



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo la obtención del título de Odontóloga.

Tema:

Cultura preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo durante el periodo marzo – junio 2015.

Autora:

María Herlinda Delgado Saltos.

Directora de tesis:

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Katuska Briones Solórzano, certifica que la tesis de investigación titulada: Cultura preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo durante el año lectivo 2015. Es trabajo original de la estudiante María Delgado Saltos, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Katuska Briones Solórzano. Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Cultura preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo durante el año lectivo 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Jorge Mendoza. Mgtr. Gs

Miembro del tribunal.

Dra. Katuska Briones.Mg. Ge.

Directora de tesis.

Odo. Angélica Miranda. Mg. Gs

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Cultura preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andres de Vera cantón Portoviejo durante el año lectivo 2015, pertenece exclusivamente al autor. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Herlinda Delgado Saltos.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Primeramente a Dios por permitirme alcanzar mis sueños, y no dejarme derrotar ante cualquier obstáculo, siendo mi guía y fortaleza, por darme salud y el amor de mi familia. A mis padres por darme la vida y siempre haberme guiado por un buen camino siendo entregados completamente e imaginarnos juntos cada sueño que nos propongamos.

Al personal del Centro de Salud “El Naranjo” por haberme brindado su apoyo y amistad en mi tiempo de internado, sobre todo de manera muy especial al Dr. Marco Flores Ordóñez por ser mi guía y apoyo en los momentos que mas he necesitado, gracias por toda su dedicación, aprendizaje y sabiduría. A la Lcda. Georgina Salazár por permitirme realizar mi investigación de manera satisfactoria y ser mi apoyo en éste estudio. A mi primo Angel Cedeño Delgado por aportar de una u otra manera a realizar mi investigación. A la Universidad San Gregorio por abrimme sus puertas y permitir cumplir mi meta, a los docentes de la carrera de Odontología por brindarme sus conocimientos con paciencia y sabiduría. Gracias a toda mi familia y amigos que siempre me apoyaron a pesar de la distancia de muchas maneras dándome ánimos, fuerza, amor y paciencia, sin todos ustedes mi vida no sería la misma y sin sentido. Mil gracias a todos.

María Delgado Saltos.

DEDICATORIA.

Con todo mi amor, entrega y nostalgia quiero dedicarle en primer lugar al hombre que me enseñó a salir adelante, a levantarme con más fuerza cada día, ser humilde y recíproca, son tantas características en una sola persona; mi padre Ing. Diógenes Delgado Muñoz, aunque ya no estes con nosotros dejándonos un gran vacío, éste esfuerzo es para tí. A mi madre Lcda. Estrellita Saltos Barberán, por ser una mujer sumamente luchadora, entregada a sus hijos y familia, al ser padre y madre, por demostrarme lo maravilloso que es la vida si uno se lo propone, por ese amor, fuerza de mujer protectora, simplemente gracias madre sin usted no se que sería de mi, la amo. A la persona que me ha brindado todo su amor, comprensión, esfuerzo y ayuda cuando más lo he necesitado, a mi cómplice y compañero de vida Odo. Jonathan Delgado Intriago, gracias amor por haber llegado a mi vida. A mi hijo, angelito hermoso que llegó a nuestras vidas para alegrarnos y bendecirnos en el momento mejor indicado, mi inspiración y ganas de salir adelante Dieguito Delgado Delgado y a mi sobrino Gabrielito Delgado Guaranda, trataré de darles siempre un buen ejemplo y que se sientan orgullosos de mi. De manera muy especial a mi abuelita Esperanza Muñoz García, por hacerme reír, llorar, por sus sabios consejos, amor y entrega, sobre todo por su apoyo incondicional, gracias a usted he cumplido una gran meta en mi vida. A mis compañeros de travesuras, alegrías y penas, mis hermanos Gabriel y Angie Delgado Saltos, espero haber sido un buen ejemplo para ustedes, los amo y les deseo lo mejor en sus vidas. A toda mi familia en especial a mis tios Ec. Silvia, David, María, Lcdo. Eddy e Ing. Rafael Delgado Muñoz, Katthy e Ing. Carolina Saltos Barberán, por haber sido pilares fundamentales en mi vida, por el apoyo emocional y económico, les agradezco infinitamente.

María Delgado Saltos.

RESUMEN.

El presente trabajo tuvo como propósito determinar la incidencia de la cultura preventiva de los padres en la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo, para esto se realizaron formularios de encuestas dirigidas a 60 padres de familia para evaluar su cultura preventiva y la aplicación en los cuidados de sus hijo (a)s, y realización de fichas clínicas odontológicas dirigidas a niños y niñas identificando el estado de salud bucal de cada uno.

La investigación fue de campo, de corte transversal, con una muestra de 60 niños y niñas comprendida entre 2 y 4 años de edad, que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio. Los resultados obtenidos en el nivel de cultura preventiva de los padres de acuerdo a la escala se clasificó como regular, mientras que en el índice de higiene oral simplificada fue óptimo y el índice de caries de acuerdo al nivel de severidad fue muy bajo.

Palabras claves: cultura preventiva, salud bucal, IHOS, ceo, higiene bucal, caries.

ABSTRACT.

The present work was to determine the incidence of preventive culture of parents in the oral health of children in the Care Unit “Creciendo con nuestros hijos” from the parish Andres de Vera cantón Portoviejo. A survey was applied to 60 parents to assess their preventive culture and its application in the care of their children, as well as dental records directed to children to identify the oral health condition of each one.

The research was field, cross-sectional, with a sample of 60 boys and girls ranging between 2 and 4 years old, who were selected by inclusion and exclusion criteria proposed in the study. The results at the level of preventive culture of parents in accordance with the scale were classified as normal, while the simplified oral hygiene index was optimal and the rate of decay according to severity level was very low.

Keywords: culture of prevention, oral health, OHI, ceo, oral hygiene, caries.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaratoria de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	X
Introducción.....	1

Capítulo I.

1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.3.1. Preguntas de la investigación.....	5
1.4. Delimitación de la investigación.....	5
1.5. Justificación.....	6
1.6. Objetivos.....	7
1.6.1. Objetivo general.....	7
1.6.2. Objetivos específicos.....	7

Capítulo II.

2. Marco teórico referencial y conceptual.....	8
--	---

2.1.	Cultura preventiva.....	8
	Indicadores de la cultura en la salud bucal.....	8
2.1.1.	Prevención.....	9
	Niveles de la odontología preventiva.....	10
	Nivel de conocimiento.....	10
2.2.	Hábitos alimenticios.....	11
2.2.1.	Dieta y caries dental.....	11
	Alimentos cariogénicos, cariostáticos y anticariogénicos.....	13
2.3.	Hábitos de higiene dental.....	13
	Índice de higiene bucal.....	14
2.3.1.	Cepillado dental.....	16
	Cambio del cepillo dental.....	16
	Frecuencia del cepillado dental.....	16
2.3.1.	Técnicas de cepillado dental.....	17
	Técnica Vibratoria.....	17
	Técnica de Fones.....	17
	Técnica de Bass.....	18
	Técnica de Stillman.....	18
	Técnica de Charters.....	18
2.4.	Control Odontológico.....	19
	Primera Visita.....	19
	Manejo adecuado.....	20
2.5.	Salud bucal.....	20
	Importancia de la Salud bucal.....	21
	Importancia de los padres en la salud bucal.....	21

2.5.1. Tratamientos Preventivos.....	22
Flúor.....	22
Acción del flúor.....	22
Sellado de fosas y fisuras.....	22
2.5.2. Medios auxiliares en la Salud bucal.....	23
Hilo dental.....	23
Cepillo interdental.....	23
Dentífrico o pasta dental.....	24
Irrigador bucal.....	24
Clorhexidina.....	24
2.6. Enfermedades Dentales más comunes.....	25
2.6.1. Caries dental.....	25
Indicador epidemiológico de la caries ceo.....	26
Localización.....	26
Niveles de severidad y prevalencia de la caries.....	26
2.6.2. Placa bacteriana.....	26
Índice de la placa bacteriana.....	27
Control de la placa bacteriana.....	27
Eliminación de la placa bacteriana.....	27
2.6.3. Halitosis.....	28
2.6.4. Gingivitis en niños.....	28
2.6.5. Cálculo dental.....	29
2.7. Hipótesis.....	30
2.7.1. Hipótesis general.....	30
2.8. Unidad de observación y análisis.....	30

2.9.	VARIABLES.....	30
	Capítulo III.	
3.	Marco Metodológico.....	31
3.1.	Modalidad de la investigación.....	31
3.2.	Tipo de investigación.....	31
3.3.	Métodos.....	31
3.4.	Técnicas.....	32
3.5.	Instrumentos.....	32
3.6.	Población y muestra.....	32
3.7.	Recolección de la información.....	33
3.8.	Procesamiento de la información.....	33
3.9.	Ética.....	33
3.10.	Recursos.....	34
3.10.1.	Recursos humanos.....	34
3.10.2.	Recursos tecnológicos.....	34
3.10.3.	Recursos materiales.....	34
3.11.	Presupuesto.....	35
3.12.	Cronograma.....	36
	Capítulo IV.	
4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.....	37
	Capítulo V.	
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	79
5.1.	Conclusiones.....	79
5.2.	Recomendaciones.....	79

Capítulo VI.

6.	Propuesta.....	81
6.1.	Título de la propuesta.....	81
6.2.	Clasificación de la propuesta.....	81
6.3.	Introducción.....	82
6.4.	Justificación.....	82
6.5.	Marco Institucional.....	82
6.6.	Objetivos.....	83
6.6.1.	Objetivo general.....	83
6.6.2.	Objetivos específicos.....	83
6.7.	Descripción de la propuesta.....	84
6.8.	Responsable.....	84
6.9.	Factibilidad.....	84
6.10.	Sostenibilidad.....	85
6.11.	Diseño metodológico.....	85
6.12.	Recursos.....	86
6.12.1.	Humanos.....	86
6.12.2.	Técnicos.....	86
6.12.3.	Materiales.....	86
6.12.4.	Financieros.....	86
6.13.	Presupuesto.....	86
	Anexos.....	87
	Bibliografía.	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1: Niños y niñas según su género.....	37
Cuadro 2: Niños y niñas según la edad.....	39
Cuadro 3: Índice ceo.....	41
Cuadro 4: Índice ceo global.....	43
Cuadro 5: Placa bacteriana.....	45
Cuadro 6: Índice higiene oral simplificada.....	47
Cuadro 7: Escala de los indicadores IHOS y ceo.....	49
Cuadro 8: Relación entre el nivel de conocimiento y el IHOS.....	51
Cuadro 9: Relación entre el nivel de conocimiento y el ceo.....	53
Cuadro 10: ¿Cuántas veces al día le cepillan los dientes a su hijo(a)s?.....	55
Cuadro 11: ¿Con quién realiza el cepillado dental su hijo(a)?.....	57
Cuadro 12: ¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo(a)?.....	59
Cuadro 13: ¿Cuál de estos implementos usa para el aseo bucal de su hijo(a)?.....	61
Cuadro 14: ¿Le revisa la boca a su hijo(a) después de cepillarle los dientes?.....	63
Cuadro 15: ¿En qué lugar ha recibido charlas sobre higiene bucal?.....	65
Cuadro 16: ¿Con qué frecuencia lleva a su hijo(a) al odontólogo?.....	67
Cuadro 17: ¿Si su niño(a) tiene dolor en una muela qué tratamiento prefiere?.....	69
Cuadro 18: ¿Su hijo(a) recibe o ha recibido algún tratamiento odontológico?.....	71
Cuadro 19: ¿Qué tipos de bebidas le da a su hijo(a)?.....	73
Cuadro 20: ¿Qué alimentos predominan en el desayuno de su hijo(a)?.....	75
Cuadro 21: ¿Qué alimentos predominan en el almuerzo de sus hijo(a)?.....	77
Cuadro 22: ¿Qué alimentos predominan en la merienda de su hijo(a)?.....	79
Cuadro 23: Presupuesto de la propuesta.....	81

INTRODUCCIÓN.

Leyendo la obra de Cárdenas¹ (2005) redacta: “La prevención moderna exige un diagnóstico, exacto de la situación ya que la magnitud del daño es diferente en ciertas edades en algunos individuos en diversos grupos sociales dependiendo su forma de vida de sus costumbres de higiene de su alimentación” (p. 8).

Indagando la obra de Garcés² (2012) se referencia que:

La cultura preventiva solo puede darse como el resultado de un proceso de aprendizaje que debe dar comienzo en la Enseñanza Primaria. En este nivel formativo el aprendizaje debe integrarse en la formación en valores, concretamente dentro del valor, Salud. Como en toda enseñanza de valores, la metodología ha de ser de carácter transversal y debe presentar los riesgos de la propia escuela como un primer ejemplo de riesgos laborales. (p. 9).

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de la cultura preventiva de los padres en la salud bucal de sus hijos(as), para esto se utilizó una encuesta aplicada a los padres de familia obteniendo resultados de acuerdo al nivel de conocimiento. El tipo de investigación fue descriptiva, de campo ya que la información fue recopilada en el lugar a estudiar, con una población de 60 niños y niñas de 2 y 4 años de edad de acuerdo al criterio de inclusión y exclusión.

¹ Cárdenas, D. (2005). Odontología pediátrica. 3era Edición. Colombia.

² Garcés, J. (2012). La Cultura Preventiva en salud. ÁTOPOS. 2(3), 15

Ante esta realidad la presente investigación constituye un valioso aporte sobre la cultura preventiva de los padres y la salud bucal de sus hijo(a)s. Por esto el presente documento está compuesto de cinco capítulos, estructurados de la siguiente manera:

Capítulo I, presenta la formulación del problema, el planteamiento del mismo, su delimitación, la justificación del estudio y los objetivos de la investigación planteada.

Capítulo II, se integra información bibliográfica seleccionada y argumentada en la cultura preventiva de los padres y la salud bucal de sus hijo(a)s, fundamentada en estudios y aporte de diversos autores expertos en salud bucal.

Capítulo III, se describe la metodología empleada para la realización de la investigación tanto a nivel bibliográfico como en la investigación de campo.

Capítulo IV, se ubican los resultados de la investigación presentados en cuadros y gráficos estadísticos, tanto en los aspectos considerados en la encuesta como la historia clínica, además contiene el análisis con su correspondiente fundamento teórico y el debate del mismo.

Capítulo V, se hace constancia de las debidas conclusiones y recomendaciones generadas producto del cumplimiento del proceso investigativo de modo integral.

CAPÍTULO I

1. Problemática

1.1. Tema

Cultura preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera Cantón Portoviejo.

1.1.1. Formulación del problema

¿Cómo influye la cultura preventiva de los padres en la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos?

1.2. Planteamiento del problema

Se considera que el padre de familia o responsable del menor adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo(a) conllevando esto a un problema familiar, social, económico y educacional.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS³ (2007) relata:

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y

³ Organización Mundial de la Salud (2007). Salud Bucodental. Consultado: 24 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas.

Los programas de fluorización para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos.

El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública. (p. 2).

Leyendo la revista Hispana Portales Médicos⁴ (2012) relata que:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en madres de niños menores de un año, para valorar sus conocimientos respecto a los cuidados que deben tener durante el primer año de vida para mantener la salud bucal de su hijo(a). Fueron de interés para el estudio 231 residentes en el área de salud “30 de Noviembre”. Se seleccionó una muestra de 57 madres. La recolección de datos se realizó mediante entrevista y encuesta que abarcó tres temas concernientes a los cuidados de la salud bucal de los lactantes: alimentación, higiene de la cavidad bucal y prevención de afecciones bucales. (párr. 1).

Siguiendo con la misma revista Hispana Portales Médicos⁵ (2012) redacta que:

“Los conocimientos de las madres sobre alimentación y prevención de las enfermedades bucales en el lactante fueron inadecuados en el 63,15% y 82,45% respectivamente. Los conocimientos relacionados a la higiene bucal del lactante resultaron adecuados en el 68,42%” (párr. 14).

⁴ PortalesMédicos.com;(2012); Conocimientos de las madres sobre salud bucal en lactantes. Recuperado el 17 de febrero del 2015. En: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4029/1/Conocimientos-de-las-madres-sobre-salud-bucal-en-lactantes.html>

⁵ PortalesMédicos.com;(2012); Conocimientos de las madres sobre salud bucal en lactantes. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4029/1/Conocimientos-de-las-madres-sobre-salud-bucal-en-lactantes.html>

Según la Dra. Sierra⁶ (2008) afirma que:

Uno de los mayores problemas que ha tenido la elaboración de políticas de salud pública en el País, sin lugar a dudas, o la poca importancia que se ha dado a la diversidad cultural de Ecuador. Sin embargo en el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, pero aun, se registran tasas elevadas de caries con una prevalencia del 90%, a pesar de que se han observado modificaciones de su incidencia y severidad. Un índice con las características de la cultura preventiva, se tendría que incorporar para analizar las condiciones de salud de la población, así como buscar estrategias conjuntas para mejorar la Salud Bucal. (p. 8).

El estudio se desarrolló en la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos, el problema a investigar será la cultura preventiva de los padres de familia y la salud bucal de los niños y niñas de dicha Unidad.

1.4. Preguntas de investigación

¿Cuál es el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos?

¿Cuál es el nivel de cultura preventiva de los padres en la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos?

¿Cuáles son los hábitos alimenticios de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos?

⁶ Sierra, D. (2008). Memorias del dialogo académico. Miradas desde las ciencias sociales hacia la salud pública, Instituto de salud Pública de la facultad de medicina (ISP-PUCE), Quito-Ecuador.

1.5.1. Delimitación de la investigación

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspectos: Prevención

Delimitación espacial: La presente investigación se desarrollará en la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera Cantón Portoviejo.

Delimitación temporal: Marzo – Junio 2015.

1.6. Justificación

La prevención es el resultado de concretar la acción de prevenir, la cual implica el tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse. El presente trabajo tiene por objetivo determinar la incidencia de la cultura preventiva de los padres en la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos, por lo que su propósito es permitir sugerir soluciones generales, para que se ponga mayor atención a los requerimientos de la población respecto a la salud y especialmente la salud buco dental de los infantes tanto en su primera dentición como en la permanente.

Con ésta investigación los principales beneficiarios son los padres de familia que asisten al Centro de atención creciendo con nuestros hijos, y sus niños y niñas por medio

de una información sobre tratamientos preventivos, con el propósito de que pueda servir como herramienta para mejorar la salud bucal de los menores. Ésta investigación aportará a la ciencia de la salud, la rama de odontología y prevención como especialidades y beneficiará a quienes investiguen la problemática porque ayudará a reforzar los conocimientos al investigar sobre el tema. El estudio es factible ya que cuenta con el apoyo de los docentes y de los padres de familia que asisten a dicha institución. En cuanto a los recursos económicos son cubiertos por la autora de la investigación.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de la cultura preventiva de los padres en la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo.

1.7.2. Objetivos específicos

Evaluar los conocimientos de cultura preventiva que tienen los padres y su aplicación en los cuidados de sus hijos.

Identificar el estado de salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo.

CAPITULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Cultura preventiva.

Como dice en el artículo Scielo⁷ (2006) afirma que:

La particularidad cultural se basa en los estilos y paradigmas cognitivos, hábitos, costumbres, tradiciones, modos de vida, que cada grupo humano posee, los cuales conforman un sistema de representaciones, cuyos contenidos están marcados histórica y culturalmente, y a partir de los cuales se elaboran las nociones referidas a la enfermedad / salud y a las practicas preventivas, curativas y a quienes poseen el poder de curar. (párr. 2).

Leyendo la obra de Cárdenas⁸ (2005) redacta: “La prevención moderna exige un diagnóstico, exacto de la situación ya que la magnitud del daño es diferente en ciertas edades en algunos individuos en diversos grupos sociales dependiendo su forma de vida de sus costumbres de higiene de su alimentación” (p. 53).

Indicadores de la cultura en la salud bucal

Según el Artículo Medisan⁹ (2013) indica que:

Existen indicadores en la cultura de la salud bucal:

⁷ Scielo; (2006); Ciencia Odontológica; Maracaibo. Recuperado de: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-82452006000200003&lng=en&nrm=is

⁸ Cárdenas, D. (2005). Odontología pediátrica. 3era Edición. Colombia.

⁹ MEDISAN vol. 17 no.4 Santiago de cuba abr. 2013
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015

La cultura sanitaria es el conjunto de hábitos, costumbres, saberes y manifestaciones de los individuos y la sociedad, que conducen al desarrollo de acciones conscientes en beneficios de su salud y de la colectividad.

Los indicadores que sitúan al individuo en un determinado nivel de desarrollo de su cultura en salud son: responsabilidad ante su salud, actitud ante la nutrición (qué y cómo ingiere alimentos), enfrentamiento al estrés y disposición para el ejercicio físico.

De los 4 indicadores generales anteriores devienen otros específicos, entre los cuales se encuentran los propios de la cultura en salud bucal:

1. Conocimiento y práctica que posee la población sobre la higiene bucal
2. Modificación de los hábitos dietéticos arraigados en la cultura alimentaria
3. Enfrentamiento al estrés para evitar afecciones bucales
4. Actitud responsable ante la medicación, para lo cual se le otorga la función protagónica
5. Práctica sistemática del autoexamen bucal como primer elemento para la persona que diagnostica. (párr. 33).

Indagando la obra de Garcés¹⁰ (2012) se referencia que:

La cultura preventiva solo puede darse como el resultado de un proceso de aprendizaje que debe dar comienzo en la Enseñanza Primaria. En este nivel formativo el aprendizaje debe integrarse en la formación en valores, concretamente dentro del valor, Salud. Como en toda enseñanza de valores, la metodología ha de ser de carácter transversal y debe presentar los riesgos de la propia escuela como un primer ejemplo de riesgos laborales. (p. 45).

2.1.1. Prevención

Según la obra de Cuenca y Baca¹¹ (2013) redacta que: “Se trata, pues, no sólo de evitar la aparición de la enfermedad o afección, sino también de detener su curso hasta

¹⁰ Garcés, J. (2012). La Cultura Preventiva en salud. ÁTOPOS. 2(3), 15

¹¹ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

conseguir la curación o, en el caso de no poder hacerlo, retardar su progresión durante el máximo tiempo posible” (p. 4).

Niveles de la Odontología Preventiva.

De acuerdo a la obra de Harris y García¹²(2005) afirma:

Como resultado, la odontología preventiva se ha clasificado arbitrariamente en tres niveles diferentes.

La prevención primaria utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo.

La prevención secundaria emplea métodos de tratamiento estandarizado para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

La prevención terciaria utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria. (p. 4).

Nivel de conocimiento de la cultura preventiva.

Según el Acta Odontológica Venezolana¹³ (2008) señala que:

Se realizó una investigación de tipo cuasiexperimental dirigida a medir el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas que tienen los estudiantes del primero y segundo grado antes y después de la aplicación de un programa educativo. La población estuvo conformada por 85 estudiantes inscritos en el primero (24) y segundo (61) grados de una U.E del Municipio Iribarren del estado Lara. Se dio inicio a la presente investigación con

¹² Harris, N. y García, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. 2da Edición. México: Editorial El Manual Moderno.

¹³ Acta Odontológica Venezolana. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Venezuela.

66 estudiantes. Es importante resaltar que el último día de la intervención no asistieron 16 niños. Se solicitó a las autoridades de la escuela y/o padres y representantes el consentimiento para realizar la investigación. Durante los 4 meses de duración de la investigación, se aplicó a los escolares 2 instrumentos tipo cuestionario (antes y después de la aplicación del PE) a través de la técnica de entrevista, realizada por los autores de la investigación, para determinar el NC sobre las enfermedades bucales y medidas de prevención. A ambos instrumentos se les realizó validez de contenido a través del juicio de tres expertos (un metodólogo y dos odontólogos) con el propósito de determinar la correspondencia entre las preguntas del cuestionario y las dimensiones de las variables estudiadas; se revisaron y eliminaron aquellas preguntas que no tenían claridad ni relación quedando conformados por 20 preguntas de las cuales 15 miden el nivel de conocimiento. La valoración dada al cuestionario (antes y después de la aplicación del PE) se realizó en función del número de respuestas correctas correspondientes al área de salud oral que comprende: enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. La escala que se empleó para clasificar el nivel de conocimiento de los niños fue: Bueno (13 a 15 puntos); Regular (8 a 12 puntos); Malo (menor o igual a 7 puntos). (p. 7).

2.2. Hábitos alimenticios

De acuerdo a la obra de Villafranca, Fernández, et al¹⁴ (2008) dice que:

La nutrición y la dieta influyen poderosamente en la cavidad bucal, pero también es válida la situación contraria, es decir, el estado de la cavidad mencionada también influyen en la capacidad del sujeto para consumir una dieta adecuada y en el equilibrio posterior de nutrientes. (p. 135).

2.2.1. Dieta y Caries dental

Según la obra de Sidney¹⁵ (1985) afirma:

Los alimentos que están al alcance del hombre son carbohidratos, grasas y proteínas. Se ha demostrado que los carbohidratos son agentes etiológicos

¹⁴ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene Bucodental. Reino de España.

¹⁵ Sidney B. Finn, (1985); Odontología Pediátrica, México, Cuarta Edición, Interamericana

importantes en la producción de caries dental. Existe razón para creer que las grasas están asociadas con inhibición de las caries. (p. 453).

La dieta y la nutrición intervienen en forma decisiva en el desarrollo dental, la integridad de los tejidos gingivales y de la boca, como también en la fortaleza de los huesos. La dieta tiene un efecto local en la integridad de las piezas dentales, es decir, como el tipo, forma y frecuencia de comidas y bebidas.

Revisando la obra de Gómez¹⁶ (2007) cita que “Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida”. (p. 121).

Analizando la obra de Cuenca & Baca¹⁷ (2013) se conoce que “Los hidratos de carbono de la dieta se han reconocida como una causa necesaria en la caries dental; de entre ellos destacan principalmente los azúcares, especialmente la sacarosa”. (p. 120).

Leyendo la obra de Cuenca & Vaca¹⁸ (2013) afirma:

La exposición a sacarosa provoca una disminución del ph de la placa. Implica que está siendo usada como sustrato por las bacterias orales para la producción de ácidos orgánicos que se difunden en el esmalte, la dentina o el cemento,

¹⁶ Gómez, o. (2007). Educación para la salud. 4ta. Reimpresión. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia.

¹⁷ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

¹⁸ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

disolviendo parcialmente los cristales de hidroxiapatita y, por tanto, causando desmineralización. (p.121).

Alimentos cariogénicos, cariostáticos y anticariogénicos.

Examinando la obra de Villafranca, et al.¹⁹ (2008) señala:

Debemos diferenciar los alimentos en cariogénicos, cariostáticos y anticariogénicos.

Los alimentos cariogénicos son los que contienen carbohidratos fermentables que, cuando se ponen en contacto con los microorganismos de la actividad bucal, acidifican el pH de la saliva a menos de 5,5 y estimulan el proceso cariogénico.

Los alimentos cariostáticos son aquellos que contribuyen a frenar o impiden la progresión de caries.

Los alimentos anticariogénicos son los que impiden que la placa dentobacteriana “reconozca” un alimento cariogénico. Por ejemplo el xilitol y algunos quesos (gruyere).

El término Cariogenicidad denota la capacidad que posee una dieta o alimento de ocasionar y estimular la caries. Sin embargo, la Cariogenicidad individual de un alimento puede variar según la forma en la que se consume, la composición de sus nutrientes, así como el orden en que se ingiere junto con otros alimentos. (p. 120).

2.3.Hábitos de higiene bucal

Según la obra de Redondo, Galdó y García²⁰ (2008) relatan que:

Fomentar desde niños el uso de materiales que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de los dientes. El cepillo de dientes es imprescindible para el mantenimiento de la buena salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean colutorios, chicles, etc. El cepillo de dientes es nuestro gran aliado en la profilaxis dental. En Odontología, donde la prevención es el factor fundamental para evitar la enfermedad, el cepillo de dientes es infravalorado y

¹⁹ Villafranca, F., Fernández, M., et al. (2008). Manual del técnico superior en Higiene Bucodental. Reino de España. (en línea)

²⁰ Redondo Carlos, Galdó Gabriel, García Miguel; (2008) Atención al Adolescente; Universidad de Cantabria

debemos ser los profesionales de la salud, junto con los padres y educadores, los motivadores y animadores en crear hábitos de higiene mantenidos y realizados con eficacia. Es imprescindible el cepillado de una forma minuciosa en todas las caras de los dientes, vestíbulo bucal, lengua y mucosas, después de cada comida. Así mismo hay que motivar el uso de seda dental para limpiar las zonas entre dientes donde no llega nuestro cepillo. Consideramos conveniente en insistir en la motivación, información e instrucciones de técnicas de cepillado para lograr una cavidad bucal pobre en gérmenes y lo más libre posible de placa y cálculos. (p.179).

De acuerdo a la obra de Pires, Schmitt, Kim, Santos²¹ (2009) relatan: “El tiempo en que el azúcar permanece en la boca es muy importante. Cuanto mayor sea el número de veces que se coman dulces, mayor será el tiempo de contacto y mayor será la oportunidad de que se forme caries” (p. 103).

Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion

Según la obra de Carrasco²² (2010) relata:

Componentes del Índice:

Índices de depósitos blandos: restos de alimentos, pigmentos, placa bacteriana.

Índice de depósitos duros: cálculo.

Criterios:

Depósitos blandos:

0: No hay depósitos ni pigmentaciones.

1: Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.

2: Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.

3: Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.

²¹ Pires María, Schmitt Rosangela, kim Soo, Santos Livraria; (2009) Salud Bucal del bebé al adolescente- guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores; Editora Ltda.

²² Carrasco, V. (2010). Atención odontológica integral de la embarazada. Santiago.

Depósitos duros:

0: No hay tártaro.

1: Tártaro supragingival que cubre no más de 1/3 de la superficie dentaria.

2: Tártaro supragingival que cubre más de 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.

3: Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.

Cálculo del índice:

$$\text{ÍNDICE} = \text{Suma de códigos} / \text{N}^\circ \text{ de Dientes}$$

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas. Se realiza el mismo procedimiento de cálculo para los depósitos duros. Ambos valores dan el IHOS

Niveles de IHO-S

0.0-1.0 : Óptimo

1.1-2.0 : Regular

2.1-3.1 : Malo

Más de 3 : Muy malo. (pp. 74-75).

Analizando la obra de López²³ (2010) relata que: “El índice por persona se obtiene sumando los valores obtenidos en cada uno de los dientes examinados y dividiéndolo por el número de superficies examinadas. El índice de una población resulta del promedio de los índices individuales obtenidos" (p. 177).

²³ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

2.3.1. Cepillado dental

De acuerdo a la obra de Posada, Gómez y Ramírez²⁴ (2005) afirma:

Si durante los años anteriores los padres y adultos que rodean al niño han sido persistentes, con el ejemplo y la enseñanza, en inculcarle el hábito de cepillarse los dientes y usar la seda dental inmediatamente después de cada comida y antes de acostarse, en la edad escolar el niño lo hará solo, aunque necesite que se le recuerde en algunas ocasiones. Sin embargo, es necesario que los padres continúen supervisando la calidad del cepillado que el niño se hace. (p. 230).

Frecuencia y Duración del Cepillado Dental.

Considerando la obra de Barrancos²⁵ (2011) se conoce que:

No existe uniformidad de criterios respecto a la frecuencia óptimo del cepillado. Según Sheiham (1977) la investigación existente ha demostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría del estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia.

Cambio del cepillo dental

Indagando la obra de Pires, Schimitt y Kim²⁶ (2009) se refiere que:

Sugerimos un cambio por lo menos cada mes, no solo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonias de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta.

²⁴ Posada, A., Gómez, J., y Ramírez, H. (2005). El niño sano. 3 era Edición. Bogotá: Editorial Médica IPanamericana.

²⁵ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²⁶ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Considerando el artículo del Dr. Francisco Tajuelo Izquierdo²⁷ (2015) publicado en la página Cuida tu boca se define que “El cepillo de dientes es el instrumento más eficaz y excelente para eliminar la placa dental, para que su funcionamiento sea óptimo debe reunir las características adecuadas en cuanto a diseño, calidad de los materiales que lo componen y las normas de fabricación”. (p. 2).

2.3.2. Técnicas de cepillado dental

Las técnicas de cepillado dental se clasifican de acuerdo al movimiento del cepillo y a la función de su posición. Las más frecuentes son:

Según la obra de Barrancos²⁸ (2006) relata que:

Vibratorias:

Entre ellas se encuentran la técnica de Bass donde el cepillo se coloca a 45° respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente y en la zona interproximal; a partir de esa posición se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa. (p. 378).

Según Lindhe, Niklaus²⁹ (2009) redacta:

Técnica de Fones: (rotación)

Es la técnica más conocida. Con los dientes cerrados, se coloca el cepillo dentro del carrillo y se ejerce un movimiento circular rápido que se extiende desde la encía superior hasta la inferior con presión leve. En las superficies linguales y palatinas se hacen movimientos hacia atrás y adelante. (p. 708).

²⁷ Tajuelo, Francisco (2015). Cuida tu boca. ¿Cómo elegir el cepillo de dientes adecuado?. Consultado el 24 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.cuidatuboca.com/elegir-cepillo-dientes-adecuado/>

²⁸ Barrancos, M. (2006). Operatoria Dental, Integración Clínica, Buenos Aires: Edición Panamericana.

²⁹ Lindhe, J. Niklaus P. Periodontología (2009) Clínica e Implantología Odontológica; 5ta Edición. Volumen 2. Editorial Panamericana.

Según Santos³⁰ (2008) menciona que:

Técnica de Bass: Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos.

En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados con el eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando cortos movimientos vibratorios durante 10-15 segundos por área, a continuación se mueve el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares o linguales. (p. 72).

Según Lindhe, Niklaus³¹ (2009) indica que:

Técnica de Stillman: La técnica de Stillman fue diseñada para masajear y estimular la encía, así como para limpiar las zonas cervicales de los dientes. El cabezal del cepillo se lo coloca en sentido oblicuo hacia el ápice, con los filamentos colocados en parte sobre el margen gingival y en parte sobre la superficie dentaria, realizando una presión leve junto con un movimiento vibratorio levemente circular, mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria. (p. 709).

Según Lindhe, Niklaus³² (2009) menciona:

Técnica de Charters: El cepillado con esta técnica es de mucha utilidad, ya que se creó para mejorar la eficacia de la limpieza y la estimulación gingival en las zonas interproximales. El cabezal del cepillo se coloca en sentido oblicuo, con las puntas dirigidas hacia las superficies oclusales en incisales. Se ejerce una presión leve para flexionar los filamentos e introducir con suavidad las puntas en los espacios interproximales.

Después se ejerce un movimiento vibratorio levemente circular con el mango mientras se mantienen las puntas de los filamentos sobre la superficie dentaria. (p. 709).

³⁰ Santos, V. (2008). Higiene Dental Personal Diaria; Editorial Trafford-Canadá.

³¹ Lindhe, J. Niklaus P. Periodontología (2009) Clínica e Implantología Odontológica; 5ta Edición. Volumen 2. Editorial Panamericana.

³² Lindhe, J. Niklaus P. Periodontología (2009) Clínica e Implantología Odontológica; 5ta Edición. Volumen 2. Editorial Panamericana.

2.4. Control odontológico

Revisando la obra de Lima y Casanova³³ (2006) se conoce:

Se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando tiene que acudir al odontólogo, lo que puede inducirle a cancelar o posponer su cita con el especialista y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental. (p.212).

Primera visita.

La primera visita al odontólogo se recomienda tempranamente, apenas aparezcan los primeros dientes en boca, no más allá de los tres años de edad. Se aconseja visitar con regularidad, cada 6 meses, un año.

Observando la obra de Barrancos³⁴ (2011) menciona:

La primera entrevista que se mantiene con una persona que viene a solicitar los servicios del odontólogo es de suma importancia. En ella se establecen las pautas de lo que será en el futuro la relación que se tendrá con la personas y se comenzará a crear el vínculo empático, clave del éxito en la relación y el tratamiento. (112).

Según Josefa y Medina³⁵ (1998) señala que: “La conducta de los padres moldea la conducta del niño. Estos ejercen una profunda influencia sobre la personalidad del niño, afectando el comportamiento de éste, en nuevas situaciones (párr. 19).

³³ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y (enero.-abr 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2 -3.

³⁴ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁵ Josefa P., Medina P., (1998) Adaptación del niño en la consulta odontológica; Universidad Central de Venezuela recuperado de:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp

Manejo adecuado.

Según la obra de Sidney³⁶ (1985) afirma:

El manejo adecuado de los niños en el consultorio dental es responsabilidad del dentista, y la debe asumir sin dudar, si quiere cumplir con la obligación que tiene hacia sus pacientes y su profesión. También está claro que acondicionar a los niños hacia el dentista y servicios dentales es responsabilidad de los padres. (p. 15).

Analizando la obra de Riojas³⁷ (2014) dice:

Los dientes infantiles juegan un papel muy importante en el correcto desarrollo de la musculatura masticatoria, en la formación y desarrollo de los huesos de los maxilares y de la cara; para mantener el espacio, la alineación y la oclusión de los dientes de la segunda dentición. La función principal es la de preparar el alimento para la deglución y digestión, además de ayudar al desarrollo de la fonación. (p.226).

2.5. Salud bucal.

Analizando la obra de Villafranca y cols³⁸ (2006) redacta: “Podemos definir la salud bucodental como el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como también de las partes que rodean a la cavidad bucal; estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial” (p. 12).

³⁶ Sidney B. Finn, (1985); Odontología Pediátrica, México, Cuarta Edición, Interamericana

³⁷ María R., (2014). Anatomía Dental. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno. Colombia. Pág. 226

³⁸ Villafranca, F. (2006). Personal Estatutario. Higienistas Dentales. 1era Edición. Madrid, España: Editorial MAD, S.L.

Importancia de la salud bucal.

La salud de nuestra boca y dientes está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar en general. La capacidad de tragar y masticar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud.

Importancia de los padres en la salud bucal de sus hijos (a)s.

Los padres deben entender la importancia de cuidar los dientes de sus hijos, ya sean temporales o definitivos, ya que le involucran poco a poco la prevención y hábitos de higiene bucal. Para esto se dan algunos consejos:

Limpieza bucal desde el primer día.- No es necesario que para realizar la limpieza bucal existan dientes en boca. Se deben limpiar diariamente las encías del bebé con una gasa húmeda para eliminar las bacterias.

Hasta los 6 años, la tarea del cepillado recae en los padres.- Es preferible empezar a cepillar los primeros dientes en boca con un cepillo de cerdas suaves y sin pasta dental, para evitar que los niños se traguen el flúor. A los 3 años, el niño puede participar en el cepillado, pero siempre bajo la supervisión de los padres para asegurar que lo está haciendo bien.

Enseñarles a cepillarse los dientes.- Es importante que los padres conozcan cuál es la técnica correcta antes de enseñarlo a sus hijos, porque si el procedimiento no se aprende bien desde el principio, luego resulta difícil de corregir.

Explorar periódicamente la boca.- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 13 años, los padres deben explorar la boca de sus hijos para detectar la presencia de sarro, flemones o posibles caries. Esta exploración también servirá para evaluar la erupción dentaria primaria y observar si hay algún defecto en el esmalte, ya que un color extraño de la pieza dental puede indicar alguna dolencia.

2.5.1. Tratamientos preventivos

De acuerdo a la obra de García y Pinchuk³⁹ (2005) relata que: “El flúor es un elemento que se encuentra en estado natural en muchos alimentos. Su empleo inhibe la capacidad acidificante de las bacterias, refuerza el esmalte y aumenta la resistencia de los dientes a las caries”. (p. 98).

Analizando la página Odontocat⁴⁰ (2000) afirma:

Sellado de fosas y fisuras: Es un método preventivo muy eficaz, se realiza en la Clínica dental y se basa en colocar un material sellador en las fosas y fisuras de las caras oclusales de premolares y molares, con el objeto de que no entre placa bacteriana en ellos y no se inicie la caries dental. (párr. 13).

Leyendo la obra de Heredia⁴¹ (s.f.) redacta:

Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser agentes efectivos en la prevención de la caries dental, sobre todo en aquellas superficies con alto riesgo de ser afectadas por la enfermedad y en las que los fluoruros tienen un efecto limitado.

³⁹ García, I., y Pinchuk, D. (2005). Salud Bucodental, un paseo por la boca: propuestas didácticas para niños de 3 a 8 años. 1era Edición. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas.

⁴⁰ Prevención; (2000); Odontocat. Recuperado el: 25 de febrero de 2015. En: <http://www.odontocat.com/cariesca.htm>

⁴¹ Carlos. H., (s.f.). Odontología preventiva en el niño y en el adolescente, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pág. 39

El propósito de aplicar un material sellador es el de proteger una superficie retentiva, de difícil acceso para la limpieza, con una microflora particular - y, por lo tanto, susceptible de adquirir caries dental, a través de una barrera física que impida la acumulación de bacterias patógenas y de sus sustratos. (p. 39).

2.5.2. Medios auxiliares en la salud bucal

Hilo dental: Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud⁴²(2006) afirma: “Se lo utiliza en los espacios interproximales, su uso es recomendable también en la dentición primaria, y sobre todo en casos de apiñamiento dentario” (pág. 177).

Leyendo la obra de Harris y García⁴³ (2005) afirma:

Cepillo interdental:

Los cepillos interproximales pequeños, que están unidos al mango vienen en diversos diseños. Algunos diseños tienen un cepillo no reemplazable; el accesorio entero es desechado cuando el cepillo está gastado. Los cepillos interproximales pueden ser utilizados para limpiar espacios entre los dientes y alrededor de furcas expuestas, bandas ortodónticas y aplicaciones de prótesis fijas con espacios lo suficientemente grandes para introducir el accesorio de manera sencilla. (p. 118).

Considerando la obra de Eley, Soory & Masson⁴⁴ (2012) se refiere que:

Puesto que la región interdental es el sitio más común de retención de placa y el más inaccesible al cepillo de dientes, esa zona necesita métodos especiales de limpieza. Entre ellos se incluyen uso de seda dental, la cinta, las puntas de madera, los monopenachos y los cepillos interproximales. (p. 43).

⁴² Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud. (2006). España: Editorial Mad, S.L.

⁴³ Harris, N. y García, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. 2da Edición. México: Editorial El Manual Moderno.

⁴⁴ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. 6ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

Dentífrico o pasta dental: Es una especie de crema o gel que se emplea para la limpieza de los dientes y conservar la salud bucal.

Según Bordoni, Escobar, Castillo⁴⁵ (2010) afirma: Palillos: “De madera blanda y forma triangular, que se adaptan bien al espacio interdental y los palillos interdentarios de plástico, con eficacia similar y diferentes grados de aceptabilidad por parte de los pacientes” (p. 253).

Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud⁴⁶ (2006) relata: Irrigador bucal: “Las irrigaciones con agua a presión eliminan los restos alimenticios de espacios interdenciales, facilitan el arrastre de residuos sueltos de las bolsas periodontales y disminuyen la reacción inflamatoria en la región marginal de las bolsas” (pág. 180).

Según Bordoni, Escobar, Castillo⁴⁷ (2010) expresa: “El enjuagatorio es la forma más utilizada para la mayoría de situaciones en las que estaría indicada la aplicación de clorhexidina como coadyuvante de la higiene bucal” (p. 259).

⁴⁵ Noemi Bordoni, Alfonso Escobar, Ramón Castillo; (2010) Odontología pediátrica: La Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual; Editorial Médica Panamericana.

⁴⁶ Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud. (2006). España: Editorial Mad, S.L.

⁴⁷ Noemi Bordoni, Alfonso Escobar, Ramón Castillo; Odontología pediátrica: La Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual; 2010; Editorial Médica Panamericana.

2.6. Enfermedades dentales.

2.6.1. Caries.

Estudiando la obra de Cáceres⁴⁸ (2003) menciona:

La caries dental es una enfermedad infecciosa de distribución universal, multifactorial, de carácter crónico y la más prevalente en la cavidad bucal, cuyas consecuencias van desde la destrucción del tejido dentario, necrosis pulpar y posterior pérdida dental. Su frecuencia ha disminuido en los países desarrollados pero ha aumentado en los países en vías de desarrollo, que es donde se concentra la mayoría de niños y adolescentes del mundo. (p. 178).

Localización.

De acuerdo a su localización según Black⁴⁹ (2011) afirma que la caries puede clasificarse en:

Clase I: Cavidades de puntos, fosas y fisuras en las caras oclusales de molares y premolares superiores e inferiores, en sus caras (libres) vestibulares, linguales ó palatina y en cingulum de incisivos y caninos superiores e inferiores.

Puede ser simple, compuesta y compleja.

Clase II: Cavidades en caras proximales de molares y premolares.

Puede ser simple, compuesta y compleja.

Clase III: Cavidades en caras proximales de dientes anteriores (caninos e incisivos) que no abarque el ángulo incisal.

Puede ser simple y compuesta (no hay compleja).

Clase IV: Cavidades en caras proximales de incisivos y caninos donde si involucra ángulos y bordes incisales.

Puede ser Simple, compuesta y compleja.

Clase V: Cavidades en el tercio gingival por vestibular, palatino ó lingual de todas las piezas. (párr. 3).

⁴⁸ Cáceres, W. (2003). Perfil de proyecto de prevención y tratamiento de caries dental en estudiantes del Centro Educativo Libertad de América Quinua. Proyecto, Centro Educativo Libertad de América Quinua, Ayacucho.

⁴⁹ Operatoria. (2011). Clasificación de Black. Recuperado el 25 de febrero de 2015. En: <http://operatoria-operatoria.blogspot.com/2011/09/clasificacion-de-black.html>

Indicador epidemiológico para la caries dental ceo-d.

Siguiendo con la obra de López⁵⁰ (2010) expresa:

Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. Se diferencia de los permanentes en que se excluyen los dientes perdidos o ausentes, debido a la dificultad de definir si su ausencia se produjo por caries o por el proceso natural de exfoliación de los dientes deciduos. (p. 173).

Niveles de severidad y prevalencia de la caries.

Según la OMS⁵¹ (2005) señala que:

CPOD – ceod = 0 - 1.1 Muy Bajo

1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

6.6 y + Muy Alto. (p. 1).

2.6.2. Placa bacteriana

Observando la página de Gómez⁵² expresa que:

La placa bacteriana es una película o membrana invisible que se forma sobre el diente después de cada comida. Esta membrana transparente debe ser eliminada

⁵⁰ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora

⁵¹ OMS. (2005). Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes en zonas rurales. Recuperado el 30 de Julio del 2015. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

⁵² Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental. 2da. Edición. Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

con el cepillado dental, porque es la causante de las picaduras de los dientes o caries. Las golosinas, mieles o refrescos gaseosos contribuyen a la aparición de caries dentales, inflamación y enfermedades de las encías; por eso, lo recomendable es cepillarse los dientes después de ingerirlos. (p. 66).

Índice de placa bacteriana.

Examinando la obra de López⁵³ (2010) dice:

El índice de placa blanda o índice de Higiene Oral simplificado se valora con una escala de 0 a 3 así:

0= No hay presencia de restos o placa blanda

1= La placa blanda cubre más de 1/3 de la superficie dentaria examinada o se aprecian manchas extrínsecas sobre la superficie.

2= La placa blanda cubre más de 1/3, pero menos e 2/3 de la superficie.

3= La placa cubre más de 2/3 de la superficie dental examinada. (p. 177).

Control de la placa bacteriana.

Analizando la obra de Palma y Sánchez⁵⁴ (2013) cita que:

El control químico de la placa bacteriana, mediante el uso de antisépticos que tienen como base la clorhexidina, sanguinaria, hexetidina, y otros que están apareciendo en el mercado.

El control mecánico de la placa bacteriana, mediante técnicas de higiene oral, siendo los métodos básicos a nivel personal el cepillado dental y el uso de la seda dental. En los casos de sarro o placa calcificada se requerirá para su remoción la intervención de profesionales, que podrán emplear técnicas manuales o ultrasónicas. (p. 79).

Eliminación de la placa bacteriana.

Considerando la obra de Rivas⁵⁵ (2011) relata que:

⁵³ López, J. (2010). *Odontología para Higiene Oral*. República de Colombia: Zamora.

⁵⁴ Palma, A., y Sánchez, F. (2013). *Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y mantenimiento de la Salud Bucodental*. 2da. Edición. Madrid, Reino de España. Editorial Paraninfo S.A.

⁵⁵ Rivas, V. (2011). *Salud Comunitaria*. Tacna, República del Perú.

La higiene bucal debe estar dirigida al control y la eliminación de la placa dental mediante métodos mecánicos y químicos.

Esta higiene dental se debe fundamentar en el cepillado, el uso del hilo o seda dental y todos aquellos medios complementarios menores que sean necesarios.

Eliminación y control de la placa bacteriana por métodos mecánicos. (p. 93).

2.6.3. Halitosis

Según la obra de López⁵⁶ (2002) indica:

La halitosis es el reflejo de una disfunción orgánica que por mecanismos diversos da lugar a la aparición de sustancias odoríferas en el aliento de la persona. En la mayoría de las ocasiones la causa es intraoral, pero también puede ser la manifestación de un problema de carácter sistémico y ser el primer síntoma que conduzca al diagnóstico de una enfermedad no detectada previamente. (p.57).

2.6.4. Gingivitis en niños

Leyendo la obra de McDonald & Avery⁵⁷ (1995) redacta:

La higiene oral adecuada y la limpieza de los dientes están relacionadas con la frecuencia del cepillado y con la eliminación completa de la placa bacteriana dental. Una oclusión adecuada y la masticación de alimentos fibrosos de acción detergente (p. ej., zanahorias crudas, apio y manzanas), también favorecen la limpieza de la cavidad oral. (p. 437).

⁵⁶ López, P. (2002). Alteraciones de las Glándulas Salivales. 1era Edición. España. Universidad de Murcia.

⁵⁷ McDonald, R., y Avery. (1995). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ta Edición. Madrid, España: Editorial Mosby.

Siguiendo con la obra de McDonald & Avery⁵⁸ (1995) dice: “La gingivitis asociada a una mala higiene oral se considera leve y cursa con inflamación de las papilas y los tejidos marginales” (p. 437).

2.6.5. Cálculo dental

Según la lectura del Dr. Hadjar⁵⁹ (2010) expresa:

Culpable de estropear la belleza de cualquier sonrisa, el cálculo dental, sarro o como se le conoce popularmente "piedra", es una masa calcificada que se forma sobre los dientes e incluso sobre las prótesis dentales. Posee un color que puede ir de blanco amarillento a grisáceo, presentándose en algunos casos teñidos de un color más intenso por hábitos, como el cigarrillo o el café y es precisamente su color el causante del desagradable efecto estético que produce. (párr. 1).

⁵⁸ McDonald, R., y Avery. (1995). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ta Edición. Madrid, España: Editorial Mosby.

⁵⁹ Hadjar, A. (2010). Recuperado de: <http://odontologia1.blogspot.com/2010/12/el-calculo-dental.html>

2.7. Hipótesis.

2.7.1. Hipótesis general:

La cultura preventiva de los padres incide significativamente en la salud bucal de los niños y niñas en la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

2.8. Unidad de observación y análisis.

Padres de familia o representantes, niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

2.9. Variables.

Variable Independiente: Cultura preventiva

Variable Dependiente: Salud bucal

2.9.1. Matriz de operacionalización de las variables.

(Anexo 1).

CAPITULO III

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio descriptivo de campo dado que la información fue recopilada en el lugar en el que se ubican los casos a estudiar.

3.2. Tipo de Investigación.

Investigación descriptiva

3.3. Métodos.

Para la investigación se realizó un formulario de encuesta a los padres de familia o responsables de los menores con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen sobre la cultura preventiva de acuerdo al número de respuestas contestadas correctamente 13 buena, 8 – 12 regular y menor a 7 o igual es malo, posteriormente se realizó un examen odontológico a cada niño y niña del estudio, este examen permitió identificar la ausencia o presencia de caries, placa bacteriana, cálculo, o gingivitis asociada con la salud bucal de los niños y niñas. Toda la información recolectada de los formularios de encuestas realizadas a los padres de familia y de las fichas clínicas de los niños y niñas fue vertida en una base de datos.

3.4. Técnicas.

Formulario de encuesta.

Observación.

3.5. Instrumentos.

Formularios de encuesta para padres de familia o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Ficha clínica para examen odontológico aplicada a los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

3.6. Población.

60 niños y niñas con sus representantes

Criterios de inclusión

Niños y niñas entre 2 y 4 años de edad.

Criterios de exclusión

Niños y niñas menores de 2 años y mayores de 4 años.

Niños y niñas que no quieran participar en el estudio.

3.7. Recolección de la información.

La recolección de la información se efectuó mediante un formulario de encuesta dirigida a los padres de familia o representantes de los menores, se realizaron reuniones con los padres de familia convocadas por la educadora social, en el marco de las mismas se llenaron las encuestas, los padres que no asistieron fueron visitados en las viviendas, una vez realizado los formularios se procedió al examen clínico odontológico a los niños y niñas cuyos resultados fueron registrados en una ficha de datos.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos en Microsoft Excel 2010 o en SPSS v.9. Se obtuvo los valores de las frecuencias, absolutas y relativas, de las variables estudiadas. Se confeccionó tablas de contingencia. Los resultados se mostrarán mediante tablas y gráficos estadísticos.

3.9. Aspectos éticos.

A cada padre de familia o representante en estudio se le solicitó su consentimiento informado por escrito (Anexo 2) después de haberle explicado de forma oral y mediante un documento confeccionado para el efecto indicado, los propósitos del estudio y se le afirmó que la información obtenida de sus datos no se emplearía para ningún otro fin

ajeno a la investigación y que en todo momento se manejarían con discreción y se mantendrá estricta confidencialidad sobre los mismos. También se aseguró para en caso de no desear participar, exista la evidencia del representante, negándose a la autorización.

3.10.1. Recursos.

3.10.2. Humanos

Autora.

Directora de tesis.

3.10.3. Tecnológicos.

Computadora.

Memoria flash.

Impresora.

Internet.

Cámara de fotos.

Scanner.

Cd.

3.10.4. Materiales.

Materiales de oficina.

Instrumentos odontológicos:

Espejos bucales.

Exploradores.

Lápiz bicolor.

Mascarillas.

Guantes.

Fundas desechables.

Servilletas.

3.11. Presupuesto.

Cuadro 1.

Presupuesto de la tesis.

DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR TOTAL
Fotocopia	1000	\$0.02	\$20.00
Resma de papel	5	\$5,00	\$25,00
Lapiceros	3	\$0.50	\$1,50
Mascarillas	2 cajas	\$8,00	\$16,00
Guantes	2 cajas	\$8,00	\$16,00
Equipo diagnóstico	15	\$5,00	\$30,00
Transporte	-	-	\$40,00
Subtotal			\$ 148,50
Imprevisto 10 %			\$14,85
TOTAL			\$ 163,35

CAPITULO IV

4. Análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis e interpretación de las fichas odontológicas aplicada a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Cuadro 1.

Género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	25	42%
Masculino	35	58%
Total	60	100%

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 37.

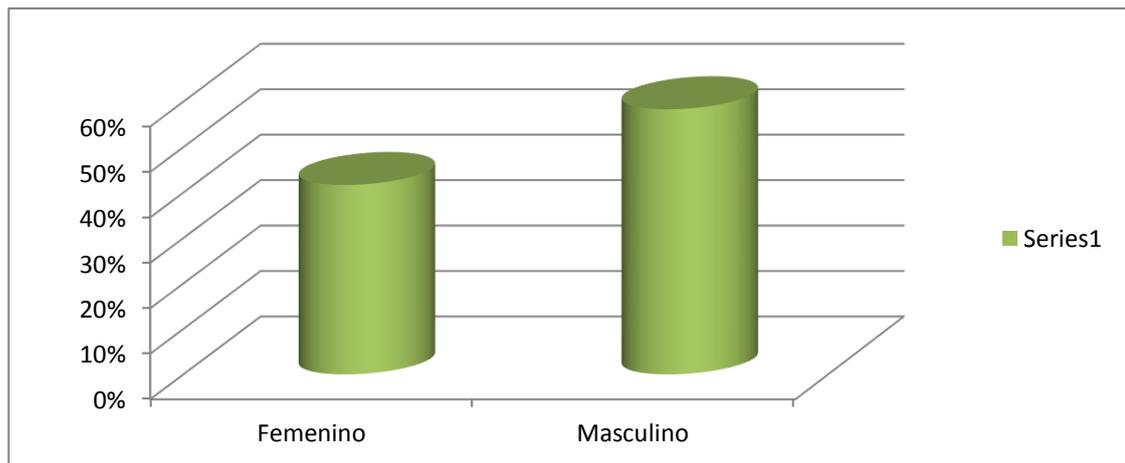


Gráfico N° 1. Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: la autora de esta tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El total de niños y niñas en la investigación fueron 60, de los cuales 25 que corresponden al 42% al sexo femenino y 35 que corresponden al 58% al sexo masculino.

De los datos obtenidos en la ficha odontológica existe un porcentaje mayor en sexo masculino que en el femenino.

Cuadro 2.

Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2 años	34	57%
3 años	17	28%
4 años	9	15%
Total	60	100%

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de la tesis. Anexo 3, p. 39.

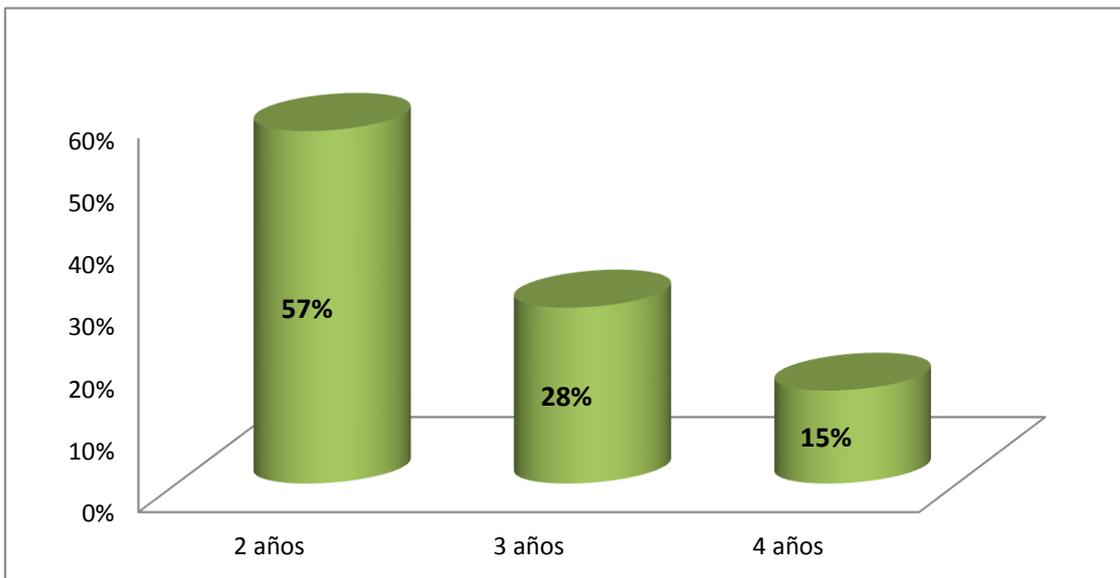


Gráfico N° 2: Datos de la ficha odontológica de los niños y niñas según la edad de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 niños y niñas estudiados, a los 2 años de edad 34 niños y niñas con un porcentaje del 57%, a los 3 años de edad 17 niños y niñas que corresponden al 28% y por último 9 niños y niñas que corresponden al 15%.

De los datos recopilados en la ficha odontológica es notable el predominio de niños y niñas de 2 años de edad.

Cuadro 3.

ceo.

Edad	cariados	extraídos	obturados	Total
2 años	2	0	2	4
3 años	4	0	3	7
4 años	4	0	3	7
Total	10	0	8	18
Total de niños y niñas = 60				

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de la tesis. Anexo 3, p. 41.

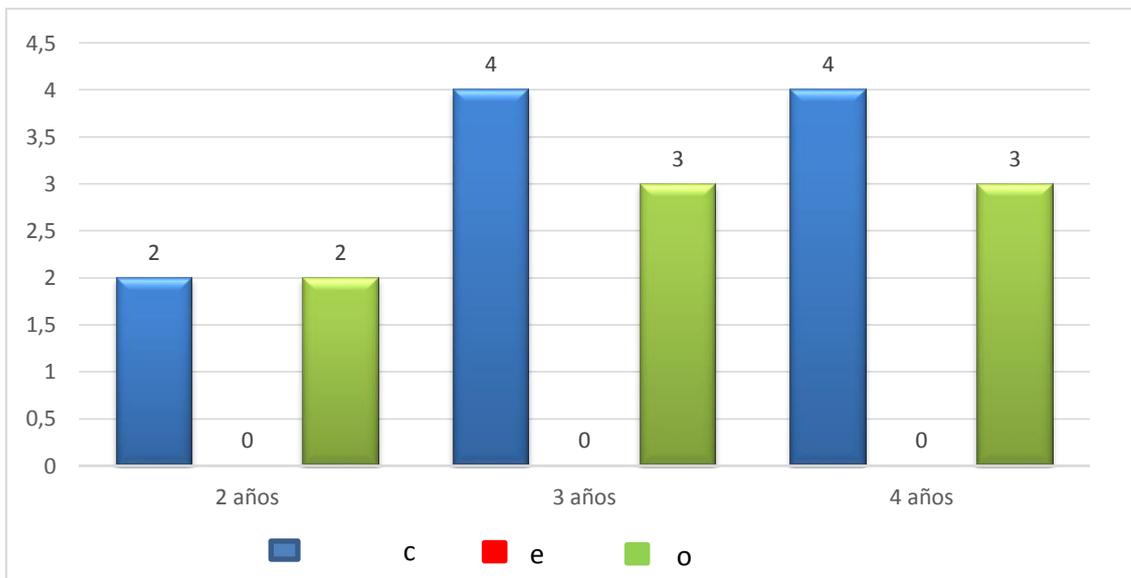


Gráfico N° 3: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 niños y niñas estudiados se observó que existen 18 piezas afectadas con ceo, correspondiendo a los 2 años de edad un total de 4, a los 3 años con un total de 7 y a los 4 años con 7 respectivamente.

Indicador epidemiológico para la caries dental ceo-d.

Siguiendo con la obra de López⁶⁰ (2010) expresa:

Para los dientes temporales se toma o mide el índice ceo-d, donde se hace el recuento de dientes (d) temporales o deciduos cariados (c), obturados (o), extracción indicada por caries (e), se suman estas variables y nos da un resultado que va de 0 a 20, para una comunidad se promedia y se divide por el número de niños examinados. Se diferencia de los permanentes en que se excluyen los dientes perdidos o ausentes, debido a la dificultad de definir si su ausencia se produjo por caries o por el proceso natural de exfoliación de los dientes deciduos. (p. 26)

De los datos obtenidos en los resultados de las fichas odontológicas se observó que el ceo predomina más en los niños de 3 y 4 años de edad, de acuerdo con la obra de López y el estudio realizado se concluye que el índice de deciduos cariados (c) es mayor.

⁶⁰ López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora

Cuadro 4.

Nivel de severidad y prevalencia de la caries.

TOTAL	Frecuencia
ceo	18
Examinados	60
Nivel de severidad y prevalencia de la caries	0,3

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de la tesis. Anexo 3, p. 43.



$$18 / 60 = 0,3 \quad \text{Nivel de severidad: Muy Bajo}$$

Gráfico N° 4: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Se observó que existen un total de ceo=18 y examinados 60 niños y niñas que al dividir estos resultados se obtuvo 0,3 de nivel de severidad y prevalencia de caries.

Niveles de severidad y prevalencia de la caries.

Según la OMS⁶¹ (2005) señala que:

CPOD – ceod = 0 - 1.1 Muy Bajo

1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

6.6 y + Muy Alto. (p. 26).

De los datos obtenidos en la ficha odontológica aplicada a los niños y niñas se observó que de acuerdo al nivel de severidad y prevalencia de la caries ceo corresponde a un nivel muy bajo.

⁶¹ OMS. (2005). Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes en zonas rurales. Recuperado el 30 de Julio del 2015. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

Cuadro 5.

Placa bacteriana.

Índice	Frecuencia	Porcentaje
0	23	38%
1	37	62%
2	0	0%
3	0	0%
Total	60	100%

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 45.

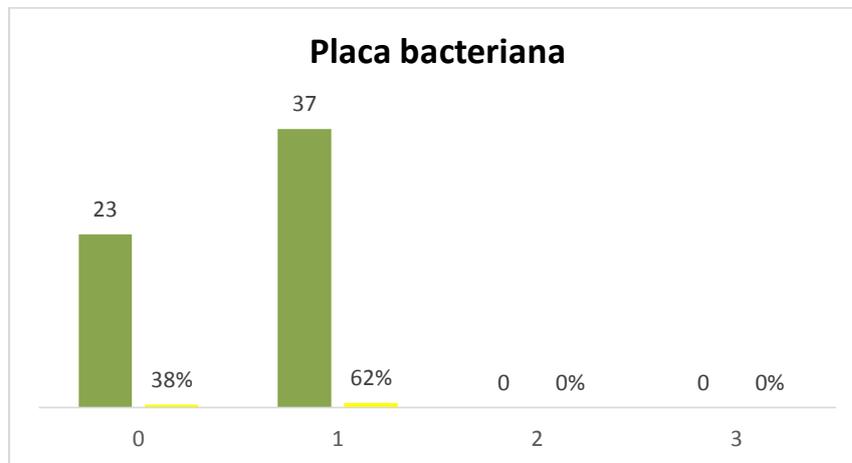


Gráfico N°5: Ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto al nivel de placa bacteriana encontramos que 23 niños y niñas que corresponden al 38% no tienen placa bacteriana, 37 niños y niñas con un 62% presentan nivel de placa: 1; y con un 0% del nivel de placa 2 y 3.

Examinando la obra de López⁶² (2010) dice:

El índice de placa blanda o índice de Higiene Oral simplificado se valora con una escala de 0 a 3 así:

0= No hay presencia de restos o placa blanda

1= La placa blanda cubre más de 1/3 de la superficie dentaria examinada o se aprecian manchas extrínsecas sobre la superficie.

2= La placa blanda cubre más de 1/3, pero menos e 2/3 de la superficie.

3= La placa cubre más de 2/3 de la superficie dental examinada. (p. 27)

De los datos recopilados en la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas se observó que la mayoría de los niños pertenecen a la escala 1 afirmando la obra de López.

⁶² López, J. (2010). Odontología para Higiene Oral. República de Colombia: Zamora.

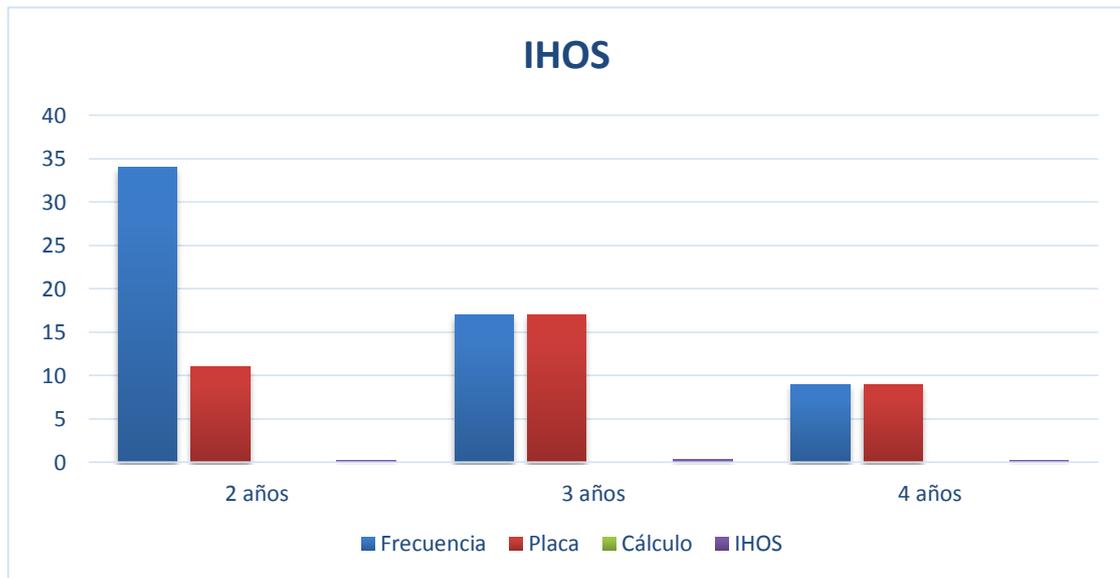
Cuadro 6.

Indicador de Higiene Oral Simplificado

EDAD	Frecuencia	Placa	Cálculo	Total IHOS	Nivel IHOS
2 años	34	11	0	0,18	Óptimo
3 años	17	17	0	0,28	Óptimo
4 años	9	9	0	0,15	Óptimo
TOTAL	60	37	0	0,61	IHOS Óptimo

Nota: Datos de la Ficha Odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos”

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 47.



Placa / 60 = 0,61 Nivel de IHOS: Óptimo

Gráfico N°6: Ficha odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo al IHOS se obtuvo que a la edad de 2 años hubieron 34 niños y niñas con un total IHOS de 0,18; a los 3 años hubieron 17 niños y niñas con IHOS de 0,28; y a los 4 años de edad un total IHOS de 0,15, dando como resultado nivel óptimo con 0,61

Según la obra de Carrasco⁶³ (2010) relata:

Índice de higiene oral simplificado:

Para cada persona se suman los valores de depósitos blandos y se les divide por la cantidad de superficies valoradas. Se realiza el mismo procedimiento de cálculo para los depósitos duros. Ambos valores dan el IHOS

Niveles de IHO-S

0.0-1.0 : Óptimo

1.1-2.0 : Regular

2.1-3.1 : Malo

Más de 3 : Muy malo. (p. 15).

De los datos recopilados en la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas se tiene como resultado que el IHOS tuvo un total de 0,61 como nivel óptimo de acuerdo a la obra de Carrasco.

⁶³ Carrasco, V. (2010). Atención odontológica integral de la embarazada. Santiago.

Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la encuesta dirigida a los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Cuadro 7.

¿Cuántas veces al día los padres le cepillan los dientes a sus hijos(as)?

Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al día	4	7%
2 veces al día	21	35%
Después de cada comida	32	53%
Antes de acostarse	3	5%
Nunca	0	0%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 49.

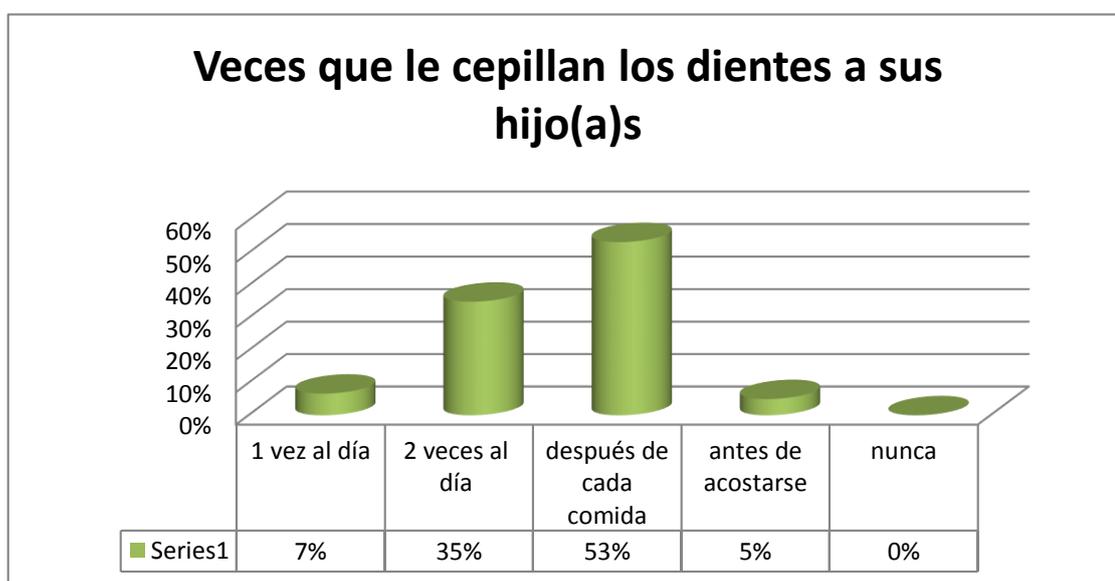


Gráfico N°10: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres encuestados 4 que corresponden al 7% contestaron que le cepillan los dientes 1 vez al día, 21 padres que corresponden al 35% le cepillan los dientes a sus hijo(a)s 2 veces al día, 32 padres que corresponden al 53% después de cada comida, 3 padres que corresponden al 5% le cepillan los dientes antes de acostarse.

Considerando la obra de Barrancos⁶⁴ (2011) menciona que:

No existe uniformidad de criterios respecto a la frecuencia óptimo del cepillado. Según Sheiham la investigación existente ha demostrado que aumentando la frecuencia del cepillado a dos veces por día se logra una mejoría del estado periodontal pero no se obtienen mayores ventajas con un incremento adicional de la frecuencia. (p. 16)

De los resultados obtenidos se observa que la mayoría de los padres le cepillan los dientes a sus hijo(a)s después de cada comida, concordando con la obra de Barrancos que la frecuencia del cepillado mejora el estado de salud bucal.

⁶⁴ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 8.

¿Con quién realiza el cepillado su hijo(a). ?

Con quién realiza el cepillado su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Solo	1	2%
Ayudado por la mamá o el papá	59	98%
Total	60	100%

Nota: Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 51.

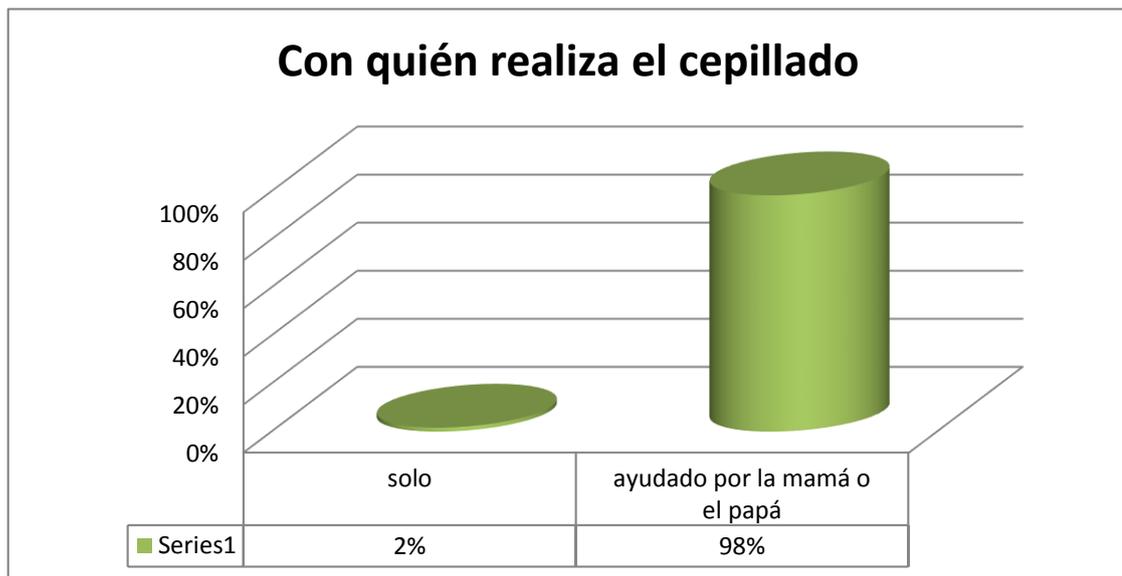


Gráfico N°11: Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo al estudio realizado 59 padres que corresponden al 98% ayudan a sus hijo(a)s a cepillarse los dientes, y 1 padre o representantes que corresponde al 2% deja que su hijo(a) lo haga solo(a).

De acuerdo a la obra de Posada, Gómez y Ramírez⁶⁵ (2005) relata: Si durante los años anteriores los padres y adultos que rodean al niño han sido persistentes, con el ejemplo y la enseñanza, en inculcarle el hábito de cepillarse los dientes y usar la seda dental inmediatamente después de cada comida y antes de acostarse, en la edad escolar el niño lo hará solo, aunque necesite que se le recuerde en algunas ocasiones. Sin embargo, es necesario que los padres continúen supervisando la calidad del cepillado que el niño se hace. (p. 15)

La gran parte de padres de familia acompañan a sus hijo(a)s a cepillarle sus dientes, relacionado con la obra de Posada, Gómez y Ramírez de inculcarles el hábito de cepillarse los dientes bajo supervisión.

⁶⁵ Posada, A., Gómez, J., y Ramírez, H. (2005). El niño sano. 3 era Edición. Bogotá: Editorial Médica IPanamericana.

Cuadro 9.

¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de sus hijo(a)s.?

Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Cada 3 meses	41	68%
Cada 6 meses	5	8%
Cuando se acuerda	0	0%
Nunca se lo ha cambiado	14	23%
Total	60	100%

Nota: Datos de la Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p. 53.

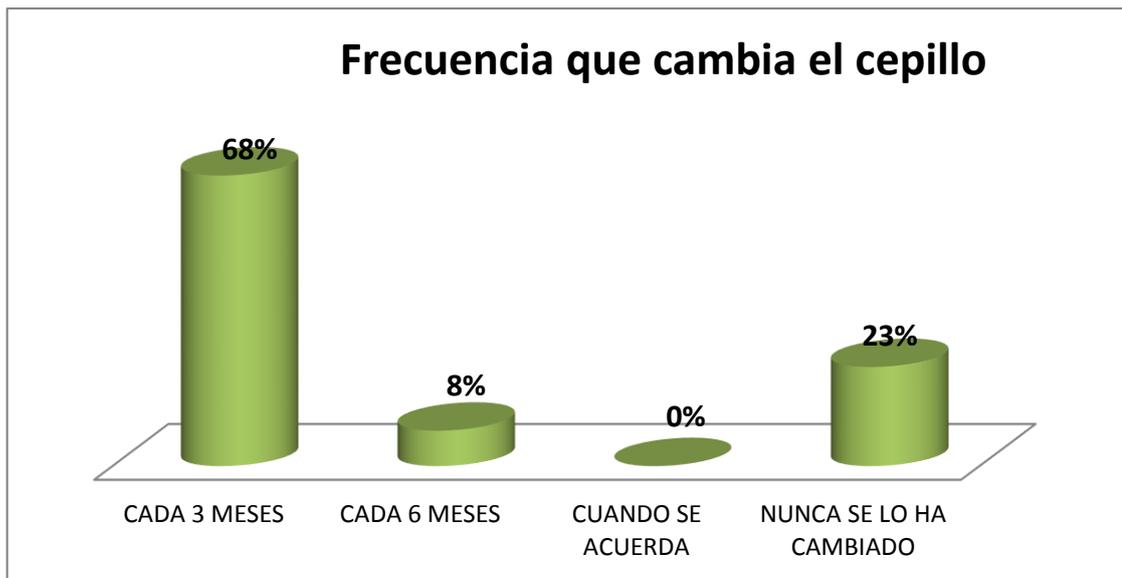


Gráfico N° 12: Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En los 60 padres o representantes encuestados 41 que corresponden al 68% le cambian el cepillo a sus hijo(a)s cada 3 meses, 5 padres que corresponden al 8% contestaron cada 6 meses, 14 padres que corresponden al 23% nunca se lo ha cambiado.

Como dice la obra de Pires, Schimitt y Kim⁶⁶ (2009) Sugerimos un cambio por lo menos cada mes, no solo por deformación de las cerdas, sino por el gran número de colonias de bacterias que pueden ser encontradas en ellos. Después de cierto tiempo de uso, las cerdas pierden su flexibilidad correcta. (p. 16)

De los datos recopilados en la encuesta el mayor porcentaje obtenido le cambia el cepillo dental a sus hijo(a)s cada 3 meses relacionado a la obra de Pires, Schimitt y Kim que sugieren cambiar el cepillo por lo menos cada mes.

⁶⁶ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Cuadro 10.

¿Qué implementos utiliza en el aseo bucal de los niños y niñas?

Cuál de estos implementos usa para el aseo bucal de su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Cepillo y pasta dental	52	87%
Cepillo, pasta dental y enjuague	7	12%
Cepillo, pasta, enjuague, hilo dental	1	2%
Enjuagues caseros	0	0%
Solo cepillo	0	0%
Total	60	100%

Nota: Datos de la Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p. 55.

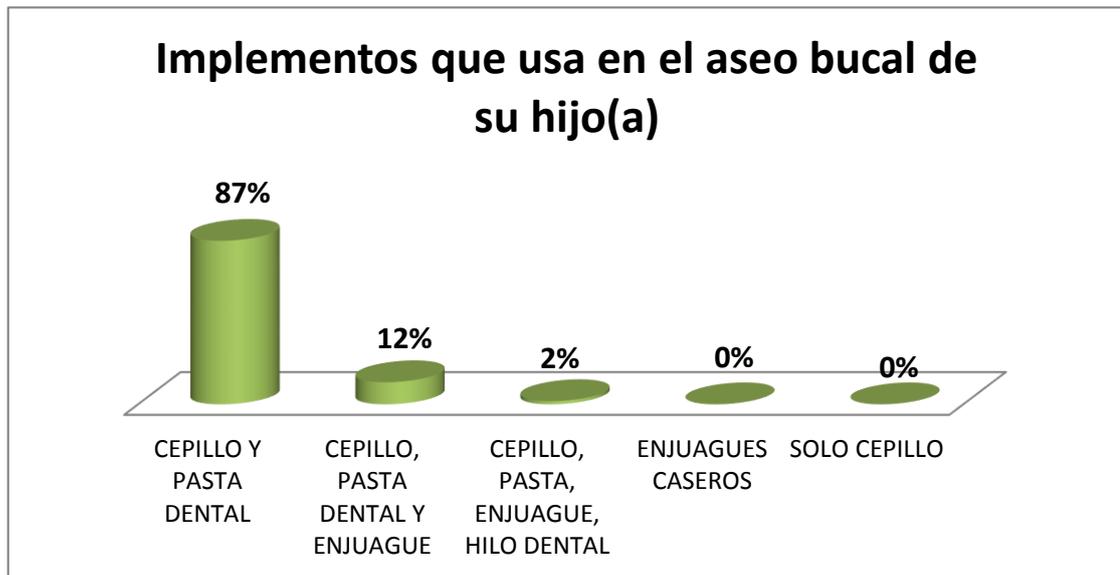


Gráfico N° 13: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Se puede observar que 52 padres o representantes que corresponden al 87% utilizan cepillo y pasta dental, 7 padres que corresponden al 12% contestaron que utilizan cepillo, pasta y enjuague, y 1 padre o representante que corresponde al 2% utiliza cepillo, pasta, enjuague e hilo dental.

Considerando el artículo del Dr. Francisco Tajuelo Izquierdo⁶⁷ (2015) publicado en la página Cuida tu boca podemos definir que “El cepillo de dientes es el instrumento más eficaz y excelente para eliminar la placa dental, para que su funcionamiento sea óptimo debe reunir las características adecuadas en cuanto a diseño, calidad de los materiales que lo componen y las normas de fabricación”. (p. 17)

Los datos recopilados la mayoría de los padres de familia utilizan cepillo y pasta dental, corroborando con lo mencionado del Dr. Francisco que el cepillo de dientes es un instrumento eficaz en la eliminación de la placa dental.

⁶⁷ Tajuelo, Francisco (2015). Cuida tu boca. ¿Cómo elegir el cepillo de dientes adecuado?. Consultado el 24 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.cuidatuboca.com/elegir-cepillo-dientes-adecuado/>

Cuadro 11.

¿Le revisa Usted la boca a los niño(a)s después de cepillarles sus dientes?

Le revisa Ud. La boca a su hijo(a) después de cepillarle los dientes?	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	87%
No	8	13%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p. 57.



Gráfico N° 14: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Observamos que 52 padres o representantes que corresponde al 87% si le revisan la boca a sus hijo(a)s después de cepillarle los dientes, y 8 padres que corresponden al 13% no le revisan la boca.

Analizando la obra de Riojas⁶⁸ (2014) los padres deben revisar los dientes a sus hijos: Los dientes infantiles juegan un papel muy importante en el correcto desarrollo de la musculatura masticatoria, en la formación y desarrollo de los huesos de los maxilares y de la cara; para mantener el espacio, la alineación y la oclusión de los dientes de la segunda dentición. La función principal es la de preparar el alimento para la deglución y digestión, además de ayudar al desarrollo de la fonación. (p. 20)

De los datos obtenidos en la encuesta se observa que la mayoría de los padres o representantes le revisan la boca a su hijo(a) después de cepillarle los dientes, teniendo relación con la obra de Riojas ya que los dientes deciduos son muy importantes para mantener el espacio, alineación y oclusión de los dientes permanentes.

⁶⁸ María R., (2014). Anatomía Dental. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno. Colombia. Pág. 226

Cuadro 12.

¿En qué lugar han recibido charlas de Higiene bucal?

En qué lugar ha recibido charlas sobre Higiene bucal?	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	18	30%
Establecimiento educativo	1	2%
Televisión	18	30%
Ninguno	23	38%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 59.

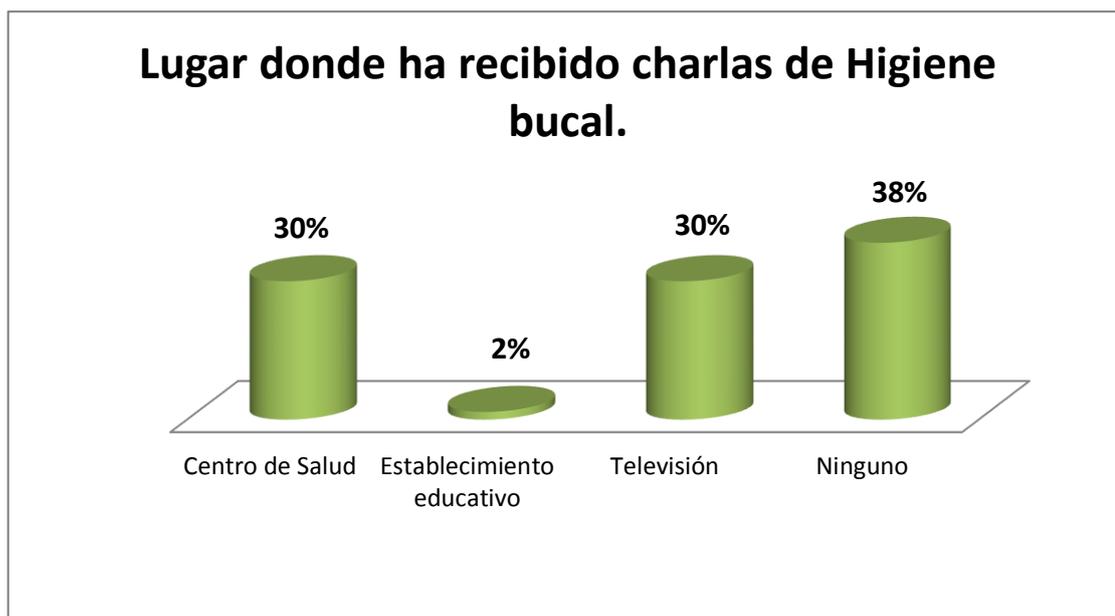


Gráfico N°15: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres encuestados 18 que corresponden al 30% han recibido charlas de higiene bucal en el Centro de Salud, 1 padre o representante que corresponde al 2% en un establecimiento educativo, 18 padres que corresponden al 30% en la televisión, y 23 padres que corresponden al 38% nunca han recibido charlas de higiene bucal.

Indagando la obra de Garcés⁶⁹ (2012) referencia que:

La cultura preventiva solo puede darse como el resultado de un proceso de aprendizaje que debe dar comienzo en la Enseñanza Primaria. En este nivel formativo el aprendizaje debe integrarse en la formación en valores, concretamente dentro del valor, Salud. Como en toda enseñanza de valores, la metodología ha de ser de carácter transversal y debe presentar los riesgos de la propia escuela como un primer ejemplo de riesgos laborales. (p. 9)

De los datos recopilados en la encuesta la mayoría de los padres o representantes no han recibido charlas de higiene bucal. Lo contrario a la obra de Garcés que afirma que un proceso de aprendizaje inicia en la enseñanza primaria.

⁶⁹ Garcés, J. (2012). La Cultura Preventiva en salud. ÁTOPOS. 2(3), 15

Cuadro 13.

¿Con qué frecuencia lleva a sus hijo(a)s al odontólogo?

Con qué frecuencia lleva a su hijo(a) al odontólogo?	Frecuencia	Porcentaje
Cada 6 meses	20	33%
Cada año	3	5%
Cuando siente dolor	16	27%
Nunca	21	35%
Otros	0	0%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 61.

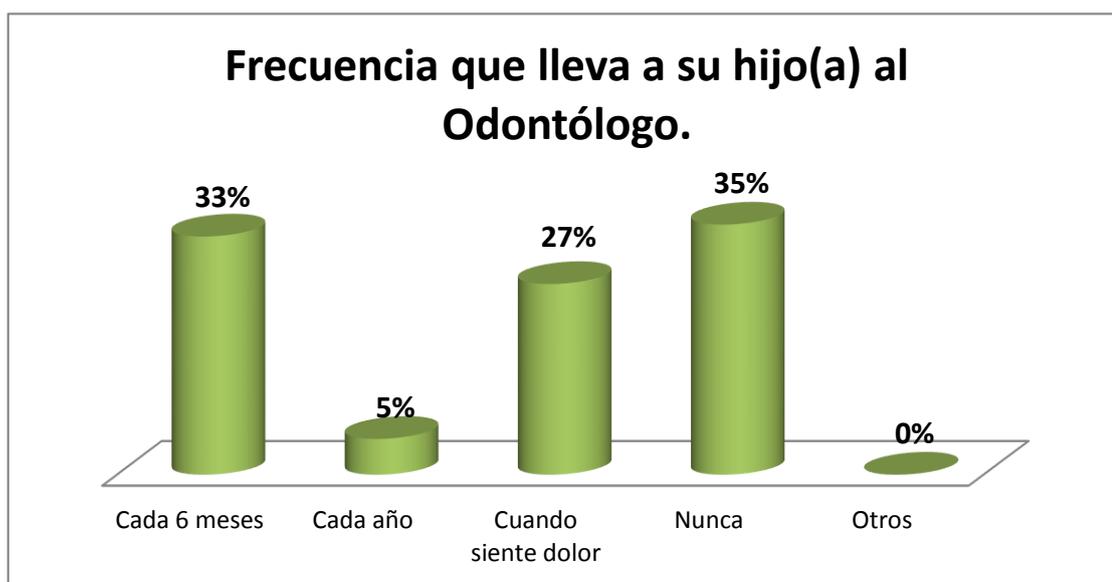


Gráfico N°16: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De un total de 60 padres o representantes encuestados podemos observar que 20 correspondientes al 33% llevan a sus hijo(a)s al odontólogo cada 6 meses, 3 padres que corresponden al 5% cada año, 16 padres que corresponden al 27% cuando sienten dolor, y 21 padres que corresponden al 35% nunca lo(a) han llevado(a).

Observando la obra de Barrancos⁷⁰ (2011) cita que:

La primera entrevista que se mantiene con una persona que viene a solicitar los servicios del odontólogo es de suma importancia. En ella se establecen las pautas de lo que será en el futuro la relación que se tendrá con la personas y se comenzará a crear el vínculo empático, clave del éxito en la relación y el tratamiento. (p. 17)

En base a los datos recopilados en las encuestas dirigidas a los padres revela que la mayoría de los padres nunca han llevado a sus hijo(a)s al odontólogo ya que la falta de información es una de las causas por la que no acudan a realizarles tratamientos preventivos.

⁷⁰ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 14.

¿Si su niño(a) tiene dolor en una muelita que tratamiento prefiere?

Si su niño(a) tiene dolor en una muelita de leche que tratamiento prefiere?	Frecuencia	Porcentaje
Curación	43	72%
Extracción	7	12%
Espera que se le caiga sola	10	17%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 63.



Gráfico N°17: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

La mayoría que son 43 padres correspondientes a un 72% contestaron que prefieren curación, 7 padres que corresponden al 12% prefieren extracción y 10 padres que corresponden al 17% espera que se le caiga sola.

Analizando la obra de Riojas⁷¹ (2014) dice:

Los dientes infantiles juegan un papel muy importante en el correcto desarrollo de la musculatura masticatoria, en la formación y desarrollo de los huesos de los maxilares y de la cara; para mantener el espacio, la alineación y la oclusión de los dientes de la segunda dentición. La función principal es la de preparar el alimento para la deglución y digestión, además de ayudar al desarrollo de la fonación. (p.20)

De los datos recopilados en la encuesta, se observa que la mayoría de los padres o representantes prefieren realizarles curación a sus hijo(a)s, ya que los dientes deciduos son importantes para la oclusión y el espacio de los dientes permanentes, como lo dice en la obra de Riojas.

⁷¹ María R., (2014). Anatomía Dental. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno. Colombia. Pág. 226

Cuadro 15.

Su niño(a)s reciben o han recibido tratamiento odontológico?

Su hijo(a) recibe o ha recibido algún tratamiento odontológico?	Frecuencia	Porcentaje
Limpieza	11	18%
Curación	8	13%
Extracción	0	0%
Nunca	41	68%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 65.

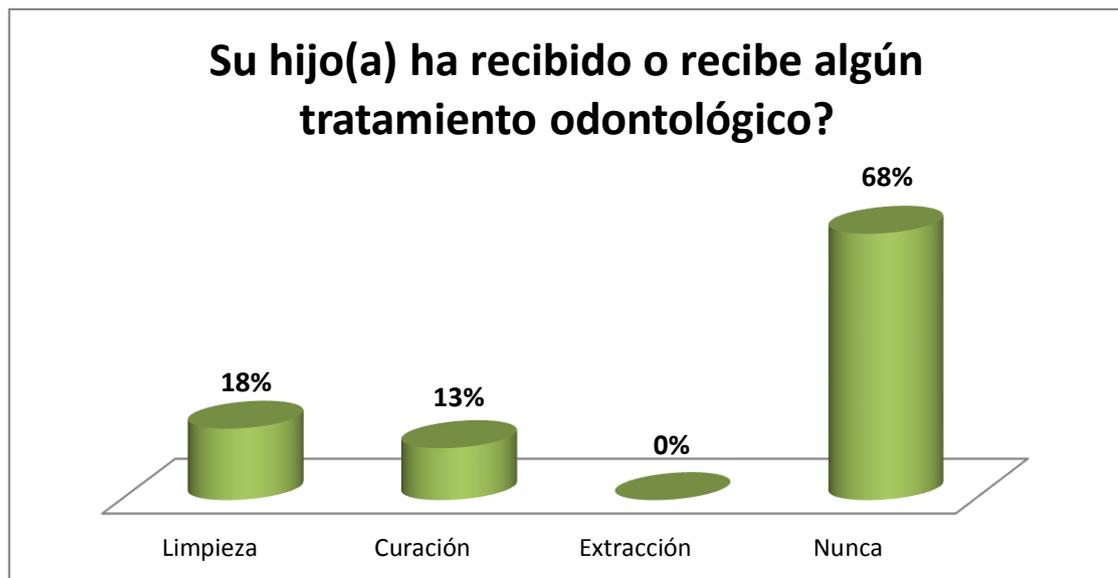


Gráfico N°18: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres o representantes 11 que corresponden al 18% contestaron que sus hijo(a)s han recibido limpieza, 8 padres con un 13% sus hijo(a)s han recibido curación y 41 padres que corresponden al 68% nunca sus hijo(a)s han recibido algún tratamiento odontológico.

Sellantes de fosas y fisuras: Leyendo la obra de Heredia⁷² (s.f.) redacta: Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser agentes efectivos en la prevención de la caries dental, sobre todo en aquellas superficies con alto riesgo de ser afectadas por la enfermedad y en las que los fluoruros tienen un efecto limitado. (p. 22)

En base a los datos recopilados en la encuesta se da a notar que la mayoría de los padres nunca han llevado a sus hijo(a)s a una cita odontológica, como dice en la obra de Heredia los sellantes de fosas y fisuras son un tratamiento preventivo efectivo en la prevención de la caries dental.

⁷² Carlos. H., (s.f.). Odontología preventiva en el niño y en el adolescente, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pág. 39

Cuadro 16.

¿Qué tipo de bebidas le dan a sus hijo(a)s?

Qué tipos de bebidas le da a su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Jugos naturales	9	15%
Gaseosas	0	0%
Agua	1	2%
Todas	50	83%
Total	60	100%

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 67.

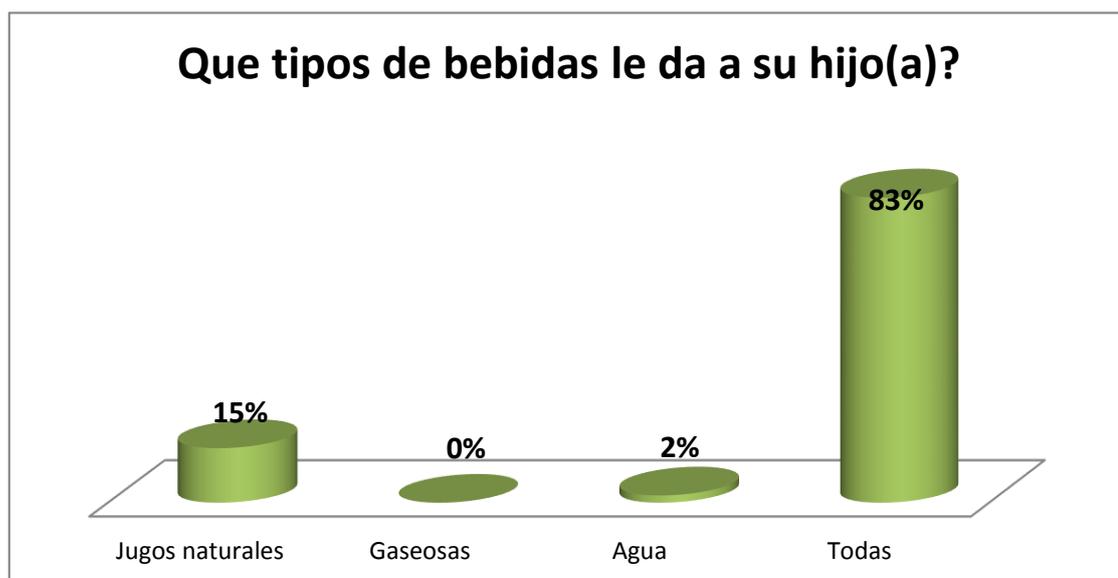


Gráfico N°19: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres 9 que corresponden al 15% le dan jugos naturales a sus hijo(a)s, 1 padre o representante que corresponde al 2% contestó agua y 50 padres que corresponde al 83% le dan toda clase de bebidas a sus hijo(a)s.

De acuerdo a la obra de Pires, Schmitt, Kim, Santos⁷³ (2009) relatan: “El tiempo en que el azúcar permanece en la boca es muy importante. Cuanto mayor sea el número de veces que se coman dulces, mayor será el tiempo de contacto y mayor será la oportunidad de que se forme caries” (p. 14)

De los datos recopilados en las encuestas dirigida a los padres o representantes, le dan a sus hijo(a)s toda clase de bebidas sean azucaradas o no, concluyendo con la cita de Pires, Schmitt, Kim y Santos es importante controlar el tiempo que el azúcar permanece en la boca ya que contribuye a la formación de caries.

⁷³ Pires María, Schmitt Rosangela, kim Soo, Santos Livraria; (2009) Salud Bucal del bebé al adolescente- guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores; Editora Ltda.

Cuadro 17.

¿Qué alimentos predominan en el desayuno de sus hijo(a)?

Qué alimentos predominan en el desayuno de su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Carbohidratos	60	26%
Lácteos	60	26%
Proteínas	58	25%
Azúcares	50	22%
Total	228	100%
Total de padres encuestados = 60		

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 69.

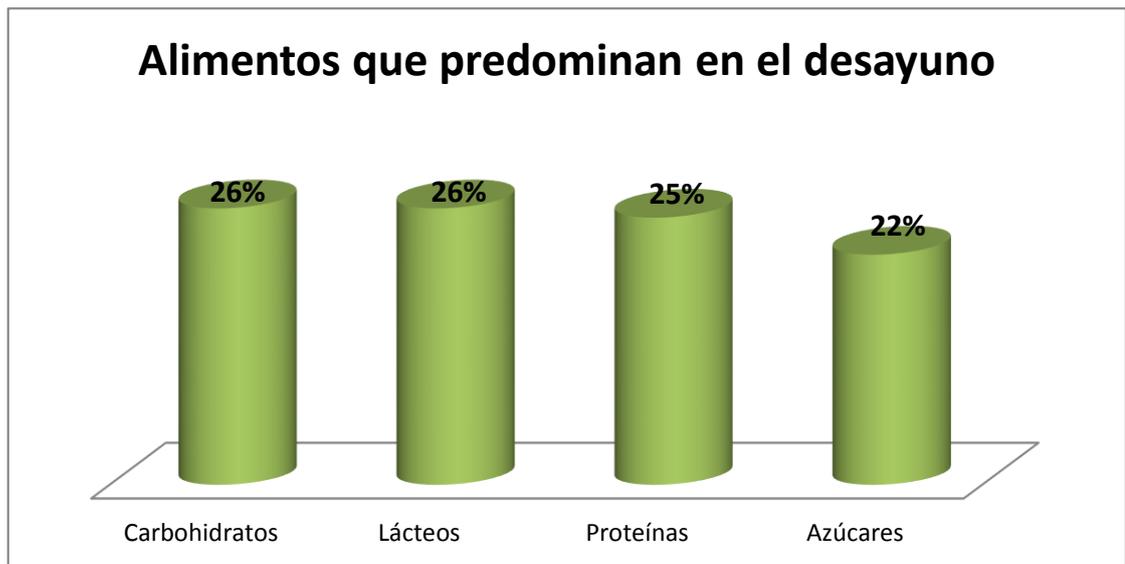


Gráfico N°20: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En un total de 60 padres o representantes encuestados los 60 que corresponden al 26% le dan carbohidratos y lácteos a sus hijo(a)s, 58 que corresponden al 25% le dan proteínas y 50 que corresponden al 22% contestaron azúcares.

Según la obra de Sidney⁷⁴ (1985) afirma:

Los alimentos que están al alcance del hombre son carbohidratos, grasas y proteínas. Se ha demostrado que los carbohidratos son agentes etiológicos importantes en la producción de caries dental. Existe razón para creer que las grasas están asociadas con inhibición de las caries. (p. 11- 12)

De los datos recopilados en la encuesta dirigida a los padres se comprueba que tanto los carbohidratos como los lácteos predominan con mínimas diferencias de porcentaje a las proteínas y azúcares, concordando con la obra de Sidney que éste tipo de alimentos son los que más ingiere el ser humano.

⁷⁴ Sidney B. Finn, (1985); Odontología Pediátrica, México, Cuarta Edición, Interamericana

Cuadro 18.

¿Qué alimentos predominan en el almuerzo de sus hijo(a)?

Qué alimentos predominan en el almuerzo de su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Carbohidratos	60	22%
Lácteos	45	16%
Proteínas	60	22%
Azúcares	60	22%
Ensaladas	48	18%
Total	273	100%
Total de padres encuestados = 60		

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 71.

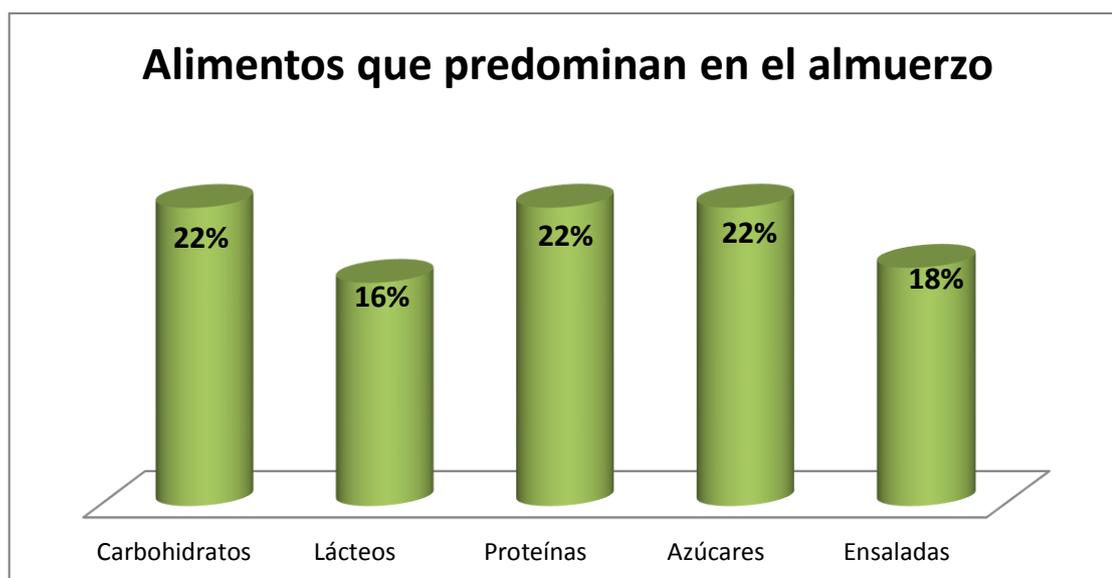


Gráfico N°21: Encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres encuestados todos contestaron que tanto los carbohidratos como las proteínas y azúcares se consumen en un 22%, 45 que corresponden al 16% contestaron lácteos y 48 padres que corresponden al 18% contestaron ensaladas.

El porcentaje obtenido en el estudio tiene relación con la obra de Gómez⁷⁵ Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida. (p. 12)

De los datos recopilados en la encuesta dirigida a los padres se comprueba que en el almuerzo se consumen en las mismas cantidades los carbohidratos, las proteínas y azúcares seguido de las ensaladas, teniendo relación con la obra de Gómez que las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la salud dental.

⁷⁵ Gómez, o. (2007). Educación para la salud. 4ta. Reimpresión. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia.

Cuadro 19.

¿Qué alimentos predominan en la merienda de su hijo(a)?

Qué alimentos predominan en la merienda de su hijo(a)?	Frecuencia	Porcentaje
Carbohidratos	57	27%
Lácteos	54	25%
Proteínas	60	28%
Azúcares	35	16%
Ensaladas	9	4%
Total	215	100%
Total de padres encuestados = 60		

Nota: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 73.

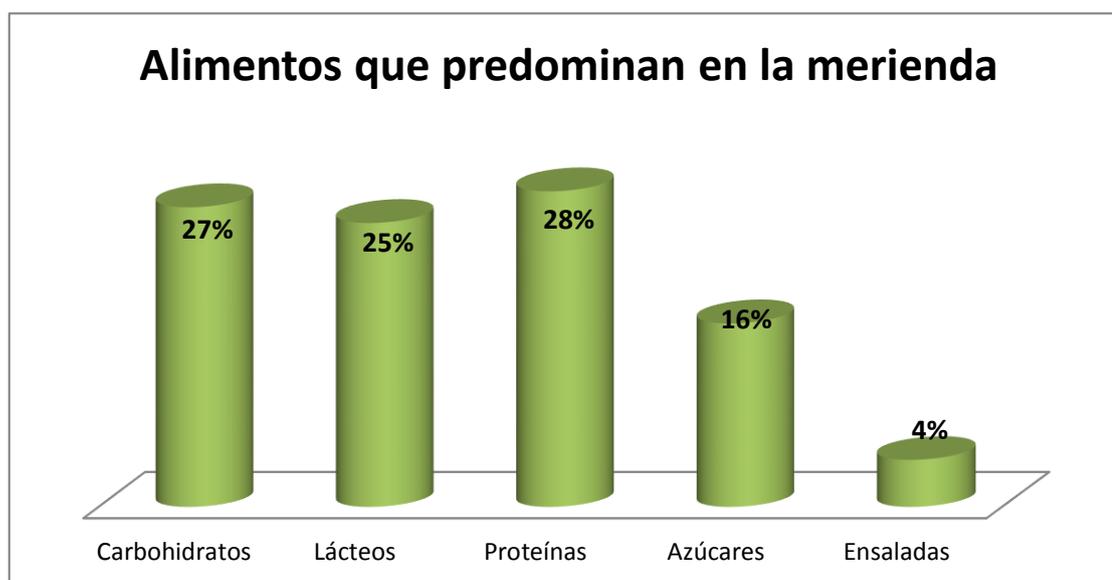


Gráfico N°22: Datos de la encuesta dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De los 60 padres o representantes 57 que corresponden al 27% contestaron carbohidratos, 54 que corresponden al 25% le dan lácteos, 60 que corresponden al 28% contestaron proteínas, 35 que corresponden al 16% le dan azúcares y 9 padres que corresponden al 4% contestaron ensaladas.

Analizando la obra de Cuenca & Baca⁷⁶ (2013) se conoce que “Los hidratos de carbono de la dieta se han reconocida como una causa necesaria en la caries dental; de entre ellos destacan principalmente los azúcares, especialmente la sacarosa”. (p. 12)

De los datos recopilados en la encuesta dirigida a los padres se observa que en la merienda los carbohidratos, proteínas y lácteos los más consumidos, tomando en cuenta la obra de Cuenca y Baca que los hidratos de carbono destacan en la formación de caries dental.

⁷⁶ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

Cuadro 20.

Relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el IHOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO	IHOS								TOTAL	%
	Óptimo		Regular		Malo		Muy malo			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bueno	15	25%	0	0%	0	0%	0	0%	15	25%
Regular	45	75%	0	0%	0	0%	0	0%	45	75%
Malo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL									60	100%

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a niños y niñas de la unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 75.

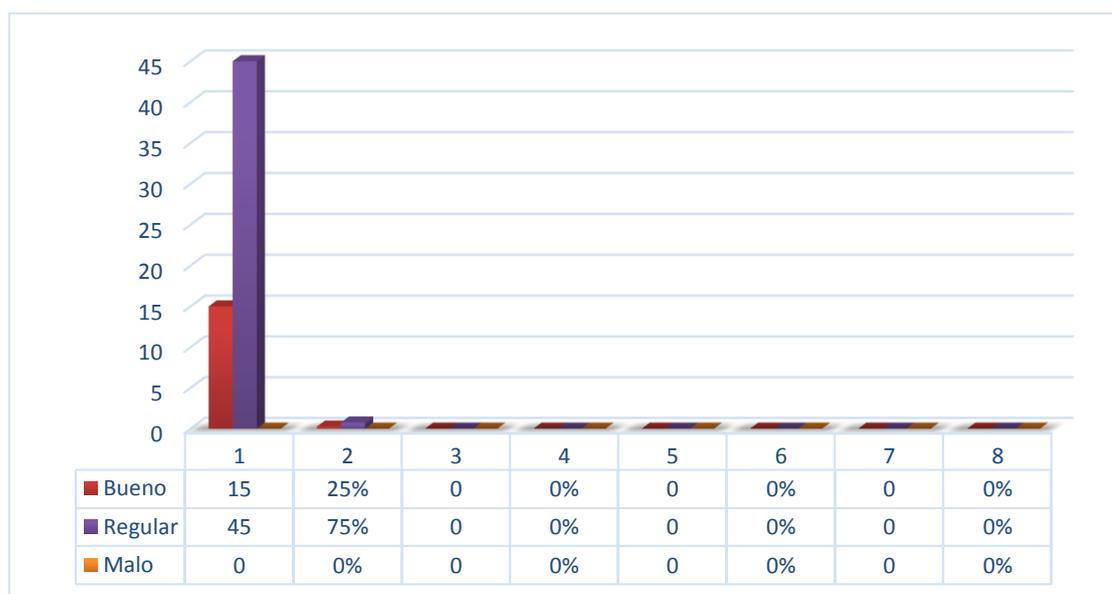


Gráfico N°8: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a la relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el IHOS, corresponde en el nivel bueno 15 padres de familia con IHOS óptimo 15 niños y niñas con un 25%, en el nivel regular 45 padres de familia con IHOS óptimo 45 niños y niñas que corresponden al 75%.

Según el Acta Odontológica Venezolana⁷⁷ (2008) señala que:

La valoración dada al cuestionario (antes y después de la aplicación del PE) se realizó en función del número de respuestas correctas correspondientes al área de salud oral que comprende: enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. La escala que se empleó para clasificar el nivel de conocimiento de los niños fue: Bueno (13 a 15 puntos); Regular (8 a 12 puntos); Malo (menor o igual a 7 puntos). (p. 11).

Según la obra de Carrasco⁷⁸ (2010) relata:

Niveles de IHO-S
0.0-1.0 : Óptimo
1.1-2.0 : Regular
2.1-3.1 : Malo
Más de 3 : Muy malo. (p. 15).

Se observa que existe una prevalencia en el nivel de conocimiento como regular de acuerdo a la escala del Acta Odontológica y en el nivel de IHOS como óptimo, según la obra de Carrasco.

⁷⁷ Acta Odontológica Venezolana. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Venezuela.

⁷⁸ Carrasco, V. (2010). Atención odontológica integral de la embarazada. Santiago.

Cuadro 21.

Relación del nivel de conocimiento de los padres y el índice ceo.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nivel de severidad de la caries								TOTAL	%
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bueno	15	25%	0	0%	0	0%	0	0%	15	25%
Regular	45	75%	0	0%	0	0%	0	0%	45	75%
Malo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL									60	100%

Nota: Datos de la ficha odontológica dirigida a niños y niñas de la unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

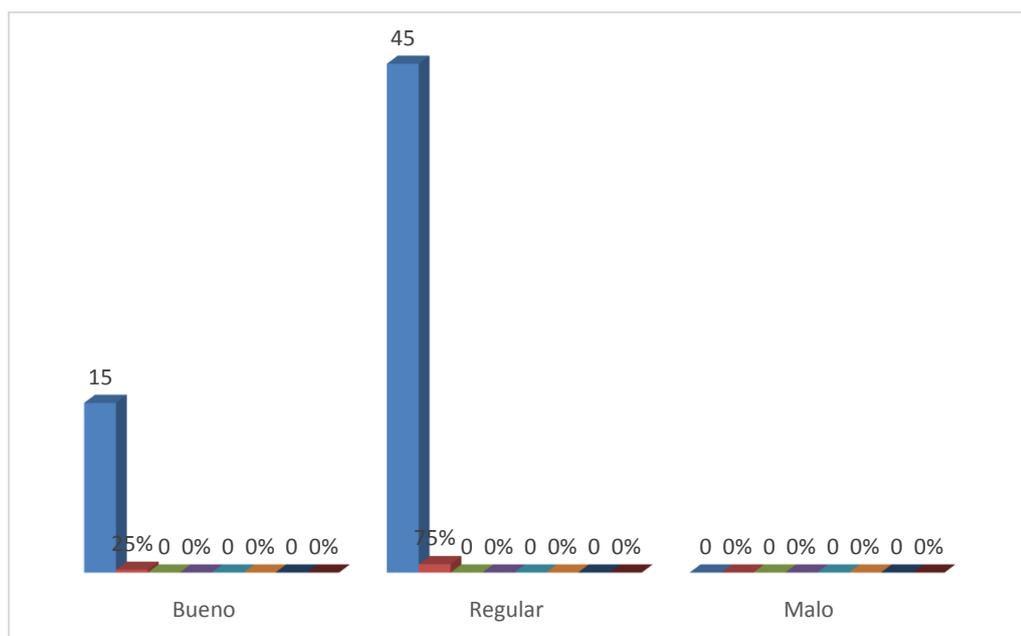


Gráfico N°9: Datos de la ficha odontológica dirigida a los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos. Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

De acuerdo a la relación del nivel de conocimiento de los padres y el índice ceo de los niños y niñas, corresponde en el nivel bueno 15 padres de familia con un índice ceo muy bajo con 15 niños y niñas correspondientes al 25%, en el nivel regular 45 padres de familia con un índice ceo muy bajo con 45 niños y niñas correspondientes al 75%.

Según el Acta Odontológica Venezolana⁷⁹ (2008) señala que:

La valoración dada al cuestionario (antes y después de la aplicación del PE) se realizó en función del número de respuestas correctas correspondientes al área de salud oral que comprende: enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. La escala que se empleó para clasificar el nivel de conocimiento de los niños fue: Bueno (13 a 15 puntos); Regular (8 a 12 puntos); Malo (menor o igual a 7 puntos). (p. 11).

Según la OMS⁸⁰ (2005) señala que:

CPOD – ceod = 0 - 1.1 Muy Bajo
1.2 - 2.6 Bajo
2.7 - 4.4 Moderado
4.5 - 6.5 Alto
6.6 y + Muy Alto. (p. 26).

Se observa que en el nivel de conocimiento de los padres según la escala del Acta Odontológica Venezolana existe una prevalencia en el nivel regular y según la OMS del nivel de severidad de la caries en los niños y niñas muy bajo.

⁷⁹ Acta Odontológica Venezolana. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Venezuela.

⁸⁰ OMS. (2005). Prevalencia de caries dental en niños y jóvenes en zonas rurales. Recuperado el 30 de Julio del 2015. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-096.pdf>

CAPÍTULO V.

3. Conclusiones y Recomendaciones.

3.1. Conclusiones.

De acuerdo al estudio realizado mediante las encuestas se obtuvo que los padres de familia de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos, han demostrado tener un nivel de conocimientos de cultura preventiva regular en la salud bucal de sus hijo(a)s.

Se logró identificar el estado de salud bucal de los niños y niñas mediante las fichas odontológicas aplicadas, de acuerdo al índice de higiene oral simplificado dando como resultado un nivel óptimo, y de acuerdo al nivel de severidad y prevalencia de la caries muy bajo.

3.2. Recomendaciones

Se sugiere que los padres de familia lleven a sus hijos(as) a realizar tratamientos preventivos para evitar que se formen en ellos lesiones en la cavidad bucal y puedan conservar sus piezas dentarias que favorecen el desarrollo general, por lo que se debería de considerar que éste grupo de niños y niñas se han incluidos en los programas de salud del Ministerio brindándoles tratamientos preventivos para evitar enfermedad en la cavidad bucal.

Se debería dar capacitación a los padres de familia, esto para controlar el índice de caries en los niños e implementar nuevos o más conocimientos acerca de la cultura preventiva y la salud bucal.

CAPÍTULO VI.

4. Propuesta.

4.1. Título de la propuesta.

Informar sobre la aplicación de tratamientos preventivos a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

4.1.1. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 17 de Junio de 2015

Fecha de finalización: 19 de Junio de 2015

4.1.2. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Beneficiarios indirectos: Son los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

4.2. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

4.3. Ubicación sectorial y física.

La Unidad de atención creciendo con nuestros hijos de la parroquia Andrés de Vera Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí.

4.4. Introducción.

De acuerdo con las técnicas empleadas se pudo realizar la propuesta mediante capacitación y demostración de cómo los padres deben cepillar los dientes a sus hijo(a)s. Para ello se contó con varios voluntarios: los padres o representantes y los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos

La presente propuesta constituyó un aporte importante a los padres o representantes de los niños y niñas, para mejorar la salud bucal de sus hijo(a)s. Por ello, el presente documento está compuesto de datos de la propuesta, justificación, objetivos, documentación teórica, recursos.

4.5. Justificación.

A través de las capacitaciones a los padres de familia o representantes de los niños y niñas se notó interés por parte de los mismos acerca de los conocimientos preventivos, técnicas educativas de cepillado, asistencia odontológica y de los factores de riesgo que existen y llevan a los menores a padecer enfermedades bucales. El resultado de esta investigación en concordancia con el previsto de la autora muestra la relación entre el conocimiento de cultura preventiva odontológica de los padres o representantes y la falta de conocimientos de los mismos a que sus hijo(a)s reciban la

atención odontológica requerida. Por tanto es necesario capacitar a los padres o representantes de los niños y niñas para que exista preocupación en que se dé una buena higiene bucal, una correcta ingesta de alimentos y que sobre todo visiten periódicamente al odontólogo para un control y prevención de caries.

4.6. Objetivos.

4.6.1. Objetivo general.

Instruir a los padres o representantes, de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos acerca de la cultura preventiva odontológica y de higiene bucal.

4.6.2. Objetivos específicos.

Motivar a los niño(a)s y a los padres o representantes de la Unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos” sobre la importancia de la salud bucal.

Concientizar a los padres o representantes, de la Unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos” sobre la necesidad de una correcta ingesta de alimentos y técnica de cepillado.

4.7. Descripción de la Propuesta.

En la investigación realizada a los padres o representantes, de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos se comprueba que no conocen acerca de cuándo llevar a sus hijos(as) al odontólogo a pesar de que los niveles de conocimientos de los mismos son bastante altos, pero están pendientes en el cuidado y revisión por ellos mismos, lo que se evidencia en la salud bucal de los niños y niñas, lo cual se vio reflejado en la historia clínica odontológica de dichos niños y niñas. Debido a esto es necesario difundir la información acerca de las visitas odontológicas las cuales una vez conocidos son los que nos van a elevar el índice de cultura preventiva en la población en cuestión.

4.8. Responsable.

Autora de esta tesis.

4.9. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de la Educadora Social de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos, la colaboración y predisposición de los padres o representantes de los niños y niñas de dicha Unidad; lo cual permitirá proporcionar la información acerca del nivel de cultura preventiva odontológica mediante charlas por parte de la autora de ésta tesis.

4.10. Sostenibilidad

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican cierta necesidad de instruir a los padres o representantes acerca de cultura preventiva odontológica.

La propuesta es sustentable ya que se utilizarán recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida tanto en padres como en los niños y niñas, ya que mejora significativamente la salud bucal y enriquece el conocimiento de los padres, acerca de prevención en salud bucal.

4.11. Diseño Metodológico

Se realizaron las siguientes actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados:

Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los mismos padres o representantes de los niños y niñas. Elaboración de material de apoyo posterior a las capacitaciones para fortalecer la información transmitida. Realización de la técnica adecuada de como cepillarle los dientes a sus hijo(a)s y posteriormente una breve demostración.

4.12. Recursos.

4.12.1. Humanos.

Autora.

Directora de tesis.

4.12.2. Técnicos.

Cámara fotográfica.

Internet.

4.12.3. Materiales.

Materiales de oficina.

4.12.4. Financieros.

La elaboración de la presente investigación tuvo un costo aproximado de USD \$45,00 que fueron financiados por la autora.

4.13. Presupuesto.

Herramientas.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Cantidad necesaria.	Subtotal.
Hojas.	Resma	\$5,00	Una	5,00
Tinta b/n.	Un cartucho	\$20,00	Una	20,00
Tinta color.	Un cartucho	\$20,00	Una	20,00
Total				45,00

ANEXOS.

Anexo 1. Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Cultura preventiva de los padres	Variable cuantitativa ordinal	Se obtuvo ésta escala mediante un estudio conformado por 15 preguntas, y de los indicadores de la cultura en la salud. De acuerdo al parámetro aplicado: 13 – 12 = Bueno 12 – 8 = Regular Menor o 7 = Malo	Se realizará encuesta aplicada a los padres para determinar su cultura preventiva, mediante sus respuestas se analizará si conocen de prevención y de higiene bucal.	Frecuencia y porcentaje
Edad	Cuantitativa discreta	2 – 4 años	Años cumplidos al momento del estudio	Frecuencia y porcentaje
Género	Cualitativa ordinal	- Masculino - Femenino	Según género biológico	Frecuencia y porcentaje
Caries	Cualitativa nominal	- Bajo - Medio - Alto - No presenta	Se establece la presencia o ausencia de caries en el índice epidemiológico de caries ceo-d	Frecuencia y porcentaje
Placa bacteriana	Cualitativa ordinal	Nivel de placa: (0,1,2,3)	0= ausencia de placa 1= película de placa delgada adherida al margen gingival 2= cuando a simple vista se aprecia una acumulación moderada de depósitos blandos en el margen gingival del diente. Pero no hay presencia en el espacio interdentario. 3= gran acúmulo de placa en el diente en contacto con el margen gingival, con presencia de placa en el espacio interproximal.	Frecuencia y porcentaje
Gingivitis	Cualitativa ordinal	- Presenta - No presenta	La encía es de color rosa pálido, consistencia firme.	Frecuencia y porcentaje

N°	PREGUNTAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO		
		BUENO	REGULAR	MALO
1	¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes sus hijo(a)s?		X	
2	¿Con quién realiza el cepillado dental su hijo(a)?		X	
3	¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de su hijo(a)?		X	
4	¿Cuál de estos implementos usa para el aseo bucal de su hijo(a)?		X	
5	¿Le revisa Ud. La boca a su hijo(a) después de cepillarle los dientes?		X	
6	¿En qué lugar ha recibido charlas sobre higiene bucal?			X
7	¿Con qué frecuencia lleva a su hijo(a) al odontólogo?			X
8	¿Si su niño(a) tiene dolor en una muelita de leche ¿qué tratamiento prefiere?		X	
9	¿su hijo(a) recibe o ha recibido algún tratamiento odontológico?			X
10	¿Qué tipos de bebidas le da a su hijo(a)?		X	
11	¿Qué alimentos predominan en el desayuno de su hijo(a)?		X	
12	¿Qué alimentos predominan en el almuerzo de su hijo(a)?		X	
13	¿Qué alimentos predominan en la merienda de su hijo(a)?		X	
TOTAL			10	3

Anexo 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor Paciente:

MARIA DELGADO SALTOS, Estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se encuentra realizando un estudio denominado Cultura Preventiva de los padres y la salud bucal de los niños y niñas de la Unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo. Por lo que es necesario realizar un examen dental cuidadoso a los menores y un cuestionario a la persona a cargo del mismo.

Por lo que hago la invitación a participar en este estudio con el fin de determinar la Cultura Preventiva de los padres y su incidencia en la salud bucal de los niños y niñas.

Es importante que comprenda esta información, si luego de tener la información completa, está de acuerdo en participar en la investigación, deberá firmar (o registrar su huella digital) en el espacio correspondiente al final de esta hoja.

El procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Se le realizará una encuesta a las personas responsables de los menores
2. Examen Clínico Bucal a los menores.
3. El examen se realizará en el punto de encuentro de la Unidad de atención.
4. No se realizará ningún tratamiento.
5. Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.

Yo _____ luego de haber comprendido el contenido de este documento y la explicación, me comprometo a participar de este estudio:

Nombre y Firma (o huella digital): _____

N° Cédula: _____ Fecha: _____

Anexo 3.



Ficha Odontológica dirigida a los niños y niñas que asisten a la Unidad de atención “Creciendo con Nuestros Hijos” de la parroquia Andrés de Vera cantón Portoviejo.

				Paciente N°																
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD																
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL					8 ÍNDICES CPO-ceo															
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA																				
PIEZAS DENTALES			PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	D	C	P	O	TOTAL										
			0-1-2-3	0-1-2-3	0-1															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65								
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					
TOTALES										d	c	e	o							



Anexo 4. ENCUESTA

Dirigida a los padres o representantes de los niños y niñas de la Unidad de atención Creciendo con Nuestros Hijos de la parroquia Andrés de Vera Cantón Portoviejo.

Indicaciones:

- **La encuesta es anónima**
- **Marque con una X según su criterio personal**
- **Se le agradece desde ya su colaboración al responder estas preguntas**

Paciente No. _____

Datos generales:

Dirección domiciliaria _____

Sexo: M ___ F ___

1. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes su hijo (a)?

- a) 1 vez al día
- b) 2 veces al día
- c) Después de cada comida
- d) Antes de acostarse
- e) Nunca

2. ¿Con quién realiza el cepillado dental su hijo (a)?

- a) Solo
- b) Ayudado por la mamá o el papá

3. **¿Con qué frecuencia cambia el cepillo dental de sus hijo (a)?**
- a) Cada 3 meses
- b) Cada 6 meses
- c) Cuando se acuerda
- d) Nunca se lo ha cambiado
4. **¿Cuál de estos implementos usa para el aseo bucal de su hijo(a)?**
- a) Cepillo y pasta dental
- b) Cepillo, pasta dental, enjuagues
- c) Cepillo, pasta dental, enjuagues, hilo dental
- d) Enjuagues caseros
- e) Solo cepillo
5. **¿Le revisa Ud. La boca a su hijo (a) después de cepillarle los dientes?**
- a) Si
- b) No
6. **¿En qué lugar ha recibido charlas sobre higiene bucal?**
- a) En el Centro de Salud
- b) En el establecimiento educativo
- c) En la televisión
- d) Ninguno
7. **¿Con qué frecuencia lleva a su hijo(a) al odontólogo?**
- a) Cada 6 meses
- b) Cada año
- c) Cuando siente dolor
- d) Nunca
- e) Otros _____
8. **¿Si su niño(a) tiene dolor en una muelita de leche ¿qué tratamiento prefiere?**
- a) Curación
- b) Extracción
- c) Espera que se le caiga sola
9. **¿Su hijo (a) recibe o ha recibido algún tratamiento odontológico?**
- a) Limpieza
- b) Curación
- c) Extracción
- d) Otros _____

10. ¿Qué tipos de bebidas le da a su hijo(a)?

- a) Jugos naturales
- b) Gaseosas
- c) Agua
- d) Todas

11. ¿Qué alimentos predominan en el desayuno de su hijo (a)?

- | | | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Carbohidratos | a) Frutas | <input type="checkbox"/> | Proteínas | a) Carne | <input type="checkbox"/> |
| | b) Harinas, pan. | <input type="checkbox"/> | | b) Pollo | <input type="checkbox"/> |
| | c) Papa, plátano, maduro, hojuela de maíz | <input type="checkbox"/> | | c) Huevo | <input type="checkbox"/> |
| | | | d) pescado | <input type="checkbox"/> | |
| Lácteos | a) Yogurt | <input type="checkbox"/> | Azúcares | a) Café | <input type="checkbox"/> |
| | b) Leche | <input type="checkbox"/> | | b) Gelatina | <input type="checkbox"/> |
| | c) queso | <input type="checkbox"/> | | c) Jugos de frutas artificiales | <input type="checkbox"/> |
| | | d) Jugos de frutas naturales | | <input type="checkbox"/> | |

12. ¿Qué alimentos predominan en el almuerzo de su hijo (a)?

- | | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Carbohidratos | a) Plátano | <input type="checkbox"/> | Proteínas | a) Pescado | <input type="checkbox"/> |
| | b) Yuca | <input type="checkbox"/> | | b) Huevo | <input type="checkbox"/> |
| | c) arroz | <input type="checkbox"/> | | c) Pollo | <input type="checkbox"/> |
| | | d) carne | | <input type="checkbox"/> | |
| Lácteos | a) Yogurt | <input type="checkbox"/> | Azúcares | a) Colas | <input type="checkbox"/> |
| | b) Leche | <input type="checkbox"/> | | b) Jugos de frutas artificiales | <input type="checkbox"/> |
| | c) queso | <input type="checkbox"/> | | c) Jugos de frutas naturales | <input type="checkbox"/> |
| Ensaladas | | <input type="checkbox"/> | | | |

13. ¿Qué alimentos predominan en la merienda de sus hijo (a)?

Carbohidratos	d) Plátano	<input type="checkbox"/>	Proteínas	e) Pescado	<input type="checkbox"/>
	e) Yuca	<input type="checkbox"/>		f) Huevo	<input type="checkbox"/>
	f) arroz	<input type="checkbox"/>		g) Pollo	<input type="checkbox"/>
				h) carne	<input type="checkbox"/>
Lácteos	d) Yogurt	<input type="checkbox"/>	Azúcares	c) Colas	<input type="checkbox"/>
	e) Leche	<input type="checkbox"/>		d) Jugos de frutas artificiales	<input type="checkbox"/>
	f) queso	<input type="checkbox"/>		c) Jugos de frutas naturales	<input type="checkbox"/>
Ensaladas		<input type="checkbox"/>			

Anexo 5



Gráfico N° 21: Realización de la encuesta aplicada a los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.



Gráfico N° 22: Realización de la encuesta aplicada a los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.



Gráfico N° 23: Realización de la información aplicada a los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.



Gráfico N° 24: Realización de la información aplicada a los padres o representantes de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.



Gráfico N° 25: Demostración a los padres de familia de las técnicas adecuadas del cepillado dental de sus hijos (as).



Gráfico N° 26: Demostración a los padres de familia de las técnicas adecuadas del cepillado dental de sus hijos (as).



Gráfico N° 27: Revisión odontológica aplicada a los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.



Gráfico N° 28: Revisión odontológica aplicada a los niños y niñas de la Unidad de atención creciendo con nuestros hijos.

Bibliografía

Alcocer, A. (2009). Manual de Higiene Bucal. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica. La Salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Editorial Médica Panamericana.

Cameron, A., y Widmer, R. (1998). Manual de Odontología Pediátrica. Madrid, España: Editorial Harcourt Brace.

Cárdenas, D. (2005). Odontología pediátrica. 3era Edición. Colombia.

Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. 6ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

García, C., y González, A. (2000). Tratado de Pediatría Social. 2da Edición. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.

García, I., y Pinchuk, D. (2005). Salud Bucodental, un paseo por la boca: propuestas didácticas para niños de 3 a 8 años. 1era Edición. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Novedades Educativas.

Garcés, J. (2012). La Cultura Preventiva en salud. *ÁTOPOS*. 2(3), 15

Gómez, o. (2007). Educación para la salud. 4ta. Reimpresión. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia.

Gutiérrez, S. (2006). Fundamentos de Ciencias Básicas aplicados a la Odontología. Universidad Javeriana. Editorial Pontificada.

Harris, N. y García, F. (2005). Odontología Preventiva Primaria. 2da Edición. México: Editorial El Manual Moderno.

Heredia., C. (s.f.). Odontología preventiva en el niño y en el adolescente. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y (enero.-abr 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*, 6(1), 2 -3.

López, P. (2002). Alteraciones de las Glándulas Salivales. 1era Edición. España. Universidad de Murcia.

McDonald, R., y Avery. (1995). Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ta Edición. Madrid, España: Editorial Mosby.

Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y mantenimiento de la Salud Bucodental. 2da. Edición. Madrid, Reino de España. Editorial Paraninfo S.A.

Pires, M., Schmitt, R., Soo, K. y Santos, L. (2009). Salud Bucal del bebé al adolescente- guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores; Editorial Ltda.

Pires, M., Schmith, R., y Soo, K. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

Posada, A., Gómez, J., y Ramírez, H. (2005). El niño sano. 3 era Edición. Bogotá: Editorial Médica IPanamericana.

Redondo, C., Galdó, G. y García, M. (2008). Atención al Adolescente. España. Universidad de Cantabria. Editorial Publican.

Riojas, M. (2014). Anatomía Dental. 3era Edición. Colombia: Editorial El Manual Moderno.

Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República del Perú.

Sidney, B. Finn. (1985). Odontología Pediátrica. 4ta. Edición. México: Editorial Interamericana.

Villafranca, F. (2006). Personal Estatutario. Higienistas Dentales. 1era Edición. Madrid, España: Editorial MAD, S.L.

Cáceres, W. (2003). Perfil de proyecto de prevención y tratamiento de caries dental en estudiantes del Centro Educativo Libertad de América Quinua. Proyecto, Centro Educativo Libertad de América Quinua, Ayacucho.

Scielo. (2011). Pediatría Atención Primaria. Madrid. Recuperado el 19 de febrero de 2015. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext

Acta Odontológica Venezolana. Recuperado 05 de Febrero 2015. <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art15.asp>

PortalesMédicos.com. (2012). Conocimientos de las madres sobre salud bucal en lactantes. Recuperado de:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4029/1/Conocimientos-de-las-madres-sobre-salud-bucal-en-lactantes.html>

Universidad Católica de Guayaquil. Recuperado de: www.explored.com.ec/.../el-90-de-escolares-ecuatorianos-tiene-caries-30

Scielo; (2006); Ciencia Odontológica; Maracaibo. Recuperado de: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-82452006000200003&lng=en&nrm=is

MEDISAN. (2013). vol. 17 no.4 Santiago de Cuba abr. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015

Josefa P., Medina P., (1998) Adaptación del niño en la consulta odontológica. Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/adaptacion_nino_consulta_odontologica.asp

Hadjar, A. (2010). Recuperado de: <http://odontologia1.blogspot.com/2010/12/el-calculo-dental.html>