<sup>52</sup> (2007), se puede citar que:

El profesional ha de tener conocimientos y habilidades. Pero ha de tener ante todo carisma, el don de la mayéutica. El verdadero maestro es aquel que utiliza el argumento de autoridad que permite que todo se pueda y se deba discutir, que está abierto al diálogo, que está convencido de que los argumentos de los demás son respetables y deben ser tomados en serio, que no es dogmático, ni fundamentalista, ni autoritario, ni histérico. Lo que se plasma en una pedagogía práctica que trabaja con grupos pequeños, interactivos y participativos, con discusión continua de lo expuesto, utilizando el debate como método, poniendo más énfasis en el análisis de la actividad cotidiana que en la resolución de dilemas extremos o

---

<sup>51</sup>Torres, M., Romo, F. (2006). Bioética y Ejercicio Profesional de la Odontología. Revista Acta Bioethica. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100010)

<sup>52</sup>Novoa, E., Lesport, I., Zubírua, S. (2007). Bioética, desarrollo humano y educación. República de Colombia: El Bosque.

excepcionales. Una pedagogía que exprese el carácter integrador, dialogante y transdisciplinar de la bioética. (p. 51).

Consultando nuevamente el artículo de Vidal<sup>53</sup> (2012), se conoce que:

Cuando se piensa en la elaboración de un programa educativo en Bioética es probable que debamos iniciar la tarea preguntándonos que queremos lograr y cuáles son las metas de la educación en Bioética. En 1996 la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI elaboró un informe para la Unesco bajo la dirección de Jacques Delors que se ha hecho rector de este tema, proponiendo cuatro pilares de la educación:

1. Enseñar a conocer: El placer por aprender, adquirir los instrumentos de la comprensión del conocimiento. Implica aprender a aprender para continuar incorporando nuevos conocimientos a las estructuras ya establecidas.
2. Enseñar a hacer: Se refiere a habilidades que permiten influir sobre el propio entorno. No solo oficios y técnicas sino especialmente las habilidades para acceder a las nuevas tecnologías de comunicación que permiten tener acceso a la información y al conocimiento, que es creciente.
3. Enseña a ser: El proceso de desarrollo de las potencialidades, las capacidades de cada individuo. La promoción y el ejercicio de la responsabilidad individual tomando conciencia de lo que somos y aquello que somos capaces o no de hacer y de ser.
4. Enseñar a convivir: Aprender a vivir con el otro, comprenderlo y participar activamente en la sociedad.
5. Aprender a aplicar esos valores: A las decisiones que tomamos y que queremos que otros tomen teniéndolos en cuenta.

Comprende que tomar decisiones implica asumir la responsabilidad de hacerlo y ser capaz de justificarlas normalmente, pero también tener valentía para defender los valores que hemos identificado y en los cuales confiamos.

Aprender a dialogar y a deliberar con otros acerca de estos valores: Debido a que hay otros valores y otras moralidades con las que queremos y debemos convivir para aprender y mejorar el conocimiento de salud bucal. (pp. 22-23).

---

<sup>53</sup>Vidal, S. (2012). La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: Experiencias Realizadas y Desafíos Futuros. República Oriental de Uruguay: Unesco.

### 2.2.12. Psicología y manejo del comportamiento infantil.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en la Adolescencia: Baremación de la Escala EDAH (a), consulté un artículo Sánchez y colaboradores<sup>54</sup> (2011), se transcribe que:

Es un reto para la psicopatología centrada en la infancia y la adolescencia llegar a estimar en qué medida se presentan los distintos trastornos teniendo en cuenta el momento evolutivo por el que los niños pasan, la necesidad de contar con distintos informantes (padres, profesores y los niños/a), los instrumentos de medida se deben utilizar y los sistemas de clasificación y diagnóstico de los que se parte. (p. 1).

Consultando nuevamente el artículo de Cisneros y Hernández<sup>55</sup> (2011), se conoce que:

Los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se convierten en patrimonio interior u orgánico de su personalidad, así se lograra responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que al incorporarse a la comunidad en general sean capaces de adoptar estilos de vida sanos. Hoy en día se promueve el trabajo con grupos y la aplicación de técnicas participativas no solo con la finalidad de transmitir información, sino de compartir opiniones y construir un nuevo conocimiento que ayude a identificar el problema, así como buscar soluciones para alcanzar la acción y el cambio.

Las técnicas efectivas-participativas permiten desarrollar un proceso de discusión y reflexión, colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar realmente el conocimiento colectivo y desarrollar una experiencia de reflexión educativa común. Muchas de estas posibilitan tener un punto de referencia común para que los participantes aporten experiencias particulares que enriquezcan y amplíen las colectivas. (párr. 9, 10, 11).

---

<sup>54</sup>Sánchez, C., Díaz, F., Ramos, C. (2011). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en la Adolescencia: Baremación de la Escala EDAH (a). Revista de Neurología. [En línea]. Consultado: [22, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.observesport.com/desktop/images/docu/c7dutccw.pdf>

<sup>55</sup>Cisneros, G., Hernández, Y. (2011). La Educación para la Salud en Edades Tempranas de la vida. Revista digital. [En línea]. Consultado: [1, junio, 2015].

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013)

### **2.2.13. Educación infantil y salud bucodental.**

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan, consulté un artículo de Cisneros y Hernández<sup>56</sup> (2011), se cita que:

En Cuba las acciones de educación para la salud se realizan en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, pero en relación con la salud bucal adolecen de sistematicidad y de otros requisitos de calidad que garanticen la modificación de las actitudes y conductas de la población.

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. Debe reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena casual que ocasiona su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vidas perjudiciales para la salud.

Una educación verdadera es aquella que suministra al niño un acumulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general. (párr. 6, 7, 8).

---

<sup>56</sup>Cisneros, G., Hernández, Y. (2011). La educación para la salud en edades tempranas de la vida. Revista digital. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013)

#### 2.2.14. La prevención integrada de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Biomed, consulté un artículo de Medina y colaboradores<sup>57</sup> (2006), se expone que:

Es fundamental en un estudio realizado en México que todo especialista en el manejo y la atención del paciente pediátrico, este instruido y capacitado en la variedad de técnicas de manejo de conducta dirigidas al control y educación del paciente, es adecuado asistir al odontólogo por varios motivos entre estos la limpieza dental, medicación y curar un diente. (p. 6).

Consultando nuevamente la obra de Casamassino y colaboradores<sup>58</sup> (1996), se cita que:

En los últimos 25 años, han llegado a dominarse diversos aspectos en el campo de la odontopediatria. En cierta medida, la prevención se ha vuelto un asunto importante, y los clínicos que se orientan a la prevención son un "producto" cada vez más deseable en el plan de estudios de las escuelas de odontología. Este énfasis en la prevención, cuando se combina con una comprensión acerca del cuidado en el hogar, motiva a los padres a tender mejor a sus hijos, comprender el proceso de las caries de acuerdo con la nutrición, el uso de selladores, la fluorización del agua del abasto público, la aplicación de fluoruros tópicos por el profesional, y el uso de fluoruro en los productos de cuidado en el hogar, como los dentífricos, que se aplica en niños sin lesiones cariosas. Este tipo de pacientes era raro hace 25 años. En la actualidad, un niño con estas características es algo frecuente en las prácticas orientadas a la prevención.

Los temas del consentimiento informado y el control de riesgo en la práctica de la odontopediatria son conceptos más importantes para los clínicos actuales, que para los clínicos actuales, que para los de hace 20 años. La necesidad de asegurarse de que los padres comprendan las implicaciones del tratamiento y las alternativas, y que puedan proporcionar un consentimiento informado, es una responsabilidad básica del odontólogo moderno. Esta responsabilidad se extiende no solo al

---

<sup>57</sup>Medina, C., Maupome, G., Ávila, L., Pérez, R., Pelcastre, B., Pontigo, A. (2006). Políticas de Salud Bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

<sup>58</sup>Casamassino, P., Fields, H., Tigue, D., Nowak, A. (1996). Odontología Pediátrica. Estados Unidos Mexicanos: Interamericana, S.A de C.V.

diagnóstico real y el tratamiento de los dientes, la encía y la oclusión, sino también a la manera en que se atiende la conducta del niño. (pp. 24-25).

### **2.3. Hipótesis general.**

La falta de conocimiento odontológico de los padres influye en la frecuencia de enfermedades bucales.

### **2.4. Unidades de observación y análisis.**

Estudiantes de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, provincia Manabí, República del Ecuador.

### **2.5. Variables.**

Variable independiente.

Nivel de conocimiento odontológico.

Variable dependiente.

Salud oral.

### **2.6. Matriz de operacionalización de las variables.**

Ver Anexo 5, p. 104.



## **CAPÍTULO III.**

### **2. Marco Metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de la investigación.**

Estudio de campo.

#### **3.2. Tipo de investigación.**

Estudio descriptivo de corte transversal.

#### **3.3. Métodos.**

Para medir la variable de conocimientos odontológicos de los padres se adaptó una encuesta para el estudio, la cual consta con una base de 10 preguntas cada una con tres alternativas para conocer las prácticas de salud oral que los padres realizan con sus hijos. La identificación de los principales problemas de salud bucal se la obtuvo mediante la observación clínica de cada uno de los pacientes.

#### **3.4. Técnicas.**

Observación. Se realizó un examen clínico bucal a los niños y niñas, de acuerdo a la ficha odontológica adaptada para esta investigación y determinar el índice de CPO-ceo y HIOS.

Encuesta. Se desarrolló una encuesta mediante un cuestionario adaptado al objetivo de la investigación y estuvo dirigida a los padres de los escolares.

### **3.5. Instrumentos.**

Cuestionario de encuesta. (Anexo 1)

Ficha odontológica. (Anexo 2)

En el cuestionario se muestran las variables generales, diseñadas en una ficha que contiene el número de la interrogante y los indicadores.

Cuestionario. Las alternativas de la encuesta de estudio fueron valoradas mediante una escala (Anexo 4): Una respuesta buena tuvo un valor de 1 punto, una respuesta media con un valor de 0,5 puntos, y una respuesta baja con un valor de 0 puntos. Se calificó sobre 10 puntos, los padres que obtengan de 8-10 preguntas buenas se considerara un nivel muy alto de conocimiento odontológico, los que tengan de 4-7 preguntas buenas se considerara un nivel alto de conocimiento odontológico y de 1-3 preguntas buenas se considerara un nivel moderado de conocimiento odontológico.

Antes de la aplicación del cuestionario, se realizó la validación de forma y contenido, para lo cual será entregado a un grupo de expertos constituido por docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para su estudio y corrección de errores, una vez valido, se aplicó el grupo de estudio que corresponde a los niños y niñas de la Escuela Ernesto Aveiga de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Ficha odontológica. Se utilizó para obtener información de los principales problemas bucales que se presenten en cada niño mediante la observación clínica del

investigador, lo mismo que permitió obtener datos cuantitativos y cualitativos para el estudio y que constara de varios puntos claves para la recolección de la información.

Para identificar el estado de salud bucal de los niños y niñas se aplicó una ficha clínica (Anexo 2), en el que se anotaron los siguientes datos:

Presencia de caries dental que primero fue registrada en el odontograma y luego se calculó en el índice CPO (cariados-perdidos-obturados) y de igual manera se registró la presencia de caries dental en el odontograma y se calculó el índice de ceo (cariados-exfoliados-obturados). Cabe indicar, que se procedió a obtener el índice respectivo índice de CPO-ceo Y HIOS para conocer el estado de salud bucal de los niños y niñas de la escuela mencionada, también se unificaron los totales de CPO-ceo y HIOS.

### **3.6. Población y muestra.**

El universo de trabajo estuvo constituido por 80 escolares de la escuela Ernesto Aveiga de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

### **3.7. Recolección de la información.**

La recolección de la información sobre la determinación del nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, se realizó a través de una encuesta aplicada, para lo cual se elaborará un cuestionario con preguntas abiertas, las respuestas serán analizadas para su posterior procesamiento y a través del examen clínico se establecerá los índices CPO-ceo y HIOS.

### **3.8. Procesamiento de la información.**

Para procesar toda la información recopilada durante el trabajo de campo, se empleó el programa de Microsoft Excel 2010, con el cual se realizaron los cuadros y gráficos estadísticos que permitirán mostrar los resultados de la investigación. Estos resultados serán analizados y discutidos, para poder comprobar con las investigaciones de varios autores citados en el marco teórico del presente trabajo de investigación.

## CAPÍTULO IV.

### 4. Resultado de la Investigación.

#### 4.1. Análisis e interpretación de las ficha de observación en cada uno de los niños de la escuela Ernesto Aveiga.

CUADRO 1.

Distribución de acuerdo al sexo de la población estudiada.

Alternativas	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	36	45%
Masculino	44	55%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

Distribución de acuerdo al sexo de la población estudiada.

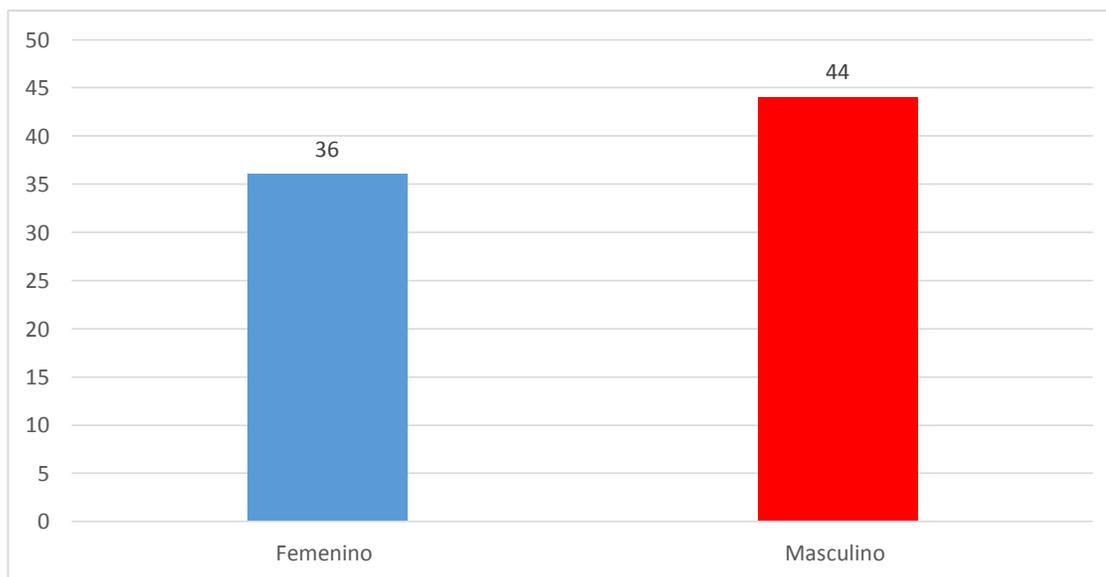


Gráfico No. 1.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 1: El 45% de los encuestados es de sexo femenino conformado por 36 personas. El 55% de los encuestados es de sexo masculino conformado por 44 personas.

Con relación a los resultados obtenidos en esta investigación la mayor parte de la población estudiada fue del sexo masculino.

## CUADRO 2.

### Distribución de acuerdo a la edad de la población estudiada.

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
6	30	37%
7	5	6%
8	14	18%
9	19	24%
10	12	15%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Distribución de acuerdo a la edad de población estudiada.

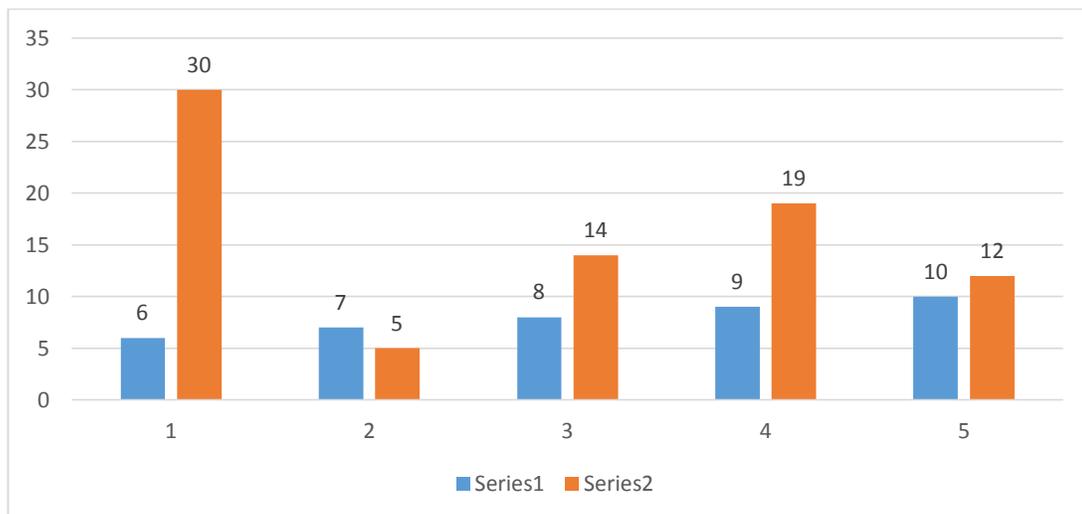


Gráfico No. 2.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 2: Respecto a la distribución de la edad de la población se consideraron los niños de 6 a 10 años de edad. Para esta investigación la distribución de los pacientes según la edad fue mayor la población en los niños de 6 años con el 37% conformada por 30 personas, también estuvo conformada por 5 niños en un 6% en edad de 7 años. Además, estuvieron representados por 14 niños de 8 años de edad en un 18%, seguido de 19 niños de 9 años en un 24%. Por último 12 niños de 10 años de edad con un 15%.

Según los resultados de la investigación el mayor porcentaje de la población estudiada corresponde a los niños de 6 años y el menor porcentaje a los niños de 7 años de edad.

### CUADRO 3.

#### Prevalencia de caries en la población de estudio.

<b>Niños con caries</b>	<b>61</b>	<b>76.25%</b>
<b>Niños sin caries</b>	<b>19</b>	<b>23.75%</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

#### Prevalencia de caries en la población de estudio.

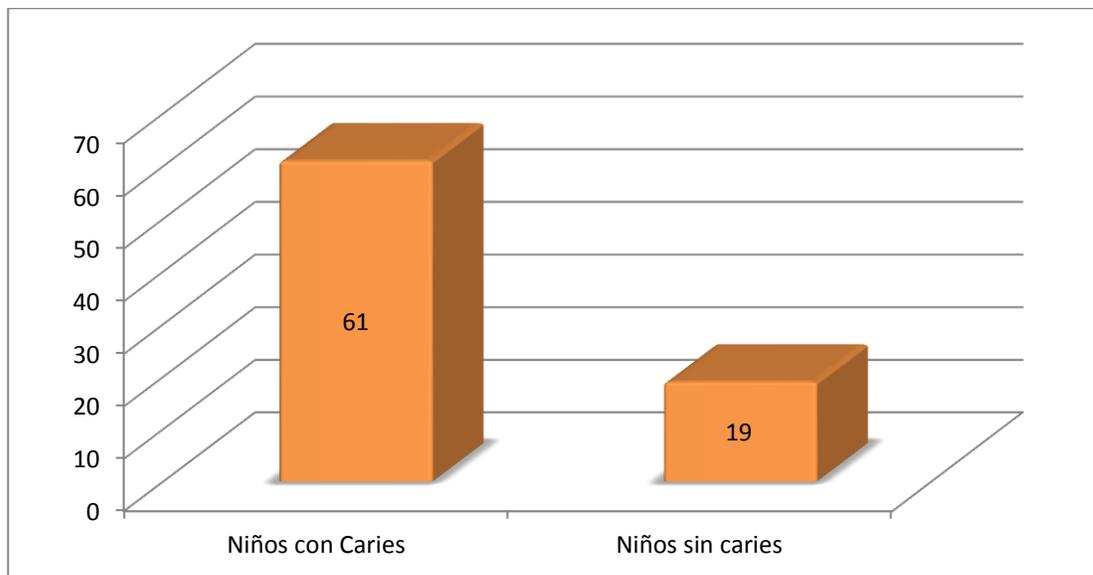


Gráfico No. 3.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 3: En esta investigación se observó que 61 pacientes están afectados por caries lo que corresponde al 23.75% y 19 pacientes que corresponde al 9% de la población estudiada no lo están.

Observando la obra de Ciamponi y colaboradores<sup>59</sup> (2003), se expone que:

Los resultados de un estudio realizado en México revelan un aumento de la prevalencia y gravedad de la caries dental con el 60% y una disminución con el 23% en dentición mixta de niños de 6 a 10 años en la población estudiada. dental. (p. 46).

En esta investigación los niños presentan una prevalencia de caries moderada, lo que coincide con la cita tomada en cuenta.

---

<sup>59</sup>Ciamponi, L., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowiscth, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker, Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República de Colombia: Amolca.

## CUADRO 4.

### Prevalencia de caries de la población de estudio según edad.

Edad	Pacientes con caries	Porcentaje	Pacientes sin caries	Porcentaje
6	23	38%	7	37%
7	2	3%	3	16%
8	8	13%	5	26%
9	16	26%	3	16%
10	12	20%	1	5%
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Prevalencia de caries de la población de estudio según edad.

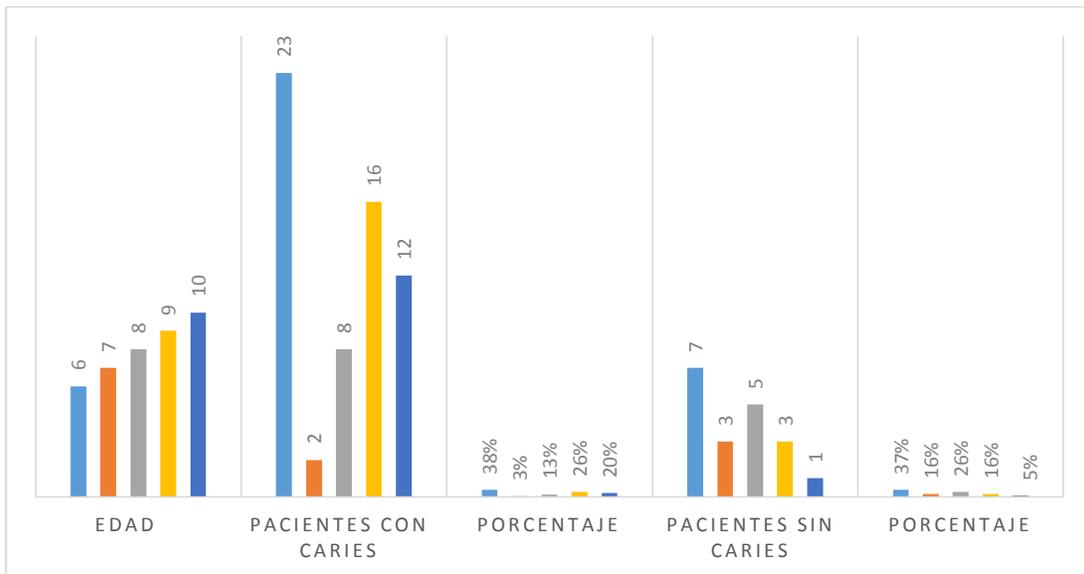


Gráfico No. 4.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 4: En esta investigación se observó que en el grupo de niños de 6 años 23 presentaron caries lo que representa un 38%, de los de 7 años 2 presentaron caries lo que corresponde al 3%, del grupo de 8 años 8 presentaron caries lo que representa un 13%, de los de 9 años 16 presentaron caries lo que representa 26% y del grupo de 10 años 12 presentaron caries lo que corresponde el 20%.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista ADM, consulté un artículo de Cuadrado y colaboradores<sup>60</sup> (2013), se cita que:

Se realizó un estudio en México durante los últimos años donde se ha acumulado evidencia sobre la disminución en la prevalencia y severidad de caries dental y el aumento en la proporción de niños libres de caries de 5 a 12 años, en la mayoría de los grupos poblacionales en países industrializados, y en ciertos países latinoamericanos. (p. 1).

Según los resultados obtenidos en esta investigación los niños de 6 años presentaron un porcentaje mayor de caries a diferencia de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>60</sup>Cuadrado, D., Peña, R., Gómez, J. (2013). El concepto de caries: Hacia un tratamiento no invasivo. Revista digital. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od132c.pdf>

## CUADRO 5.

### Distribución del CPO de acuerdo a la edad estudiada.

Edades	C	P	O	Total CPO
SEIS	7	9	10	26
SIETE	3	1	2	6
OCHO	15	1	7	23
NUEVE	27	10	22	59
DIEZ	26	6	11	43
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>27</b>	<b>52</b>	<b>157</b>

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Distribución del CPO de acuerdo a la edad estudiada.

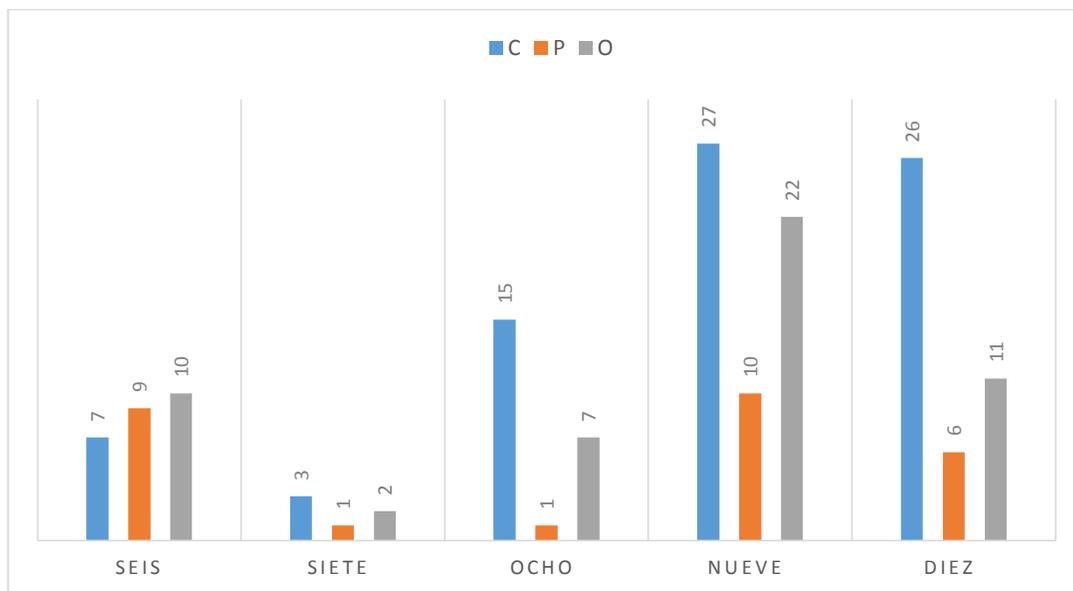


Gráfico No. 5.

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 5: Se observó que los niños de 6 años presentan 7 piezas cariadas, 9 perdidas y 10 obturadas, en los niños 7 años 3 piezas cariadas, 1 perdida y 2 obturadas, en los niños de 8 años 15 piezas cariadas, 1 perdida y 7 obturadas, en los niños de 9 años 27 piezas cariadas, 10 perdidas y 22 obturadas, en los niños de 10 años 26 piezas cariadas, 6 perdidas y 11 obturadas.

Observando la obra de Ciamponi y colaboradores<sup>61</sup> (2003), se expone que:

Se realizó un estudio longitudinal de un año de duración en una muestra de 820 preescolares de 4 años de edad en la Ciudad de Córdoba, Argentina, para establecer que la participación en la incidencia de caries, fue menor. (p. 46).

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en relación con el ceo hay una menor incidencia de caries, lo que coincide con la cita tomada en cuenta.

---

<sup>61</sup>Ciamponi, L., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowiscth, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker, Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República de Colombia: Amolca.

## CUADRO 6.

### Distribución del ceo de acuerdo a la edad estudiada.

Edades	c	E	O	Total Ceo
SEIS	63	13	41	117
SIETE	0	0	6	6
OCHO	0	2	21	23
NUEVE	5	12	37	54
DIEZ	15	0	27	42
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>27</b>	<b>132</b>	<b>242</b>

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Distribución del ceo de acuerdo a la edad estudiada.

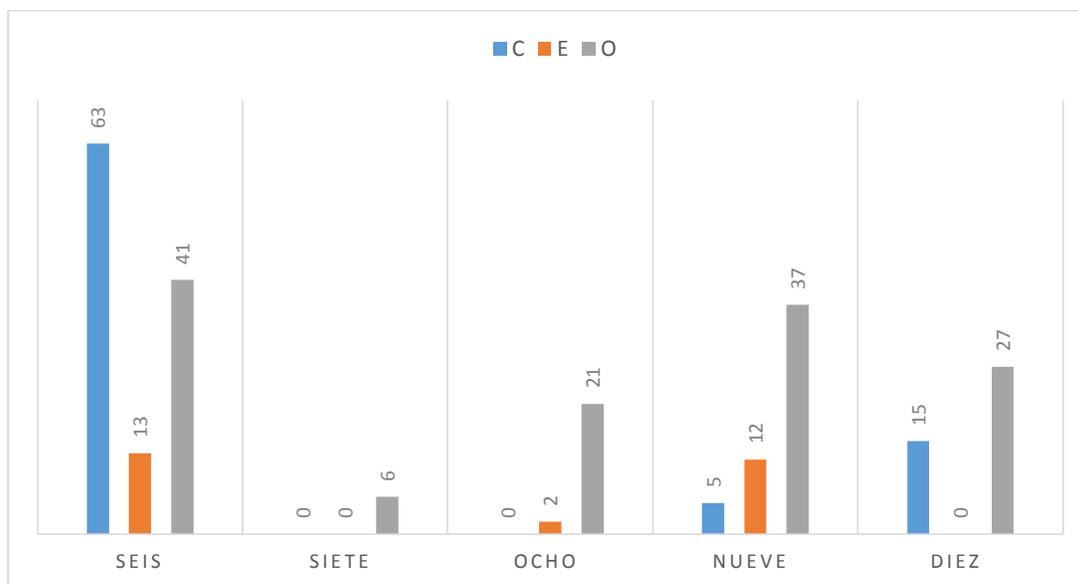


Gráfico No. 6.

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 6: Se observó que los niños de 6 años presentan 63 piezas cariadas, 13 exfoliadas y 10 obturadas, en los niños 7 años 0 piezas cariadas, 0 exfoliadas y 6 obturadas, en los niños de 8 años 0 piezas cariadas, 2 exfoliadas y 21 obturadas, en los niños de 9 años 5 piezas cariadas, 12 exfoliadas y 37 obturadas, en los niños de 10 años 15 piezas cariadas, 0 exfoliadas y 27 obturadas.

Observando la obra de Ciamponi y colaboradores<sup>62</sup> (2003), se expone que:

Al comparar los resultados de recientes estudios de corte transversal en la población preescolar de 5 años de edad de la Ciudad de Córdoba (Argentina) con los datos obtenidos por Battellino y Cols, en una investigación similar llevada a cabo en 1974, se deduce que en el intervalo de los últimos veinte años se ha producido un aumento (26,7%) en la proporción de niños sin experiencia de caries. (p. 46).

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en el ceo hay una significativa cantidad de piezas cariadas, lo que coincide con la cita tomada en cuenta.

---

<sup>62</sup>Ciamponi, L., Duarte, D., Santos, E., Rodrigues, E., Biancalana, H., Miranda, I., Prokopowiscth, I., Martines, J., Imparato, J., Guimaraes, L., Strazzeri, M., Bonecker, Bussadori, S., Chedid, S., Ferreira, S. (2003). Rehabilitación Bucal en Odontopediatría. República de Colombia: Amolca.

## CUADRO 7.

### Indicador epidemiológico de CPO.

Indicador	Valores	Nivel de riesgo	Riesgo
<b>C</b>	<b>78</b>	<b>0.97</b>	<b>Muy bajo</b>
<b>P</b>	<b>27</b>	<b>0.33</b>	<b>Muy bajo</b>
<b>O</b>	<b>52</b>	<b>0.65</b>	<b>Muy bajo</b>
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>1.96</b>	<b>Bajo</b>

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Indicador epidemiológico de CPO.

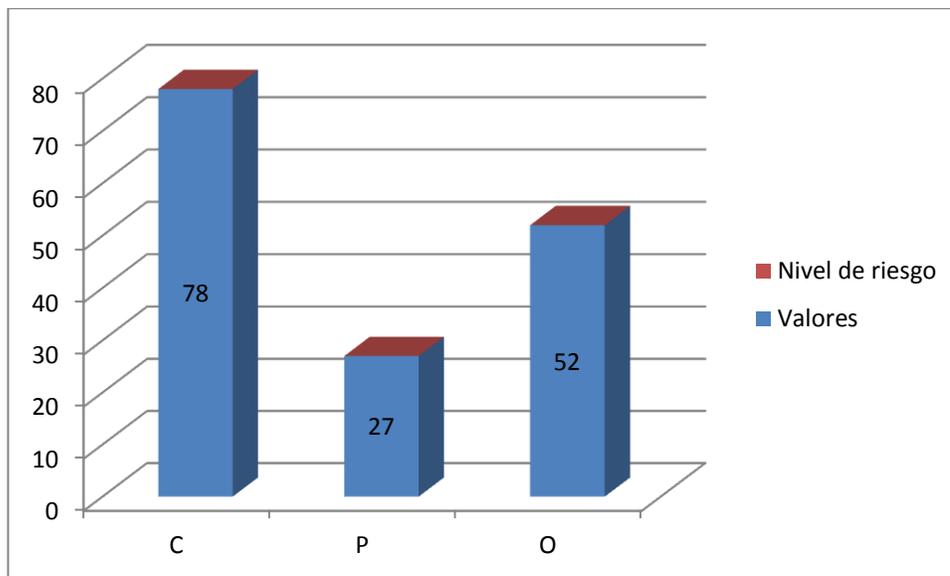


Gráfico No. 7.

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 7: Referente al indicador epidemiológico del CPO se observó 157 piezas cariadas, perdidas y obturadas que representa el 1.96% es decir que los niños tienen un nivel bajo de CPO.

Analizando informaciones disponibles en la página web de la Revista Salud Dental en escolares de la comuna de concepción Chile, consulté un artículo de Rene y colaboradores<sup>63</sup> (1962) se cita que: "Según estudios realizados en Chile se puede observar en el cuadro N1 que en los niños comprendidos entre 5 y 15 años en el promedio de los sin caries es del 1%. (p. 3)".

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en el CPO hay una menor cantidad de piezas cariadas lo que coincide con la cita mencionada.

---

<sup>63</sup>Rene, L., Migue, F., Laura, M., Sylvia, G., Hilda, E., Gerardo, T., Pedro, W. (1962). Salud Dental en escolares de la comuna de concepción, Revista Chilena. [En línea]. Consultado: [23, julio, 2015].  
Disponible en:  
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v53n2p115.pdf>

## CUADRO 8.

### Indicadores epidemiológicos de ceo.

Indicador	Valores	Nivel de riesgo	Riesgo
<b>C</b>	<b>83</b>	<b>1.03</b>	<b>Bajo</b>
<b>E</b>	<b>27</b>	<b>0.33</b>	<b>Muy bajo</b>
<b>O</b>	<b>132</b>	<b>1.65</b>	<b>Bajo</b>
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>3.01</b>	<b>Moderado</b>

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Indicadores epidemiológicos de ceo.

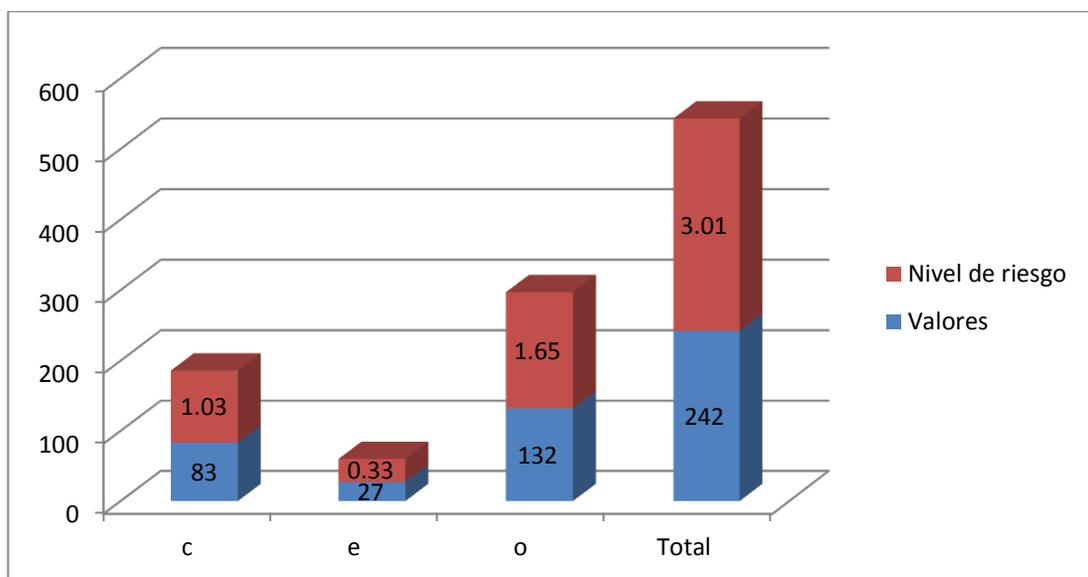


Gráfico No. 8.

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 8: Referente al indicador epidemiológico del ceo se observaron 242 piezas cariadas, exfoliadas y obturadas que representa el 3.01% es decir que los niños tienen un nivel de caries moderado.

Consultando nuevamente el artículo de Rene y colaboradores (1962)<sup>64</sup>, se transcribe que:

Se realizó un estudio en Chile donde indica en el cuadro N3 corresponde a la dentición temporal y en el que podemos ver que los mayores porcentajes del índice de ceo corresponde a la edad de 5 años (8,62), se mantiene hasta los 7 años y después bajan hasta llegar a los 15 (0,09) . Esto parece lógico porque, a medida que aumenta la edad, viene el período en que los dientes temporales son reemplazados por los permanentes. (p. 5).

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en el ceo hay una mayor cantidad de piezas cariadas lo que coincide con lo citado.

---

<sup>64</sup>Rene, L., Migue, F., Laura, M., Sylvia, G., Hilda, E., Gerardo, T., Pedro, W. (1962). Salud Dental en escolares de la comuna de concepción, Revista Chilena. [En línea]. Consultado: [23, julio, 2015].

Disponible en:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v53n2p115.pdf>

## CUADRO 9.

### Índice de HIOS.

<b>HIOS</b>	<b>VALOR</b>	<b>NIVEL RIESGO</b>	<b>RIESGO</b>
<b>PLACA</b>	<b>79</b>	<b>0.98</b>	<b>BUENO</b>
<b>CALCULO</b>	<b>4.1</b>	<b>0.05</b>	<b>EXCELENTE</b>
<b>GINGIVITIS</b>	<b>1.8</b>	<b>0.02</b>	<b>EXCELENTE</b>
<b>TOTAL</b>	<b>84.9</b>	<b>1.05</b>	<b>BUENO</b>

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Índice de HIOS.

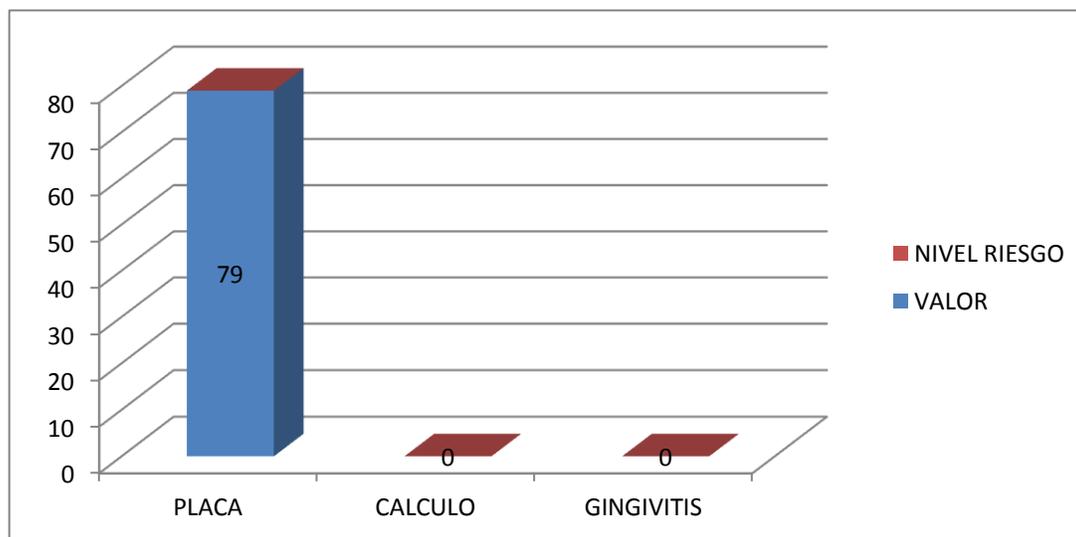


Gráfico No. 9.

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 2.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 9: En cuanto al índice de HIOS, la población estudiada presentó en placa un valor de 79 lo que representa un nivel de riesgo de 0.98 que es bueno, en cálculo presentó un valor de 4.1 lo que representa un nivel de riesgo de 0.05 que es excelente, en gingivitis presentó un valor de 1.8 lo que representa un nivel de riesgo de 0.02 que es excelente. El total presentó un valor de 84.9 lo que representa a un nivel de riesgo de 1.05 que es bueno en el índice de Higiene Oral Simplificada.

Consultando informaciones disponibles en la página de la Revista Latinoamericana de Hipertensión, consulte un artículo de Rosiris y colaboradores (2011),<sup>65</sup> se transcribe que:

En general, estudios realizados en Venezuela la muestra estudiada tenía niveles de higiene oral considerados como regulares y deficientes en el 90,5% de los casos, lo cual significa que 9 de cada 10 individuos mantienen condiciones de riesgo para el desarrollo de procesos inflamatorios en sus encías. (p. 2).

Según los resultados obtenidos se pudo observar que el índice de HIOS es bueno, lo que no coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>65</sup>Rosiris, B., María, R., Dinorath, B., Ligia, P., Esperanza, R., Luis, R., Valmore, B. (2011). Higiene Oral y Enfermedad Periodontal en individuos con síndrome metabólico. Revista Venezolana. [En línea]. Consultado: [22, julio, 2015].

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1702/170220592001.pdf>

## CUADRO 10.

### Distribución de la gingivitis según el sexo.

Edad	Pacientes	Porcentaje
6	2	100%
7	0	0%
8	0	0%
9	0	0%
10	0	0%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Distribución de la gingivitis según el sexo.

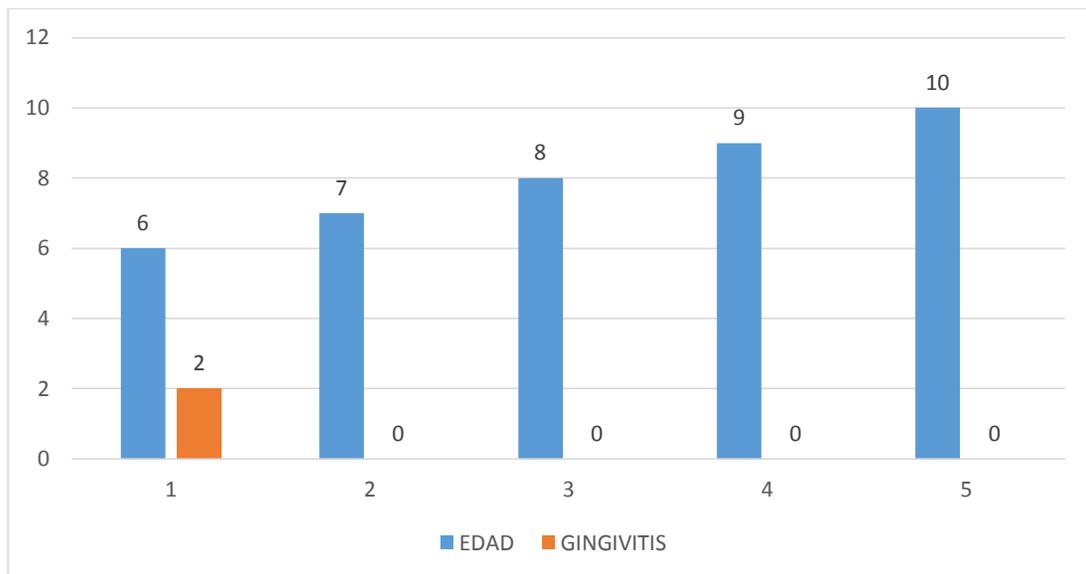


Gráfico No. 10.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 10: En cuanto al índice gingival según el sexo, los niños de 6 años, 2 presentaron gingivitis leve lo que corresponde al 100% de la población de estudio, porque los niños de las demás edades no tuvieron gingivitis.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Medicina Militar, consulté un artículo de Pérez y colaboradores<sup>66</sup> (2011), se cita que:

Se realizó un estudio en Venezuela observacional, descriptivo de corte transversal, en jóvenes de La Habana, durante el período comprendido entre septiembre 2008 y julio 2009, se analizaron las siguientes variables: Eficiencia del cepillado; según índice de análisis de higiene de Love que considera la higiene bucal buena 20% y deficiente 21% de superficies dentales coloreadas. Grado de afección gingival: según índice gingival de Silness y Loe; leve=1, moderada=2, severa=3. En la tabla 2 que se refiere a la distribución de los examinados según el estado de salud gingival, de 300, solo 54 (18%) estaban sanos (pp. 2-3).

Según los resultados obtenidos se pudo observar que en la distribución de la gingivitis el nivel encontrado en el grupo de estudio es excelente, lo que no coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>66</sup>Pérez, C., Vidal, M., Del Valle, M. (2011). Relaciones entre la higiene dental y la gingivitis en jóvenes. Revista cubana de medicina militar. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015].

Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n1/mil06111.pdf>

## CUADRO 11.

### Relación del nivel de conocimiento y salud oral.

Salud oral	Estado	Frecuencia	Porcentaje
Prevalencia de caries	Sanos	19	23.75%
	Cariados	61	76.25%
Placa dental	Excelente	1	1.25%
	Bueno	79	98.75%
	Regular	0	0%
Cálculo	Excelente	80	100%
	Bueno	0	0%
	Regular	0	0%
Gingivitis	Si	0	0%
	No	80	100%
Nivel de conocimiento	Muy alto	80	100%
	Alto	0	0%
	Moderado	0	0%

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

### Relación del nivel de conocimiento y salud oral.

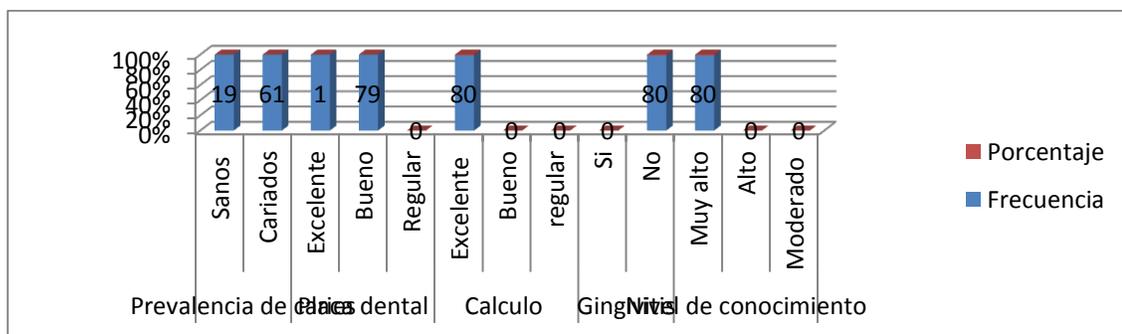


Gráfico No. 11.

Elaborado por: Autora de la tesis.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 11: Referente al estudio de esta investigación en la prevalencia de caries se observó que 19 niños presentan dientes sanos que corresponde al 23.75%, 61 niños presentan dientes cariados que corresponde al 76.25%. En placa dental se presentó 1 niño con excelente estado que corresponde al 1.5%, 79 niños con buen estado que corresponde al 98.75% y en regular 0. En cálculo presentó un excelente estado que corresponde al 100%, de igual manera en gingivitis, por último el nivel de conocimiento de los padres de la escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita es muy alto.

Leyendo informaciones disponibles en la página de la Revista Latinoamericana de Hipertensión, consulté un artículo de Rosiris y colaboradores (2011),<sup>67</sup> se transcribe que:

En un estudio realizado en Venezuela los hallazgos irritantes locales observados según el HIOS indican que la población investigada 98,4% presentó un nivel bueno placa bacteriana, cálculo dental y gingivitis lo que conlleva a catalogar a la higiene oral como buena, bajo sus niveles con relación al conocimiento en odontología. (p. 2).

Según los resultados obtenidos se pudo observar en la relación del nivel de conocimiento y salud oral que hay un nivel muy alto de conocimiento odontológico y una salud oral buena, lo que coincide con lo citado.

---

<sup>67</sup>Rosiris, B., María, R., Dinorath, B., Ligia, P., Esperanza, R., Luis, R., Valmore, B. (2011). Higiene Oral y Enfermedad Periodontal en individuos con síndrome metabólico. Revista Venezolana. [En línea]. Consultado: [22, julio, 2015].

Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1702/170220592001.pdf>

## Nivel de conocimiento.

### 1. ¿Considera que tener una dentadura con los dientes completos ayuda a?

CUADRO 12.

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
Ayuda pronunciar las palabras	44	55%
Elevar la autoestima	2	3%
Mejorar la calidad de vida	34	42%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### ¿Considera que tener dentadura con los dientes completos ayuda ?

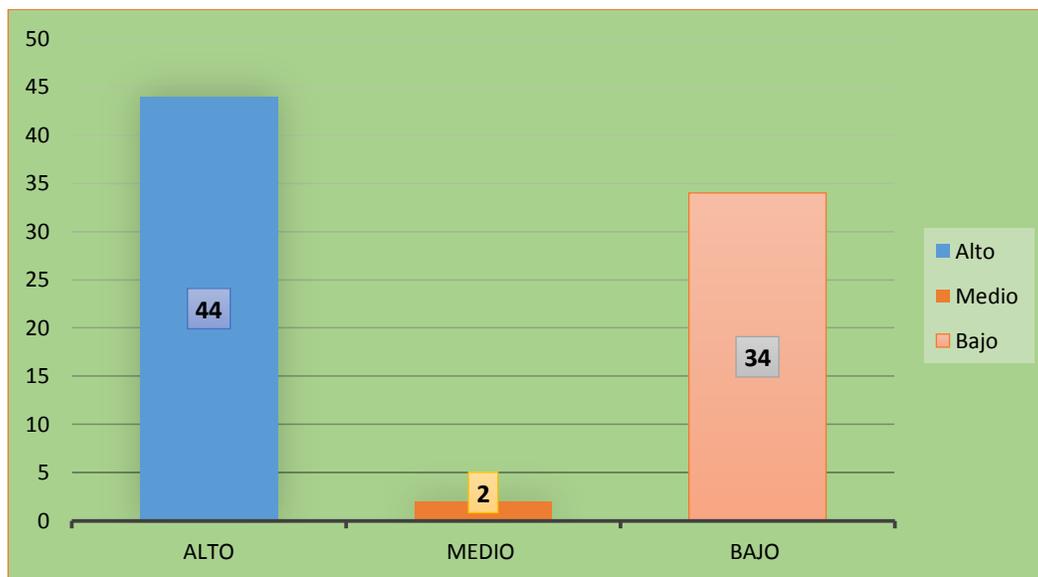


Gráfico No. 12.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 12: En este estudio se pone de manifiesto que tener dentadura con los dientes completos ayuda a?, siendo la respuesta más frecuente que ayuda a pronunciar las palabras en un 55% de los casos representados por 44 padres de familia, el 3% considera que eleva la autoestima por 3 padres de familia. El 42% considera que mejora la calidad de vida por 34 padres de familia.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la revista Cuad.Mec, consulté un artículo de Misrachi y Saez<sup>68</sup> (1989), se cita que:

La forma en que la gente vive, lo que come, lo que cree, lo que valora, la tecnología de que dispone, son determinantes significativos de la salud individual que permita conocer porque necesita sus dientes completos para pronunciar las palabras. (p. 1).

Según los resultados obtenidos se pudo observar, que tener dentadura completa ayuda a pronunciar las palabras, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>68</sup>Misrachi, C., Sáez, M. (1989). Valores, Creencias y Prácticas populares en relación a la Salud Oral. Cuad.Mec. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30\\_2\\_6.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1989/30/2/30_2_6.pdf)

## 2. ¿Para limpiar sus dientes qué usa al cepillarse?

**CUADRO 13.**

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
Cepillo, pasta dental, enjuague bucal, hilo dental	50	62%
Solo cepillo y pasta dental	30	38%
No conoce	0	0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### Para limpiar sus dientes qué usa al cepillarse.

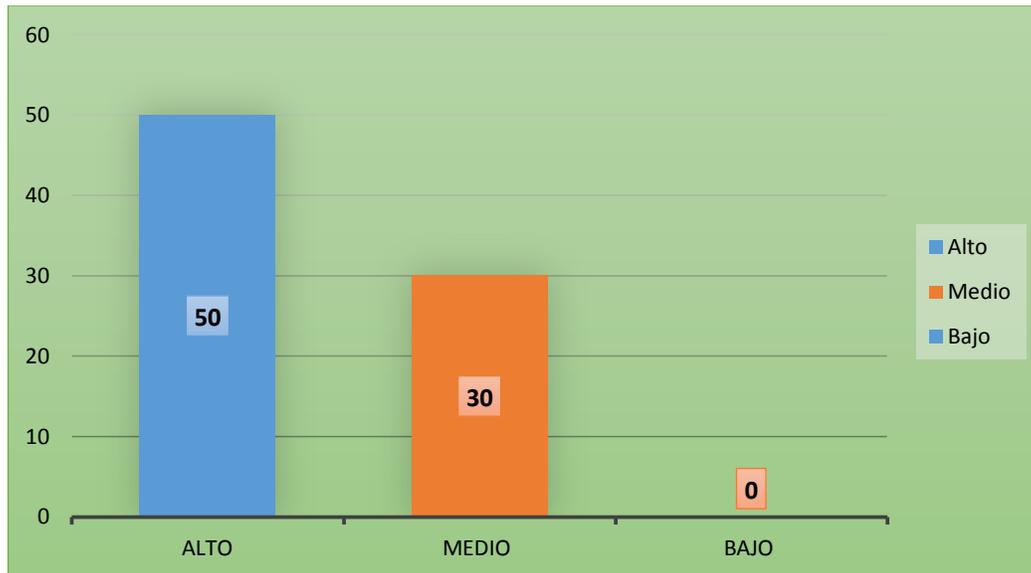


Gráfico No. 13.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 13: En este estudio se pone de manifiesto que para cepillar los dientes 50 padres de familia que corresponde al 62% usan cepillo, pasta dental, enjuague bucal e hilo dental, 30 padres de familia que corresponde al 38% usan sólo cepillo y pasta dental, mientras que la alternativa no conoce, no refleja porcentajes.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista digital, consulté un artículo de Soto<sup>69</sup> (2009), se transcribe que:

Se realizó un estudio en Cuba que el cepillado es la medida de prevención más importante junto con el cepillo, la pasta dental, hilo dental y enjuague bucal, ya que la función de la higiene dental es eliminar los residuos de alimentos, destruir u organizar la placa bacteriana, estimular la circulación de la sangre en las encías para evitar enfermedades bucales. (p. 3).

Según los resultados obtenidos en la investigación, los padres de familia utilizan para limpiar sus dientes pasta dental, cepillo dental, enjuague bucal e hilo dental, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>69</sup>Soto, M. (2009). Hábitos de higiene en la educación primaria. Revista digital. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014].

Disponible en:

[http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_14/MANGELES\\_SOTO\\_1.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/MANGELES_SOTO_1.pdf)

### 3. ¿En un año cuántas veces va al odontólogo?

CUADRO 14.

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
1 vez	47	59%
2 o 3 veces	32	40%
No va	1	1%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### En un año cuántas veces va al odontólogo.

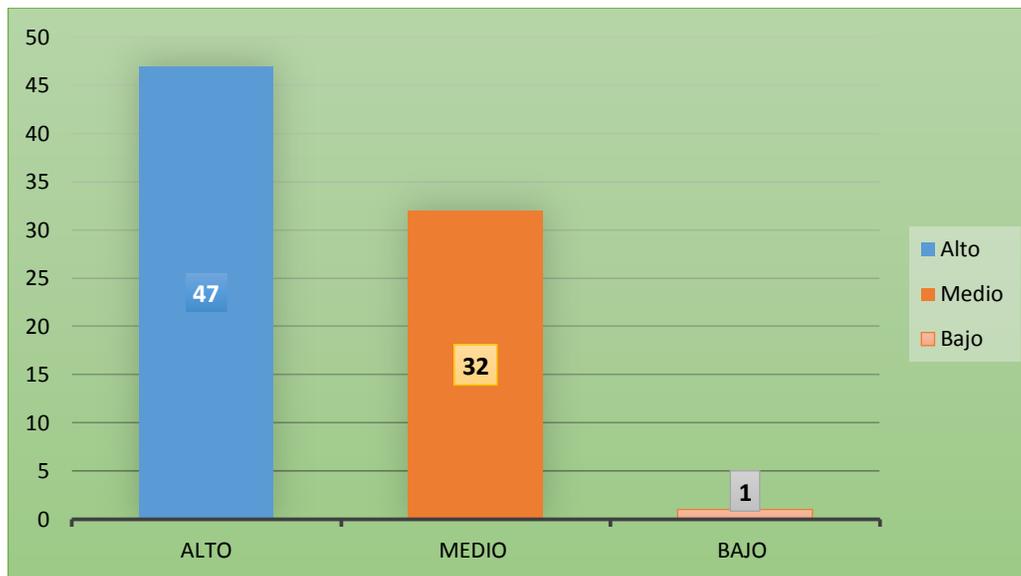


Gráfico No. 14.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 14: Según la encuesta realizada el 59% de los padres de familia con respecto a la pregunta: ¿En un año cuántas veces va al Odontólogo? Siendo la respuesta 1 vez en 47 padres de familia que corresponde al 59%. De 2 a 3 veces en un año 32 padres de familia que corresponde al 49% y 1 padre de familia que corresponde al 1% no asiste al consultorio odontológico.

Estudiando la tesis de Véliz<sup>70</sup> (2011), se cita que:

La consulta en el consultorio odontológico varía de acuerdo a la edad que tenga el niño aunque es 1 vez cada 6 meses. La personalidad del niño en el nivel de desarrollo social y del lenguaje influye directamente en la capacidad de comprender el proceso por el cual está pasando (atención odontológica) y las indicaciones que se les dan. La ansiedad, introversión, inseguridad, rebeldía y baja autoestima provocarían una respuesta poco favorable al stress producido por la atención odontológica. (p.p 9-10).

Según los resultados obtenidos en la investigación de estudio el mayor porcentaje de padres de familia asisten al odontólogo 1 vez al año, lo que no coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>70</sup>Véliz, C. (2011). Tesis conducente a Grado de Magister Evaluación del taller de adaptación a la atención Odontológica del Cefam Juan Pablo II de la Pintana. Tesis publicada. Escuela de Salud Pública. Universidad Mayor. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/344/1/Evaluacion%20del%20taller%20de%20adaptacion%20a%20la%20atencion%20Odontologi.pdf>

#### 4. ¿Cuáles han sido sus motivos de atención para los niños al Odontólogo?

CUADRO 15.

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
Limpieza, curar un diente por dolor y medicación para un diente	77	96%
Por curiosidad	2	3%
Ninguna	1	1%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

#### Cuáles han sido sus motivos de atención para los niños al Odontólogo.

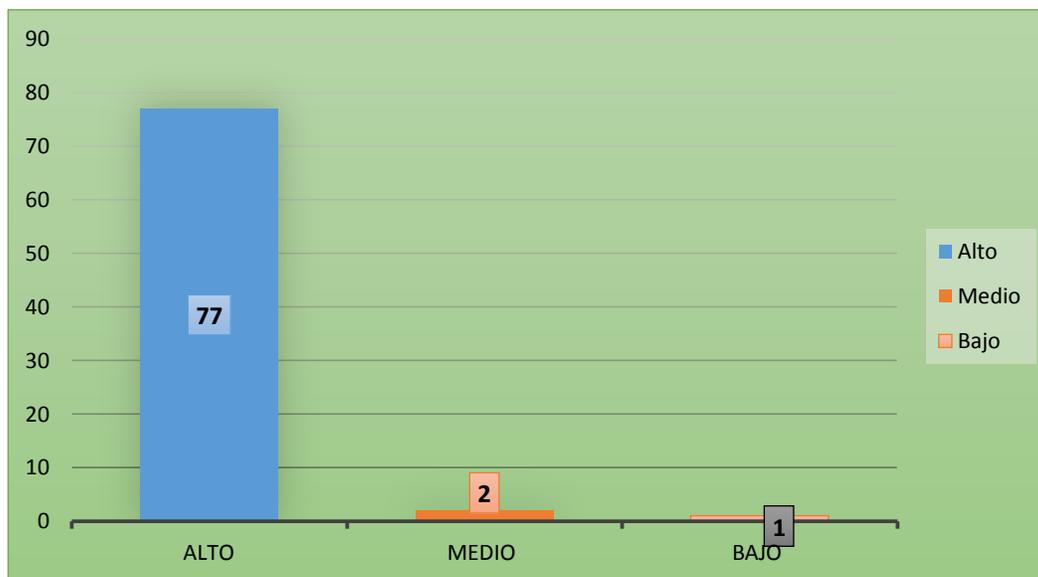


Gráfico No. 15.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 15: En la encuesta realizada sobre cuáles han sido sus motivos de atención para los niños al odontólogo, 77 pacientes equivalente a un 96% de los padres de familia presentó que sus motivos son para realizarse una limpieza, curar un diente por dolor y medicación para los dientes, 2 pacientes representados por un 3% respondió que por curiosidad y el 1% restante conformado por 1 persona, cuyo resultado se mostró que por ningún motivo asiste al odontólogo.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Biomed, consulté un artículo de Medina y colaboradores<sup>71</sup> (2006), se expone que:

Es fundamental en un estudio realizado en México que todo especialista en el manejo y la atención del paciente pediátrico, este instruido y capacitado en la variedad de técnicas de manejo de conducta dirigidas al control y educación del paciente, es adecuado asistir al odontólogo por varios motivos entre estos la limpieza dental, medicación y curar un diente. (p. 6).

Según los resultados obtenidos en la investigación de cuáles han sido los motivos por los que han llevado a sus niños al odontólogo son por una limpieza, curar un diente por dolor y medicación para un diente, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>71</sup>Medina, C., Maupome, G., Ávila, L., Pérez, R., Pelcastre, B., Pontigo, A. (2006.) Políticas de Salud Bucal en México: Disminuir las principales enfermedades. Una descripción. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2006/bio064e.pdf>

**5. Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento acerca de salud bucal.**

**¿Asistiría regularmente?**

**CUADRO 16.**

<b>Alternativas</b>	<b>Padres de familia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	72	90%
No	1	1%
A veces	7	9%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

**Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento acerca de salud bucal. Asistiría regularmente.**

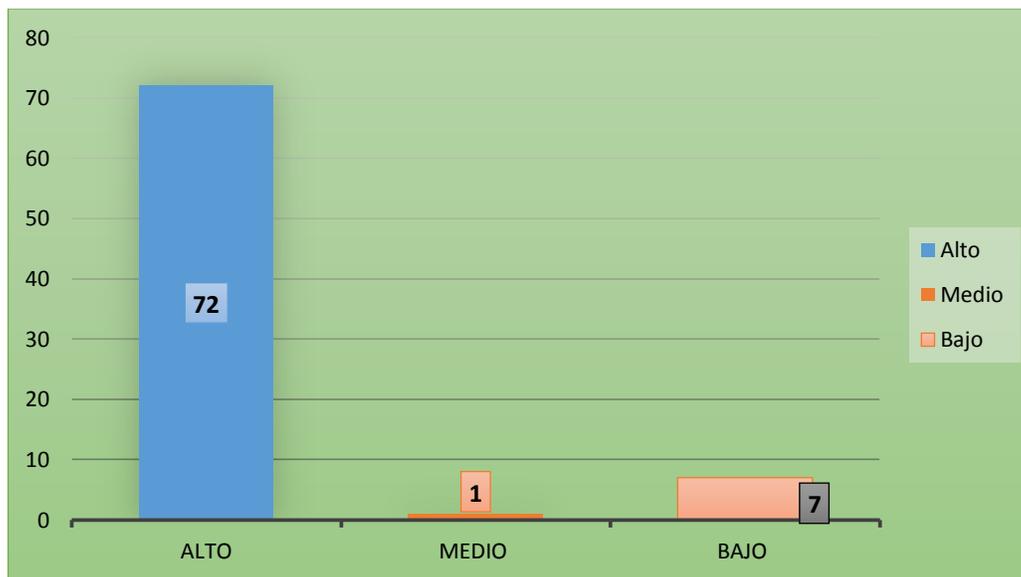


Gráfico No. 16.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4. .

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 16: Se evidenció en este estudio que el 90% de los padres de familia con respecto a la pregunta de la encuesta, la respuesta fue sí con 72 personas que asistirían regularmente a charlas sobre salud bucal. El 1% respondió que no asistirían con 1 persona, el 9% contestó que a veces con 7 personas.

Analizando la obra de Vidal<sup>72</sup> (2012), se transcribe que:

Aprender a aplicar esos valores: A las decisiones que tomamos y que queremos que otros tomen teniéndolos en cuenta.

Comprende que tomar decisiones implica asumir la responsabilidad de hacerlo y ser capaz de justificarlas normalmente, pero también tener valentía para defender los valores que hemos identificado y en los cuales confiamos.

Aprender a dialogar y a deliberar con otros acerca de estos valores: Debido a que hay otros valores y otras moralidades con las que queremos y debemos convivir para aprender y mejorar el conocimiento de salud bucal. (pp. 22-23).

Según los resultados obtenidos en la investigación de si recibiera charlas para mejorar su conocimiento acerca de salud bucal, muestra que sí asistirían lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>72</sup>Vidal, S. (2012). La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: Experiencias Realizadas y Desafíos Futuros. República Oriental de Uruguay: Unesco.

## 6. ¿Cuántas veces debe cepillarse los dientes al día?

**CUADRO 17.**

<b>Alternativas</b>	<b>Padres de familia</b>	<b>Porcentaje</b>
Después de cada comida	75	94%
Dos veces al día, al despertarse y acostarse	5	6%
Una vez al día	0	0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### **Cuántas veces debe cepillarse los dientes al día.**

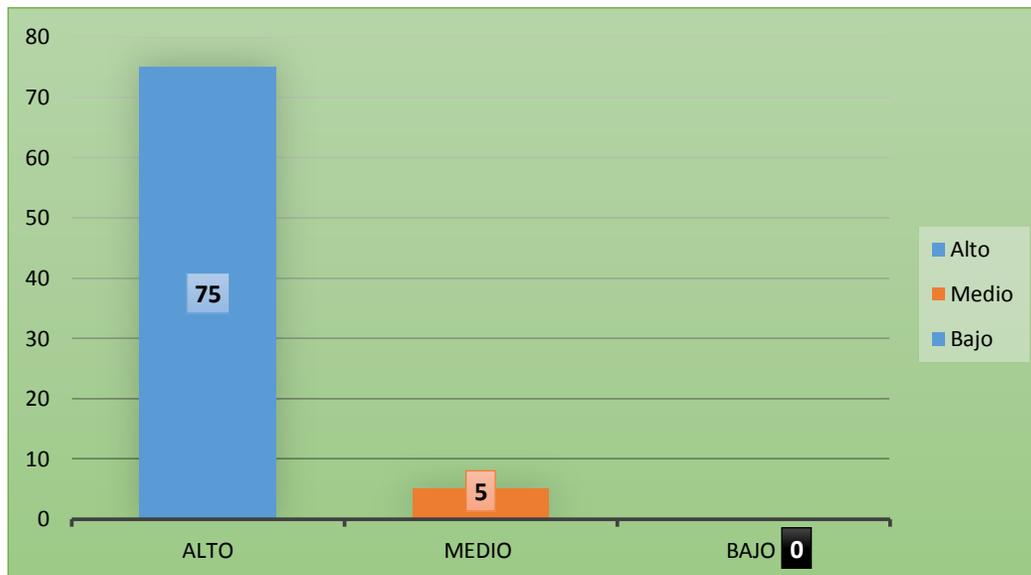


Gráfico No. 17.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 17: En este estudio realizado a los padres de familia señala que el 94% con 57 personas respondieron que después de cada comida, el 6% con 5 personas contestó que dos veces al día, al despertarse y acostarse, para la opción una vez al día no hubo resultados.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Registro de la Propiedad Industrial, consulté un artículo de Villalón, Oswaldo<sup>73</sup> (1988), se cita que:

### **Cepillado dental con pasta dental:**

La capacidad de la cámara formada en la cabeza del cepillo puede corresponder a la cantidad de pasta necesaria para un uso o bien para un número reducido de usos. Por la constitución del cepillo de la invención la extracción o salida de la pasta limpiadora al seno de las cerdas puede lograrse en la cantidad deseada y de un modo cómodo, ya que será suficiente ejercer una presión con el dedo pulgar sobre la cabeza del cepillo. Tanto el conjunto del cepillo, cabeza y mango como el tapón de cierre, serán preferentemente de material plástico. El tapón se fijara en el orificio de llenado a presión, asegurando un cierre hermético de la cámara contenedora de la pasta, el cepillo dental cumple una gran función y es utilizado después de cada comida, el cepillo dental cumple una gran función y es utilizado después de cada comida. (p. 2).

Según los resultados obtenidos en la investigación de cuántas veces deben cepillarse los dientes al día, muestra que los niños se cepillan sus dientes después de cada comida, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>73</sup>Villalón, G., Oswaldo, J. (1988). Cepillo de diente con pasta incorporada. Revista Registro de la Propiedad Industrial. [En línea]. Consultado: [4, junio, 2015].

Disponible en:

[http://www.espatentes.com/pdf/1004505\\_u.pdf](http://www.espatentes.com/pdf/1004505_u.pdf)

**7. ¿Presenta el niño manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos?**

**CUADRO. 18.**

<b>Alternativas</b>	<b>Padres de familia</b>	<b>Porcentaje</b>
Fríos y caliente	39	49%
Ácido y dulce	6	7%
Ninguna	35	44%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

**Presenta el niño manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos.**

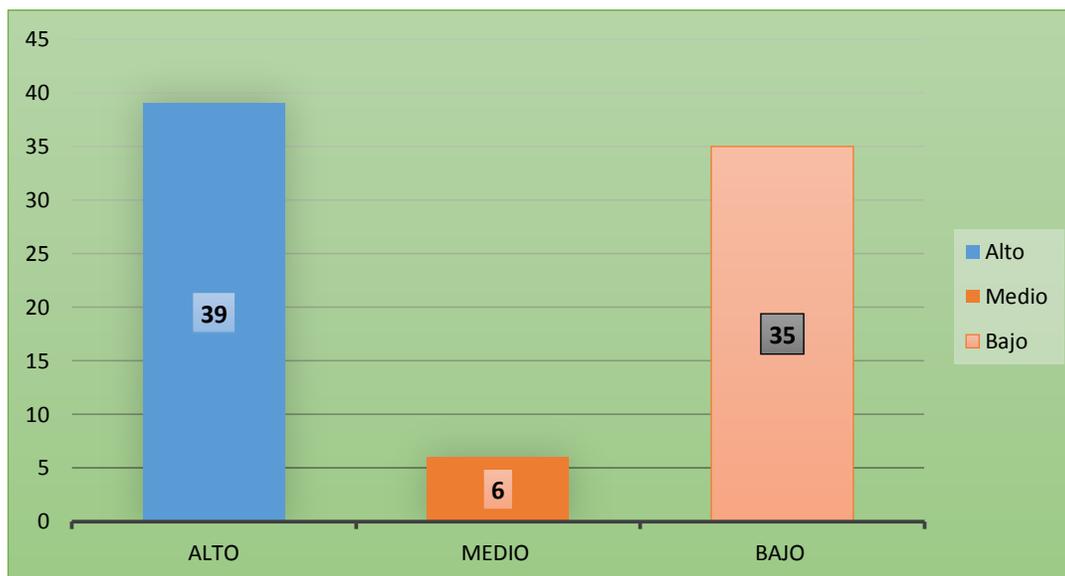


Gráfico No. 18.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 18: En la encuesta realizada sobre si el niño presenta manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos, el 49% con 39 personas respondió fríos y calientes, el 7% con 6 personas contestó ácido y dulce, el 44% con 35 personas dio como resultado que no conocen ninguna manifestación antes la ingesta de alimentos.

Consultando nuevamente la obra de Sánchez y colaboradores<sup>74</sup> (2004), se transcribe que:

Se realizó un estudio en Chile donde se pretende determinar el conocimiento del dolor en la dentición decidua, donde los niños de 5 y 6 años presentan más dolor en la ingesta de alimentos fríos y calientes de acuerdo con los resultados obtenidos. (p. 46).

Según los resultados obtenidos en la investigación de la pregunta presenta el niño manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos, los niños muestran presencia de dolor al consumir alimentos fríos y calientes, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>74</sup>Sánchez, R., Jiménez, S., Caballero, A., Porrata, C., Selva, L., Pineda, S., Bermúdez, M. (2004). Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. República de Cuba: Infanta.

**8. ¿Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas le han realizado a su niño?**

**CUADRO 19.**

<b>Alternativas</b>	<b>Padres de familia</b>	<b>Porcentaje</b>
Fluorización	54	67%
Sellantes	16	20%
No conoce	10	13%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

**Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas le han realizado a su niño.**

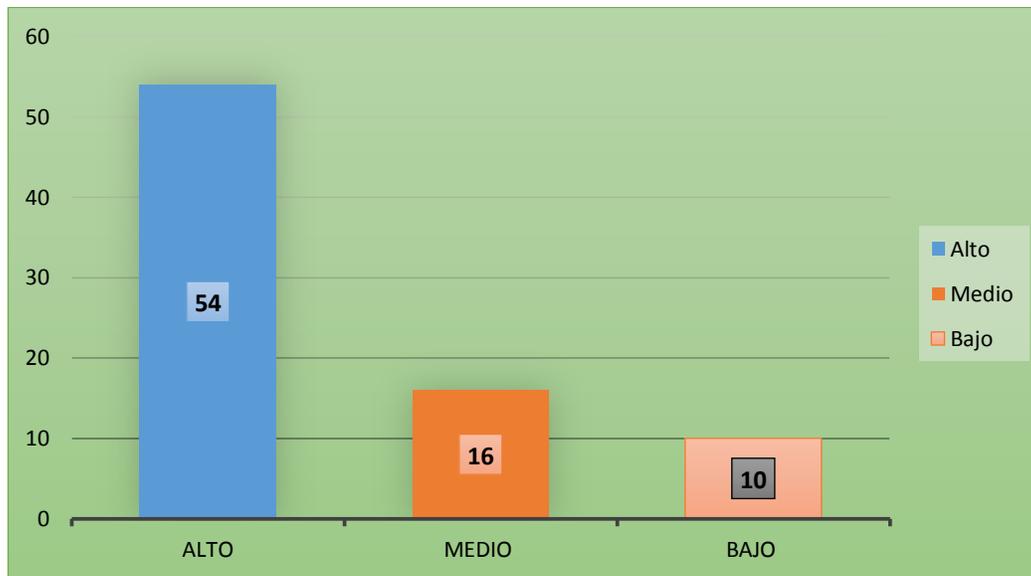


Gráfico No. 19.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 19: En la encuesta realizada sobre cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas le han realizado a sus niños, el 67% con 54 padres de familia la respuesta fue fluorización, el 20% con 16 personas contestó sellantes, el 13% con 10 personas no conoce medidas preventivas.

Analizando la obra de Cuenca y Baca<sup>75</sup> (2005), se transcribe que:

El nivel de conocimiento se divide en dos áreas: medidas preventivas de salud bucal y enfermedades bucales. En sentido amplio prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o bien interrumpir o aminorar su progresión como la colocación de flúor. Las enfermedades bucales naturalmente es una definición por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier afección tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento. (p. 1).

Según los resultados obtenidos en la investigación de cuál de las siguientes medidas preventivas le ha realizado a su niño, se observa que es la fluorización, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>75</sup>Cuenca, E., Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicación. Reino de España: Masson.

## 9. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiar usted su cepillo de dientes?

CUADRO 20.

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
Antes de los 6 meses	69	86%
De 6 meses a 1 año	8	10%
No sabe	3	4%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### Cada cuánto tiempo debe cambiar usted su cepillo de dientes.

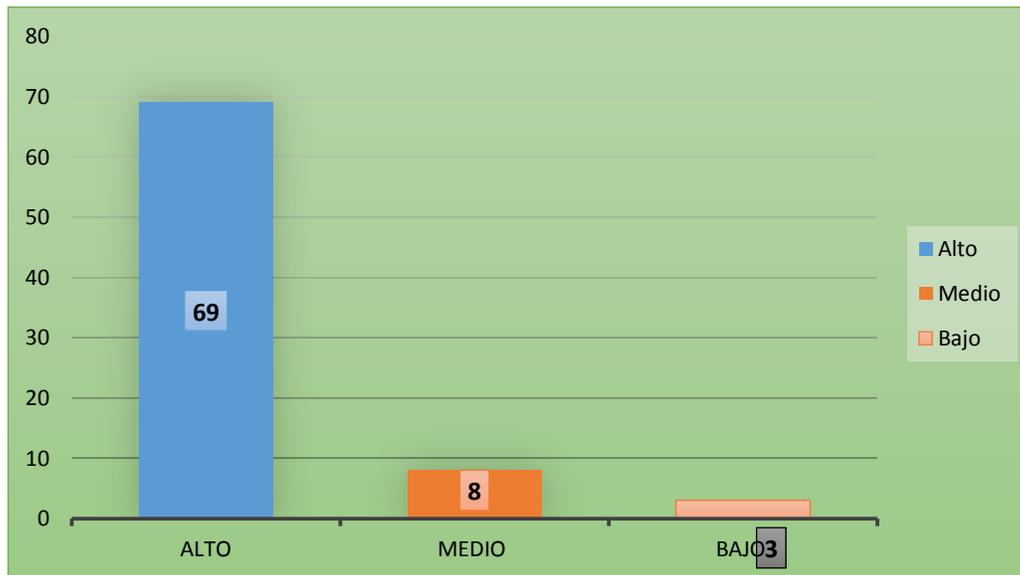


Gráfico No. 20.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 20: En la encuesta realizada sobre cada cuanto tiempo debe cambiar su cepillo de dientes el 86% con 69 padres de familia contestó antes de los 6 meses, el 10% con 8 personas contestó que de 6 meses a 1 año, el 4% con 3 personas no sabe cada cuanto tiempo deben cambiar su cepillo de dientes.

Estudiando informaciones disponibles en la Revista Margarita Marcelino de los Santos Facultad de Pedagogía, consulté un artículo de Barranca<sup>76</sup> (2011), se expone que:

Cepillos de dientes:

Un cepillo manual consta de dos partes: mango y cabezal.

Según la dureza de las cerdas se clasifica en: Ultrasuave, suave, normal, duro. El tiempo de vida promedio de un cepillo dental es de tres meses. Sin embargo esto es muy variable, de manera que deberemos cambiar el cepillo cuando veamos que las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además de que cuando ocurre esto el cepillo pierde su función de limpieza por eso debemos de cambiarlo antes de los 6 meses.

Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y debemos utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades (pp. 4-5).

Según los resultados obtenidos en la investigación de cada cuánto tiempo debe cambiar su cepillo de dientes, muestra que lo hacen antes de los 6 meses, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>76</sup>Barranca, A. (2011). Manual de Técnicas de Higiene Oral. Revista Margarita Marcelino de los Santos Facultad de Pedagogía. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Higiene-Oral.pdf>

## 10. ¿Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua?

**CUADRO 21.**

Alternativas	Padres de familia	Porcentaje
Siempre	63	79%
A veces	15	19%
No sabe	2	2%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

### Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua.

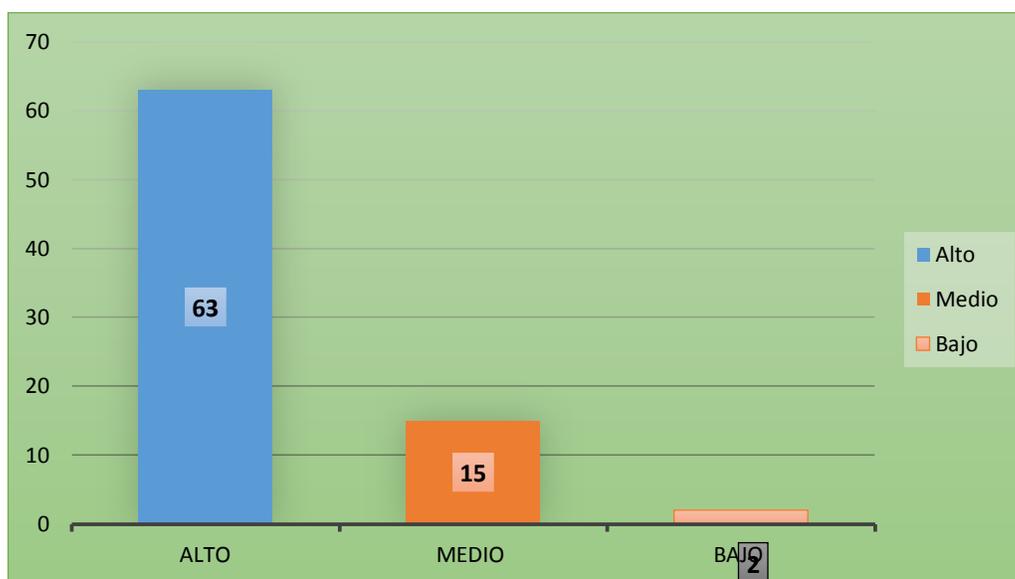


Gráfico No. 21.

Fuente: Encuesta realizada a los padres de familia de la escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita  
Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 21: En la encuesta realizada sobre al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua el 79% con 63 personas la respuesta fue siempre, el 19% con 15 personas respondió que a veces, el 2% con 2 personas contestó que no saben si su hijo se cepilla la lengua al cepillarse.

Investigando informaciones disponibles en la Revista Margarita Marcelino de los Santos Facultad de Pedagogía, consulté un artículo de Barranca<sup>77</sup> (2011), se transcribe que:

Lavador de lengua: El limpiador lingual está diseñado específicamente para llegar a las zonas más lejanas de la lengua. Es importante que conste de dos caras: Una de perfil ondulado especial para adaptarse a la depresión central de la lengua, y, otra de perfil liso, para limpiar los laterales, siempre debemos lavarnos la lengua en el cepillado para evitar la formación de bacterias.

Según los resultados obtenidos en la investigación de si al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua, el mayor porcentaje de los padres respondió que siempre, lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>77</sup>Barranca, A. (2011). Manual de Técnicas de Higiene Oral. Revista Margarita Marcelino de los Santos Facultad de Pedagogía. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Higiene-Oral.pdf>

## CUADRO 22.

### Resultados de la encuesta.

Escala para medir el nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la escuela “Ernesto Aveiga” de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.	Valores			8-10	4-7	1-3	Total
	1	0.5	0	Respuestas correctas	Respuestas correctas	Respuestas incorrectas	
	Alto	Medio	Bajo	Nivel bueno	Nivel regular	Nivel malo	
1. Considera que tener una dentadura completa es importante para pronunciar bien las palabras.	1	0.5	0	34	2	44	80
2. Para limpiar sus dientes que usa al cepillarse.	1	0.5	0	50	30	0	80
3. Cuantas veces asiste al odontólogo en un año.	1	0.5	0	47	32	1	80
4. Los motivos de asistir al odontólogo cuales son mayormente.	1	0.5	0	77	2	1	80
5. Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento odontológico asistiría con regularidad.	1	0.5	0	72	1	7	80
6. Conoce cuantas veces debe cepillarse los dientes al día.	1	0.5	0	75	5	0	80
7. El niño presenta manifestaciones de dolor ante la ingesta de alimentos.	1	0.5	0	39	6	35	80
8. Qué medida odontológica preventiva le realiza a su niño.	1	0.5	0	54	16	10	80
9. En qué tiempo debe de cambiar su cepillo de dientes.	1	0.5	0	69	8	3	80
10. Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua.	1	0.5	0	63	15	2	80
<b>Total de preguntas por cada ítem de la encuesta realizada a los padres de familia.</b>				580	117	103	80

Elaborado por: Autora de la tesis. Anexo 4.

Fuente: Información brindada por los padres de familia de la escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita.

## **Análisis e interpretación.**

Cuadro 22: En la encuesta realizada sobre el nivel de conocimiento odontológico de los padres de acuerdo a la escala de 8 a 10 preguntas bien contestadas es un nivel muy alto, de 4 a 7 preguntas es un nivel alto y de 3 a 1 es un nivel moderado, sobreentendiéndose que si no tiene ninguna pregunta bien contestada es un nivel bajo.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana, consulte un artículo de Dávila y Mujica<sup>78</sup> (2008) puedo citar que:

Con relación al nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención en salud bucal se observó antes de la aplicación del programa que un 74% presento un nivel de conocimiento muy alto y 24% es un nivel de conocimiento alto, solo el 2% fue regular, persistiendo la baja en los porcentajes comparados con las investigaciones revisadas. (p. 5).

Según los resultados de las encuestas realizadas en esta investigación, se observó que los padres presentan un nivel de conocimiento muy alto lo que coincide con el estudio de la cita tomada en cuenta.

---

<sup>78</sup>Dávila, M., Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Revista Acta odontológico Venezolana. [En línea]. Consultado: [16, julio, 2015].

Disponible en:

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa\\_educativo\\_escolares.pdf](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/programa_educativo_escolares.pdf)

## **CAPÍTULO V.**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones.**

#### **5.1. Conclusiones.**

En la población de estudio se determinó que el nivel de conocimiento odontológico de los padres es muy alto.

De 80 niños, 61 presentan caries, lo que indica que tienen índice moderado, mientras que su higiene bucal es buena.

Los niños presentan un índice de caries moderado debido a que los padres de familia tienen un nivel de conocimiento odontológico muy alto y, esto demuestra que es necesario que se deba fortalecer la promoción de salud para mantener una calidad de vida y así evitar enfermedades a futuro.

#### **5.2. Recomendaciones.**

Es fundamental mantener el nivel de conocimiento odontológico por medio de la difusión de medidas de promoción de salud a través de charlas de educación utilizando el material didáctico existente en la unidad educativa para que se beneficien todos los miembros de la institución

Es necesario que los niños tengan una correcta higiene bucal con los elementos adecuados para conservar sus piezas dentales sanas y así mantener el buen estado de la salud oral permitiendo elevar la calidad de vida de los niños y niñas de la escuela.

## **CAPÍTULO VI.**

### **6. Propuesta.**

#### **6.1. Tema.**

Fortalecimiento de medidas preventivas para mantener una salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años de la Escuela Ernesto Aveiga de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

#### **6.1.1. Entidad ejecutiva.**

Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

#### **6.1.2. Clasificación del proyecto.**

Tipo social y educativo.

#### **6.1.3. Localización geográfica.**

La Unidad Educativa Ernesto Aveiga se encuentra localizada en la calle 50 de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

#### **6.1.4. Período de ejecución.**

Fecha de inicio: 23 de junio.

Fecha de Finalización: 25 de junio.

## **6.2. Justificación.**

Según los resultados obtenidos en la investigación realizada de la Unidad Educativa Ernesto Aveiga existe un nivel de conocimiento odontológico de los padres muy alto, también se observó un índice moderado de caries en los niños y niñas, así nos podemos dar cuenta que los niños tienen un nivel de caries moderado a pesar de que los padres tienen muy alto nivel de conocimiento odontológico, por tal razón esta propuesta se basa en educar a los niños y a los padres por medio de un plan de charlas educativas sobre las medidas preventivas odontológicas y de esta forma fortalecer su nivel de conocimiento odontológico.

## **6.3. Marco institucional.**

En el año 1985 un señor de apellido Colón Bailón donó un terreno a pedido de los moradores de este sector para la creación de una escuela, ya que había la necesidad de una institución educativa para este sector. Para el año de 1985 se creó la escuela bajo el nombre Felipe Saúl Morales la cual comenzó con un solo profesor por algún tiempo funcionó como particular después de gestionar se pudo conseguir el 29 de octubre de 1997 mediante acuerdo ministerial #182 se la fiscalización con un nuevo nombre.

Escuela Ernesto F. Aveiga Zambrano se dio este nombre debido a que los familiares del señor antes mencionado ayudaron para el funcionamiento de la escuela de dicho nombre con un número de 33 estudiantes de Las Vegas de la parroquia Crucita.

En la actualidad año lectivo 2015-2016 la institución cuenta con 120 estudiantes del inicial a séptimo año de educación básica con 6 docentes profesionales en Ciencias de la Educación.

#### **6.4. Objetivos.**

##### **6.4.1. Objetivo general.**

Promover medidas preventivas para mantener la salud oral de los niños y niñas.

##### **6.4.2. Objetivos específicos.**

Proveer material educativo sobre salud oral a la escuela y elementos de higiene oral a los niños con la finalidad de que se aumente el nivel de conocimiento odontológico.

Concientizar a los padres de familia para que tengan una mayor participación en el mantenimiento de la salud bucal.

##### **6.4.3. Descripción de la propuesta.**

Los niños y niñas que acuden a la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita de cantón Portoviejo mostraron una moderada incidencia de caries por esta razón se decidió realizar charlas educativas apoyadas con una gigantografía sobre temas de salud oral, se realizó también la entrega de vasos, cepillos y pastas de dentales con el propósito de fortalecer el conocimiento odontológico que tenían los padres.

**6.4.4. Responsables.**

Autora de la tesis y Odontóloga del subcentro de salud Crucita.

**6.4.5. Beneficiarios.**

Se dividen en:

Beneficiarios directos. Estudiantes.

Indirectos. Familiares de los niños y niñas, así como los miembros de la comunidad educativa.

**6.4.6. Diseño metodológico.**

La planificación de la propuesta implica que realicen las siguientes actividades.

**Primera fase:**

Plantear los temas a desarrollarse de manera didáctica tomando en consideración el nivel intelectual de la población beneficiaria.

Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución de la propuesta.

**Segunda fase:**

Entrega del material para las charlas que se realizaron en la escuela a las profesoras.

Entrega de vasos y cepillos dentales.

**6.4.7. Factibilidad.**

La propuesta es factible porque los niños y niñas de 6 a 10 años de la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo cuentan con los

conocimientos de prevención oral y las autoridades junto con sus docentes de la misma dejaron constancia de su compromiso y predisposición en la realización de las réplicas de la información adquirida.

#### **6.4.8. Sostenibilidad.**

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de los padres de familia, también con los niños de la Escuela Ernesto Aveiga y personal docente junto con la Odontóloga del subcentro de salud Crucita, que serán responsables de realizar las réplicas de la información que le servirá a los niños y padres de familia para reforzar el nivel de conocimiento odontológico y evitar la aparición de problemas en la cavidad oral, a través de un acta de compromiso firmado por los responsables de la misma. Lo cual hace que esta propuesta sea sostenible.

## Anexo 1.



### Universidad San Gregorio de Portoviejo.

#### Carrera de Odontología.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo durante el período marzo-julio de 2015.

#### Encuesta

N. de Orden:

Fecha:

Establecimiento:

Edad:

Sexo:

Paralelo:

El presente cuestionario nos permitirá tener una información sobre el nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral, no existen respuestas buenas o malas, todas son útiles, por favor conteste con sinceridad.

**Instrucción:** Marque con una X su respuesta.

#### 1. Considera. ¿Qué tener dentadura con los dientes completos ayuda a?

Ayuda pronunciar las palabras.

( )

Elevar la autoestima.

( )

Mejorar la calidad de vida.

( )

**2. ¿Para limpiar sus dientes qué usa al cepillarse?**

Cepillo, pasta dental, enjuague bucal, hilo dental. ( )

Solo cepillo y pasta dental. ( )

No conoce. ( )

**3. ¿En un año cuántas veces va al odontólogo?**

1 vez. ( )

2 o 3 veces. ( )

No va. ( )

**4. ¿Cuáles han sido sus motivos de atención para los niños al odontólogo?**

Limpieza, curar un diente por dolor y medicación para un diente. ( )

Por curiosidad. ( )

Ninguna. ( )

**5. Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento acerca de salud bucal. ¿Asistiría regularmente?**

Sí. ( )

No. ( )

A veces. ( )

**6. ¿Cuántas veces debe cepillarse los dientes al día?**

Después de cada comida. ( )

Dos veces al día, al despertarse y acostarse. ( )

Una vez al día. ( )

**7. ¿Presenta el niño manifestación de dolor en los dientes ante la ingesta de los siguientes alimentos?**

Fríos y caliente. ( )

Ácido y dulce. ( )

Ninguna. ( )

**8. ¿Cuál de las siguientes medidas preventivas odontológicas le han realizado a su niño?**

Fluorización. ( )

Sellantes. ( )

No conoce. ( )

**9. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiar usted su cepillo de dientes?**

- Antes de los 6 meses. ( )  
De 6 meses a 1 año. ( )  
No sabe. ( )

**10. ¿Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua?**

- Siempre. ( )  
A veces. ( )  
No sabe. ( )

**Anexo 2.**

**Ficha clínica.**

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M/F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	------	---------------------

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS PROGRAMADO	20 - 29 AÑOS	30 AÑOS O MÁS	EMBAZADA
----------------	------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------	--------------	---------------	----------

**1 MOTIVO DE CONSULTA** INDICAR LA CAUSA DEL PROBLEMA DE LA POSIBLES APOYANDO

**2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL** REGISTRAR SÍMBOLO DENTOLÓGICO, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, SÍNTOMAS, DOLOR, MANEJO, TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN, ESTADÍSTICA

**3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. RENO IRREGULAR	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ADMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDÍACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-------------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

**4 SIGNOS VITALES**

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA/min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRATORIA/min
------------------	-------------------------	----------------	---------------------

**5 EXÁMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO** SEÑALAR SI LA FUNCIÓN DE LA REGIÓN SEÑALADA INTERFIERE EL MANDIBULAR

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. FRENILLO	8. CARPILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. DRO FARINGEA	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

**6 ODONTOGRAMA** PRETENDIENDO ASÍ, PARA TRATAMIENTO REALIZADO: NO SE PONE PATOLOGÍA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN MARCAR 'X' (1, 2 & 3), SI APOYA

**7 INDICADORES DE SALUD BUCAL**

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CALDOSO	GINGIVITIS	LEVE	ÁNGULO I	LEVE
	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	MODERADA	ÁNGULO II	MODERADA
				SEVERA	ÁNGULO III <th>SEVERA</th>	SEVERA
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
<b>TOTALES</b>						

**8 INDICES CPO-ceo**

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

**9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA**

- \* = SELLANTE NECESARIO
- \* = SELLANTE REALIZADO
- X = EXTRACCIÓN INDICADA
- X = PÉRDIDA POR CARIES
- = PÉRDIDA (OTRA CAUSA)
- △ = ENDODONCIA
- = PRÓTESIS FIJA
- = PRÓTESIS REMOVIBLE
- = PRÓTESIS TOTAL
- = CORONA
- = OBLITO
- = OBLITADO
- = CARIES

**Anexo 3.**

**PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, el abajo firmante; \_\_\_\_\_

Con residencia en: \_\_\_\_\_

Acepto tomar parte en este estudio titulado: "Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo durante el período marzo-julio de 2015.

La egresada María de los Ángeles Jara Cañarte investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

\_\_\_\_\_  
María de los Ángeles Jara Cañarte.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO.

## Anexo 4.

### Escala.

**Escala para medir el nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.**

Escala para medir el nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo.	Valores			Preguntas de los padres	Preguntas de los padres	Preguntas de los padres	Total
	1	0.5	0				
	Alto	Medio	Bajo	8-10	4-7	1-3	
1. Considera que tener una dentadura completa es importante para pronunciar bien las palabras.							
2. Para limpiar sus dientes que usa al cepillarse.							
3. Cuantas veces asiste al odontólogo en un año.							
4. Los motivos de asistir al odontólogo cuales son mayormente.							
5. Si recibiera charlas para mejorar su conocimiento odontológico asistiría con regularidad.							
6. Conoce cuantas veces debe cepillarse los dientes al día.							
7. El niño presenta manifestaciones de dolor ante la ingesta de alimentos.							
8. Qué medida odontológica preventiva le realiza a su niño.							
9. En qué tiempo debe de cambiar su cepillo de dientes.							
10. Al cepillarse los dientes su hijo también se cepilla la lengua.							

**Anexo 5.**

**Matriz de operacionalización de las variables.**

<b>Variable:</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Escala:</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Indicador:</b>
Edad.	Cuantitativa discreta.	6-7/ 7-8/ 8-9/ 9-10	Edad cronológica.	Frecuencia y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal.	Femenino/ Masculino.	Sexo biológico.	Frecuencia y porcentaje.
Nivel de conocimiento odontológico ..	Cualitativa nominal dicotómica.	Bueno. Regular. Malo.	Se determina según la respuesta de la encuesta los niveles de conocimiento odontológico: 8-10 respuestas buenas. 4-7 respuestas regulares. 0-3 respuestas malas.	Frecuencia y porcentaje.
Caries dental.	Cuantitativa discreta.	Nivel de severidad: 0-1.1 1.2-2-6 2.7-4.4 4.5-5.6 6.6 y +	Según el índice CP.O y Ceo: Muy bajo. Bajo. Moderado. Alto. Muy alto.	Frecuencia y porcentaje.
Placa bacteriana.	Cualitativa discreta.	0 1 2 3	Según el índice de HIOS: Excelente. Bueno. Regular. Malo.	Frecuencia y porcentaje.
Gingivitis	Cualitativa discreta.	0 1 2 3	Según el índice de Loe y Silness: Ausencia. Leve. Moderada. Severa.	Frecuencia y porcentaje.

Nota: Matriz de Operacionalización de las variables.  
Elaborado por: Autora de tesis. Anexo 5.

## **Anexo 6.**

### **Ética**

A cada uno de los 80 padres de los pacientes de la población en estudio se les solicitó su consentimiento informado por escrito, en el cual, el padre o madre del paciente declara estar de acuerdo en contribuir voluntariamente con la información solicitada para la realización de la investigación. En este mismo documento se le hace saber al paciente que su identidad no será revelada u toda la información que se obtendrá de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos serán utilizados estrictamente para el desarrollo de la investigación, sin segundos propósitos ajenos a la investigación, manteniendo una absoluta confidencialidad de la información. Finalmente se le hace saber al padre o madre del paciente, que si fuera el caso de que su hijo o hija no participar en la investigación, se respetará y garantizará su derecho ciudadano de continuar recibiendo la atención odontológica, pues este estudio es absolutamente con fines académicos. Consentimiento informado. (Anexo 3).

**Anexo 7.****Presupuesto.**

<b>MATERIAL.</b>	<b>CANTIDAD.</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>COSTO UNITARIO.</b>	<b>COSTO TOTAL.</b>
Papel Bond.	1	Resmas.	4.00	4.00
Anillados	5	Unidad	2.00	10.00
Fotocopias.	200	Unidad.	0.02	4.00
Material de oficina	3	Unidad	10.00	10.00
Cartucho de tinta blanco y negro.	1	Unidad.	80.00	80.00
Materiales de Oficina.	8	Unidad.	10.00	10.00
Internet	10	Horas	10.00	10.00
Pen drive de 8 gigas.	1	Unidad.	11.00	11.00
Viáticos.	30	Dólar.	2.00	60.00
Empastados.	4	Unidad.	10.00	6.00
Espejo bucal.	4	Unidad.	2.00	8.00
Sonda periodontal.	2	Unidad.	4.00	8.00
Exploradores.	4	Unidad.	2.00	8.00
Guantes.	2	Caja.	7.00	14.00
Mascarillas.	1	Caja.		6.00
Subtotal.				249.00
Imprevistos.				28.90
<b>TOTAL.</b>	<b>280</b>	<b>-----</b>	<b>\$156.02</b>	<b>\$277.90</b>



## Anexo 9.

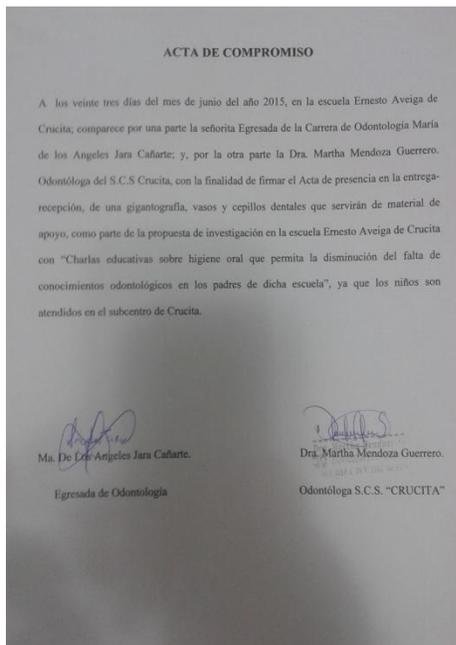


Foto 1. Acta de socialización de la propuesta con la Dra. Martha Guerrero Mendoza. Odontóloga de Subcentro de Salud Crucita.

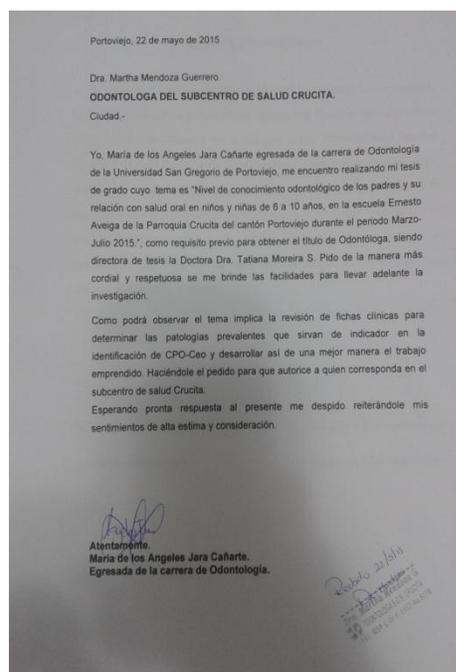


Foto 2. Desarrollo de la propuesta.

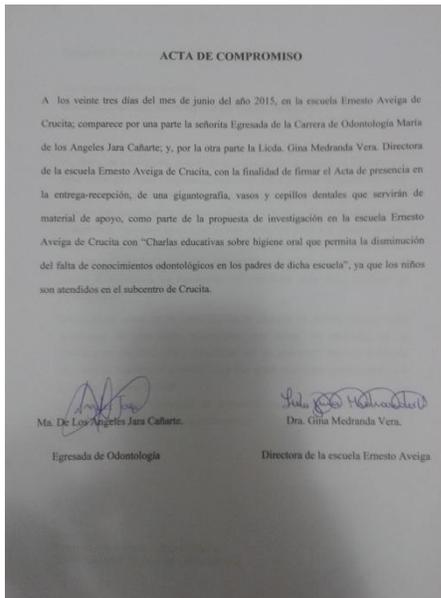


Foto 3. Acta de socialización de la propuesta con la Directora de la Escuela Ernesto Aveiga. Lcda. Gina Medranda Vera.

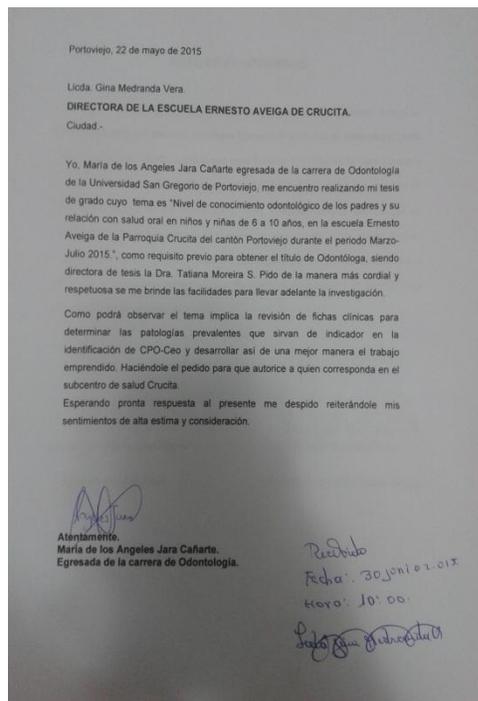


Foto 4. Desarrollo de la propuesta.



Foto 5. Dato informativo de la escuela construida por el Consejo Provincial de Manabí.



Foto 6. Explicación de cómo llenar la encuesta.



Foto 7. La investigadora dirigiéndose ante los padres de familia.



Foto 8. Atención de los padres de familia ante lo explicado.



Foto 9. Padres de familia llenando la encuesta.



Foto 10. Enseñanza de técnicas de cepillado a los niños y niñas.



Foto 11. Cepillado a los niños para que conozcan cómo hacerlo de forma adecuada.



Foto 12. Recibiendo los padres de familia los cepillos dentales y vasos.



Foto 13. Vista panorámica después de la entrega de cepillos dentales y vasos.



Foto 14. La investigadora con los padres de familia.



Foto 15. Los niños y niñas mostrando cepillos de dientes entregados.



Foto 16. La investigadora dándoles una charla sobre las caries, visita al Odontólogo, implementos para la limpieza dental y placa bacteriana.



Foto 17. Entrega oficial del *banner*.