"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

UNIVERSIDAD NACIONAL"SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

TÍTULO

CULTURA PREVENTIVA DE SALUD ORAL EN NIÑOS ESCOLARES DE LA I.E. "JOSÉ MARÍA ARGUEDAS" DE PARCONA-ICA, AÑO 2017.

AUTORES :

- Geldres Choccechanca Maricielo
- Geldres Flores Renzo
- Sheron Alejos Juliana Mariel

ASESOR:

Mg. Esp. Rojas Bernaola Cirilo Jesús

ICA – PERÚ

2017

Dedicado a nuestras familias que gracias a sus buenos consejos y palabras de aliento crecimos como personas logrando así cumplir con nuestras metas trazadas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros profesores que desempeñaron con dedicación y abnegación su labor docente

A nuestro asesor de tesis, Mg. Cirilo Jesús Rojas Bernaola. Reconocemos que esta tesis ha sido resultado de un esfuerzo y trabajo mutuo.

A todos los que conforman la Clínica de Odontología de la Universidad San Luis Gonzaga; por acompañarnos de manera incondicional y trabajar con nosotros cada día.

ÍNDICE

I.- INFORMACIÓN GENERAL	7
II.- RESUMEN (Español e Inglés)	8
III.- INTRODUCCIÓN	10
IV.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	13
4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
4.5 OBJETIVOS	14
4.5.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
V.- MARCO TEÓRICO	15
5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	16
5.2 BASES TEÓRICAS	23
5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS	55
VI.- SISTEMA DE VARIABLES	57
6.1 VARIABLES	58
6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
VII.- METODOLOGÍA	60
7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	61
7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	61
7.2.1 UNIVERSO	61

7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA	61
7.2.3 TIPO DE MUESTRA	61
7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA	61
7.3 MUESTREO Y TIPO DE MUESTRE	61
7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	62
7.4.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	62
7.4.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
VIII.- RESULTADOS	64
IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	71
X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	77
XI.- CONCLUSIONES	81
XII.- RECOMENDACIONES	83
XIII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	85
XIV.- ANEXOS	89

I.- INFORMACIÓN GENERAL

TÍTULO.-

CULTURA PREVENTIVA DE SALUD ORAL EN NIÑOS ESCOLARES DE LA I.E. "JOSÉ MARÍA ARGUEDAS" DE PARCONA-ICA, AÑO 2017.

INVESTIGADORES.-

- Geldres Choccechanca Maricielo
- Geldres Flores Renzo
- Sheron Alejos Juliana Mariel

ÁREA O ESPECIALIDAD.-

Odontopediatría – Odontología Preventiva

ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Región Ica
- Departamento de Ica
- Provincia de Ica
- Distrito de Parcona

LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD O UNIVERSIDAD

Odontología Preventiva

II.- RESUMEN

Se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017. Se realizó una encuesta donde se evaluaron 120 estudiantes del 5to y 6to grado de la mencionada institución educativa.

La investigación es Observacional de nivel descriptivo y de corte transversal. Para valorar la cultura preventiva de los estudiantes se aplicó una encuesta de 23 preguntas distribuidas en tres dimensiones. Nuestros resultados concluyen que la cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 es buena en más del 50% de participantes. Así mismo tienen actitudes positivas relacionadas con la salud oral y tienen una práctica eficiente con relación a la salud oral.

Palabras claves: Cultura preventiva, salud bucal.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the objective of determining the preventive culture of oral health in school children of the I.E. "José María Arguedas" of Parcona-Ica, year 2017. A survey was carried out in which 120 students from the 5th and 6th grades of the mentioned educational institution were evaluated.

The research is Observacional of descriptive level and of transversal section. To evaluate the preventive culture of the students, a questionnaire of 23 questions distributed in 3 dimensions was applied. Our results conclude that the preventive culture of oral health in school children of the I.E. "José María Arguedas" of Parcona-Ica, year 2017 is good in more than 50% of participants. They also have positive attitudes related to oral health and have an efficient practice regarding oral health.

Keywords: Preventive culture, oral health.

III.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados.

La niñez es una etapa en la que el niño está en su máxima capacidad de aprender y de adquirir hábitos saludables, es por ello que es necesario brindarles todos los conocimientos necesarios durante estos primeros años de vida.

Fomentar la higiene bucal es primordial, por ello se deben utilizar estrategias creativas y sencillas para el desarrollo del proceso educativo, ya que el objetivo es alcanzar un aprendizaje útil que permita al niño obtener destrezas y habilidades para provecho propio.

Cabe recalcar la importancia de mantener la integridad bucal, ya que con ésta se llevan a cabo procesos vitales para el individuo como por ejemplo: la masticación, salivación, comunicación además de ayudar a la autoestima por cuanto también interviene la estética.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Por ello resulta fundamental conocer la cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

IV.- PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública; el insuficiente nivel de conocimientos sobre salud e higiene bucal deficiente continúan siendo un problema en gran parte de la población, por ello la prevención acompañada de una higiene bucal adecuada es uno de los principales factores para evitar caries, enfermedad periodontal y para fomentar el desarrollo de una buena salud bucal en los niños.

Las prácticas de higiene bucal dependen de cada individuo, pero es necesario educar a las personas desde su niñez, para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la niñez sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

4.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué cultura preventiva de salud oral tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017?

4.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Problema Específico 1:

¿Qué conocimientos sobre salud oral tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017?

Problema Específico 2:

¿Qué actitudes relacionadas con la salud oral tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017?

Problema Específico 3:

¿Qué prácticas relacionadas con la salud oral refieren los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017?

4.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: conocimientos sobre problemas bucodentales, hábitos higiénicos bucales, responsabilidad individual con su propia salud, tipo de dieta, uso de fluoruros, acceso a la atención estomatológica, etc. Por estas razones, el conocimiento la actitud y prácticas que se relacionen con el cuidado de la salud oral permitirán promover hábitos saludables para prevenir patologías bucodentales. Por tanto esta investigación se justifica porque tiene como propósito evaluar la cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017, y ello contribuirá a que se tomen las medidas correspondientes para lograr el bienestar oral y general del paciente escolar.

4.4 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

No se encontraron limitaciones en la investigación, por ello se concretizó exitosamente esta investigación.

4.5 OBJETIVOS

4.5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Determinar los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

Objetivo Específico 2:

Conocer las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

Objetivo Específico 3:

Identificar las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

V.- MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

La enseñanza de la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública.

Hurtado Huayta R. (Perú 2014) Con una muestra constituida por 55 estudiantes del sexto grado entre 10 y 11 años de edad de educación primaria de la I.E. 55001 Manuel Jesús Sierra Aguilar de la ciudad de Abancay durante el año 2014. Con el objetivo de Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal y las enfermedades bucales más frecuentes de los estudiantes de la I.E. en mención. Se encontró una prevalencia de caries del 86,92%; CPOD = 2,39 ± 2,52; ceod = 4,48 ± 3,42. El 50% desconocía las enfermedades que pueden aparecer en la boca; 54,95% tiempo de cambio del cepillo; 52,10% métodos preventivos de caries.

Nunca visitaron al dentista y no lo recuerdan el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el motivo fue dolor o tratamientos recuperativos en el 70,14%. El 45,79% se cepillaba 3 veces al día; 22,42% consume diariamente azúcares. Se concluye que los niveles de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en los estudiantes del sexto grado de Educación Primaria de la I.E. 55001 Manuel Jesús Sierra Aguilar de la ciudad de Abancay, son: bueno 25.5%, regular 65.5% y deficiente 9%. [(1)]

Bosch Robaina R. y col (España-2012) realizaron un estudio con 50 niños de 9-10 años de edad. Los escolares realizaron una encuesta sobre conocimientos acerca de la salud bucodental antes y después de una intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños.

Se evaluó el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa. Se incluyeron 50 escolares de los cuales 31 (62%) eran varones. En la encuesta realizada en la primera fase encontramos los siguientes resultados: 39 escolares (78%) contestaron que conocían en qué consiste la caries y también 39 (78%) pensaban que se podía prevenir. El 76% de los niños contestaron que habían sido sus padres los que les habían enseñado a cepillarse los dientes, mientras que el 24% restante contestaron que les había enseñado el odontólogo. En cuanto a la frecuencia de visitas al odontólogo el 60% (30 escolares) contestaron que había que acudir cuando se presentara algún problema en la boca y el resto (20 escolares) que había que acudir al menos una vez al año.

El 82% (41 niños) contestó que comer dulces se relacionaba con problemas en los dientes, 7 (14%) contestaron que no había ninguna relación, uno contestó que eran buenos para los dientes y uno de los encuestados no contestó a la pregunta. En cuanto al sangrado de encías el 64% (32 niños) contestaron que indicaba que las encías estaban enfermas mientras que el 36% restante contestó que era algo normal. El 50% de los niños contestaron que convenía cepillarse los dientes 2 veces al día, el 28% (14 niños) contestaron 3 o más veces y el 22% (11 niños) una sola vez al día. En cuanto al uso de seda dental y colutorio contestaron que sí convenía usarlos el 30% (15 niños) y el 76% de los niños respectivamente.

El 84% de los encuestados contestaron que consideraban la higiene oral algo muy importante y el 16%, importante. A la pregunta *¿Te gustaría aprender a cuidar mejor tus dientes?*, el 94% (47 niños) contestaron que sí.

Los resultados de la evaluación de la higiene oral mediante pastillas reveladoras fueron los siguientes: la mediana de puntuación (índice de

O'Leary) fue 32% con un rango entre 6% y 48%. Diez niños obtuvieron una puntuación entre 0 y 20%, (bien) 10 niños una puntuación entre 21 y 30% (regular) y 30 niños una puntuación mayor de 30% (mal).

Los resultados obtenidos indican que la encuesta realizada antes de la intervención el 78% contestó que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Antes de la intervención educativa, el 80% de los niños tenían un índice de O'Leary superior al 20%. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa.

Conclusiones: Los conocimientos de los niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de una intervención educativa. [(2)]

Albert Díaz y col. (Cuba-2009) Se realizó una investigación aplicada del tipo cuasi experimental, a través de una intervención educativa grupal, denominada: "Por tu salud bucal", con el fin de modificar los conocimientos sobre salud bucal en los niños de la escuela primaria "Gerardo Medina" de la ciudad de Pinar del Río, durante el período comprendido desde enero de 2007 hasta noviembre de ese mismo año. El universo estuvo constituido por los 149 niños que forman la totalidad de la matrícula de cuarto, quinto y sexto grados de dicha escuela. La muestra se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico intencional y de opinión, la constituyeron 142 niños, de ellos 70 del sexo masculino y 72 del femenino, en edades comprendidas entre los 9 y 11 años, cuyos padres estuvieron de acuerdo con que participaran en la investigación.
A todos los niños se les aplicó una encuesta, la cual se utilizó para medir al inicio de la investigación sus conocimientos sobre salud bucal,

permitiendo evaluarlos en bien, regular y mal. Los datos fueron procesados mediante las pruebas, t de Student, Ji cuadrado y de comparación de 2 proporciones, con niveles de confianza del 95% y 99%. Los resultados mostraron que antes de la intervención existían bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal, así como deficiente higiene bucal en la mayoría de los niños, mostrando ambas variables una estrecha relación; después de la intervención se alcanzó una mejoraría significativa en los conocimientos y la higiene bucal. Se concluye con una eficacia del programa educativo participativo aplicado y de los métodos y medios de enseñanza utilizados, dado por los cambios favorables alcanzados después de realizada la intervención.[3]

Dávila M.E y col (Venezuela-2008) Se realizó una investigación cuasi experimental antes y después de la aplicación de un programa educativo. Ochenta y cinco (85) escolares entre 6 y 10 años de edad cursantes del primero y segundo grado representaron la población del estudio.

Se entrevistó a 66 niños que asistieron el día que se inició la investigación. En sesiones sucesivas se aplicó el programa educativo para medir el nivel de conocimientos sobre salud oral y la prevención de enfermedades orales.

Los resultados obtenidos determinan que antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa.

El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del programa educativo a 50% después de su aplicación. Al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa (p=0,001).

Se concluye que existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y a modificar hábitos. [4]

Tuñez Bastida y col. (España-2005), realizaron un estudio con una muestra de 306 alumnos entre 09 y 16 años de 02 colegios públicos en Cospeito (Lugo). Realizaron una encuesta, compuesta por 24 preguntas, el cuestionario abarcaba diferentes aspectos de la salud bucodental (conocimientos, aprendizaje y motivaciones, hábitos de higiene dental, autopercepción de salud bucodental, acceso al odontólogo y consumo de golosinas).

Los datos se tabularon en una hoja de cálculo y se analizó individualmente cada pregunta del cuestionario mediante el paquete estadístico PRESTA 2,21. Se calcularon los porcentajes en cada apartado de la encuesta con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$) de forma global, por sexos y en 2 grupos de edad en función de la media de los escolares (13,2 ± 2,3 años); determinaron que el 89,7% considera que el azúcar o un microorganismo es el agente causante de la caries.

El flúor es reconocido como beneficioso para los dientes por el 99%. El 48,5% señala 3 minutos como el tiempo adecuado para el cepillado. Los padres enseñan a lavarse los dientes al 90,7%. La mayoría, el 91%, refiere la higiene como la principal motivación para lavarse los dientes. Entre las razones para cuidar los dientes destaca “evitar el dolor” (75,2%), y la menos citada es “gustar a los demás” (un 27,7% en los varones y un 13,7% en las mujeres). Está satisfecho globalmente con su salud bucodental el 86,7%. El 51,3% declara no haber tenido nunca dolor de muelas. Sólo un 15,6% cree padecer caries y no sabe si la padece un 25,5% de los encuestados. El 8,6% lleva ortodoncia.

El 25,3% cambia el cepillo cada año o más tarde. Un 27,4% se cepilla con movimientos al azar u horizontales. Algo más de la mitad (56%) se cepilla los dientes después de las comidas. El 82,1% se cepilla los dientes por dentro y un 21,9% se cepilla la lengua. El 96,7% utiliza pasta dental. Sólo el 8,3% utiliza habitualmente seda dental.

La mitad (49%) acude al dentista únicamente si tiene problemas y el 8,9% no ha ido nunca. Tiene miedo al dentista el 15,3%, porcentaje que es mayor en el grupo de mayores de 13 años (el 20,9 frente al 9,1%). El 85,7% consume golosinas diariamente. El consumo es significativamente más alto en mayores de 13 años y varones. El 78% de los que consumen golosinas diariamente las toma repartidas. [5]

Limonta Vidal E. y col (Cuba-2000) Se realizó un estudio sobre salud bucal en 123 alumnos de tercer grado del Centro Escolar “26 de Julio” de Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1998, para lo cual se aplicó un cuestionario que contenía 20 preguntas relacionadas con higiene bucal, caries, enfermedad de las encías, dieta cariogénica, flúor y hábitos bucales deformantes, que sirvió para valorar la información que poseían antes de una intervención educativa. Para lograr los objetivos trazados se elaboró el programa “Salud bucal”, con técnicas educativas y afectivo participativas, complementado con el juego “Salud bucal” como retroalimentación.

La evaluación efectuada 3 meses después reveló la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos.

Se determinó que la mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (94,3 %) tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de la labor educativa; pero después de ella mejoró notablemente la situación, pues 87,9 % obtuvieron la categoría de Adecuado y los 7 que se ubicaron en ésta desde el inicio, mantuvieron

esa condición luego de haber sido capacitados mediante las técnicas participativas.

Los cambios observados antes y después de los encuentros fueron altamente significativos, pues se aplicó un proceder que garantizó la cohesión, la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimientos. [6]

5.2 BASES TEÓRICAS

La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización.

CULTURA PREVENTIVA

La cultura preventiva es un concepto que se usa en el contexto de la seguridad y salud en la población, para referirse al conjunto de usos, costumbres y conocimientos, que tiene y adquiere el ser humano, destinados a prevenir los accidentes y enfermedades.

Hay factores coadyuvantes, distintos de los biológicos, que predisponen a ciertos individuos a la falta de cultura preventiva. Por ejemplo, el nivel socioeconómico, el estilo de vida y el grado de instrucción son factores que, en mayor o en menor grado, pueden influir en la aparición y en la progresión de las enfermedades.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable.

La cultura preventiva forma parte de la ciencia preventiva definida como "todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible" y está

relacionada con la promoción de salud que se sustenta en medidas preventivas que actúan sobre la protección de la salud, pero se diferencia de estos en que es la salud positiva (aumento de la salud) y no solo su conservación.

La educación sobre la salud dental se dirige con más frecuencia a los niños de edad escolar, los cuales, mayoritariamente, son el blanco favorito, en particular de las escuelas primarias. El refuerzo regular es sin duda importante y se obtendrán mayores beneficios si se pudieran incluir a los padres, pero no siempre es posible.

La higiene bucal es importante porque ayuda no sólo a prevenir las caries también previenen algunas enfermedades que pueden llevar desde la pérdida de piezas dentales, hasta aquellas que pueden provocar la muerte.

PREVENCIÓN.-

La palabra prevención significa tomar una serie de medidas con la finalidad de evitar problemas futuros.

En salud, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión.

En odontología se trata de los diferentes métodos para prevenir enfermedades orales, y se define como la suma total de esfuerzos para promover, mantener o restaurar la salud dental del individuo a través de la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Naturalmente esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación

preventiva; este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural, es decir, la evolución o curso que sigue toda la enfermedad a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento.

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.

CULTURA PREVENTIVA Y SALUD.-

La cultura preventiva en salud comprende todo el conjunto de actuaciones que tiene el ser humano que permite evitar la ocurrencia de la enfermedad. La salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva.

En odontología, la salud bucodental es el equilibrio biológico, ecológico que se da en la cavidad bucal y en el individuo que, junto a mecanismos de adaptación y reacción frente a estímulos interiores y exteriores, proporciona al individuo una sensación de bienestar físico psíquico y social.[(7)]

LA CARIES DENTAL.-

Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica. El proceso de caries dental se fundamenta en las

características de los factores básicos, primarios o principales: dieta (compuesta por los carbohidratos fermentables), huésped (diente, saliva) y microorganismos (compuesta en su mayoría por Streptococos mutans y lactobacilos), cuya interacción se considera indispensable para vencer los mecanismos de defensa del esmalte y consecuentemente para que se provoque la enfermedad, ya que de otro modo será imposible que se produzca.

La generación de la enfermedad requiere de la intervención adicional de los factores etiológicos moduladores (contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas): tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Se toma en cuenta los factores fuera de la cavidad bucal, no obstante, no todos ellos intervienen forzosamente en la generalidad de los individuos que contraen caries, sino que su presencia varia, favorable o desfavorablemente, de modo determinante según el individuo.

Las variables de comportamiento, aquellas acciones individualizadas de carácter voluntario, relacionadas con los usos y costumbres culturales inherentes a cada individuo, también intervienen en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Entre ellas, son especialmente importantes las concernientes al cuidado de la salud bucal, tales como: cepillado, uso de hilo dental, consumo de azúcares y frecuencia de visita al dentista, las mismas que pueden influir en el inicio y progreso de la enfermedad. [8]

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.-

Es una enfermedad multifactorial con una etiología primaria bacteriana, con daño tisular subsecuente amplificado por factores asociados como

condiciones médicas, factores ambientales y antecedentes genéticos. Su forma más leve, gingivitis, se caracteriza por ligeros cambios inflamatorios de los tejidos superficiales que rodean los dientes; puede ser curada con el uso de medidas preventivas primarias. En su forma más severa, periodontitis, hay una pérdida masiva de las estructuras de soporte del diente y pérdida subsecuente de los dientes; el daño causado por la periodontitis no es reversible con medidas preventivas primarias, pero estas medidas pueden jugar un papel esencial en el control de la periodontitis.

LA PLACA DENTAL.-

Biopelícula, o biofilm dental, es una estructura formada por dos matrices: la capa salival, y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares.

La estructura de la placa dental es heterogénea, contiene canales abiertos llenos de líquido que atraviesan la masa de la placa. Estos canales permiten la circulación dentro de la placa para facilitar el movimiento de moléculas solubles, como nutrientes o productos de desecho. Las bacterias viven y proliferan dentro de la matriz intercelular por la que discurren los canales. Dicha matriz crea un medio especializado, donde las sustancias producidas por las bacterias quedan retenidas y concentradas, lo que favorece interacciones metabólicas entre las diferentes bacterias.

La matriz intercelular está formada por componentes orgánicos e inorgánicos originados principalmente por las bacterias. Los polisacáridos derivados del metabolismo bacteriano de los carbohidratos son el principal componente de la matriz, mientras que las glucoproteínas séricas salivales representan a los componentes minoritarios.

Las bacterias que crecen en biopelículas son más resistentes a los efectos de los mecanismos de defensa del huésped y a los agentes antimicrobianos exógenos, en comparación con las mismas células en una suspensión líquida. De esta manera, la perturbación mecánica de la biopelícula se torna de suma importancia cuando se utiliza una terapia antimicrobiana.

La formación de la placa dental representa una sucesión ecológica muy ordenada y previsible, se puede dividir en tres fases:

a. ***Formación de película adquirida:***

   Depósito formado principalmente de glucoproteínas provenientes de la saliva y del fluido crevicular, que se establece sobre la superficie del diente. Según numerosos estudios se forma en no más de dos horas en una superficie dental limpia.

b. ***Colonización inicial de la superficie dental:***

   Tras unas horas aparecen bacterias en la película dental. Los primeros en adherirse son los colonizadores primarios, capaces de adherirse directamente a la película adquirida, por medio de una variedad de mecanismos de unión.

c. **Colonización secundaria y maduración de la placa:** La masa de la placa madura mediante la proliferación de especies adheridas, así como la colonización y el crecimiento de otras especies.

   Los colonizadores secundarios se adhieren a las células bacterianas ya presentes en la masa de la placa.

   No es coincidencia que las principales enfermedades basadas en la placa, la caries y la enfermedad periodontal, se originen en sitios donde la placa dental abunda más y se encuentra estancada: sitios de riesgo (fisuras oclusales, superficies proximales y el surco gingival).

La sacarosa es la fuente de energía para los Streptococus mutans y muchos microorganismos formadores de ácido.

Casi inmediatamente después de la exposición a la sacarosa, estos microorganismos producen: ácido, polisacárido intracelular (PIC), reserva de energía para la bacteria, polisacáridos extracelulares, glucanos (dextranos) y fructano (levano), ambos son los mayores contribuyentes a la matriz intercelular de la placa dental.

Los glucanos son sustancias viscosas que pueden ayudar al afianzamiento de las bacterias a la película y a estabilizar la masa de la placa dental.

La OMS en su informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, establece los principales componentes y prioridades por ser abordados, señalando que además de intervenir sobre factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucal, el consumo de azúcares, una parte esencial de la estrategia también debe ocuparse de los principales determinantes socio-culturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud bucal.

La Carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan así mejorarla”.
La promoción es definida como “el acto de fomentar el crecimiento o desarrollo de algo”. Es el proceso por el cual los individuos y las comunidades adquieren la capacidad de controlar los determinantes de su salud y, en consecuencia, mejorarla, por esto es considerada un elemento esencial para el desarrollo de la salud.

La Carta de Ottawa, elaborada en 1986, propuso cinco mecanismos para la promoción de la salud:

a) Desarrollo de habilidades personales.
b) Reorientación de los servicios de salud.
c) Promoción de políticas saludables.
d) Fortalecimiento de la acción comunitaria.
e) Creación de ambientes favorables.

Desarrollar las capacidades personales, es un área de acción prioritaria para la promoción de la salud, trascendiendo la mera transmisión de la información, a fin de favorecer la comprensión y apoyar el desarrollo de habilidades personales, sociales y políticas que permitan al individuo tomar medidas tendientes a promover la salud, controlar y dirigir sus vidas y desarrollar la capacidad de vivir y producir cambios en su ambiente.

La prevención y la promoción persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la promoción es maximizar los niveles de salud.

Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. La promoción de la salud engloba la prevención, pero su campo de acción es mucho más amplio.

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión.

En este sentido cualquier actuación odontológica puede considerarse preventiva. La Odontología Preventiva busca principalmente: Mantener sano al paciente o de encontrarse enfermo devolverle la salud y mantenerla.

Considerar la motivación por la educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de Salud, fomentando estilos de vida saludables, con hábitos y costumbres adecuados para mantener su propia salud y la de su familia.

Las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

La población primero debe conocer que necesita hacer algo y también cómo es que debe hacerlo. Desafortunadamente la población tiene poca información respecto al gran potencial de la odontología de atención primaria para disminuir las enfermedades de la placa. Sin esta

información es difícil convencer a la población de que puede controlar en gran medida su destino dental.

El individuo necesita ser educado y concientizado como responsable de su propia salud bucal.

La evidencia de que la acumulación de la placa bacteriana es causa de gingivitis fue presentada inicialmente por Loe y cols. (1965), demostraron que la reinstauración de las prácticas de higiene oral determinaba la desaparición de la inflamación gingival. Hasta ahora todo énfasis se ha puesto en dos formas de acción sobre la placa: control mecánico y control químico.

De los diferentes métodos para controlar la placa, el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillo dental, el hilo dental y otros elementos tales como algunos cepillos especiales.

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales en la mayoría de los individuos. Su finalidad es la eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes, de los residuos alimentarios de la dieta y de las tinciones. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.

Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás, siendo evidente, que la motivación del individuo para realizar una correcta higiene oral es mucho más importante que la técnica utilizada.

Con un entrenamiento adecuado, cualquier técnica puede resultar eficaz; a veces es necesario hacer combinaciones de técnicas más adecuadas a las necesidades clínicas. Más importante que el método que se emplee es la minuciosidad del cepillado. Si se realiza con el cuidado suficiente, con la mayoría de los métodos se logran resultados satisfactorios.

En la actualidad, la más popular entre los pacientes y odontólogos es la Técnica de Bass. El cepillo se coloca a 45° respecto del eje mayor del diente, las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal. El cepillo se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar, para desorganizar la placa.

Para las caras vestibulares de todos los dientes y las linguales de premolares y molares, el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de incisivos y caninos superiores e inferiores, el cepillo se sostiene verticalmente, y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior.

En la técnica de Bass modificada se posiciona el cepillo de manera similar a la técnica de Bass, pero después de realizar el pequeño movimiento en sentido anteroposterior, se rota la cabeza del cepillo aplicando un movimiento en dirección oclusal.

Estudios realizados han demostrado que, al aumentar el tiempo de cepillado, aumenta la eliminación de la placa, aunque la mayor parte de la placa se elimina en los primeros 60 segundos.

Esto demuestra que es necesario cepillarse los dientes durante un tiempo suficiente, que empíricamente podría situarse alrededor de los 3 minutos, pero que también es necesario seguir un patrón de cepillado que asegure la higiene de todos los dientes por todas sus superficies.
El uso del hilo dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja. Este hecho dificulta su uso rutinario. La técnica propuesta comúnmente es la siguiente:

- La longitud de hilo a emplear: entre 40 y 60 cm.
- Posición del hilo: enroscado en el dedo mayor de una mano y una parte menor en el mismo de la otra mano, dejando 2 cm de hilo entre ellos.
- Ubicación entre los dientes: para ubicarlo se desliza el hilo con movimientos vestíbulo-linguales o vestíbulo-palatinos.
- Movimiento del hilo: manteniendo el hilo contra la superficie de cada cara proximal se lo desliza hacía la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo, y se abraza la cara proximal de cada diente cuyo espacio se está limpiando para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival.
- Desarrollo de la técnica: el hilo debe ser corrido después de pasarlo por cada espacio proximal, para limpiar cada espacio con hilo limpio.

La prevención de las enfermedades bucales está basada en programas educativos envolviendo la concientización y motivación del paciente.[9]

HÁBITOS ALIMENTICIOS.-

La nutrición, considerada en su amplio sentido actual, ocupa un lugar de primer orden, tanto en la fisiología como en la patología infantil; ya que es el conjunto de procesos fisiológicos mediante el cual los

alimentos ingeridos se transforman y se asimilan, es decir, se incorporan al organismo de los seres vivos.

No es causa principal de la enfermedad, pero se puede considerar un factor contribuyente. La acción sistémica de la nutrición está relacionada con el desarrollo de estructuras de los dientes, composición de la saliva y metabolismo fosfocálcico.

Así pues la deficiencia de la vitamina A, afecta a la estructura del esmalte y la falta de la vitamina D y calcio producen manchas en el esmalte, los niños subalimentados presentan retraso en el crecimiento craneal responsable de la mal oclusión dental.

La alimentación es uno de los factores que más pesan en la aparición de la caries, sobre todo la alimentación rica en azúcar o hidratos de carbono, ya que las bacterias de la placa convierten el azúcar en ácidos que atacan el esmalte dental y lo disuelven poco a poco. Cada "ataque de ácido" puede durar hasta 20 minutos tras cada comida o aperitivo. Incluso un pequeño mordisco de comida puede originar ácidos de placa. Por ese motivo, es recomendable limpiar los dientes luego de cada comida con una pasta fluorada que los remineralice.[10]

NUTRICIÓN.-

La nutrición es el proceso a través del cual el organismo absorbe y asimila las substancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es unos de los determinantes para el óptimo funcionamiento y salud del organismo, ya que se ocupa de solventar las necesidades energéticas del cuerpo aportándole los hidratos de carbono necesarios, grasas, vitaminas, proteínas y todas aquellas sustancias que el mismo requiere para poder desarrollar las actividades cotidianas.

LAS VITAMINAS.-

Las vitaminas son sustancias naturales que se hallan en los alimentos enteros. Poseen muchas ventajas en comparación con los fármacos, y funcionan conjuntamente con el organismo para mejorar la salud.

La vitamina A.- ayuda a la formación y mantenimiento de dientes sanos, así como de los tejidos, membranas mucosas y de la piel.
Se la conoce también como retinol ya que produce los pigmentos de la retina del ojo, promoviendo la buena visión. Esta vitamina la encontramos en la leche, en los hígados de animales y algunos alimentos fortificados.

La deficiencia de la misma, provoca ensanchamiento del ligamento periodontal en la zona de los molares y de los incisivos, degeneración de las fibras principales del ligamento periodontal, engrosamiento del cemento radicular y retardo en la erupción dentaria.

La vitamina B.- se encuentra presente en una gran variedad de alimentos, especialmente en los granos integrales e hígados. Su deficiencia provoca trastornos de hipersensibilidad de la mucosa bucal, pequeñas vesículas bajo la lengua o en el paladar, e inflamación gingival.

La vitamina D.- tiene una importante función en el mantenimiento de la salud ósea y dental, ya que facilita la absorción de calcio y fósforo, los cuales son necesarios para tener huesos y dientes sanos, así como para mantener en buen estado nuestro sistema nervioso. Además, mantiene los niveles adecuados de calcio en sangre. Esta vitamina D la encontramos en el pescado azul, aceite de hígado de pescado, margarina, huevos, leche y productos lácteos. Una parte de esta, se forma en la piel por acción de los rayos solares, de ahí la importancia de exponernos al sol moderado, sobre todo los niños (están en época

de formación dental y ósea) y los ancianos (disminuye la capacidad de absorción digestiva de la vitamina D aportada por los alimentos).

La vitamina C.- se requiere para el crecimiento y reparación de tejidos en todas las partes del cuerpo. Es necesaria para formar el colágeno, una proteína importante utilizada para formar la piel, el tejido cicatricial, los tendones, los ligamentos y los vasos sanguíneos. Además es esencial para la reparación y mantenimiento de cartílago, huesos y dientes. Todas las frutas y verduras contienen alguna cantidad de vitamina C.

Los alimentos que tienden a ser las mayores fuentes de vitamina C son, entre otros: el pimentón verde, las frutas y jugos de cítricos, las fresas, los tomates, el brócoli, entre otros.

La carencia de esta vitamina, aumenta la susceptibilidad a la infección y retrasa la cicatrización de las heridas, además se produce una gran tendencia a la enfermedad periodontal, producción de edemas, hemorragias y movilidad dentaria.

MINERALES.-

Los minerales son componentes estructurales del organismo, los cuales contribuyen a la protección, desarrollo y mantenimiento de los tejidos. Estos tienes cierta importancia fisiológica, especialmente el hierro ya que contribuye en la formación de la sangre, el calcio y el fosforo en el desarrollo de los huesos y por último el yodo el cual permite una adecuada función de la tiroides. [11]

IMPORTANCIA DE LA DIETA ALIMENTICIA EN RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL DEL NIÑO

La dieta y la nutrición son importantes en todas las fases de desarrollo, erupción y conservación de piezas dentales. Una vez que las piezas han aparecido, la dieta y la ingesta de nutrientes siguen influyendo en el desarrollo y mineralización de los dientes, dan potencia y fortaleza al esmalte y también afectan los patrones de erupción de las piezas restantes. Durante toda la vida la dieta y la nutrición siguen afectando los dientes, huesos e integridad de la mucosa oral, así como la resistencia a las infecciones y longevidad de las piezas dentales.

EL PAPEL DE LOS CARBOHIDRATOS.-

Los azúcares tales como la sacarosa y la glucosa juegan un papel importante en la formación de problemas dentales, pero estudios recientes muestran que los carbohidratos cocinados tales como el pan, las galletas, las papas fritas o la pasta contribuyen también al desarrollo de enfermedades dentales.

Algunos estudios muestran que las diferencias en dicho factor, no sólo depende de la cantidad de carbohidratos fermentables que éstos contengan, sino también de la frecuencia del consumo y la permanencia de los mismos en la boca. Los investigadores han encontrado que los almidones cocinados permanecen por más tiempo en la boca, incrementando el tiempo de contacto de la bacteria con los dientes.

Los factores que intervienen en la acumulación de placa bacteriana o en la producción de ácidos incluyen:

- ***La frecuencia de las comidas.-*** Cada vez que se consumen alimentos que contienen hidratos de carbono, se libera ácidos que atacan los dientes durante aproximadamente 20 a 40 minutos. Cuanto mayor sea la frecuencia de las comidas, mayores serán las oportunidades de producción de los ácidos.

- ***Características de los alimentos.-*** Algunos alimentos suelen trabarse o pegarse a los dientes. Aunque se pueda pensar que no son pegajosos, los almidones cocidos, como por ejemplo, las papas fritas o galletas saladas son los primeros de la lista de alimentos pegajosos, situados más arriba que las barras de dulce y los caramelos masticables.

  Las características de los alimentos son los que determinan la cantidad de tiempo que permanecen en la boca. Los alimentos que tardan mucho en disolverse, como las galletas y barras de granola, están en contacto con los dientes durante más tiempo, por lo que los ácidos también disponen de más tiempo para dañar el esmalte dental. Esto es totalmente opuesto a lo que sucede con los alimentos que se disuelven rápidamente, como por ejemplo, los dulces de gelatina y los caramelos masticables.

- ***El hecho de que el alimento sea ingerido como parte de una comida o no.***- La producción de saliva aumenta durante una comida para ayudar a neutralizar la producción de ácidos y despejar la comida de la boca.

- ***Los almidones también pueden causar caries.-*** Todos los almidones (el pan, las galletas saladas, pasando por los azúcares de la fruta, la leche, la miel, la melaza, los endulzantes de maíz y el azúcar refinado), pueden producir los ácidos que dañan los dientes. [12]

CARBOHIDRATOS FERMENTABLES.-

Actualmente sabemos que cualquier alimento que contiene carbohidratos fermentables (que estos sean azúcar o fécula) puede contribuir a la aparición de caries. Esto significa que, al igual que los dulces y golosinas, la pasta, el arroz, las patatas fritas, las frutas e incluso el pan pueden iniciar el proceso de desmineralización.

Para lo cual sugiere que se practique una higiene bucal adecuada, es decir realizando el cepillado regular usando pasta de dientes con flúor, esto permite disminuir el efecto del azúcar en la formación de caries.[13]

CARACTERÍSTICAS DE LOS ALIMENTOS.-

Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente.

Por ejemplo las patatas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros alimentos, como los caramelos y las golosinas.

Esto se puede deber a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización, por lo cual es recomendable cepillarse los dientes después de cada comida.

FRECUENCIA EN EL CONSUMO.-

El potencial cariogénico de los alimentos depende de la ingesta que se realice, es decir, de su contenido de azúcar, la adhesividad a los tejidos dentales y el tiempo que se encuentren retenidos entre los dientes y en sus fisuras.

La frecuencia de comidas, es uno de los factores que rige en la producción de ácidos orgánicos por parte de bacterias de la boca, favoreciendo a la evolución delas caries.

Lo más recomendable es limitar el número de ingestas (consumo de comida y/o bebidas) con carbohidratos a no más de 6 veces al día y asegurarse de que los dientes se cepillen usando una pasta de dientes con flúor dos veces al día.

ALIMENTOS ANTICARIOGÉNICOS.-

Algunos estudios han demostrado que la leche, si se ingiere con alimentos cariogénicos como los azúcares, brinda alguna protección contra estos últimos.

Los quesos, y en particular el cheddar, tienen propiedades anticariógenas y estimulan la aparición de saliva alcalina que aminora el espesor de la placa dentobacteriana y acelera la eliminación del alimento desde la superficie de los dientes.

La grasa puede también tener un efecto sellante al disminuir la susceptibilidad de los dientes a la caries, formando un "recubrimiento" en la superficie dental.

Las nueces, por su contenido en grasa y fibra, son consideradas como alimentos con poco potencial cariógeno.

ALIMENTOS QUE DETERIORAN LA INTEGRIDAD BUCAL.-

En menores enfocamos especial atención a niños de 3 a 12 años, es decir, menores que reciben educación preescolar y escolar, se recomienda prestar atención en la alimentación que llega a dañar la salud e integridad de la boca de estos individuos, y en lo cual cabe recalcar es la etapa por la cual el diente sufre procesos de desarrollo y evolución de enfermedades, por lo tanto es necesario prestar vital atención y que trae como consecuencia el deterioro de la integridad de la cavidad bucal.

La dieta y la nutrición tienen una influencia directa en la progresión de la descomposición dental, una enfermedad oral que se puede prevenir. Los principales factores de riesgo a considerar de la dieta (líquida, sólida, viscosa, duradera), la frecuencia del consumo de azúcar y otros carbohidratos fermentables, la composición de los nutrientes, al secuencia de la ingesta de comida y la combinación de alimentos.[14]

LA HIGIENE BUCAL Y SU IMPORTANCIA.-

La higiene bucal nos permitirá mantener una boca saludable previniendo las enfermedades en las encías y evitando en gran medida la caries.

La higiene dental se debe realizar con las herramientas adecuadas, tales como cepillo, seda dental y enjuague bucal. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

HIGIENE BUCAL EN EL NIÑO.-

La higiene bucal en el individuo empieza desde sus primeros años de vida, con el control y la guía rutinaria de los miembros del hogar, y en conjunto con el odontólogo.

Antes de la erupción dentaria, los padres deberán realizar la limpieza de las zonas de los rebordes superiores e inferiores y lengua, con una gasa o un paño de tela limpia humedecida en agua estéril o hervida.
Cuando empieza aparecer su primer diente en la cavidad oral del niño, este deberá ser llevado a su primera consulta odontológica, donde se le aplicaran todas las normas y medidas de prevención.

A partir de que erupciona el primer diente se deberá introducir el hábito de higiene, pero durante su infancia, el cepillado debe ser completado por los padres o adultos responsables, porque no tienen la capacidad motora suficiente para realizar una correcta eliminación de los microorganismos adheridos a los dientes.

Hay que evitar que el niño consuma demasiados alimentos que contengan alto porcentaje de hidratos de carbono, ya que se adhieren a los dientes y son de disolución lenta, promoviendo al desarrollo de caries.

CEPILLADO DENTAL.-

El cepillado dental es la práctica de higiene oral más común, se debe realizar veces al día, siendo considerada como una de las higienes más imprescindibles, esta tiene como objetivos:

- Eliminar los restos alimenticios y las tinciones de los dientes.

- Interferir en la formación de la placa dento gingival, para así evitar q sea patogénica para las encías y los dientes.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Hay que señalar que en una dentición normal, no todas las superficies de los dientes son igualmente accesibles al cepillado, debido a que los filamentos o cerdas del cepillo, son más gruesas que las entrada de los hoyos y fisuras, por lo cuales estas no se limpian adecuadamente con el cepillado. Otras zonas de difícil acceso son el surco gingival y los espacios interproximales.

Se recomienda el uso de un cepillo de dientes de cerda artificial de nilón con puntas redondeadas, para minimizar las lesiones gingivales, de dureza media o suave, y con un cabezal de tamaño adaptado según el tamaño de la dentición, resultando más adecuado siempre un cabezal relativamente pequeño, para facilitar el acceso a las distintas superficies de los dientes, y un mango de longitud y anchuras suficiente para manejarlo con seguridad.

Para que el cepillado dental sea eficaz, el cepillo se debe estar seco antes de utilizarse, además es necesario remplazarlo cada tres meses.[15]

TÉCNICAS DE CEPILLADO

Las técnicas se clasifican según la posición y el movimiento del cepillo, entre las cuales tenemos:

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.

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 suevamente 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.

Técnica de Stillman: Esta técnica 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.

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.

FRECUENCIA DEL CEPILLADO.-

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.

Para una buena salud oral, no sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta dental, sino una buena técnica y frecuencia del cepillado, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, creándoles un hábito de higiene bucal diario.

DENTÍFRICO O PASTA DENTAL.-

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumigenas, bactericidas y abrasivas.

Las pastas dentales de uso pediátrico deben presentar la mitad de concentraciones de sus componentes en especial el flúor, a diferencia de la de los adultos.

Utilizar una pasta dental con flúor para cepillar los dientes de un niño de 12 meses provoca un mayor riesgo de desarrollar fluorosis leve, por lo cual es recomendable utilizar dentífricos fluorados a partir de los 6 años, ya que es la edad en que los dientes se encuentran desarrollados. Además se aconseja depositar en el cepillo una mínima cantidad de dentífrico para evitar, que el niño lo ingiera.

El dentífrico, brinda la sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema, así como otras que contienen triclosán, el cual es un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.

Por estos motivos los dentífricos se los considera como sustancias cosméticas, preventivas y terapéuticas, ya que ejercen una labor de limpieza evitando la formación de placa bacteriana y patologías bucodentales, como por ejemplo caries dental y periodontopatias, además contienen sustancias que favorecen a la curación de los tejidos orales.

Están indicados en todas las personas, desde los dos años en adelante como complemento importante de su higiene bucodental. [15]

SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS.-

Las fosas y fisuras presentan zonas en las que se favorecen la retención de la placa y donde la acción del flúor es menos efectiva, por la dificultad de que la saliva bañe el fondo de estas. Para prevenir las

caries en esta zona se han desarrollado los selladores de fosas y fisuras.

Los selladores de fosas y fisuras crean una barrera altamente eficaz contra las caries, debido a que son finas capas de resina que se aplican en las superficies oclusales de los dientes posteriores permanentes del niño, con el fin de evitar la acumulación de placa bacteriana y por ende la aparición de las caries.

FUNCIONES DE LOS SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

Los selladores representan una barrera física que aísla estas superficies del medio bucal, impidiendo la acumulación de bacterias y restos orgánicos, a la vez que se produce un bloqueo de la aportación de nutrientes a los microorganismos ya existentes.

Los sellantes tienen 3 efectos preventivos fundamentales:

- Obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
- Al obturar las fosas y fisuras evitan la penetración de bacterias causantes de la caries.
- Facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante el cepillado dental y la masticación.

APLICACIÓN DEL SELLANTES.-

El aplicar los sellantes es un procedimiento rápido e indoloro, que se puede llevar a cabo durante una visita al dentista, no se necesita anestesia, sin embargo, es muy importante que el niño se mantenga quieto mientras se realiza el tratamiento y hasta que los dientes se sequen.

Primero, se realiza la limpieza de la superficie del diente mediante un cepillo rotatorio o copa de goma, se puede emplear piedra pómez o pastas abrasivas, el aislamiento es importante para evitar la contaminación por humedad, puesto que las resinas de los selladores son hidrófobas y no fluirán bien por una superficie del diente húmedo; para el grabado de la superficie se suele emplear el ácido ortofosfórico 37%. La aplicación del sellador puede realizarse con los aplicadores de fábrica o con sondas, en cualquiera de los casos la aplicación debe ser cuidadosa y debe abarcar todas las fosas y fisuras del diente, sin llevar el material zonas no grabadas para así evitar fractura y o desprendimiento del material, el sellador endurece entre 20 y 60 segundos. [16,17]

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.-

Entendemos por educación el proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y entorno que les rodea, ampliando conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad.

La educación es un instrumento de transformación social, no sólo la educación formal, sino toda acción educativa que propicie la reformulación de hábitos, aceptación de nuevos valores y que estimule la creatividad.

La educación para la salud incluye la combinación de experiencias de aprendizaje, para alentar la adopción voluntaria de comportamientos o acciones que conduzcan a la salud y vida saludable.

Reconocida como disciplina formal y curricular en los países desarrollados, la educación para la salud no ha merecido igual suerte

en países en desarrollo, siendo prácticamente ignorado por las autoridades del sector, siendo objeto apenas de iniciativas aisladas.

Activamente la educación para la salud puede ser dirigida individualmente, en grupos o la población. Los principales campos de aprendizaje son tres:

1. ***Cognitivo:*** comprensión del conocimiento basado en hechos (saber que consumir dulces se asocia con el desarrollo de la caries dental).

2. ***Afectivo:*** las emociones, sentimientos y creencias están asociados con la salud (creer que los dientes deciduos no son importantes).

2. ***Conductual:*** desarrollo de habilidades (se requiere de habilidad para el uso efectivo del hilo dental).

Desafortunadamente, los procedimientos preventivos no están disponibles ni accesibles a todos los menores. Los niños de escasos recursos tienen más probabilidad de tener mayor proporción de caries y menor probabilidad de recibir tratamiento.

Es importante que adquieran tanto el conocimiento como las habilidades para alcanzar y conservar una buena salud.
Por estas razones no sólo es deseable la promoción de la salud oral en escuelas, también es una necesidad.

La escuela constituye el único lugar de constancia en el ambiente infantil. Desempeña un papel necesario, porque muchos más niños frecuentan las escuelas de los que visitan a un odontólogo con regularidad.

La educación escolar para la salud es una oportunidad planeada, sistemática y permanente que capacita a los estudiantes para ser aprendices productivos y tomar decisiones sobre la salud bien establecidas durante sus vidas.

La motivación puede ser definida como un proceso personal interno, que determina la dirección y la intensidad del comportamiento humano.

El aprendizaje sólo se realiza a partir del desarrollo de fuerzas motivadoras, y el principal elemento motivador, el principal estímulo, es el propio profesional, que desencadena los cambios de comportamiento.

La motivación humana es muy compleja, está basada en la combinación de expectativas, ideas, creencias, sentimientos, esperanzas, actitudes, valores, que inician, mantienen y regulan el comportamiento. Los factores diversos como experiencias previas, falta de conocimiento, no aceptar el problema, disminución de la autoestima, circunstancias sociales, económicas y situaciones emocionales pueden determinar comportamientos negativos con relación a la salud.

Los odontólogos deben diseñar estrategias para motivar conductas de higiene personal, enseñando a los pacientes a reconocer sus propios signos de negligencia o peligro dental.

La motivación se debe adecuar a la edad del paciente y para eso el profesional necesita usar artificios que despierten el interés por el tema e impulsen a tomar los cuidados necesarios para promover y mantener la salud. Para obtener buenos resultados el profesional debe tener a la mano estrategias, ser creativo, para motivar y educar en todos los entornos, recordando que los resultados pueden demorar años, dependiendo del individuo.

Conseguir un cambio de comportamiento no es un objetivo fácil. El objetivo de nuestras enseñanzas es dar a la persona condiciones para que ella tome conciencia acerca de su extraordinario potencial de adaptación y cambio.

Los programas educativo-preventivos deben tomar en consideración las características de la población destinataria para garantizar el uso de actividades adecuadas al desarrollo cognitivo, motriz y afectivo del individuo o grupo, así como a su contexto.

En la etapa de la infancia intermedia ocurren cambios muy importantes, como el recambio dental, un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. Aunque los padres tienen todavía una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, el niño presenta una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los tratamientos preventivos.

El niño en esta etapa debe adquirir una responsabilidad cada vez mayor en cuanto a su higiene dental; para la eliminación de la placa dental es importante que exista un hábito arraigado del cepillado correcto.

Con el objeto de que el odontólogo que se acerque a la tarea educativa tenga una idea previa y aproximada de las características generales esperables del comportamiento, dada la edad del grupo destinatario, se desarrolló a partir de las teorías de Freud, Gesell, Erickson y Piaget, un perfil hipotético desde el cual partir.

- A los 6 años comienza la escolaridad primaria y suele hacer su aparición el primer molar permanente. La educación deberá alertar al niño y su entorno para que pongan atención al cepillado de la zona posterior de la boca y concurran al odontólogo para las

medidas preventivas adecuadas. Un programa escolar para esta edad debe llevarse a cabo cerca de la mitad de año, cuando el niño está más asentado en la nueva rutina escolar, y considerando el nivel de aprendizaje logrado.

- El niño de 7 años es concentrado y calmo. Tiene una mayor habilidad manual y sobre todo ensaya y repite hasta el cansancio.

- El niño de 8 años es muy activo, veloz y expansivo. Todo lo quiere hacer rápido. Ha adquirido su completo sentido de lateralidad, conoce derecha e izquierda, arriba y abajo, adelante y atrás. Su conjunción ojos, manos, boca ha madurado, y alcanza un nivel de destreza fina.

- El niño de 9 años logra hacer apreciaciones de sí mismo, de las otras personas y del mundo que lo rodea. Ha madurado su motricidad, maneja muy bien ambas manos. El cepillado dental puede ser absolutamente correcto. Son muy abiertos al aprendizaje, les agradarán las explicaciones con cierta complejidad, pedirán aclaraciones y harán sus concusiones.

- A los 10 años el niño se encuentra en una edad de equilibrio, se basta a sí mismo y tiene una buena adaptación al mundo del adulto. Las mujeres tienen mayor conciencia de sí mismas, de su aspecto y sus ropas.

- El niño de 11 años llega a la pubertad y la adolescencia. En general, se muestra inquieto, exuberante, prepotente y le gusta investigar sobre el mundo de los adultos. En esta edad comienza a insinuarse una conducta social que los lleva a cuidar su cuerpo. Tiene conciencia de que está sucio cuando no cepilla sus dientes.

- A los 12 años el niño comienza a transitar la adolescencia y ello determina una conducta muy dispareja, a veces razona como un adulto y otras se encapricha como un niño. Aunque está capacitado para su aseo personal, aún hay que recordarle el lavado de manos y de dientes. En grupos o en el grado escolar suele ser entusiasta y dispuesto al intercambio de opiniones. [18,19]

5.3 SISTEMA DE HIPÓTESIS.-

5.3.1 HIPÓTESIS GENERAL.-

H_1: La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 es buena.

H_0: La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no es buena.

5.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-

Hipótesis Específica 1:

H_1: Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son de nivel bueno.

H_0: Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no son de nivel bueno.

Hipótesis Específica 2:

H_1: Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son positivas.

H_0: Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no son positivas.

Hipótesis Específica 3:

H_1: Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 son eficientes.

H_0: Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 no son eficientes.

VI.- SISTEMA DE VARIABLES

6.1 VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable 1:

- Cultura preventiva de Salud Bucal

Variable 2:

- Sexo

Variable 3:

- Edad

6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.-

Variables	Instrumento	Dimensiones	Indicador
Variable 1: **Cultura preventiva de salud bucal**	Cuestionario de cultura preventiva en salud oral	**Conocimiento sobre salud oral** Ítems 1-11	• Verdadero • Falso • No Sé
		Actitudes relacionadas con salud oral Ítems 1	Bien, Regular, Mal
		Ítems 2	Bueno, Regular, No tengo conocimiento.
		Ítems 3 - Ítems 4	Muy importante, Importante, Nada importante.
		Ítems 5	Mi propio esfuerzo El dentista Ninguno
		Prácticas Relacionadas con salud oral	
		Ítems 1	Si, No
		Ítems 2	Agua, Pasta dental y agua, Nada.
		Ítems 3	Menos de 3 min. Más de 3 minutos
		Ítems 4	Fluorada, No fluorada, Nada.
		Ítems 5	Solo por la mañana Solo por la noche Después de las comidas
		Ítems 6	1 a 3 meses,4 a 6 meses Más de 6 meses
		Ítems 7	De lado a lado De arriba hacia abajo Ninguno
Variable 2: **Edad.**		• Edad	– 10 años – 11 años – 12 años – 13 años
Variable 3: **Sexo.**		• Fenotipo	– Masculino – Femenino

VII.- METODOLOGÍA

7.1 NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de Diseño Observacional porque nos limitaremos a la observación y registro de los acontecimientos sin intervenir en el curso natural de éstos.

Es de Nivel descriptivo porque el objetivo de la investigación es describir las variables para su estudio e investigación para luego registrarlas.

Es de corte transversal porque la medición de las variables es por única vez.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 UNIVERSO

Todos los niños escolares estudiantes de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

7.2.2 UNIDAD DE MUESTRA

Todos los niños escolares estudiantes de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica del 5to y 6to grado de educación primaria matriculados durante el año 2017.

7.2.3 TIPO DE MUESTRA

La muestra será de tipo No probabilística e Intencional.

7.2.4 TAMAÑO DE MUESTRA

Se evaluaron 120 niños estudiantes del 5to y 6to grado de educación primaria matriculados durante el año 2017.

7.3 MUESTRAS Y TIPO DE MUESTREO

El muestreo es de tipo No Probabilístico e Intencional.

7.4 RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

7.4.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se empleó como instrumento un cuestionario para Niños, diseñada por la OMS. Este instrumento consta de 3 dimensiones:

1) Conocimiento sobre salud oral (Ítems 1-11).
2) Actitudes relacionadas con salud oral (Ítems 12-16).
3) Prácticas relacionadas con salud oral (Ítems 17-23)

El cuestionario tiene un total de 23 ítems, con la finalidad de valorar los conocimientos que tienen los niños sobre cultura preventiva oral.

7.4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La información que se ha recolectado se analizó mediante la estadística descriptiva y la estadística inferencial, no paramétrica.
La estadística inferencial nos permitió comprobar la hipótesis es decir se determinó la congruencia de la hipótesis con los datos obtenidos.

Se calcularon las distribuciones de frecuencia y se elaboraron las representaciones graficas correspondientes, utilizando el programa SPSS versión 22 y el programa Excel 2015 del paquete OFICCE 2015.

7.4.3 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Recolección de datos.-

El procedimiento para la recolección de datos se realizó a través de un cuestionario.

Clasificación de datos.-

Es la etapa donde se procesaron los datos y consistió en seleccionar los datos obtenidos en función de diferentes criterios como la validez de datos, diseño seleccionado, estadígrafos a emplear, etc.

Codificación de datos.-

Se procedió a asignar códigos o valores a cada uno de los datos obtenidos con el objetivo de favorecer su identificación, así como el procesamiento estadístico a realizar.

Tabulación de datos.-

Se realizó la elaboración y presentación de cuadros estadísticos, de acuerdo con el diseño de investigación que se está considerando y la naturaleza de las escalas de medición de las variables que están en estudio.

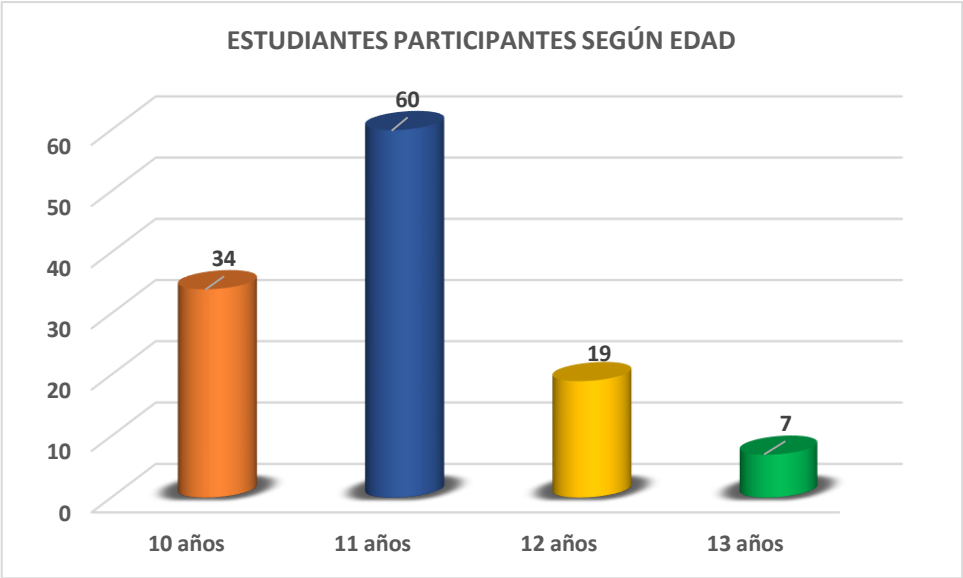
Presentación de datos.-

Todos los datos procesados así como los resultados obtenidos en nuestra investigación fueron presentados mediante tablas y gráficos.

VIII.- RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1
ESTUDIANTES PARTICIPANTES SEGÚN EDAD

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
10 años	34	28,3
11 años	60	50,0
12 años	19	15,8
13 años	7	5,8
Total	120	100,0

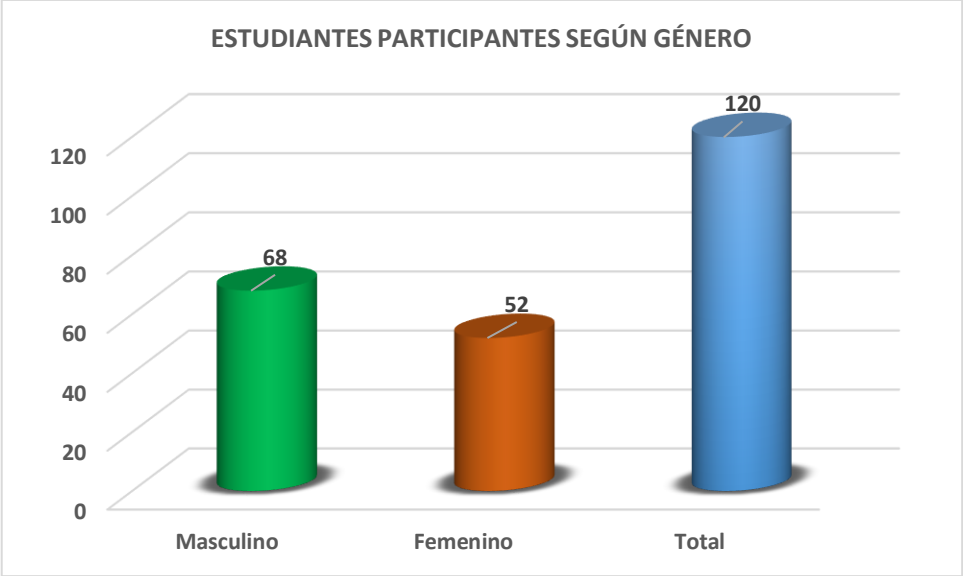


En la tabla y gráfico N°1 podemos observar la distribución de estudiantes por edad, vemos que participaron 120 estudiantes entre los 10 y 13 años, 60 estudiantes tienen 11 años y representa el 50%, 34 estudiantes tienen 10 años que representa el 28,3%. 19 estudiantes tienen 12 años y representa el 15,8%, 07 estudiantes tienen 13 años que representa el 5,8%.

TABLA N° 2

ESTUDIANTES PARTICIPANTES SEGÚN GÉNERO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	68	56,7
Femenino	52	43,3
Total	120	100,0

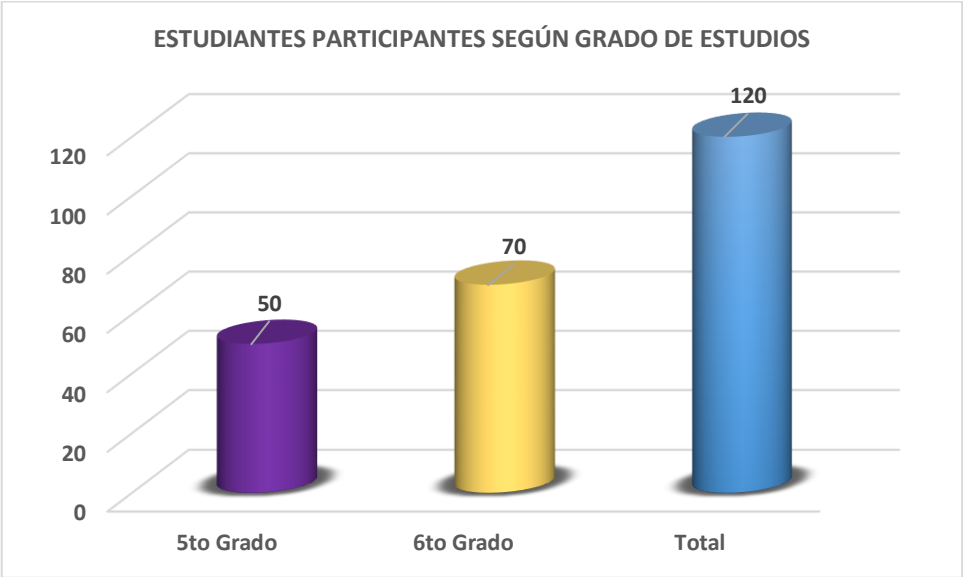


En la tabla y gráfico N°2 podemos observar la distribución de estudiantes por edad, vemos que participaron 120 estudiantes; 68 son de género masculino y representa el 56,7%; 52 estudiantes son de género femenino y representa el 43,3%.

TABLA Y GRÁFICO N° 3

ESTUDIANTES PARTICIPANTES SEGÚN GRADO DE ESTUDIOS

Grado	Frecuencia	Porcentaje
5to Grado	50	41,7
6to Grado	70	58,3
Total	120	100,0



En la tabla y gráfico N°3 podemos observar la participación de los estudiantes según grado de estudios. Vemos que participaron en total 120 estudiantes; 50 estudiantes que representa el 41,7% pertenecen al 5to grado, 70 estudiantes que representa el 58,3% pertenecen al 6to grado.

TABLA N° 4

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD ORAL (1-11)

ÍTEMS		Verdadero		Falso		No sé	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
1	Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries.	106	88,3	1	0,8	13	10,8
2	Los dientes naturales son mejores que los dientes postizos.	94	78,3	15	12,5	11	9,2
3	Cepillarse los dientes puede prevenir las caries	84	70,0	30	25,0	6	5,0
4	Comer y beber alimentos dulces no provoca caries.	41	34,2	73	60,8	6	5,0
5	Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor en los dientes.	106	88,3	6	5,0	8	6,7
6	Usar hilo dental puede prevenir las caries.	61	50,8	31	25,8	28	23,3
7	El uso de flúor previene las caries.	77	64,2	26	21,7	17	14,2
8	El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad en las encías.	87	72,5	18	15,0	15	12,5
9	La enfermedad de las encías se puede producir por falta de higiene dental.	98	81,7	11	9,2	11	9,2
10	Cepillarse los dientes no previene problemas de las encías.	70	58,3	43	35,8	7	5,8
11	Mantener los dientes naturales no es tan importante.	36	30,0	79	65,8	5	4,2

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n= 120

En la tabla N°4 respecto a los conocimientos sobre salud bucal, observamos que en los diferentes ítems planteados, más del 50% de los alumnos participantes respondieron de forma correcta. Así vemos que el 88,3% sabe que la presencia de bacterias en los dientes causa caries. El 88,3% sabe que deben visitar al dentista al menos una vez al año; el 81,7% indica que la falta de higiene oral puede provocar enfermedad de las encías; el 78,3% sabe que los dientes naturales son mejores que los postizos; el 70% sabe que cepillarse previne de caries. Sin embargo vemos que un 23,3% no sabe que usar el hilo dental puede prevenir la caries. El 12,5% no sabe que el sangrado en el cepillado puede ser indicador de enfermedad en las encías. Así mismo el 14,2% no sabe que el flúor previene la caries dental. Es preocupante observar que el 30% piensa que mantener los dientes naturales no es tan importante; o que el 34,2% piense que comer y beber alimentos dulces no provoque caries.

TABLA N° 5

ACTITUDES RELACIONADAS CON LA SALUD ORAL (12-16)

	ÍTEMS	Bien		Regular		Mal	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
12	¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?	59	49,2	57	47,5	4	3,3
		Bueno		Regular		No tengo conocimiento	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
13	Mi conocimiento sobre enfermedades de las encías es:	25	20,8	69	57,5	26	21,7
		Muy importante		Importante		Nada importante	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
14	¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	102	85,0	17	14,2	1	0,8
15	¿Cuán importante es para ti tener condiciones bucales saludables?	85	70,8	35	29,2	0	0
		Mi propio esfuerzo		El dentista		Ninguno	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
16	¿Cuál es el factor más importante para el futuro de tu salud oral	71	59,2	49	40,8	0	0

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n= 120

En la tabla N° 5 respecto a las actitudes relacionadas con la salud oral, observamos que los alumnos participantes tiene una actitud positiva ante las interrogantes planteadas. Observamos que el 85% considera que es muy importante limpiar los dientes; así mismo el 70,8% indica que es muy importante tener condiciones bucales saludables. Vemos que el 57,5% indica tener un conocimiento regular sobre enfermedades de las encías. También podemos apreciar que un 59,2% refiere que el propio esfuerzo es el factor más importante para el futuro de su salud oral, frente a un 40,8% que considera que el dentista es el factor más importante para el futuro de su salud oral.

TABLA N° 6

PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD ORAL (17-23)

	ÍTEMS	Si				No	
		(f)	(%)			(f)	(%)
17	Uso del cepillo de dientes	117	97,5			3	2,5
		Agua		Pasta dental y agua		Nada	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
18	Elementos utilizados para cepillarte	7	5,8	113	94,2	0	0
		Fluorada		No fluorada		No sé	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
19	Tipo de pasta de dientes	75	62,5	10	8,3	35	29,2
		Menos de 3 minutos			Más de 3 minutos		
		(f)	(%)		(f)	(%)	
20	Tiempo de duración del cepillado de dientes	47	39,2		73	60,8	
		Sólo por la mañana		Sólo por la noche		Después de las comidas	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
21	En qué momento del día cepillas tus dientes	16	13,3	6	5,0	98	81,7
		1 a 3 meses		4 a 6 meses		Más de 6 meses	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
22	Cada cuánto tiempo cambias el cepillo de dientes	89	74,2	25	20,8	6	5,0
		De lado a lado		De arriba hacia abajo		Ninguno	
		(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
23	Técnica de Cepillado	52	43,3	67	55,8	1	0.8

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n= 120

En la tabla N° 6 respecto a las prácticas relacionadas con la salud oral, observamos que el 97,5 usa cepillo de dientes, el 94,2% emplea agua y pasta dental para realizar su higiene bucal. El 62,5% emplea pasta dental fluorada, el 60,8% refiere cepillarse por más de 3 minutos. El 81,7% indica que cepilla sus dientes después de las comidas. El 74,2% refiere que cambia su cepillo dental entre 1 y 3 meses. El 55,8% usa como técnica de cepillado lavarse de arriba hacia abajo.

IX.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

Luego de analizados los resultados que se presentaron en las diferentes tablas procedemos a comprobar y/o contrastar nuestras hipótesis.

HIPÓTESIS GENERAL.-

H_1: La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 es buena.

H_0: La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no es buena.

Estadísticos de prueba			
	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3
Chi-cuadrado	165,150[a]	43,200[b]	100,833[b]
gl	2	1	1
Sig. asintótica	,000	,000	,000
a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 40,0.			
b. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 60,0.			

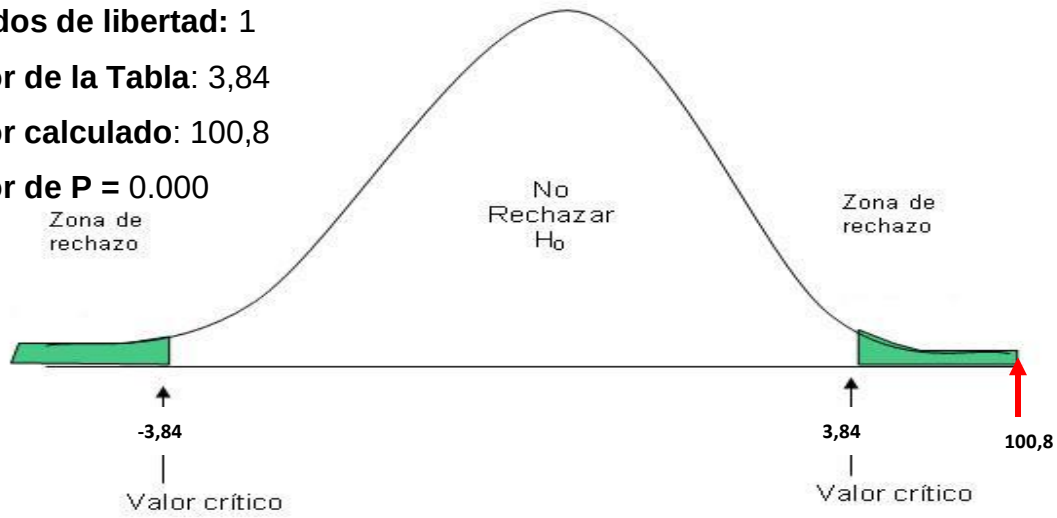
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 1

Valor de la Tabla: 3,84

Valor calculado: 100,8

Valor de P = 0.000



*Por tanto interpretando la prueba X^2 vemos que el valor Chi cuadro obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor < 0,05 entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado "**La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 es buena"***

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.-

Hipótesis Específica 1:

H_1: Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son de nivel bueno.

H_0: Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no son de nivel bueno.

Estadísticos de prueba	
	Dimensión 1
Chi-cuadrado	165,150[a]
gl	2
Sig. asintótica	,000
a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 40,0.	

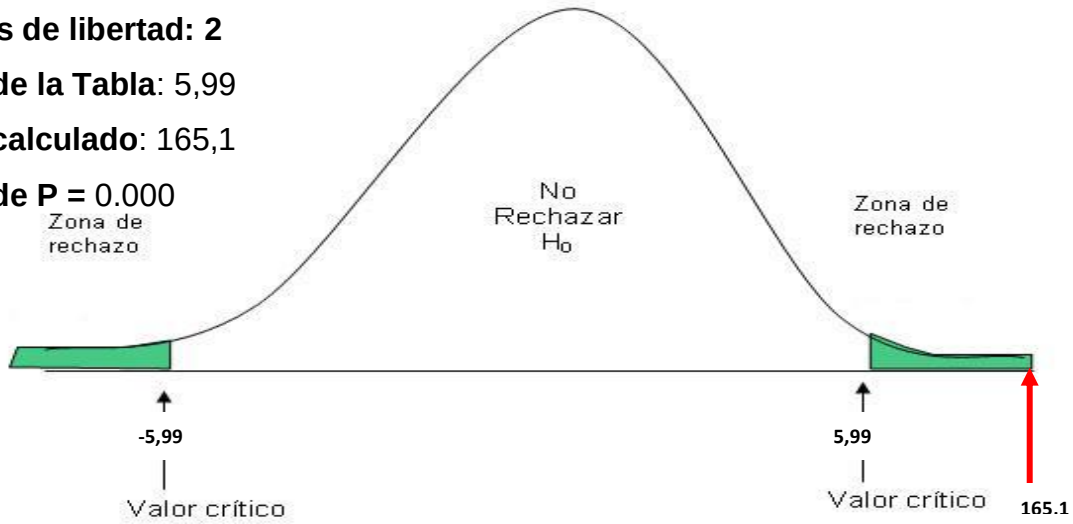
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 2

Valor de la Tabla: 5,99

Valor calculado: 165,1

Valor de P = 0.000



*Por tanto interpretando la prueba X^2 vemos que el valor Chi cuadro obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor < 0,05 entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado "**Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son de nivel bueno."***

Hipótesis Específica 2:

H_1: Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son positivas.

H_0: Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no son positivas.

Estadísticos de prueba	
	Dimensión 2
Chi-cuadrado	43,200[a]
gl	1
Sig. asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 60.

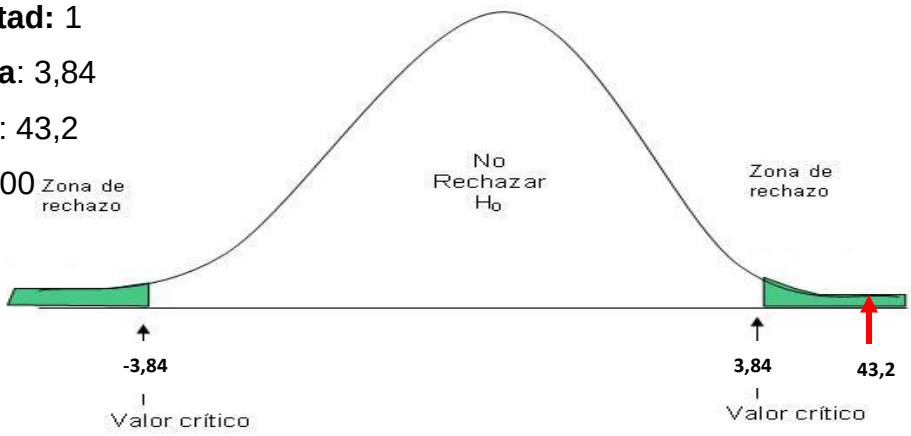
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 1

Valor de la Tabla: 3,84

Valor calculado: 43,2

Valor de P = 0.000



Por tanto interpretando la prueba X^2 vemos que el valor Chi cuadro obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor > 0,05 entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado. ***Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son positivas.***

Hipótesis Específica 3:

H_1: Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son eficientes.

H_0: Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 no son eficientes.

Estadísticos de prueba	
	Dimensión 3
Chi-cuadrado	100,833[a]
gl	1
Sig. asintótica	,000
a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 60,0.	

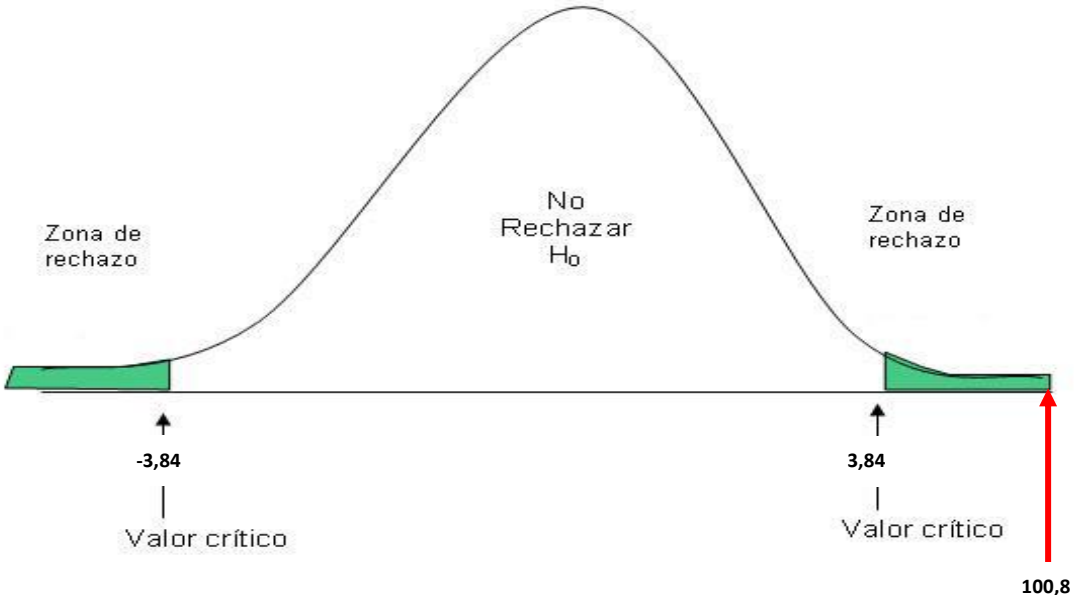
ESTIMACIÓN DEL P VALOR

Grados de libertad: 1

Valor de la Tabla: 3,84

Valor calculado: 100,8

Valor de P = 0.000



*Por tanto interpretando la prueba X^2 vemos que el valor Chi cuadro obtenido es mayor que el valor Chi cuadrado de la tabla y la significancia asintótica o P valor < 0,05 entonces con una probabilidad del 95% de confianza y 5% de error rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que se ha planteado "**Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. "José María Arguedas" de Parcona-Ica, año 2017 son eficientes."***

X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber presentado los resultados de nuestra investigación con la respectiva contrastación de hipótesis corroboramos que La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 es buena. Sobre los conocimientos sobre salud oral observamos que más del 50% de los alumnos participantes respondieron correctamente los ítems planteados. Así vemos que el 88,3% sabe que la presencia de bacterias en los dientes causa caries. El 88,3% sabe que deben visitar al dentista al menos una vez al año; el 81,7% indica que la falta de higiene oral puede provocar enfermedad de las encías; el 78,3% sabe que los dientes naturales son mejores que los postizos; el 70% sabe que cepillarse previne de caries.

Respecto a las actitudes relacionadas con la salud oral, observamos que los alumnos participantes tienen una actitud positiva ante las interrogantes planteadas, el 85% considera que es muy importante limpiar los dientes; el 70,8% indica que es muy importante tener condiciones bucales saludables, el 57,5% indica tener un conocimiento regular sobre enfermedades de las encías. El 59,2% refiere que el propio esfuerzo es el factor más importante para el futuro de su salud oral.

Respecto a las prácticas relacionadas con la salud oral, el 97,5 usa cepillo de dientes, el 94,2% emplea agua y pasta dental para realizar su higiene bucal. El 62,5% emplea pasta dental fluorada, el 60,8% refiere cepillarse por más de 3 minutos. El 81,7% indica que cepilla sus dientes después de las comidas. El 74,2% refiere que cambia su cepillo dental entre 1 y 3 meses. El 55,8% usa como técnica de cepillado lavarse de arriba hacia abajo.

Nuestros resultados se apoyan en investigaciones realizadas en diferentes años y lugares que las tomamos como referencia para la presente investigación.

Hurtado Huayta R. indica que el 50% desconocía las enfermedades que pueden aparecer en la boca; 54,95% tiempo de cambio del cepillo; 52,10% métodos preventivos de caries. Nunca visitaron al dentista y no lo recuerdan el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el 45,79% se cepillaba 3 veces al día; 22,42% consume diariamente azúcares. Concluye que los niveles de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en los estudiantes del sexto grado de Educación Primaria de la I.E. 55001 Manuel Jesús Sierra Aguilar de la ciudad de Abancay, son: bueno 25.5%, regular 65.5% y deficiente 9%.

Bosch Robaina R. y col encontró los siguientes resultados: el 78% conocían en qué consiste la caries y pensaban que se podía prevenir. El 76% de los niños refieren que sus padres les habían enseñado a cepillarse los dientes, mientras que el 24% restante contestaron que les había enseñado el odontólogo, el 60% refiere que había que acudir al dentista cuando se presentara algún problema en la boca; el 82% refiere que comer dulces se relacionaba con problemas en los dientes, el 50% de los niños refieren que conviene cepillarse los dientes 2 veces al día, el 28% 3 o más veces y el 22% una sola vez al día. El 84% de los encuestados contestaron que consideraban la higiene oral algo muy importante.

Dávila M.E y col refiere que los resultados obtenidos en su investigación determinan que antes de aplicar un programa educativo, el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa.

Tuñez Bastida y col. en su investigación concluye que el 89,7% considera que el azúcar o un microorganismo es el agente causante de la caries. El flúor es reconocido como beneficioso para los dientes por el 99%. El 48,5% señala 3 minutos como el tiempo adecuado para el cepillado. Los padres enseñan a lavarse los dientes al 90,7%. La mayoría, el 91%, refiere la higiene como la principal motivación para lavarse los dientes. El 25,3% cambia el cepillo cada año o más tarde. Un 27,4% se cepilla con movimientos al azar u horizontales. Algo más de la mitad (56%) se cepilla los dientes después de las comidas. El 82,1% se cepilla los dientes por dentro y un 21,9% se cepilla la lengua. El 96,7% utiliza pasta dental. Sólo el 8,3% utiliza habitualmente seda dental. La mitad (49%) acude al dentista únicamente si tiene problemas y el 8,9% no ha ido nunca.

XI.- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Luego del análisis e interpretación de los resultados de la investigación, se llegó a las conclusiones siguientes:

1. La cultura preventiva de salud oral en niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 es buena en más del 50% de participantes.

2. Los conocimientos sobre salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 tienen un buen nivel.

3. Las actitudes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 son positivas.

4. Las prácticas relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017 son bastante eficientes.

XII.-

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Motivar a los estudiantes participantes de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, a seguir manteniendo el buen nivel sobre cultura preventiva de salud oral.

2. Seguir mejorando los conocimientos de los estudiantes de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, sobre salud oral.

3. Propiciar en los estudiantes de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, a mantener las actitudes positivas demostradas en la presente investigación.

4. Seguir manteniendo las prácticas eficientes relacionadas con la salud oral que tienen los niños escolares de la I.E. “José María Arguedas” de Parcona-Ica, año 2017.

XIII.-

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hurtado Huayta Robert. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y enfermedades bucales de los estudiantes del sexto grado de primaria de la I.E 55001 de la ciudad de Abancay. 2014.

2. Bosch Robaina R., Rubio Alonso M., García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Avances en Odontoestomatolog. Febrero 2012; 28(1):17-23.

3. Albert Díaz Juan Félix, Blanco Díaz Bertha, Otero Rodríguez Ileana, Afre Socorro Analina, Martínez Núñez Midalys. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina". Rev Ciencias Médicas. Jun 2009; 13(2):80-89.

4. Dávila ME, Mujica de G M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta odontol. Venezolana. Dic 2008; 46(3): 250-254.

5. Túñez Bastida F, Fernández Camiñas J.A, Achín Fernández A.J. Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo. Atención Primaria. October 2005; 36(6): 346–347.

6. Limonta Vidal Elena del Rosario, Araújo Heredia Teresita. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000; 4(3): 9-15.

7. Belloso, N.; Hernández, N.; Rivera, L. & Morón, A. Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Ensayo experimental. Acta Científica Venezolana 1999; 50, 42-47.

8. Sosa Rosales M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Garrigó Andreu MI, Sardiña Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002. p. 493-4.

9. Gómez Santos G. Educación para la salud dental. Servicio de epidemiologia y promoción de la salud. Gaceta dental. 1997;(80):64-8.

10. Chiong, L. Educación en la salud bucal y control de placa bacteriana en niños de 6 a 12 años del Centro Educativo José Gálvez Callao. (2002)

11. Boyer-Chu, Lynda, Promoviendo la salud bucal infantil, Capítulo 1, Salud bucal lo que se debe saber, 2005, pág. 11-13, California Childcare Health Program.

12. Crespo, M.; Lobaina, Y.; Riesgo, Y.; Rodríquez, A. & Torres, A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez”. MEDISAN 2010; 14(1): 232-242.

13. Dávila, M. & Mujica, M. (2008) Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana, 46 (3): 1-6

14. Evaristo, T.; Pinto, H.; Salas, O. Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres. Odontología Sanmarquina 2007; 10(2): 21-23.

15. Harris, N. & García, F. Odontología preventiva primaria 2005. México D.F.: Manual Moderno.

16. Melgar, R. Principios de prevención de salud bucal 2008. Lima: Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social.

17. Gómez Santos G. Educación para la salud dental. Servicio de epidemiologia y promoción de la salud. Gaceta dental. 1997;(80):64-8

18. La salud y su relación con la cultura. Obtenido en http://www.fepafen.org.ve/investigaciones/sonrisafeliz/6.htm

19. Díaz Cruz C, Pacheco Rodríguez A, Rodríguez Cabrera M. Labor educativa en escuelas primarias. En: Libro de Resúmenes del XII Congreso Nacional de Estomatología, I Jornada Latinoamericana de Estomatología Pediátrica. La Habana: ECIMED; 1998. p. 86.

XIV.- ANEXOS

CUESTIONARIO DE CULTURA PREVENTIVA EN SALUD ORAL

Lea las preguntas y marque la respuesta que considere correcta.

Grado: 5to ( ) 6to ( )
Edad: 10 años ( ) 11 años ( ) 12 años ( ) 13 años ( )
Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

	ÍTEMS	RESPUESTA		
Conocimiento sobre salud oral	1. Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries.	Verdadero	Falso	No Sé
	2. Los dientes naturales son mejores que los dientes postizos.	Verdadero	Falso	No Sé
	3. Cepillarse los dientes puede prevenir las caries.	Verdadero	Falso	No Sé
	4. Comer y beber alimentos dulces no provoca caries.	Verdadero	Falso	No Sé
	5. Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor en los dientes.	Verdadero	Falso	No Sé
	6. Usar hilo dental puede prevenir las caries.	Verdadero	Falso	No Sé
	7. El uso de flúor previene las caries.	Verdadero	Falso	No Sé
	8. El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad en las encías.	Verdadero	Falso	No Sé
	9. La enfermedad de las encías se puede producir por falta de higiene dental.	Verdadero	Falso	No Sé
	10. Cepillarse los dientes no previene problemas de las encías.	Verdadero	Falso	No Sé
	11. Mantener los dientes naturales no es tan importante.	Verdadero	Falso	No Sé
Actitudes relacionadas con salud oral	12. ¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?	Bien	Regular	Mal
	13. Mi conocimiento sobre enfermedades de las encías es:	Bueno	Regular	No tengo conocimiento
	14. ¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	Muy importante	Importante	Nada importante
	15. ¿Cuán importante es para ti tener condiciones bucales saludables?	Muy importante	Importante	Nada importante
	16. ¿Cuál es el factor más importante para el futuro de tu salud oral?	Mi propio esfuerzo	El dentista	ninguno
Prácticas Relacionadas Con salud oral	17. Uso del cepillo de dientes	Si	No	
	18. Elementos utilizados para cepillarte	Agua	Pasta dental y agua	Nada
	19. Tipo de pasta de dientes	Fluorada	No fluorada	No sé
	20. Tiempo de duración del cepillado de dientes	Menos de 3 minutos	Más de 3 minutos	
	21. En qué momento del día cepillas tus dientes	Solo por la mañana	Sólo por la noche	Después de las comidas
	22. Cada cuánto tiempo cambias el cepillo de dientes	1 a 3 meses	4 a 6 meses	Más de 6 meses
	23. Técnica de cepillado	De lado a lado	De arriba hacia abajo	Ninguno