

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL QUE REALIZAN LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES DE LA NIÑEZ DE 4 A 8 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO ESCOLAR JUANA GALÁN DE QUINTANILLA, DEL MUNICIPIO DE QUEZALTEPEQUE EN EL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2020”.

PRESENTADO POR:

LÓPEZ LÓPEZ, MARIELA AZUCENA
MURILLO DE ALAS, STEFANY ALICIA

**PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN SALUD
MATERNO INFANTIL**

ASESORA:

Mtra. KAROL GEORGINA MORAN MEJIA

CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA” EL SALVADOR NOVIEMBRE 2021

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR:

Msc. Roger Armando Arias Alvarado

VICERRECTOR ACADÉMICO:

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:

Ing. Juan Rosa Quintanilla

SECRETARIO GENERAL:

Ing. Francisco Antonio Alarcón

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANA DE FACULTAD DE MEDICINA:

Msc. Josefina Sibrián de Rodríguez

VICEDECANO DE FACULTAD DE MEDICINA:

Dr. Saúl Díaz Peña

SECRETARIA:

Msc. Aura Marina Miranda

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD:

Msc. José Eduardo Zepeda Avelino

DIRECTORA DE LA LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL:

Msc. Rocío Elena Linares de Trujillo

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Enunciado del problema	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.	9
2.1 Marco histórico	9
2.2 Marco teórico.....	14
2.2.1 Educación en higiene oral	14
2.2.2 Prácticas saludables de higiene oral	15
2.2.2.1 Instrumentos y utensilios de higiene oral.	16
2.2.2.2 Técnicas y frecuencia de cepillado dental.	19
2.2.2.3 El Hilo dental	23
2.2.2.4 Enjuagues o colutorios.	24
2.2.2.5 El flúor.	26
2.2.2.6 Dieta anticariogénica.....	27
2.2.3 Prácticas de higiene oral no saludables.....	31
2.2.3.1 Dieta cariogénica.	31
2.2.3.2 Técnica incorrecta del cepillado dental.	32
2.3 Marco Conceptual	39
2.4 Marco Legal	41
CAPITULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
3.1 Operacionalización de variables.....	43
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
4.1 Tipo de estudio:	44
4.2 Área de estudio:	44
4.3 Universo y población:.....	44
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	45
4.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	46
4.6 Prueba piloto:	47
4.7 Principios éticos:	47
4.8 Plan para la recolección de datos:	49
4.9 Plan de tabulación de datos.....	50
4.10 Plan de análisis	51
4.11 Plan de socialización de resultados de la investigación	51
CAPITULO V. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA	

INVESTIGACIÓN.....	52
5.1 Tabulación y análisis.....	52
5.1.1 Gráficos de la entrevista sobre los conocimientos de higiene oral.....	52
5.2 Gráficos del cuestionario sobre prácticas de higiene oral.....	85
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	95
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	100
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	104
PRESUPUESTO.....	105
ANEXO N°1 Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral.....	107
ANEXO N°2 Cuestionario sobre prácticas de higiene oral.....	111
ANEXO N°3 Consentimiento informado.....	116
ANEXO N° 4 Autorización del Centro Escolar para el estudio.....	117
ANEXO N° 5 Matriz de vaciado de datos.....	118

AGRADECIMIENTOS.

Durante el camino de todo proyecto, nunca es seguro el éxito, que no habrá problemas, inconvenientes o que simplemente todo estará bien... eso no es seguro ni probable lo que sí es muy seguro es que durante todo mi camino encontré aspectos y situaciones que tal vez no conocía aún, procesos y actitudes ajenas de la vida cotidiana.

Quiero agradecerle a ti Dios por tu amor y tu bondad, me permitiste sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda y cuando caí y me pusiste a prueba, aprendí de mis errores y me di cuenta de que era para mejorar como ser humano y para que creciera de diferentes maneras. Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco Padre. No cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida; porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis padres María Delfina López de López y Dionisio López Galeas gracias por fortalecer y guiar mi crecimiento como ser humano de bien, brindándome los valores necesarios, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de los logros se los debo a ustedes, en los que incluyo este. Me formaron con reglas para alcanzar mis metas, aunque a veces con dificultades económicas hacían lo imposible con el anhelo que sacara mis estudios adelante no importando pasar una y mil necesidades, no tengo palabras suficientes para agradecerles todo lo que hicieron por mí y que aún siguen haciendo con tal de que terminara mis estudios.

A la UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional. A mi docente de investigación, Licenciada Karol Georgina Morán por su esfuerzo y dedicación quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia, su motivación por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que me ayudaron a formarme como persona e investigadora.

Br. Mariela Azucena López López

Esta investigación simboliza la cúspide de un primer sueño desde la infancia, dedicar mi vida a la atención en salud de una de las poblaciones más vulnerables como es el binomio madre-hijo a través de un enfoque profesional.

Quiero agradecer a Dios por el regalo de la vida y por bendecir mi vida permitiéndome nacer en un hogar con una familia que ha apoyado cada uno de mis pasos en mi recorrido académico, personal y emocional.

Con respecto al ámbito familiar quiero dedicar esta tesis a mis padres Amílcar Murillo y Daysi de Murillo, quienes siempre tuvieron fe en mí, alentaron cada paso hacia este día, agradezco cada vez que han repetido en voz alta el tipo de profesional que esperan que sea y que sin duda seré, la manera en que cada día ambos me formaron en la persona que soy ahora, con las fuerzas y la determinación que poseo ahora, en cada uno de ellos tengo un gran ejemplo de lo que todo ser humano aspira a ser como persona, profesional y como padres, agradezco a mi hermano Marlon Murillo porque sin compromiso u obligación ha figurado en toda mi vida como un segundo padre que siempre me alentó no solo con palabras sino con su presencia a continuar hacia adelante sin importar los obstáculos físicos o emocionales del momento, ha sido él mi mayor fuente de inspiración para poder proyectarme visiones con respecto a mi futuro evitando el estancamiento, por último pero no menos importante agradezco a mi esposo Alexander Alas quien ha sostenido mi mano e impulsado mi marcha en cada momento en que quise declinar durante el proceso, agradezco su acompañamiento y el ser el bastón que sostiene la familia en tiempos de crisis.

En cuanto al área académica, quiero expresar que me siento sumamente afortunada de haber sido formada profesionalmente por docentes altamente calificadas, con alto grado de empatía, sororarias y sumamente capaces de desempeñar su rol profesional y a su vez ser madres y cumplir con las demandas que esto implica, dejando notar que las mujeres somos capaces de desempeñar una labor profesional ejecutando un rol productivo y reproductivo al mismo tiempo.

Quiero agradecer a nuestra docente directora, Licda. Rocío Linares por su guía y

acompañamiento desde el inicio de nuestra carrera.

A nuestra docente asesora metodológica, Licenciada Karol Georgina Morán por asesorarnos con dedicación y compromiso en cada parte del desarrollo de esta investigación, siempre motivándonos a concluir con éxito nuestro proceso, además quiero agradecer a todo el cuerpo docente de la carrera Salud Materno Infantil, quienes en cada una de las etapas de mi formación estuvieron de forma incondicional compartiendo sus conocimientos y orientándome en cada momento hasta el final de mi formación, cada una de las docentes tiene una patrón particular de enseñanza y puedo decir que aprendí lo mejor que cada una de ellas pudo ofrecer, sin embargo quiero agradecer especialmente a la Licenciada Irma Elizabeth Asencio, quien ha sido una de las docentes de las que más me he beneficiado intelectualmente aprendiendo de cada una de sus enseñanzas, siempre nos motivó, instó y obligó a dar más de lo que ofrecíamos como personas, nos enseñó a retornos cada día a ser mejores profesionales y a superarnos a nosotras mismas en cada área en que nos desempeñamos.

Agradezco a la Licenciada Laura Irene Martínez, directora del Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla por poner a nuestra disposición el centro educativo y proporcionarnos todo lo necesario para la respectiva ejecución de la presente investigación.

Agradezco también por su paciencia y colaboración a todos los padres, madres y responsables de la niñez que participaron en nuestra investigación.

Br. Stefany Alicia Murillo de Alas.

RESUMEN

La educación en salud oral es uno de los temas menos conocidos por la población salvadoreña, debido a esto, el objetivo general de la presente investigación fue analizar los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el periodo de octubre a diciembre de 2020.

La investigación fue de tipo transversal y descriptiva, se realizó un muestreo por fórmula finita de los padres, madres o responsables de niños/as de 4 a 8 años inscritos en el Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, obteniendo una muestra de 53 objetos de estudio. La variable independiente fue representada por los conocimientos de higiene oral de los padres, madres o responsables de la niñez y la variable dependiente fue representada por las prácticas de higiene oral que éstos realizaban en la niñez en estudio.

Con respecto a los resultados se observó que, de los 53 sujetos de estudio, el 56% posee conocimientos bajos sobre higiene oral. Con respecto a las prácticas de higiene oral se reportan que 68% de la población utiliza de forma incorrecta los utensilios e instrumentos de higiene oral y la técnica del cepillado, el 85% de los responsables no utilizan hilo dental en los/as niños/as. Con respecto al enjuague bucal solo el 7% de los/as niños/as lo utilizan y el flúor es utilizado solo por el 4% de la población en estudio. Con respecto a la dieta cariogénica en cuanto al momento en que ingieren los alimentos cariogénicos el 59% de los/as niños/as muestran alto riesgo de caries, el 92% asiste a control odontológico y el 73% ha padecido caries dental.

En base a lo anterior se concluye que los conocimientos sobre higiene oral de los padres, madres o responsables de la niñez se clasifican como bajos según la evaluación. Las prácticas saludables de higiene oral que realizan en los/as niños/as son: uso de algunos de los utensilios e instrumentos de higiene oral y el cepillado

dental. Las prácticas no saludables de higiene oral que realizan en los/as niños/as son: técnicas incorrectas de cepillado, no empleo de hilo dental, enjuague bucal, flúor y alto consumo de alimentos cariogénicos.

PALABRAS CLAVES: Odontología preventiva, Servicios de odontología escolar, Dieta Cariogénica, Enfermedades Bucodentales

INTRODUCCIÓN

El presente informe final de investigación pretende analizar los conocimientos sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de los/as niños/as que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, ya que las prácticas de higiene oral son directamente proporcionales a los conocimientos que éstos posean, los buenos hábitos de higiene oral contribuyen a disminuir el riesgo de padecer enfermedades bucodentales, de las cuales la más frecuente es la caries dental ya que constituye un problema de salud que afecta a muchas personas a nivel mundial principalmente a la población infantil menor de 8 años, impactando negativamente en su salud y desarrollo social, llegando a considerarse como la enfermedad prevenible más común de la cavidad oral.

En El Salvador persisten las infecciones de la cavidad oral y alta prevalencia de niños/as ausentes en control odontológico, a pesar del desarrollo de campañas odontológicas y educación en salud en la población infantil, cada día se registran nuevos casos de caries dental.

Tomando en cuenta la problemática anterior la presente investigación tiene como objetivo principal analizar los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años.

Este estudio se realizó en el Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, el cual además de revelar el nivel de conocimientos que los responsables de la niñez en estudio poseen, permitió la identificación de la situación actual con relación a esta problemática de salud.

Esta investigación fue de tipo descriptivo transversal, donde la población de estudio fueron los padres, madres o responsables de la niñez de 4 a 8 años inscritos en el centro educativo, se utilizó una fórmula para poblaciones finitas, empleando la técnica de la entrevista para indagar los conocimientos sobre higiene oral y la técnica de la encuesta para indagar las prácticas de higiene oral la cual ayudó a que la población en estudio se auto aplicara el instrumento y así responder según su

criterio.

Con esta investigación se contribuyó a formar una base de datos para futuros proyectos educativos o de intervención en el área odontológica, para lo cual se plasman los resultados de la investigación en gráficos de barras y pastel con su respectivo análisis, evidenciando el desconocimiento que poseen los/las cuidadores/as sobre higiene oral y los elementos necesarios para garantizarla.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Complementa esta definición afirmando que la salud es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad (1). Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la salud bucodental, como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (2)

La Salud Bucal está presente a lo largo del ciclo de vida y está fuertemente asociada a las determinantes de la salud como: estilos de vida, nivel educativo, acceso a los servicios básicos, a la nutrición, el empleo, pobreza, factores biológicos, hereditarios y ambientales como el saneamiento básico.

Como proceso de aprendizaje, la educación para la salud está orientada a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento y desarrollar una habilidad de auto cuidado, uno de los objetivos primordiales de la educación para la salud oral, consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por tanto, es necesario enseñar a los padres, madres o cuidadores de la niñez a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender cómo se producen y a controlarlos, a través de prácticas saludables adecuadas.(2)

Los resultados de estudios realizados a nivel de Latinoamérica y Europa sobre los conocimientos de higiene oral que poseen los padres y las prácticas que inducen las madres sobre sus hijos, tal es el caso del Estudio Nacional de Salud Bucal III,

(ENSAB) realizado en Colombia en 1998 (3), que indagó sobre las prácticas de auto cuidado, evidenciando que el 88% de los sujetos estudiados atribuyó la aparición de la caries a no cepillarse o efectuar un mal cepillado de dientes; así mismo, el 71% expresó que los padres fueron quienes enseñaron a los niños a cuidarse la boca. El propósito de este estudio fue determinar las condiciones de salud bucal en niños en edad preescolar y escolar, su relación con las actitudes y nivel educativo de sus padres hacia la higiene bucal. Con respecto al cuidado bucal de los niños, llama la atención que los padres (99,4%) se consideraban responsables de cuidar la boca de sus hijos y de enseñarlos a cepillar; el 72% consideraba que el flúor es necesario para proteger de la caries, y solo el 16% consideraba que una práctica adecuada es llevarlos al odontólogo. En este mismo estudio Franco y colaboradores encontraron que el 60% de las madres afirmó que recibieron información sobre cómo cuidar los dientes primarios, alrededor del 47,7% consideraba que la higiene bucal es suficiente para evitar la caries y el 45% creía que la visita al odontólogo evita la aparición de caries dental, por lo que sugirieron que la educación para la salud incrementa el conocimiento en salud. Además, corroboraron la alta frecuencia del uso del cepillo y la crema dental, aunque las madres inician o consideran necesaria la higiene a partir de la erupción dental o el inicio de la dieta sólida (3).

En el 2008 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) Usaquén, Bogotá, realizó un estudio de actitudes y prácticas en salud oral de padres de familia/cuidadores de niños de 0-5 años de edad en el cual se realizaron 770 encuestas semi-estructuradas (4). La mayoría de la población (80%) sabe por qué se produce la caries y que a través del cepillado dental se puede prevenir. Únicamente el 63% de la población ha recibido información sobre cómo cuidar los dientes del niño. El 66% de la población inició la higiene oral de los niños desde que aparecieron los dientes y el 53% considera que los dientes permanentes dependen de los deciduos. Así también, el estudio “Influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar”, realizados en España en el 2016 (5), demuestra que los niños que se cepillan los dientes

durante 1-2 minutos tres veces al día, no suelen tener caries. En cuanto a los hábitos de alimentación, refleja que los niños que consumen dulces, chicles, golosinas, chocolates y otras formas de azúcares o alimentos pegajosos 2 veces por semana no suelen tener caries, sin embargo, se muestra el contraste con niños que consumen estos alimentos diariamente, pues reflejan una significativa relación con la caries dental, el no consumir lácteos se relaciona con la prevención de caries según este estudio, además, establece que el nivel de estudios de los padres muestra una relación estadísticamente significativa con la presencia de caries en los niños.

En El Salvador según el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal (6), la prevalencia de caries dental para la dentición decidua es de 70.5% en niños de 5 a 6 años y de 81.3% en niños de 7 a 8 años.

En el año 2015, estudiantes de la Universidad de El Salvador, de la Facultad de Odontología, realizaron una investigación sobre el tipo y la frecuencia de consumo de alimentos cariogénicos de los niños que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de la región metropolitana (7), en la cual se demostró que la ingesta de alimentos del grupo de los carbohidratos fue elevada comparado con los otros grupos alimenticios, evidenciando que los carbohidratos (bebidas azucaradas y consistencias adhesivas) son el grupo de alimentos de mayor consumo en la dieta de la población infantil, además, se realizó una evaluación de la cavidad oral, y se encontró que a nivel local la población infantil en estudio presentó una prevalencia de 83.07% de la enfermedad caries dental en niños de 6 a 9 años lo cual demuestra que es considerada como un problema de salud pública. Dicho estudio (7) incluyó una población de 6 a 71 meses de edad con un total de 405 niños, de los cuales 177 pertenecían al sexo femenino y 228 al sexo masculino siendo éste el de mayor población; 60 pertenecían a las edades de 6-47 meses y 201 niños/as entre los 48-71 meses, siendo este último el que mayor población presentó; de los alimentos que se consumían en los CDI, la mayoría eran cariogénicos se refleja que el alimento principal es el grupo de los

carbohidratos, como el alimento de mayor consumo. Para efectos de este estudio se clasificaron 36 alimentos consumidos en los CDI por escala de cariogenicidad, con base a sus propiedades físicas por: consistencia (líquido, adhesivo y sólido), frecuencia de los momentos de ingesta, mezcla, combinación y su proceso de cocción que alteraron y aumentaron el potencial cariogénico del alimento. De los alimentos pertenecientes a la escala alta de cariogenicidad y de consistencia líquida, en este estudio el de mayor consumo se encontraron las bebidas azucaradas, donde el azúcar fue utilizado principalmente en los líquidos, siendo a la vez el alimento cariogénico de mayor consumo con las comidas, representando el 81% de la muestra.

En el mismo año, estudiantes de la Licenciatura en Salud Materno Infantil de la Universidad de El Salvador, realizaron un estudio en el Centro Educativo Hugo Lindo, Ayutuxtepeque, sobre el conocimiento y prácticas de los padres y madres de familia sobre la técnica correcta de cepillado dental en la niñez, la cual demostró que el conocimiento sobre la prevención de caries es bajo y que el 43% de los niños que se les realizó evaluación de la cavidad oral, tienen caries dental.

Dada la alta prevalencia de las patologías bucales y su relación con los determinantes sociales, la caries dental y las enfermedades periodontales son consideradas como problemas de salud pública, es importante destacar que los padres, madres y/o cuidadores de la niñez son los responsables de transmitir sus conocimientos sobre la higiene oral, debido a que el grupo de edad más afectado por caries dental es de 4 a 8 años según el Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de El Salvador (6). Por lo cual es importante indagar los conocimientos que poseen los padres sobre higiene oral y las prácticas que realizan en niños menores de 8 años para favorecer el cuidado de su salud oral.

1.2 Enunciado del problema

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el período de octubre a diciembre de 2020?

1.3 Justificación

Las afecciones bucales de los/as niños/as constituyen un importante problema de salud por una alta prevalencia e impacto que cursan en términos de su desarrollo y aprendizaje por lo cual se considera que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a disminuir la frecuencia de enfermedades bucales mediante el incremento de las actividades de promoción y prevención, es por eso que la presente investigación tuvo por objetivo analizar los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, en el municipio de Quezaltepeque del departamento de La Libertad.

Fue conveniente determinar el nivel de conocimientos de higiene oral que poseen los padres ya que de esto dependen las prácticas que realicen con la niñez, las cuales se determinan cómo saludables y no saludables.

La trascendencia de la investigación permitió conocer las prácticas de higiene oral de las unidades de estudio para contrastar posteriormente con la información planteada en la base teórica de esta investigación.

La población que se incluyó para la investigación fueron los niños y niñas de 4 a 8 años de edad, ya que es el grupo más susceptible a padecer enfermedades bucodentales, siendo la de mayor prevalencia la caries dental. El centro escolar al que pertenece la población en estudio fue seleccionado debido a que según los reportes de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Quezaltepeque en 2017 se evaluaron 70 estudiantes del centro educativo de los cuales el 77% de ellos requirieron atención odontológica por odontopatías.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrán servir de base para futuras investigaciones o proyectos de intervenciones educativas dirigidos a la población participante o con características similares.

Esta investigación fue factible y viable ya que se contó con el apoyo de la institución en donde se realizó el estudio el cual es un espacio en donde se desempeña una función importante para el aprendizaje de conocimientos y prácticas de higiene oral, se espera que los resultados obtenidos sean una fuente base de información para el centro escolar y contribuyan para la elaboración de proyectos educativos con los/as niños/as, padres y madres de familia con el fin de promover la prevención de enfermedades bucales.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el periodo de octubre a diciembre de 2020.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de niños y niñas de 4 a 8 años del Centro Escolar.
- Identificar las prácticas de higiene oral saludables que realizan los padres, madres o cuidadores de los niños y las niñas de 4 a 8 años del Centro Escolar.
- Identificar las prácticas de higiene oral no saludables que realizan los padres, madres o responsables de los niños y las niñas de 4 a 8 años del Centro Escolar.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.

2.1 Marco histórico

La odontología se ha desarrollado desde tiempos remotos de manera paralela a la medicina, pues si bien hay algo que las une, es la presencia del dolor en el ser humano y la necesidad de querer aliviarlo. Cuando el hombre primitivo creó el fuego, háblese de 3000 A.C., se sintió seguro, aprendió a conservarlo y a emplearlo para ablandar alimentos, usando principalmente el pescado para su dieta, esto lo llevó a vivir un gran período de tiempo a lo largo de los ríos en Egipto y China. Sin embargo, en Egipto y China, una considerable porción del alimento era trigo, maíz, cebada y arroz, con los cuales reemplazaron en su dieta a las raíces, semillas y pastos con los cuales el hombre se había alimentado por muchos años atrás. Fue debido a este cambio en la alimentación, que sus dientes y encías comenzaron a sufrir modificaciones: los molares que a sus antepasados les habían durado toda la vida, comenzaron a caer; las encías se les inflamaban y en muchas ocasiones, hasta se les hinchaba el rostro. Esto quiere decir que la combinación y variedad de sus alimentos y la forma en que los preparaban (por lo general se colaba tierra y piedras a sus platillos) era la causante de dichas enfermedades dentales. En el año 3000 A.C. los egipcios usan pequeñas ramas con puntas desgastadas para limpiar sus dientes.

El primer cepillo dental utilizado por los antiguos fue una ramita del tamaño de un lápiz, uno de cuyos extremos se trataba para que fuera blando y fibroso al tacto. Estos palitos se frotaban inicialmente contra los dientes sin ningún abrasivo adicional y han sido hallados en tumbas egipcias que datan del año 3000 a.C. Los palitos masticables todavía se utilizan en ciertos lugares, los árabes utilizaron las ramitas de una planta de palma llamada areca, y moldeaban los extremos para suavizarlas. Su forma era similar a la de los palillos de hoy día. Algunas tribus africanas y australianas siguen usando objetos similares para limpiar su dentadura.

La higiene oral parece no haber preocupado mucho a los egipcios. A pesar de

haberse encontrado en excavaciones y tumbas miles de artículos cosméticos y de aseo, no se ha encontrado ningún cepillo u objeto de limpieza similar. Muchos cráneos muestran abundantes concreciones de sarro con el consiguiente colapso periodontal y pérdida ósea. En ellos, no parece haberse hecho ningún intento por eliminar estas acumulaciones tan nocivas para los dientes.

En el año 500 A.C., Hipócrates realizó escritos en los cuales hace referencia a los dientes, su formación y erupción, a las enfermedades de dientes y boca; y métodos de tratamiento; por lo que estos escritos demuestran que se tenía conocimiento de cómo se desarrollaban los dientes. Hacia el año 100 A.C. el escritor romano Celsus escribió bastantes notas sobre enfermedades orales, así como tratamientos dentales con medicamentos que contenían emolientes y astringentes; y resulta curioso que incluso algunos de esos remedios, sigan utilizándose en la actualidad. El primer cepillo dental provisto de cerdas, similar al actual, tuvo su origen en China hacia el año 1498. Las cerdas, eran extraídas manualmente del cuello de cerdos que vivían en los climas más fríos de Siberia y eran cosidas a unos mangos de bambú o de hueso.

No fue hasta el año 1600 que se introdujo el cepillo dental en Europa. Los viajeros europeos que viajaban a China traían a su regreso el cepillo dental; reemplazaban las cerdas del jabalí por otras más suaves como las de crines de caballo. En esos tiempos muy pocas personas occidentales se cepillaban los dientes, y los que lo hacían preferían los fabricados con pelo de caballo, porque era más suave que el del jabalí.

En el siglo XIX el bacteriólogo francés Louís Pasteur expuso su teoría sobre los gérmenes. Después de los descubrimientos hechos por este científico los dentistas comprobaron que todos los cepillos de pelo animal, que conservan por mucho tiempo la humedad, acababan por acumular bacterias y hongos microscópicos y que la perforación de la encía producida por las agudas puntas de las cerdas podía ser la causa de numerosas infecciones bucales.

En 1815 Levi Spear Parmly reinventó y promovió el uso de la seda dental, debido a que en humanos prehistóricos ya se habían encontrado vestigios de seda dental

y palillos, aunque claramente con materiales distintos a los actualmente conocidos. Se podría pensar que lo que utilizaban como palillos eran simples palos de madera, lo cual resultaría bastante agresivo para sus encías, pues corrían el riesgo de astillarse. Fue en 1816 cuando Auguste Taveau, desarrolló en París, la primera amalgama dental, que estaba hecha de una combinación de monedas de plata trituradas mezcladas con mercurio. Aunque las pastas dentales se usaban en el año 500 antes de Cristo, en 1824 Peabody adicionó jabón a la pasta. Es importante mencionar, que las pastas dentales que antes se usaban, no eran como las que hoy conocemos, pues éstas eran muy agresivas y rallaban el esmalte o la capa más superficial de los dientes, además, sus ingredientes solían ser piedra pómez triturada, sal y uñas de buey.

En 1885 las compañías comienzan a producir cepillos manuales a gran escala. El invento se popularizó de tal manera que las industrias utilizaron el cabello de otros animales para la fabricación del cepillo dental, pero fue el cabello del jabalí siberiano el más usado; lo importaron durante muchos años, hasta el descubrimiento del nailon en la década de los años treinta.

El nailon fue inventado en EE. UU., en los Laboratorios DuPont (1937) por Wallace H. Carothers. Este descubrimiento inició una revolución en la industria de los cepillos dentales. El nailon era duro, rígido y flexible, resistía la deformación y la humedad no lo dañaba porque se secaba completamente con lo cual se impedía el desarrollo de bacterias.

A comienzo de la década de 1950, Du Pont había perfeccionado ya un nailon “blando” que fue presentado al público con el nombre de cepillo dental Park Avenue. En 1987 se presenta el primer cepillo dental eléctrico para uso doméstico, era de acción rotatoria. El cepillo dental eléctrico demostró una tendencia creciente hacia métodos cada vez más complejos y caros para lograr movimientos motorizados en las cerdas y cabezas de los cepillos, que favorecieran la limpieza más efectiva de los dientes. A partir del año 2000, la población accede a la tecnología del cepillado dental, gracias a la comercialización de cepillos dentales eléctricos de bajo precio.

En la actualidad, los investigadores se encuentran constantemente en la búsqueda de nuevas alternativas de tratamientos odontológicos como es el caso de la regeneración del esmalte afectado por caries o traumatismos, sin embargo, esto es solo una parte entre muchas áreas por investigar y descubrir en la odontología.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud en el año de 1955 a través de la Dirección de Programas Sociales y enmarcando en el Plan de Desarrollo Social de Gobierno, adquirió el compromiso de brindar atención preventiva y curativa a los preescolares y escolares del primer y segundo ciclo de educación básica de las escuelas rurales y marginales del país con la finalidad de mejorar el estado de salud de los niños y niñas, sin embargo, en el 2004 el programa logró dar cobertura al 100% de las escuelas en zonas rurales y urbanas, debido a esto, se identificó que las necesidades de atención en salud iban más allá de los problemas nutricionales, dando origen a nuevos programas que permitieron a la población acceder a una atención en salud integral y multidisciplinaria. El Ministerio de Salud ha desarrollado una serie de estrategias a través de la Unidad de Salud Bucal que tienen por objetivo contribuir a mejorar la salud bucal de la población, a través de la regulación y operativización de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, brindadas con equidad, seguridad, calidad y calidez a todos los ciclos de vida en los establecimientos de la red nacional de salud, por medio de intervenciones integradas, de las cuales, las estrategias que están dirigidas a la población infantil son:

- Programa Escuela Saludable (Desarrollada en los centros educativos públicos del país). La guía que regula dicha estrategia es la “Guía de atención odontoestomatológica del Programa Escuela Saludable”
- Sonriendo desde el vientre materno.
- Atención odontológica al menor de 5 años.

Además, en el año 2012 con la visión de mejorar la salud bucal de la población salvadoreña y contribuir a su estado general de salud y a su calidad de vida el

Ministerio de Salud lanzó la primera Política Nacional de Salud Bucal, la cual contempla estrategias orientadas a la educación, promoción y prevención, producto de ello es lanzada la estrategia oficialmente con el apoyo del MINED y en coordinación con el Comité Interinstitucional de Salud Bucal.

El 18 de octubre de 2017 el Ministerio de Salud (MINSAL) en conjunto con el Ministerio de Educación (MINED) realizó el lanzamiento de la estrategia “Implementación de cepilleros dentales en centros escolares públicos”, con apoyo del Comité Interinstitucional de Salud Bucal (CISB). “El objetivo de la estrategia fue promover la adopción del hábito del cepillado dental diario en los niños y niñas, para lo cual se realizarán tres acciones concretas: colocación de cepilleros en cada una de las aulas, capacitación a maestros, alumnos, familiares y cuidadores y realización del cepillado dental todos los días después del refrigerio escolar”, aseguró la Dra. Vilma Ortega de Blanco, coordinadora de la Unidad de Salud Bucal del MINSAL.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Educación en higiene oral

A edades tempranas, la formación de hábitos favorables a la salud tiende a dar resultados positivos en el tiempo, especialmente si se involucra y motiva a los padres, madres y/o cuidadores de la niñez. Durante la infancia, debe darse énfasis a este tipo de acciones para fomentar el autocuidado y responsabilidad en el cuidado de la salud oral. Este período coincide con el tiempo en que los menores están en control en los centros de salud a través del Control del Niño Sano. La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud.

Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que haya entonces salud bucal, los padres deben educar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal. Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de las madres, padres o cuidadores en programas del área materno infantil. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico.

La salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas. Su importancia radica en que tiene gran parte de la carga global de la morbilidad oral, las infecciones orales pueden contribuir como factores

de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo. Las caries son comunes en los niños menores de 5 años, pero gracias a la intervención temprana pueden evitarse o tratarse a un costo reducido.(2)

Educar para la adopción de hábitos saludables es importante para tener buena salud general y bucal. Es en la primera infancia cuando se establecen los hábitos benéficos o normales que pueden persistir a lo largo de la vida del individuo. Este es el momento en el que la información referente a los hábitos alimenticios debe ser abordada para que, en la medida de lo necesario, sea posible la corrección y la reorientación junto con el núcleo familiar, pues la conformación de la dieta involucra aspectos culturales, socioeconómicos, emocionales y sensoriales.

2.2.2 Prácticas saludables de higiene oral

Villafranca F. (2005). En el Manual del técnico Superior en Higiene Bucodental (9), refiere que higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. Por tanto, la higiene oral es el conjunto de normas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental y otras odontopatías. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

El cuidado de los dientes y la boca es de gran importancia, puesto que es la parte inicial del aparato digestivo. Los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones el organismo, su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de éstos.

La falta parcial o total de los dientes repercutirá en el organismo en general, la dificultad para masticar predispone a mala nutrición y ello facilita la desnutrición y la adquisición de enfermedades sistémicas, además los dientes enfermos por sí mismos constituyen focos de infección que ocasionan otros trastornos generales e inclusive, ocasionalmente, la muerte.

2.2.2.1 Instrumentos y utensilios de higiene oral.

Barrancos, M. J. (10) En la revista de Operatoria Dental Integración clínica. (2006) describe los siguientes instrumentos y utensilios de higiene oral:

Cepillo dental.

El cepillo dental es un instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa y de otros depósitos. Permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Partes del cepillo

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La parte más importante del cepillo es la cabeza, es la parte activa. Está formada por penachos de filamentos y se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 mm de largo. A diferencia del mango, las diferencias entre cabezales son importantes. Los cabezales pueden tener diferentes tamaños y se aconseja un cabezal adecuado al tamaño de la boca. En la actualidad existen cepillos con diferentes durezas, blandos, medios y duros, aunque las casas comerciales han aumentado esta clasificación, con la aparición de cepillos ultra suaves, cepillos para dientes sensibles, cepillos para post cirugía, etc.

Los requisitos generales que deben considerarse para la elección del cepillo dental son:

- El tipo de cepillo depende de la necesidad individual; no todos los cepillos son adecuados para todos los pacientes. El cepillo debe ajustarse a la técnica de cepillado recomendada y ser de fácil manipulación.
- De mango recto.

- De tamaño adecuado de acuerdo con la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos). Un buen cepillo debe facilitar el acceso a todas las regiones de la boca; de ahí la utilidad de los de cabeza pequeña.
- Las cerdas deben ser plásticas; no se debe usar cepillos con cerdas naturales, ya que éstas conservan humedad. Por lo general las cerdas de nailon son las más recomendables porque no incuban colonias bacterianas.

El cepillo idóneo para los niños debería ser pequeño, suave, con cerdas de nailon y un mango grande para que resulte fácil de manejar. Los niños no tienen la misma coordinación neuromuscular que un adulto, razón por la cual es muy difícil enseñarles una técnica compleja y de precisión. El cepillo de dientes eléctrico de uso pediátrico resulta también muy útil, ya que, al margen de las características de cada modelo, a menudo cuenta con un cronómetro que suena cada 30 segundos, motivando al niño a respetar los tiempos del cepillado.

El cepillo dental debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso, un cepillo que ya perdió su forma original solo irritará las encías y no limpiará adecuadamente

Dentífricos.

Los dentífricos se han usado para contribuir a la limpieza de los dientes. La utilización de dentífricos fluorados es el método más recomendado para la prevención de la caries dental tanto por el aspecto tópico y continuado de su aplicación como por la aceptación social de la higiene mediante el cepillado dental.

Los dentífricos son aquellos productos (cremas, pastas, soluciones, polvos) que se utilizan para la limpieza de la dentadura, y generalmente acompañan al método de cepillado. Es importante destacar que sin un buen método de cepillado, la acción de los dentífricos es ineficaz.

Los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de niños y niñas menores de diez años (28) recomienda iniciar con el uso de pasta dental a la edad de 3 años en una cantidad similar a la de “un grano de arroz”

La Academia Europea de Odontología Pediátrica (11), recomienda que antes de seleccionar cuál dentífrico utilizar, debe consultarse la opinión del odontólogo, además se señala que, si no se presta atención a la pasta dentífrica, se puede terminar causando daño a la dentadura debido a que los ingredientes abrasivos que hay en algunas pastas pudieran ser demasiado fuertes para las personas que tengan dientes de gran sensibilidad.

La cantidad de dentífrico a utilizar se debe adecuar según la edad de los infantes, según la Academia Europea de Odontología Pediátrica (11) se recomienda que:

- Entre los seis meses y los dos años, el cepillado se realice dos veces al día con una pasta de dientes con 500ppm de flúor y la cantidad similar a un guisante equivalente a 0,5 gramos aproximadamente. A los dos años ya se puede usar una pasta con 1000 ppm. de flúor.
- Entre los dos y los seis años, el cepillado ha de ser dos veces al día con una pasta de dientes con entre 1.000 y 1.450 ppm de flúor y la cantidad de dentífrico sigue siendo la similar a un guisante.
- De 6 años en adelante se debe cepillar dos veces al día con una pasta de dientes con 1.450ppm de flúor y la cantidad de uno a dos centímetros de pasta dental.

La pasta dentífrica y la técnica de cepillado dental son un producto y un método que funciona de manera conjunta para remover la placa dental. Para un resultado óptimo en materia de higiene bucal y prevención de enfermedades dentales debe conocerse una adecuada técnica de cepillado. Sin embargo, es sumamente importante conocer los distintos tipos de dentífricos existentes y su utilidad para cada caso particular.

Los dentífricos están compuestos por diferentes sustancias (12), y cada una de ellas tiene una función diferente; entre éstas tenemos:

- Detergentes: Son agentes que tienen por objetivo disminuir la tensión superficial, penetrar y solubilizar los depósitos que hay sobre las piezas dentarias y facilitar la dispersión de los agentes activos del dentífrico.
- Abrasivos: Los abrasivos son sustancias que, al aplicarlos sobre las piezas dentarias, durante el cepillado, eliminan los depósitos acumulados. Los abrasivos más utilizados son el Bicarbonato sódico micronizado; el Carbonato cálcico; el Fosfato sódico; el Hidróxido de Aluminio; entre otros.
- Humectantes: Son agentes que evitan el endurecimiento del dentífrico. Entre éstos se usan la glicerina; el sorbitol; el xilitol.
- Aromatizantes y Edulcorantes: Son sustancias que dan sabor al dentífrico; generalmente se usan la menta; el mentol; la canela; la fresa; el eucalipto; entre otros.
- Edulcorantes: Se usan para dar sabor dulce y entre éstos tenemos la sacarosa y la sacarina.
- Colorantes: Se usan los colorantes habituales que se usan en alimentos y bebidas.
- Conservantes y Anticorrosivos del Tubo: Se usan el Silicato sódico; el Formaldehído; entre otros.

2.2.2.2 Técnicas y frecuencia de cepillado dental.

Una buena higiene comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. La guía clínica de “Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años” del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL Chile) del año 2009 (13), recomienda que los preescolares cepillen sus dientes con supervisión de un adulto, dos veces al día, con pasta de dientes para niños (450-500 ppm), y una cantidad equivalente al tamaño de una arveja, dispensada a lo ancho del cepillo.

Con respecto a la técnica, no existe ningún método de cepillado que satisfaga las necesidades de todos los pacientes. Para ello se han desarrollado distintas técnicas de cepillado, fundadas básicamente en el movimiento impreso del cepillo, cuya elección dependerá de la situación individual. Es probable que la aceptación de un método se deba a factores relacionados con el paciente, con la simplicidad, antes que a una prueba científica de su efectividad.

Según la revista de la Universidad CES, Medellín Colombia (14,15), se puede citar las siguientes técnicas:

- **Técnica rotatoria o de Fones:** es la técnica recomendada en la infancia, consiste en pedirle al niño o niña que primero junte sus dientes y realice con el cepillo movimientos circulares amplios, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior, pasando por todos los dientes de derecha a izquierda. En la superficie masticatoria de los molares se debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia delante. Finalmente cepillar la lengua. Si el niño o niña muestra resistencia para cepillarse la lengua, se recomienda no forzarlo y permitir que lo haga en la medida que lo tolere.
- **Técnica de Bass:** En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás.
- **Técnica Horizontal** en esta técnica las cerdas del cepillo se colocan a 90° respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Esta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permiten utilizar una técnica más compleja

- **Técnica de Stillman:** las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios y se masajea vigorosamente el tejido gingival.

Técnicas recomendadas para niños

Los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de niños y niñas menores de diez años (8) ilustra una técnica de cepillado dental para la niñez menor de 10 años y la describe de la siguiente manera:

1. Las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, procurando llegar hasta las piezas de atrás que deben limpiarse de la misma forma. No olvidar limpiarlos en la parte de adentro.
2. Las partes internas de las piezas dentales superiores deben cepillarse de arriba hacia abajo, y en las inferiores de abajo hacia arriba.
3. Las piezas dentales inferiores deben cepillarse de abajo hacia arriba.
4. Las partes de las piezas dentales con las que se mastica deben limpiarse de adelante hacia atrás. Tanto las piezas de arriba, como las de abajo.
5. Finalizar con el cepillado de la lengua, de adentro hacia afuera.

En un estudio con niños y adolescentes llevado a cabo en Gran Bretaña (14) demostró que hay una gran tendencia a enseñar el método rotatorio porque fue el más difundido. Luego se le dio importancia a la participación de los padres en el cepillado dental de los niños pequeños y preescolares, para lo cual se recomienda métodos específicos de cepillado. Es aconsejable que los padres cepillen los dientes del niño o la niña hasta que éste muestre una habilidad suficiente para hacerlo solo, lo que sucederá entre los ocho y los nueve años de edad.

Limpieza de la lengua Es muy recomendable instruir al paciente para que además de los dientes se cepille la lengua. Limpiándola se eliminarán depósitos que pueden causar olores o contribuir a la formación de placa en las diferentes áreas de la boca.(15)

El método consiste en que, utilizando mucha agua, se cepille la lengua colocando el cepillo lo más posteriormente posible moviéndolo hacia delante. Se debe evitar las náuseas desplazando la lengua lo menos posible. Un método alternativo es limpiarla en una posición de reposo normal con la cabeza erecta.

En el mercado existen también limpiadores linguales, que son muy parecidos en su aspecto a los cepillos dentales, son utilizados para limpiar la lengua raspándola o mediante sus cerdas especiales. Además, se puede encontrar este tipo de raspadores como accesorios montables en cepillos dentales eléctricos. Los limpiadores linguales pueden ser de dos tipos de acuerdo con su diseño:

- Raspadores en forma de “U”
- Raspadores en forma de “T”

Los raspadores en forma de “U”: este tipo de raspadores pueden alcanzar con mayor facilidad la parte posterior del dorso lingual y otorgan un mejor control de la posición de la presión en esa zona, lo que hace más fácil evitar la náusea.

Los raspadores en forma de “T”: este tipo de raspadores son similares a los que tienen forma de “U”, únicamente varían en su forma y en el control de la posición de la presión

Características del cepillado

La mayoría de las personas no se cepillan durante el tiempo necesario para conseguir la remoción total de la placa. Para cubrir los cuatro cuadrantes se requieren aproximadamente dos minutos y medio, por lo que el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que deben limpiarse con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos. Se ha demostrado que la encía puede

permanecer clínicamente sana si la placa se elimina por completo una vez por día. Asimismo, si el consumo de azúcar no excede las cuatro veces diarias, un cepillado resulta suficiente. La frecuencia debe incrementarse cuando aumenta la frecuencia del consumo de hidratos de carbono. Asimismo, existen diferentes posturas respecto a la oportunidad del cepillado. (15) En general, puede recomendarse que:

- Un único cepillado realizado adecuadamente es suficiente para mantener la salud del diente, siempre y cuando la frecuencia del consumo de hidratos de carbono no sea superior a cuatro veces diarias.
- Es conveniente realizarlo después de la cena, debido a que durante el sueño disminuye el flujo salival y otros mecanismos fisiológicos de auto limpieza. Especialmente en el caso de erosiones dentarias, debe realizarse antes de las comidas

2.2.2.3 El Hilo dental

Cameron, A. (16). En el Manual de odontología Pediátrica refiere que el hilo o seda dental es un conjunto de finos filamentos de nylon o plástico que se despliegan al entrar en contacto con la superficie del diente, aumentando así el área de contacto para limpiar la superficie interproximal, usado para retirar pequeños pedazos de comida y placa dental de los dientes, ya que permite un mejor acceso a las superficies dentales proximales planas o convexas de los pacientes con un tejido periodontal sano que no ha sufrido recesión interproximal.

Según Amanda Doering, en su libro “Cepíllate y usa hilo dental” (17), enseña la importancia de cepillarse los dientes, usar el hilo dental y enjuagarse la boca. Los niños de 5 a 8 años aprenden que al cepillarse los dientes ayudan a evitar la placa y la caries; al usar el hilo dental ayudan a mantener las encías saludables y al enjuagarse la boca eliminan todas las bacterias que crecen en la boca. Está comercializado en diferentes formas, hilo dental, cinta dental, encerado, sin encerar, con un extremo rígido, entre otros.

La seda dental con un extremo rígido es muy útil para pacientes portadores de

ortodoncia fija o de prótesis fija, puesto que el extremo rígido se puede pasar por debajo de los alambres y puentes. También existe una seda dental fluorada, que añade la acción protectora del flúor al efecto de la higiene interdental.

El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries dentales.

El uso del hilo dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja, lo que representa un inconveniente para su implementación sistemática. La técnica propuesta habitualmente requiere el empleo de 46 o 60 cm de hilo y consiste en:

- Ubicar el hilo alrededor del dedo mayor de ambas manos, dejando 5 a 8 cm de hilo entre ellas.
- Tensar el hilo entre los dedos índices de ambas manos, dejando 2 cm de hilo entre éstos.
- Ubicar el hilo entre los dientes redondeando contra la superficie de cada cara proximal deslizándolo hacia la encía con movimientos de serrucho y vaivén de arriba hacia abajo para remover la placa interproximal hasta alcanzar debajo del margen gingival.
- Desplazar el sector de hilo usado en cada espacio proximal para limpiar cada diente con hilo limpio. Los sostenedores de hilo son menos efectivos que la manipulación digital del hilo, pero son útiles cuando existen dificultades manuales, y están particularmente indicados en los pónicos de los puentes y en las prótesis

2.2.2.4 Enjuagues o colutorios.

Los colutorios son preparaciones líquidas destinadas para aplicar sobre los dientes y mucosa de la cavidad oral y faringe con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente,

antiséptico, antibiótico, antifúngico, astringente y antiinflamatorio. El control de la caries y de la placa bacteriana son, entre otras, unas de las principales finalidades que se esperan del uso de un colutorio. Aparte de su función cosmética tienen una finalidad terapéutica como medicamento con fines concretos como puede ser la reducción de placa bacteriana, caries, cálculo y enfermedad periodontal. (15, 16).

Función de enjuagues o colutorios

Los componentes activos en los colutorios, normalmente, son agentes antimicrobianos que tienen un efecto temporal reduciendo el total de los microorganismos presentes en la cavidad oral. A continuación, se presentan las funciones esenciales de los enjuagues o colutorios:

- Prevención de descalcificaciones como preludeo de lesiones cariosas y remineralización de superficies.
- Control de caries y placa bacteriana sobre todo en pacientes con alta historia y actividad de caries.
- Combatir la halitosis.
- Tratamiento de la gingivitis y la periodontitis inhibiendo o disminuyendo las bacterias asociadas a la placa.

Para efectos de la presente investigación, solo se tomará en cuenta la función preventiva de los enjuagues bucales.

Uso de enjuagues bucales en niños.

Según la odontopediatría (11), los niños/as menores de 6-7 años no han desarrollado una maduración suficiente como para no deglutir una parte importante del colutorio si hace enjuagues. Sin embargo, es importante que desde temprana edad el niño vea como rutinaria la aplicación de flúor diaria y que lo asocie al cuidado de sus dientes.

La segunda infancia es una etapa muy larga en la que ocurren cambios muy importantes como puede ser la exfoliación y brote de las piezas dentarias permanentes, un desarrollo neuromuscular, intelectual, etc. Los padres tienen todavía una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, sin embargo, el niño tiene una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los procedimientos orales preventivos. Es el momento de explicarles la importancia de sus dientes permanentes que comienzan a erupcionar y las modificaciones en las técnicas de cepillado y otras medidas preventivas como los colutorios que tendrán que ser aplicadas. Es fundamental valorar la capacidad del niño de expectorar adecuadamente pues no suele ocurrir antes de los 6-7 años de edad, de modo que la utilización de estos preparados antes de dicha edad tiene un serio riesgo de que sean ingeridos en parte y sus efectos se sumarán a la cantidad de flúor ingerido en la dieta pudiendo ocasionar cuadros de fluorosis dental.

Generalmente, los principios activos que se utilizan son el flúor y/o la clorhexidina. Para la utilización de clorhexidina se realizan dos enjuagues diarios (mañana y noche) con 10 ml de solución de digluconato de clorhexidina (al 0,12-0,2%) aseguran una inhibición completa de la placa. La duración del enjuague debe ser mínimo de 30 segundos, con lo que un 30 por ciento de la clorhexidina se unirá a las superficies orales. Los enjuagues deben realizarse tras las comidas y mejor antes de acostarse, siempre media hora después del cepillado por la interacción de los componentes de los dentífricos ya que no deben quedar restos del dentífrico que los inactive.

2.2.2.5 El flúor.

El flúor (19) es un mineral que forma parte del compuesto fluoruro de sodio o sódico que es el que se añade al agua de beber para proteger a toda la población de su déficit.

Los dentífricos también suelen llevar el flúor dentro de sus componentes. Desde que se demostró que la caries podía controlarse con el uso de flúor, han aparecido

múltiples preparados que lo contienen. Unos son de uso profesional y otros no.

El flúor tiene tres efectos muy beneficiosos sobre los dientes:

- Aumenta la resistencia del esmalte: Si se aplica flúor sobre los dientes, éste reacciona con el calcio de éstos, formando fluoruro de calcio. En esta forma, el flúor reacciona con los cristales del esmalte dentario (la hidroxiapatita), resultando un compuesto que aumenta mucho la resistencia del esmalte.
- Favorece la re-mineralización: El flúor contribuye a la re-mineralización del diente, al favorecer la entrada en su estructura de iones de calcio y fosfato. Esto sucede porque el flúor tiene carga negativa y atrae al calcio y fosfato cuya carga es positiva.
- Tiene acción antibacteriana: El flúor tiene acción antibacteriana atacando a las bacterias que colonizan la superficie de los dientes.

Además del flúor que se consume en la dieta y el flúor contenido en los dentífricos, la guía clínica de “Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años” del MINSAL de Chile del año 2009 recomienda aplicar barniz de flúor, 2 veces al año como mínimo a preescolares de alto riesgo cariogénico. (13,15)

2.2.2.6 Dieta anticariogénica.

Los minerales como el calcio, el fósforo y la vitamina D son los nutrientes esenciales para la formación y mantenimiento de las estructuras del organismo en general, y de los dientes y encías en particular, la re-mineralización del esmalte que recubre al diente. La principal fuente de calcio son los lácteos (leche, yogur y quesos). La deficiencia de calcio produce por ejemplo enfermedad periodontal. Junto al calcio, el fósforo constituye la estructura de huesos y dientes. (20)

Con respecto a la vitamina D, hoy la industria alimentaria ofrece lácteos fortificados con calcio y vitamina D, y ésta es necesaria en el proceso de la absorción del calcio. Se recomienda tomar alimentos de cada grupo de nutrientes, controlar la ingesta de grasas provocadas por el consumo excesivo de dulces que eleva la cifra de colesterol entre los escolares.

Las raciones alimenticias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud son:

1. Dos vasos de leche al día y derivados.
2. Dos veces a la semana huevo.
3. De tres a cuatro veces por semana carne y pescado.
4. De una a tres raciones de pan al día.
5. Una o dos raciones de arroz o pasta diaria.
6. De dos a cuatro piezas de fruta por día.
7. Tres a cinco raciones de verdura y hortaliza al día.
8. La frecuencia de consumo diario de los azúcares libres no debe superar las 4 ocasiones por día.

Recomendaciones dietéticas generales para una mejor salud bucal y general.

- Establecer una combinación de comidas para reducir el riesgo de caries y erosión. Ingerir diariamente carbohidratos fermentables y otros azúcares, pero siempre en las comidas y evitarlos entre las mismas. Añadir vegetales y frutas en las comidas para aumentar el flujo salivar.
- La preparación de los alimentos debe evitar el exceso de sal y de otros condimentos fuertes. Su presentación debe tener textura adecuada a la capacidad de masticación del niño en cada etapa.
- Reducir el consumo de sacarosa por debajo de 50 g/día.
- Reducir la frecuencia de consumo de azúcar y productos azucarados, preconizando la utilización de edulcorantes no cariogénicos.

Evitar entre comidas.

- Disminuir el consumo de alimentos pegajosos o viscosos, ya que se adhieren más a la estructura dental.
- Promocionar el uso de xilitol (azúcar que no produce ácidos en la boca por lo

tanto a diferencia de la sacarosa no produce caries) en chicles y golosinas durante el periodo peri eruptivo.

- Los chicles deben contener flúor, aumentando su concentración en boca particularmente en el lado que son masticados. Largos períodos consumiendo chicles, resultan en un mejor restablecimiento del pH de la placa después de una bajada causada por una ingesta de azúcar.

Los alimentos anticariogénicos tienen en común las siguientes características:

- Contenido relativamente alto de proteínas.
- Contenido moderado de grasas, lo que facilita su paso de la boca al esófago.
- Concentración mínima de carbohidratos fermentados.
- Capacidad de amortiguación considerable.
- Alto contenido de minerales, en especial calcio y fósforo.
- pH mayor a 6.0.
- Capacidad de estimular el flujo salival.

2.2.2.7 Control odontológico.

La odontología preventiva (21), se basa en prevenir o evitar la aparición de diferentes enfermedades, o a lo sumo, disminuir el grado de malignidad o destrucción de las estructuras bucodentales en el caso de que aparezcan.

Se puede conceptualizar a la Odontología Preventiva como la ciencia que se encarga de la promoción de la salud bucodental para evitar problemas como la caries o enfermedades periodontales, previniendo complicaciones o intervenciones más invasivas sobre el paciente.

Al respecto, los Lineamientos Técnicos de Salud Bucal del Sistema Nacional de Salud aportan la siguiente información:

Atenciones odontológicas preventivas

La prevención de las enfermedades bucales está basada en tres pilares fundamentales:

- a) Prevención primaria: relacionada con todas las medidas y métodos que contribuyan a evitar las enfermedades bucales, siendo su objetivo principal impedir o retrasar la aparición de éstas.
- b) Prevención secundaria: relacionada con la identificación temprana de las enfermedades bucales, con la finalidad de prevenir complicaciones, impidiendo o retrasando el desarrollo de éstas.
- c) Prevención terciaria: dirigida a todas aquellas personas que presenten complicaciones para limitar el daño de las estructuras bucodentales y de mejorar la calidad de vida, teniendo como objetivo principal eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de las enfermedades bucales.

Atención odontológica a los niños y las niñas

El abordaje odontológico en etapas tempranas de la vida contribuye a mejorar la calidad de la salud bucal, para lo cual se deben desarrollar las siguientes actividades:

- Menor de un año: evaluación, promoción y educación en salud bucal dirigido a los padres o responsables (en el ISSS esto es realizado por la tecnóloga materna, de ser necesario ésta refiere al área de odontología).
- De uno a cuatro años (para el ISSS de 1 a 12 años son atendidos por el odontopediatra): evaluación, promoción y educación en salud bucal, toma de radiografías (según el caso), profilaxis, aplicación tópica de flúor, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones, pulpectomías y exodoncias.
- En el COSAM los niños de cero a doce años son atendidos por el odontopediatra quien realiza, profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor, sellantes en fosas y fisuras, obturaciones de amalgama de plata, resinas

de fotocurado, pulpotomías, pulpectomías, exodoncias por exfoliación, si hubiese una endodoncia a realizar en piezas permanentes, generalmente las primeras molares permanentes, será el odontopediatra quien hará la referencia respectiva al odontólogo endodncista.

Sin embargo, dichos lineamientos no especifican la periodicidad de los controles odontológicos, pero, estos se brindan en paralelo a la atención del programa de Crecimiento y Desarrollo. Según la guía clínica de “Atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años” del MINSAL de Chile del año 2009 recomienda realizar profilaxis cada 6 meses o según las necesidades individuales de los pacientes.

2.2.3 Prácticas de higiene oral no saludables.

2.2.3.1 Dieta cariogénica.

Según los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de niños y niñas menores de diez años (8), las comidas cariogénicas son aquellas que contienen fundamentalmente carbohidratos fermentables, el más peligroso es el azúcar común, ya que hay bacterias que metabolizan el azúcar en ácidos que destruyen los dientes, tales como las galletas, dulces, pan, bebidas gaseosas con altos contenidos de azúcar, los que debido a su consistencia, adhesividad y frecuencia de consumo favorecen la aparición de ácidos por parte de las bacterias bucales, contribuyendo a la formación de caries.

Es importante destacar que también las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la pérdida de minerales del esmalte dental, por lo tanto, tampoco son recomendables.

Características que hacen que los alimentos sean cariogénicos:

1. *Propiedades físicas:*

- Adhesividad: es la propiedad de la materia por la cual se unen y plasman dos superficies de sustancias iguales o diferentes cuando entran en contacto, y se mantienen juntas por fuerzas intermoleculares. Cuanto más adhesivo sea

el alimento, mayor tiempo permanecerá unido a la pieza dentaria. Es el caso de los chicles, gominolas, turrónes, etc.

- **Consistencia:** Se refiere a la solidez de una estructura, en este caso, los alimentos duros y fibrosos como la manzana, la zanahoria, ejercerán una acción detergente sobre la pieza mientras que los alimentos blandos tienen tendencia a adherirse (galletas, chocolate, etc.)
- **Tamaño de la partícula:** Los formados por partículas pequeñas tienen mayor probabilidad de quedar retenidos en surcos y fisuras.

- 2. Ocasión en que se consumen los alimentos:** La cariogenicidad de un alimento es mayor al ser comido entre las comidas que cuando se ingiere durante ellas. El motivo es que durante las comidas se produce una mayor salivación y lo variado de la alimentación obliga a un aumento de los movimientos musculares de mejillas, labios y lengua, con lo que se acelera la eliminación de residuos.
- 3. Frecuencia:** Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos ricos en hidratos de carbono, mayor será el potencial cariogénico de éstos.

2.2.3.2 Técnica incorrecta del cepillado dental.

La cantidad de pasta dental.

Al cepillar los dientes no hace falta cubrir toda la superficie del cepillo con pasta dental, algunos cepillos dentales cuentan con la punta de las cerdas de distinto color que indican la cantidad correcta de pasta dental (16). En caso de no contar con estos cepillos, la cantidad de pasta dental será similar al tamaño de un garbanzo. La pequeña cantidad de pasta dental es suficiente para tener una buena higiene oral.

Uso de cepillo incorrecto.

Existe una gran variedad de cepillos dentales que podrían dificultar la elección del correcto. Para elegir el cepillo dental adecuado se debe tomar en cuenta el tamaño

de la boca, para así elegir el tamaño de la cabeza del cepillo dental que facilite limpiar la cavidad oral.

Además del tamaño del cepillo, también es importante considerar la dureza de las cerdas. Los dentistas recomiendan utilizar entre cerdas suaves o medianas, evitando aquellas que sean duras o rígidas que puedan lastimar las encías.

Cepillado rápido.

Para obtener una buena higiene oral es necesario brindarle el tiempo suficiente al cepillado de cada diente. Cepillarse los dientes por menos de 2 minutos, es equivalente a una mala higiene oral, al igual que cepillarse los dientes menos de 3 veces al día.

No cambiar el cepillo a tiempo.

Se recomienda cambiar el cepillo dental cada 3 meses o antes si las cerdas están desgastadas. Otro caso en el que se sugiere cambiar el cepillo dental es cuando se ha padecido alguna enfermedad de la garganta o el resfriado previniendo que las bacterias atrapadas entre las cerdas del cepillo vuelvan a entrar al organismo.

Problemas bucodentales por un mal cepillado de dientes.

La Dra. Berta Arce, estomatóloga de Madrid (24) afirma que la mala técnica del cepillado puede originar problemas bucales, en el diente, la lesión típica por cepillado es la abrasión, que se define como el desgaste dentario originado por la fricción con un cuerpo extraño. Las causas son las indicadas anteriormente (cepillado incorrecto o cepillo inadecuado), pero también por el uso de pasta dental excesivamente abrasiva o por la suma de varios de estos factores.

La lesión clínica de una abrasión dental es más frecuente en la región cervical, aunque la podemos encontrar también más coronal. Comienza como un pequeño surco o ranura horizontal que, a medida que avanza, adquiere forma de cuña. Normalmente, es más ancha que profunda y de consistencia dura, con paredes

limpias, pulidas y brillantes, en las que no se suele encontrar placa bacteriana. Al avanzar, la lesión va profundizando hasta llegar a la dentina. Una vez expuesta esta última, la abrasión progresará a mayor ritmo, por ser más blanda que el esmalte. Mientras las áreas afectadas por la abrasión se localizan en el esmalte o el cemento dental, el paciente no suele percibir sensibilidad ni dolor. Pero, según la lesión profundiza, la dentina se verá expuesta y aparecerá hipersensibilidad dental.

En la encía, encontramos lesiones como la abrasión gingival, excoriaciones, hiperqueratosis, estrías de Stillman y recesiones, que suelen estar causadas por un cepillado incorrecto (sin control y/o agresivo), y/o el uso de un cepillo inadecuado (muy duro o viejo).

En la abrasión gingival se observan lesiones lacerantes o ulcerosas en el margen gingival, normalmente en las zonas más prominentes de la encía. Son lesiones dolorosas que impiden el cepillado habitual, por lo que se complican con inflamación por la acumulación de placa bacteriana.

Otras lesiones resultan de la pérdida de integridad de la mucosa gingival en forma de excoriaciones o úlceras de distinto tamaño y forma, que pueden aparecer en cualquier zona de la encía adherida e incluso en la mucosa libre cuando el traumatismo sobre la mucosa es de poca intensidad, pero repetido durante periodos prolongados, se producen las lesiones de hiperqueratosis o queratosis friccional, como reacción defensiva del epitelio a la agresión. Se observa una alteración del color de la mucosa, que pierde su tono rosado y se torna blanquecino y ligeramente engrosado. Las estrías de Stillman son defectos lineales, verticales y estrechos a modo de hendiduras en la encía, que resultan de la pérdida de tejido en la continuidad del margen gingival y su prolongación, mayor o menor, hacia la encía adherida.

Y, por último, la lesión que aparece con más frecuencia como resultado de un cepillado traumático: la recesión gingival, que se define como el desplazamiento del margen gingival en sentido apical respecto a la unión cemento-esmalte, lo que provoca la exposición de la superficie radicular.

Problemas bucodentales por una mala higiene.

Según Matesanz P. y Matos R. (22). En el libro Enfermedades dentales y gingivales, entre los problemas bucodentales ocasionados por mala higiene podemos citar los siguientes:

- Halitosis
- Materia Alba
- Placa Dentobacteriana
- Infecciones de Encía y Periodonto
- Caries Dental

Halitosis.

La halitosis es un síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral, que por lo general proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva. Se presenta cuando hay un estancamiento prolongado de saliva, por ejemplo, durante el sueño, ya que en estas condiciones el fluido salival se reduce a cero. Naturalmente los individuos que presentan una mala higiene bucal con presencia de placa tienen una halitosis más fuerte que los individuos con una buena higiene.

La halitosis o mal aliento de la boca en un 80% de los casos la causa es de origen bucal debido a un exceso de bacterias, siendo la enfermedad periodontal, las caries profundas y las bacterias retenidas en la lengua las principales causantes

Materia alba.

La materia alba es una capa blanca que se percibe a simple vista y se adhiere sobre la superficie de placas y dientes. La distinción entre materia blanca y placa dental está determinada por la intensidad de adhesión del depósito. Si sobre esta capa se aplica un chorro fuerte de agua y se elimina, se trata de materia alba, si por el contrario lo aguanta, es placa bacteriana La materia alba es un agente irritante químico y bacteriano grave que actúa sin cesar, a menos que sea eliminado

mediante el cepillado de los dientes o por otros instrumentos utilizados en la práctica de la higiene oral personal. Se desprende con facilidad utilizando enjuagatorios fuertes.

Es una masa adquirida que se encuentra asociada a la superficie dentaria y tiende a depositarse en la región cervical de los dientes, especialmente cuando hay apiñamiento dentario; localizándose en los márgenes dentogingivales, encía adherida, mucosa alveolar vestibular. También se observa comúnmente en pacientes con una pobre higiene bucal, que no usan cepillo dental, o en casos de presencia de lesiones de cavidad bucal dolorosas que dificultan la higiene bucal. Clínicamente se ve como placas amarillo-blanquecinas, que al desprenderse con el cepillado dejan una superficie eritematosa. Las placas son indoloras generalmente acompañada con halitosis.

Placa dentobacteriana.

Como la mayoría de las enfermedades, las patologías bucales están causadas por algún agente etiológico; para comprender la génesis de la caries, es básico conocer la placa dentobacteriana y saber cómo actúa. La placa bacteriana es una entidad estructural que se origina debido al asentamiento y al crecimiento de microorganismos sobre las superficies dentarias y sobre las partes naturales.

Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal (enfermedades de las encías). La placa dentobacteriana es una película incolora y pegajosa que se forma constantemente entre los dientes, incluso en ausencia de comida. Sólo es visible a simple vista si está presente en cierta cantidad. La placa se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro tártaro.

Cálculo dental.

Se denomina cálculo dental, tártaro dental o sarro dental a la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental. Se trata del resultado de la mineralización de la placa bacteriana, esto es, un conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales.

Las caras linguales de los incisivos inferiores y las vestibulares de los molares superiores son las primeras en recibir la saliva recién segregada debido a su posición cerca de los conductos de las glándulas salivales. Por lo tanto, el cálculo se deposita sobre dichas superficies con mayor frecuencia que en las demás.

El cálculo es una masa amorfa con impurezas de moderada dureza de color que puede variar entre blanco cremoso, amarillo o pardo. El proceso de la formación de cálculo se inicia con un depósito de material orgánico blando sobre la superficie del diente. Esta película se impregna de sales de calcio y se transforma en una acreción (crecimiento de un cuerpo por agregación de cuerpos menores) calcificada.

Caries dental.

La caries 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 carbohidratos fermentables de la dieta.

Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral del tejido dentario y la desintegración de su parte orgánica. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos.

La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también, con una etiología genética. Tras la destrucción del esmalte, la caries atacan a la dentina y alcanzan la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso.

Etiología de la caries.

La caries dental es una enfermedad multifactorial (23), lo que significa que deben concurrir varios factores para que se desarrolle. Hasta el momento las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

- Anatomía dental: La composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más anfractuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis. Además, es necesario nombrar el rol del hospedero a una mayor o menor incidencia, debido a una susceptibilidad genética heredada o bien por problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida
- Tiempo: Hay que recordar que la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidorresistente de los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además éstos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interfase placa-esmalte. De esta forma el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental es capaz de resistir 2 h por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente buffer o amortiguador en este fenómeno, pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, unos 30 min posteriores a la ingesta de alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización.
- Dieta: La presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo, los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al

tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirla hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte.

- Bacterias: Aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprófitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas.

2.3 Marco Conceptual

Para esta investigación se entenderá como educación en higiene oral a todo aquel proceso de adquisición de conocimientos sobre las formas de practicar hábitos higiénicos adecuados desde la niñez para la prevención de enfermedades bucodentales que contribuirán a un cambio de comportamiento y actitud en la niñez de 4-8 años de edad; así también, hábitos de higiene oral será la adquisición de comportamientos que ayuden a un buen desenvolvimiento de los padres, madres y/o cuidadores hacia la niñez de 4-8 años, ya que es en esta edad donde según el Diagnostico de Salud Bucal de El Salvador 2012, arroja mayor prevalencia de caries dental y a la vez es donde pueden adoptar buenos hábitos de salud oral.

Las prácticas de higiene oral saludables serán aquellas acciones que desarrollan los padres, madres o cuidadores sobre la niñez de 4 a 8 años a través de actividades continuas con respecto a la higiene oral, además, se tiene como higiene todos aquellos conocimientos y técnicas que deben tener todas las personas para el control de factores de riesgo que pueden llevar a diferentes odontopatías y así evitar deterioro de las encías y piezas dentales. Se entenderá como utensilios para la higiene oral en esta investigación a todos aquellos materiales que ayudarán a la niñez a tener una buena salud oral como es el cepillo dental, los dentífricos, el hilo dental, los enjuagues bucales y el flúor. Para

esta investigación se incluirán las técnicas del cepillado dental las cuales consisten en seguir una secuencia de pasos en forma ordenada, además, la frecuencia del cepillado dental que consistirá en utilizar un cepillo correcto y una frecuencia de por lo menos dos veces al día.

Para este estudio se entenderá como dieta anticariogénica todos aquellos alimentos ricos en minerales, vitaminas y lácteos que forman parte importante en la niñez de 4 a 8 años de edad para disminuir odontopatías y que dependerá de la formación de buenos hábitos de higiene oral por parte de los padres, madres y/o cuidadores. El control odontológico es aquella forma de prevención y cuidados paulatinos para evitar la aparición de diferentes enfermedades bucodentales en la cavidad oral de la niñez a través de evaluaciones periódicas brindadas por un profesional.

Se definirá como prácticas de higiene oral no saludables a todas aquellas acciones desfavorables en salud oral desarrolladas por los padres, madres y/o cuidadores en la niñez tales como la dieta cariogénica que será toda aquella alimentación rica en carbohidratos fermentables lo cual, debido a su consistencia, adhesividad y frecuencia, favorecerán a la aparición de bacterias bucales y formación de caries dental. Además, como técnica incorrecta del cepillado dental para esta investigación se considerará la cantidad de dentífrico inadecuada, un cepillado incorrecto, cepillado rápido y no cambiar el cepillo a tiempo puede causar problemas bucodentales en esta población en estudio debido a su susceptibilidad y cambios anatomo-fisiológicos.

Así también, dentro de los diferentes problemas bucodentales que suelen presentarse en la niñez a consecuencia de una inadecuada práctica de higiene oral pueden mencionarse: halitosis, problema muy común debido al acúmulo de restos alimenticios entre los dientes a causa de la ausencia de hilo dental.

Materia alba, la cual es una capa blanca que se adhiere a la superficie de la placa de los dientes, la placa dentobacteriana es una placa que se adhiere entre las

piezas dentales lo que puede llevar hasta un cálculo dental el cual es una masa amorfa de moderada dureza de color blanco, amarillo o pardo y la caries dental que se caracteriza por la desintegración progresiva del tejido del diente la cual será producida por una dieta cariogénica.

2.4 Marco Legal

2.4.1 Constitución de la República

Artículo 65.- La salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. (25)

2.4.2 Código de Salud

Artículo 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud. (26)

2.4.3 Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Artículo 42.- Compete al Ministerio de Salud: Numeral 2: "Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población". (27)

2.4.4 Política Nacional de Salud Bucal.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el marco de la Reforma, impulsa profundas transformaciones al Sistema Nacional Integrado de Salud, cuyo objetivo central es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña con énfasis en la Atención Primaria en Salud Integral, a lo largo del ciclo de vida. Es así, como la Política Nacional de Salud 2009-2014, en su estrategia número dieciséis define: "Establecer en el marco de la atención primaria de salud integral (APSI), un sistema participativo que integre programas y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal, así como la prevención y la atención de la morbilidad estomatológica a escala nacional". (28)

2.4.5 Lineamientos técnicos de salud bucal del Sistema Nacional de Salud 2017

En el marco de la profundización de la Reforma de Salud, es indispensable la actualización de los diferentes instrumentos técnico jurídicos que respondan a la modernización de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo cual garantiza la consolidación de dicha reforma y el cumplimiento de la nueva Política Nacional de Salud (2015-2019) que en su Eje 1 denominado Fortalecimiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS) específicamente en su línea de acción 4.3.13 manda establecer un sistema participativo que integre estrategias y acciones de corto, mediano y largo plazo para la promoción de la salud bucal.

Congruente con lo anterior y en atención al objetivo específico dos de la Política Nacional de Salud Bucal, el Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Unidad de Atención Integral e Integrada a la Salud Bucal en coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud bucal del SNS, han elaborado los Lineamientos técnicos de salud bucal, con el propósito de homologar procedimientos generales para el abordaje de las patologías bucales, con la finalidad que el personal de salud prevenga y detecte oportunamente las mismas, de acuerdo a la oferta de servicios de cada Institución. (29)

CAPITULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimientos de higiene oral.	Conjunto de información que tiene por objeto la conservación de la salud a través de la limpieza de la cavidad oral.	Conocimientos sobre higiene oral: Conjunto de información que poseen los padres, madres o cuidadores sobre la conservación de la salud a través de la limpieza en la cavidad oral en lo/as niño/as de 4 a 8 años de edad.	Dimensión 1 Conocimientos de higiene oral.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos y utensilios de higiene oral • Técnica de cepillado dental • Uso de hilo dental • Enjuagues bucales • Uso de flúor • Dieta Anticariogénica • Control Odontológico • Dieta Cariogénica • Técnica de cepillado incorrecta. • Problemas bucodentales
Prácticas de higiene oral.	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos que tiene por objeto la conservación de la salud de la cavidad oral.	Prácticas de higiene oral: Es la acción que desarrollan los padres, madres o cuidadores con la aplicación de ciertos conocimientos para la conservación de la salud de la cavidad oral en niño/as de 4 a 8 años de edad.	Dimensión 2 Prácticas saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos y utensilios de higiene oral • Técnica de cepillado • Uso de hilo dental • Enjuagues bucales • Uso de flúor • Dieta Anticariogénica • Control Odontológico
			Dimensión 3 Prácticas no Saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta Cariogénica • Técnica de cepillado incorrecta.

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 Tipo de estudio:

4.1.1 Según el análisis y alcance de los resultados la investigación fue de tipo **Descriptiva**, porque el estudio estuvo dirigido a describir los conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, en el municipio de Quezaltepeque del departamento de La Libertad.

4.1.2 Según el período y secuencia del estudio fue **transversal**, el cual estudió las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El estudio de las variables se realizó en el período de octubre a diciembre de 2020.

4.2 Área de estudio:

Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque del departamento de La Libertad.

4.3 Universo y población:

4.3.1 Universo: Todos los padres, madres o cuidadores de niños y niñas que se encontraban inscritos en el Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque del departamento de La Libertad.

4.3.2 Población: Para este estudio se incluyeron todos los padres, madres o cuidadores de la niñez entre las edades de 4 a 8 años haciendo un total de 70 niños/as.

4.3.3 Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia. Para deducir el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística para población finita, siendo la siguiente

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

N: tamaño de la población = 70

Z: nivel de confianza = 1.96

P: probabilidad de éxito = 0.05

Q: probabilidad de fracaso = 0.95

E: precisión = 0.03

$$n = \frac{(1.96)^2(0.05)(0.95)(70)}{(70 - 1)(0.03)^2 + (1.96)^2(0.05)(0.95)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(3.325)}{(69)0.0009 + (3.8416)(0.0475)}$$

$$n = \frac{12.77}{0.0621 + 0.1824}$$

$$n = \frac{12.77}{0.2445}$$

$$n = 52.22$$

Según el cálculo matemático, la muestra fue representada por 52.22 padres, madres o cuidadores, debido al número fraccionado se aproximó la muestra a 53 objetos de estudio.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación, se enlistarán los **criterios de inclusión** de los participantes que se tomaron en cuenta para esta investigación.

- Padres, madres o cuidadores de estudiantes inscritos en el Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla que estén presentes el día de la recolección de datos.

- Padres, madres o cuidadores de niños/as de edades correspondientes entre 4 a 8 años de edad del Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.
- Unidades de análisis que si completaron todo el llenado de los instrumentos.

Dentro de los **criterios de exclusión** que se retomaron en esta investigación están:

- Madres, padres o cuidadores que no aceptaron participar en el estudio.
- Unidades de análisis que no completaron el llenado de instrumentos.

4.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

4.5.1 Método: Deductivo ya que se partió de principios generales para llegar a conclusiones específicas.

4.5.2 Técnica:

- **Entrevista:** Se obtuvo la información sobre los conocimientos de higiene oral a través de una entrevista estructurada dirigida por una de las investigadoras hacia los padres, madres y/o cuidadores de los/as niños/as que participaron en el estudio.
- **Encuesta:** Se obtuvo la información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre las prácticas de higiene oral que realizan padres, madres y/o cuidadores de la niñez. El equipo de investigadoras entregó a cada responsable del niño o niña la encuesta la cual respondieron por sí mismos.

4.5.3 Instrumento de recolección de datos:

- **Guía de entrevista:** La guía de entrevista fue conformada por 28 preguntas de las cuales 2 fueron preguntas abiertas y 26 preguntas cerradas, con el fin de indagar los conocimientos sobre higiene oral que

poseen los padres, madres y/o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años del Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

- **Cuestionario:** El cuestionario fue conformado por 28 preguntas, de las cuales 2 fueron preguntas abiertas y 26 fueron preguntas cerradas, las cuales permitieron conocer las prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres y/o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años del Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

4.6 Prueba piloto:

Se realizó una prueba piloto el día 28 de octubre de 2020 con el 10% de la muestra que equivale a 5 instrumentos de recolección de datos con los padres, madres y/o cuidadores de la niñez entre las edades de 4 a 8 años del Centro Escolar Profesora María Julia Alvarado Madrid de García, del municipio de Quezaltepeque, del departamento de La Libertad, que cumplieron con las características similares de la población en estudio. Para todo lo anterior, fue indispensable aplicar el protocolo de bioseguridad establecido por las autoridades sanitarias debido a la pandemia por la COVID-19. La prueba piloto se realizó para identificar posibles problemas en la formulación de las preguntas de los instrumentos de recolección de información y de este modo se validó el instrumento, ya que, al momento de entrevistar a los responsables de la niñez con características similares a los objetos de estudio, no se encontraron problemas de redacción o comprensión por parte de los/as entrevistados/as.

4.7 Principios éticos:

Esta investigación contó con los siguientes elementos éticos:

- **Autonomía:** Los padres, madres o cuidadores tuvieron libertad para decidir sobre cualquier situación sin temor a repercusiones o manipulaciones, lo que incluye la libertad de participar o no, en la realización de las entrevistas y encuestas desarrolladas por el equipo investigador.

- **Beneficencia y no maleficencia:** El equipo ejecutor tuvo por objetivo ético el bienestar físico, mental y social. La principal responsabilidad de las investigadoras fue procurar el máximo bienestar de los padres, madres o cuidadores. Esto implicó no causar daño físico, verbal o psicológico durante todo el proceso de recolección de la información, ya que el estudio no implica intervenciones y/o evaluación clínica corporal.
- **Equidad:** Todos los padres, madres o responsables que participaron en el estudio fueron tratados de acuerdo a sus condiciones siempre y cuando esto no se perjudicara el de otra persona.
- **Honestidad:** el equipo investigador garantizó relaciones humanas basadas en la sinceridad y coherencia respetando los valores de la justicia y verdad hacia los participantes.
- **Imparcialidad:** el equipo investigador tomó decisiones con objetividad, no dejándose influir por prejuicios o intereses que lleven a tratar de beneficiar a un participante por encima de otro.
- **Tolerancia:** El equipo investigador mostró respeto por los pensamientos y las acciones de los participantes cuando resultaron opuestos o distintos a los propios.
- **Confidencialidad:** En este principio se garantizó a los y las participantes que la información personal sería protegida para no ser divulgada sin consentimiento de la persona, por lo que ambos instrumentos de recolección de datos fueron anónimos.
- **Consentimiento informado.** Para la investigación se contó con el consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo principal de la misma, se informó que la participación de cada uno de los padres, madres o cuidadores en el estudio era completamente voluntaria y que podían abandonar su participación en el momento que lo consideraran pertinente sin ninguna consecuencia, al mismo tiempo se estableció que toda la información recolectada sería completamente confidencial, conjuntamente

se estableció que los participantes podían obtener información de los resultados de la investigación en el momento que lo deseen.

4.8 Plan para la recolección de datos:

Debido a la pandemia por la COVID-19, los centros educativos a nivel nacional se encontraban cerrados, sin embargo, los padres, madres o responsables de la población en estudio asistían 1 vez por semana al centro educativo por convenio con los maestros para el intercambio de guías de trabajo y productos académicos elaborados por los/as estudiantes, por lo que el equipo de investigadoras coordinó con la dirección del centro educativo la recolección de datos en 2 jornadas, se realizó 1 por semana y a su vez se aplicó el protocolo de bioseguridad establecido por las autoridades sanitarias debido a la pandemia por la COVID-19, lo cual incluyó la toma de temperatura para el ingreso al centro educativo, el distanciamiento social, uso de mascarilla y uso de alcohol gel.

La primera jornada de recolección de datos se realizó el 09 de noviembre y la segunda jornada el día 16 de noviembre de 2020, para lo anterior se capacitó previamente a cada una de las entrevistadoras sobre el llenado de los instrumentos a utilizar, se ejecutó la recolección de información, distribuyendo la cantidad de instrumentos por cada miembro del equipo investigador. Debido a la pandemia por la COVID-19 no se evaluó de forma directa a los padres, madres o responsables de la niñez mientras realizaban el cepillado dental ni se utilizaron modelos anatómicos para visualizar la forma en que realizan el cepillado dental, para evitar la manipulación de los objetos y de esta forma reducir el riesgo de la creación de fómites, en este sentido, las técnicas de cepillado dental se evaluaron a través de preguntas directas en donde se evaluó la dirección de los movimientos que los padres, madres o responsables realizan en las diferentes piezas dentarias de lo/as niño/as al momento del

cepillado dental, también cabe destacar que los padres, madres y responsables de la niñez de 4 a 8 años de edad que formaron parte del estudio, no presentaron cartilla de control infantil para corroborar la información brindada con respecto a la periodicidad de los controles odontológicos en sus niños y niñas.

Se realizó la coordinación con la directora y docentes del Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, para darles a conocer el objetivo de la investigación. Posteriormente, se realizó la recolección de la información con los padres, madres o cuidadores que cumplieran con los requisitos de inclusión establecidos los cuales entraron en un salón en grupos de 5 personas y así sucesivamente, hasta completar el llenado de instrumentos y garantizándose el distanciamiento social para prevenir contagios por la COVID-19.

4.9 Plan de tabulación de datos

Una vez recolectados los datos, se realizó la calificación de cada instrumento de recolección de información de la guía de entrevista para poder determinar el nivel de conocimientos que tienen los padres, madres y/o cuidadores sobre higiene oral a través de asignación de puntajes según la dimensión de estudio. La escala de puntuación que se utilizó en la investigación fue la siguiente:

Nivel de Conocimiento	Significado	Puntaje
CA	Conocimiento alto	8.0-10.0
CM	Conocimiento medio	5.1-7.99
CB	Conocimiento bajo	Menor de 5

Posteriormente, se llevó a cabo el vaciado estadístico respectivo por medio de tablas de distribución de frecuencia en el programa Microsoft Word, de esta manera se tabularon los datos obtenidos, lo que a su vez facilitó la presentación de los resultados a través de tablas y gráficas realizadas en Microsoft Excel de acuerdo con el tamaño de la frecuencia o porcentajes.

4.10 Plan de análisis

Debido a que la investigación es de tipo descriptivo, permitió evaluar, interpretar y comunicar la información a través de datos numéricos, frecuencias, promedios y porcentajes.

Las investigadoras se reunieron para realizar el análisis de los resultados que se obtuvieron haciendo un contraste de la información retomada en el marco teórico y los resultados de la investigación lo que dió pie a la formulación de conclusiones y recomendaciones.

4.11 Plan de socialización de resultados de la investigación

La socialización de resultados de la investigación se llevará a cabo por medio de una defensa pública con un jurado evaluador, en donde se hará uso de una presentación en Power Point, para optar al grado de Licenciatura en Salud Materno Infantil.

CAPITULO V. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1 Tabulación y análisis

5.1.1 Gráficos de la entrevista sobre los conocimientos de higiene oral.

A. Componente General

Tabla N° 1: Datos generales de los padres, madres o responsables de los/as niños/as

PARENTESCO		SEXO		EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		OCUPACIÓN	
Madre	60.4%	Femenino	84%	16-25 años	13.2%	Soltero/a	28.4%	Básica (7,8,9)	52.8%	Ama de casa	71.6%
				26-35 años	58.6%						
Padre	13.2%	Masculino	16%	36-45 años	13.2%	Unión libre	49%	Bachiller	16.9%	Empleado	24.7%
Tía	13.2%			46-55 años	3.7%	Casado/a	22.6%	Universitario	11.3%	Estudiante	3.7%
Abuela	13.2%			56-65 años	11.3%			Ninguno	19%		
TOTAL 100%											

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Análisis: En la tabla se muestra que el 60.4% de los cuidadores son las madres de los niños y niñas, se ve una leve participación del padre con un 13.2%; sin embargo, también se puede evidenciar que el resto de los cuidadores, tiene una relación familiar cercana con los infantes, el 84% de las y los participantes cuidadores son del género femenino y el 16% masculino, las edades de los/as cuidadores/as participantes oscilan entre los 16 a 35 años de edad con un 71.8% en conjunto,

siendo la mayoría de los/as cuidadores/as adultos jóvenes, los cuales el estado civil predominante es un 49% de uniones libres, seguida del 28.4% que se encuentran soltero/a, continúa con el 22.6% de casadas/os. Con respecto al nivel educativo de los cuidadores de los infantes, el 52.8% posee una educación básica, mientras que solo el 11.3% afirman tener estudios universitarios, pero se observa un dato muy alarmante, y es que el 19% de los/as entrevistados/as no poseen ningún nivel educativo. Según estos datos la ocupación del 71.6% de las personas entrevistadas es de amas de casa, continuando con el 24.7% que poseen un empleo y finalizando con un 3.7% que actualmente son estudiantes; según los patrones culturales presentes en nuestro país, se puede evidenciar que continúan siendo las madres las encargadas de los cuidados del hogar y de sus hijos/as.

Tabla N°2: Datos generales de los/as niños/as.

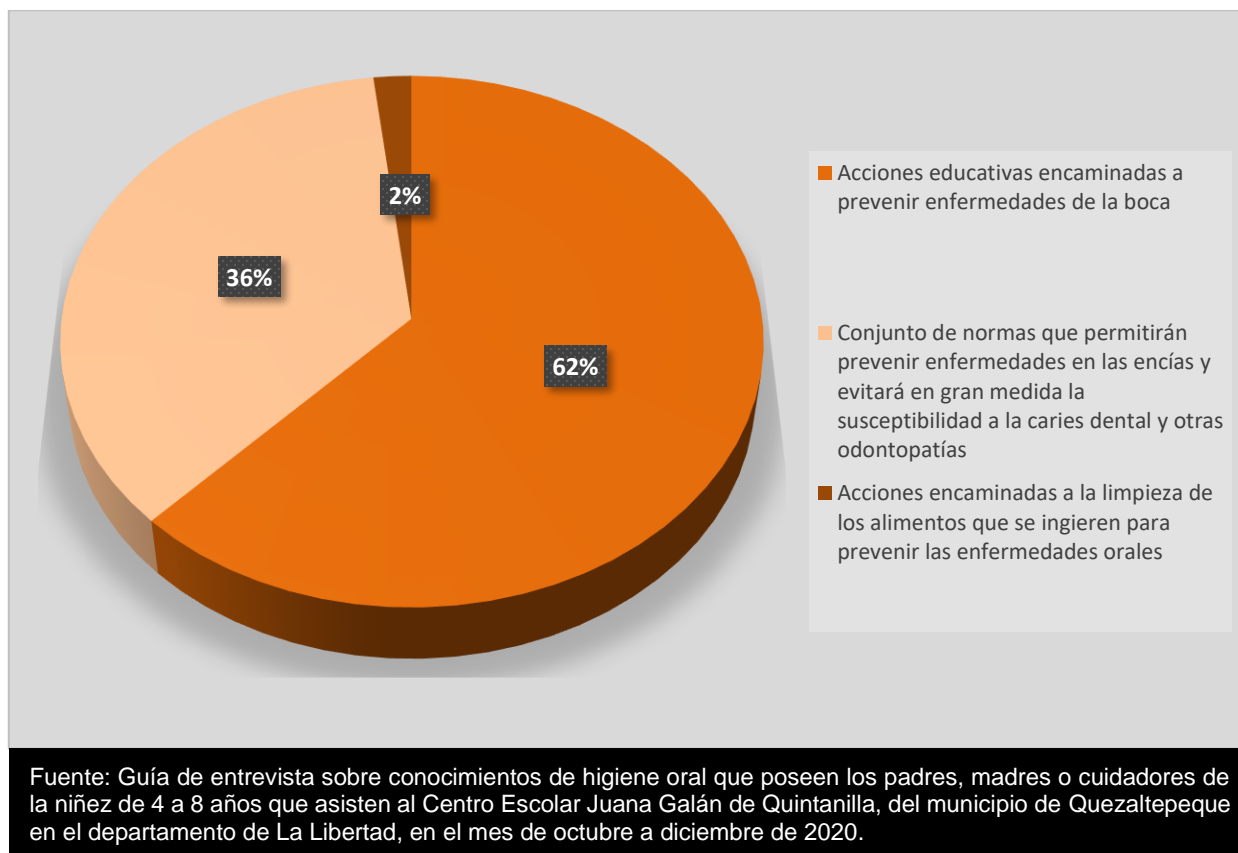
GÉNERO		EDAD		ENCARGADO DE LA HIGIENE ORAL	
Femenino	64.2%	4 años a menor de 6 años	33.9%	Madre, padre o cuidador	58.4%
Masculino	35.8%	6 años a menor de 8 años	66.1%	Niño/a lo realiza solo/a	41.6%
TOTAL 100%					

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Con respecto a la distribución de género se observa una mayoría femenina con el 64.2%, dato que coincide con respecto a la tendencia de las características demográficas nacionales ya que la mayoría de la población corresponde al género femenino. Se observa además que la mayoría de niños/as oscilan entre las edades de 6 años a menores de 8 años. En cuanto a quienes se encargan de la higiene oral de los/as niños/as podemos observar que poco más de la mitad de los objetos de estudio manifiestan que son ellos quienes se encargan de la higiene oral de los/as niños/as mientras que el 41.6% manifiestan que son los niños quienes lo realizan por sí mismos.

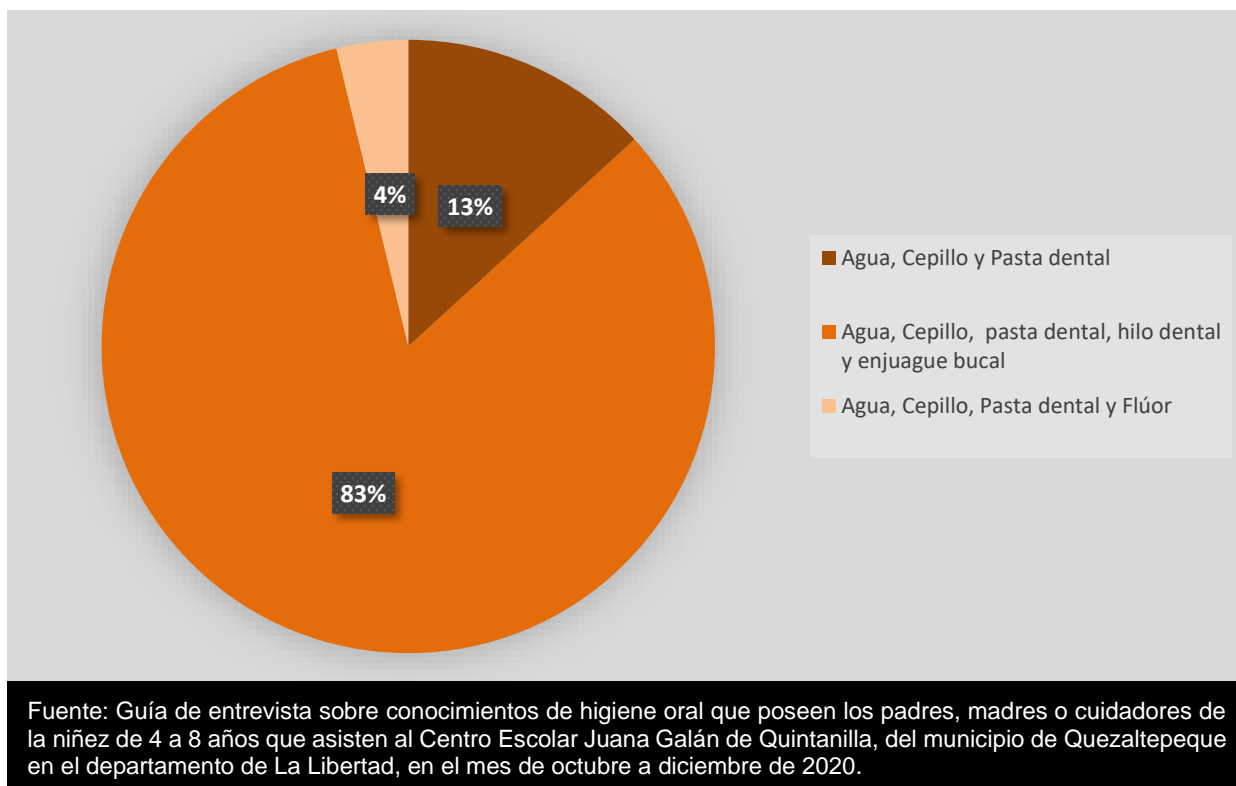
B. Instrumentos y utensilios de higiene oral.

Gráfico 1: Definición de higiene oral.

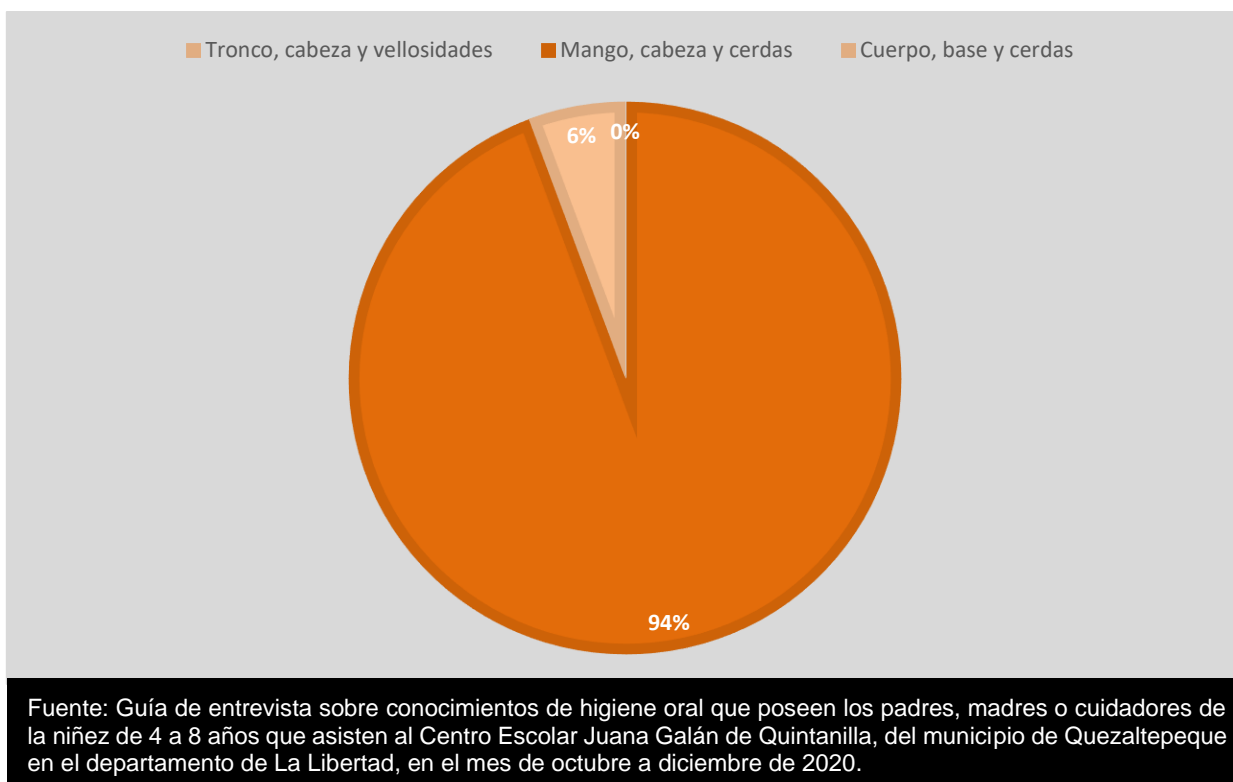


Interpretación: Según los datos obtenidos el total de las/os entrevistadas/os no conocen sobre la higiene oral ya que se tiene que el 62% tienen como conocimiento acerca de definición de higiene oral a todas aquellas acciones encaminadas a prevenir enfermedades de la boca, el 36% responden a que es un conjunto de normas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental y otras odontopatías y mientras el 2% asimilan que son acciones encaminadas a la limpieza de los alimentos que se ingieren para prevenir enfermedades orales.

Gráfico 2: Instrumentos o utensilios para garantizar la higiene oral.

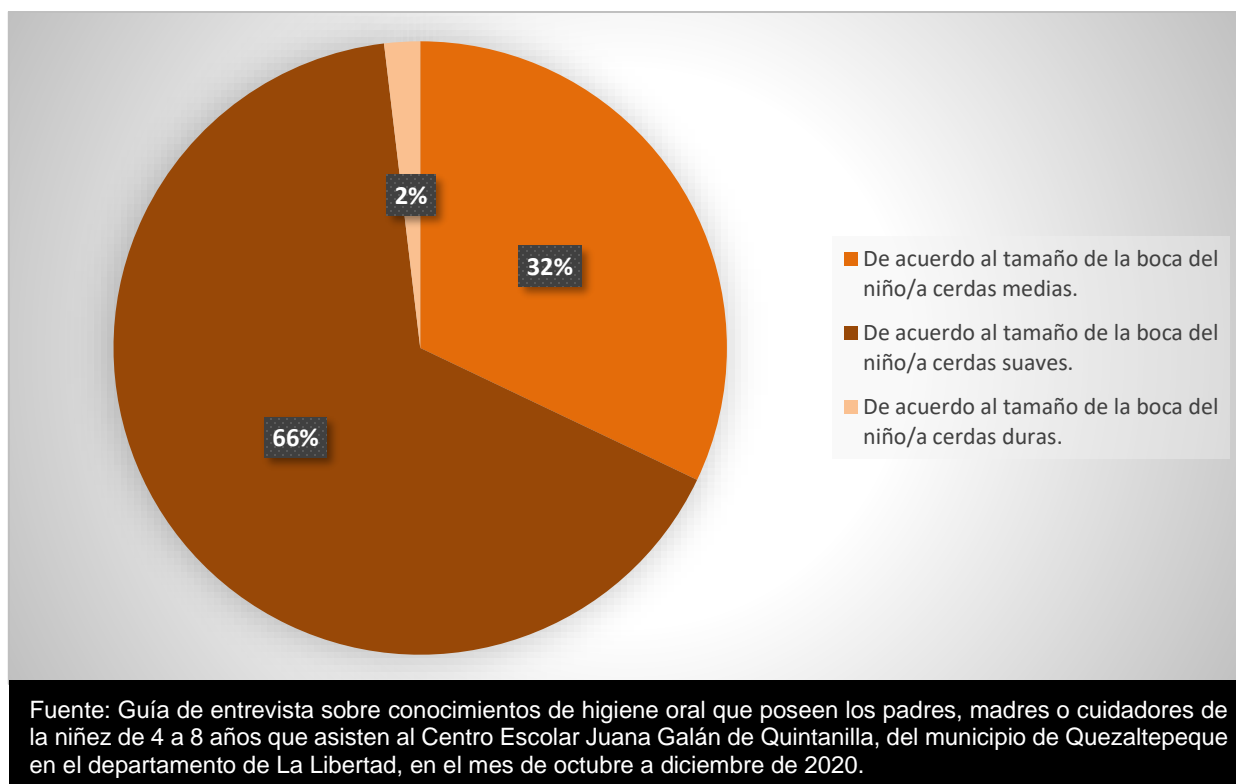


Interpretación: En cuanto a los utensilios o instrumentos los entrevistados/as el 83% de los/as entrevistados/as si conocen que los instrumentos para garantizar la higiene oral son el agua, cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal, el 13% dicen solo necesitan agua, cepillo y pasta dental y un 4% manifiestan que agua, cepillo, pasta dental y flúor.

Gráfico 3: Partes del cepillo dental.

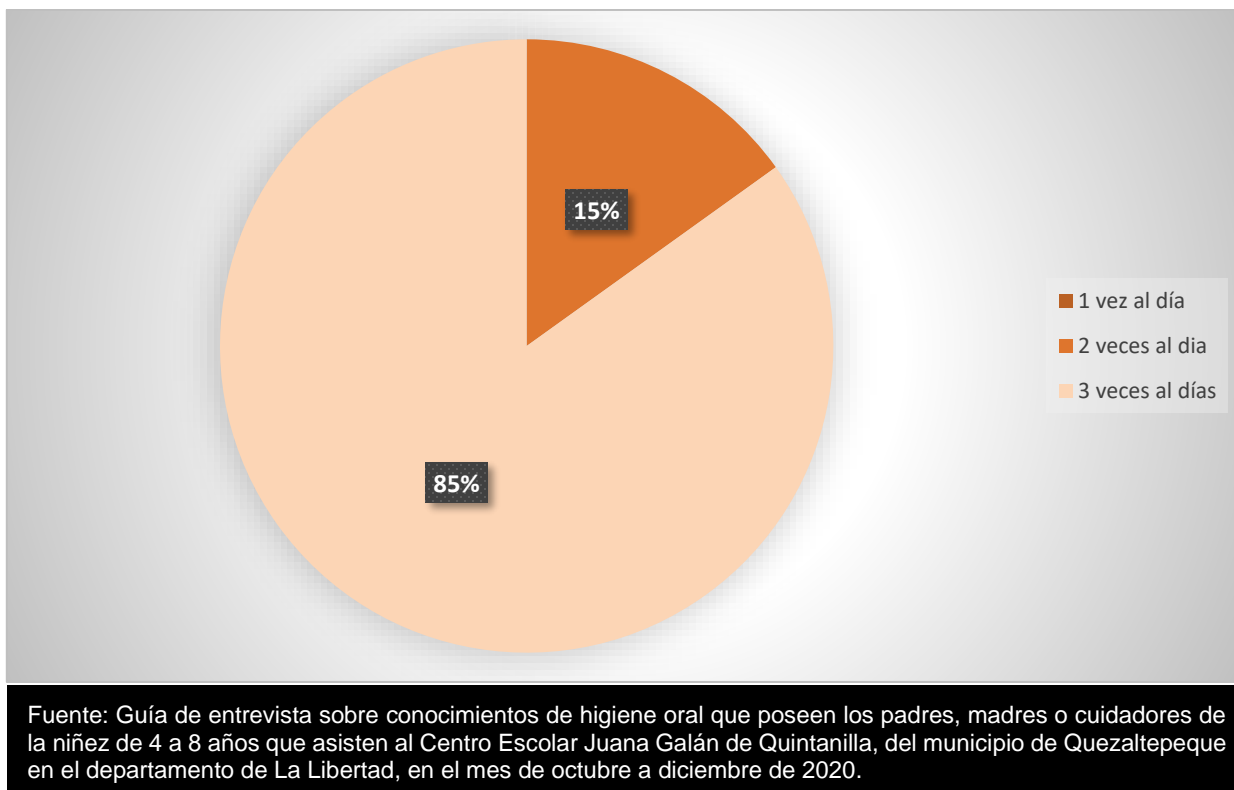
Interpretación: En cuanto al conocimiento de las partes que conforman el cepillo dental, el 94% de las personas entrevistadas/os si que el cepillo dental está formado por el mango, cabeza y cerdas, el 6% mencionan que se le denominan cuerpo, base y cerdas.

Gráfico 4: Tamaño y dureza a tener el cepillo dental que utiliza el niño o la niña.



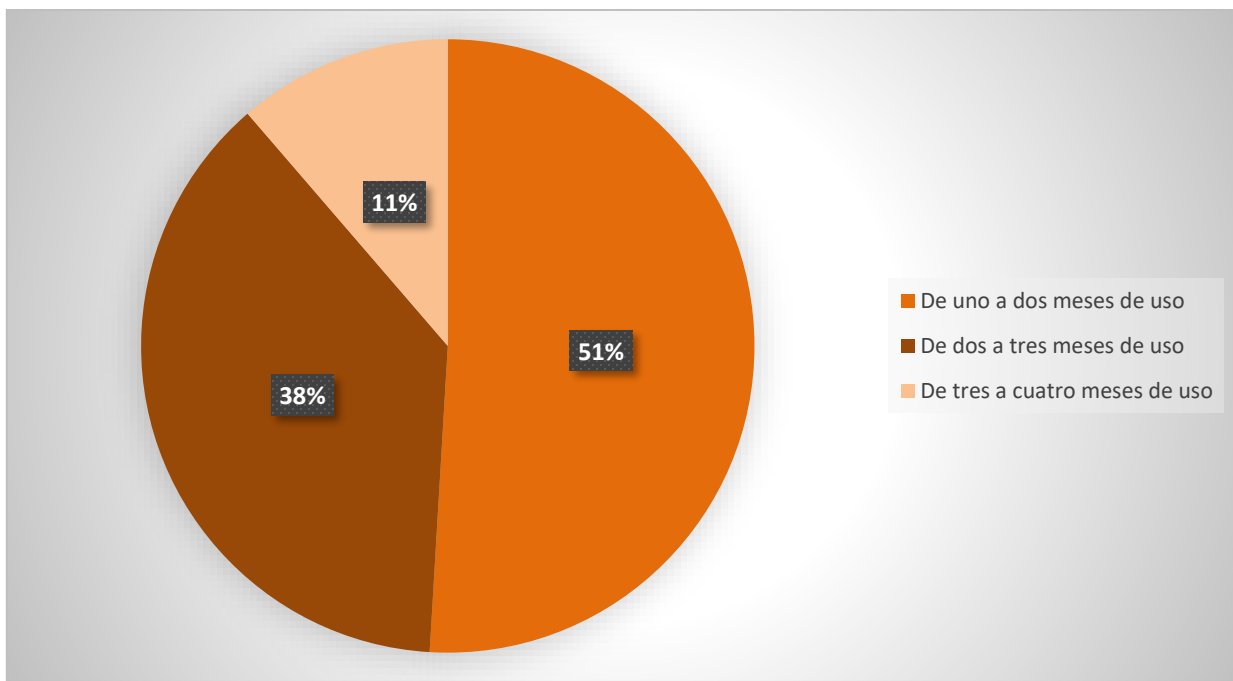
Interpretación: Sobre el conocimiento que poseen acerca del tamaño y dureza a tener el cepillo dental que utiliza el niño o la niña, el 66% de las/os entrevistadas/os aseguraron que de acuerdo con tamaño de la boca del niño/a cerdas suaves, mientras que el 32% respondió que cerdas medias y un 2% cerdas duras.

Gráfico 5: Frecuencia del cepillado dental de los/as niños/as.



Interpretación: Según la gráfica anterior el 85% de los entrevistados conocen que la frecuencia del cepillado dental es de 3 veces en el día mientras que el 15% respondió que es 2 veces al día.

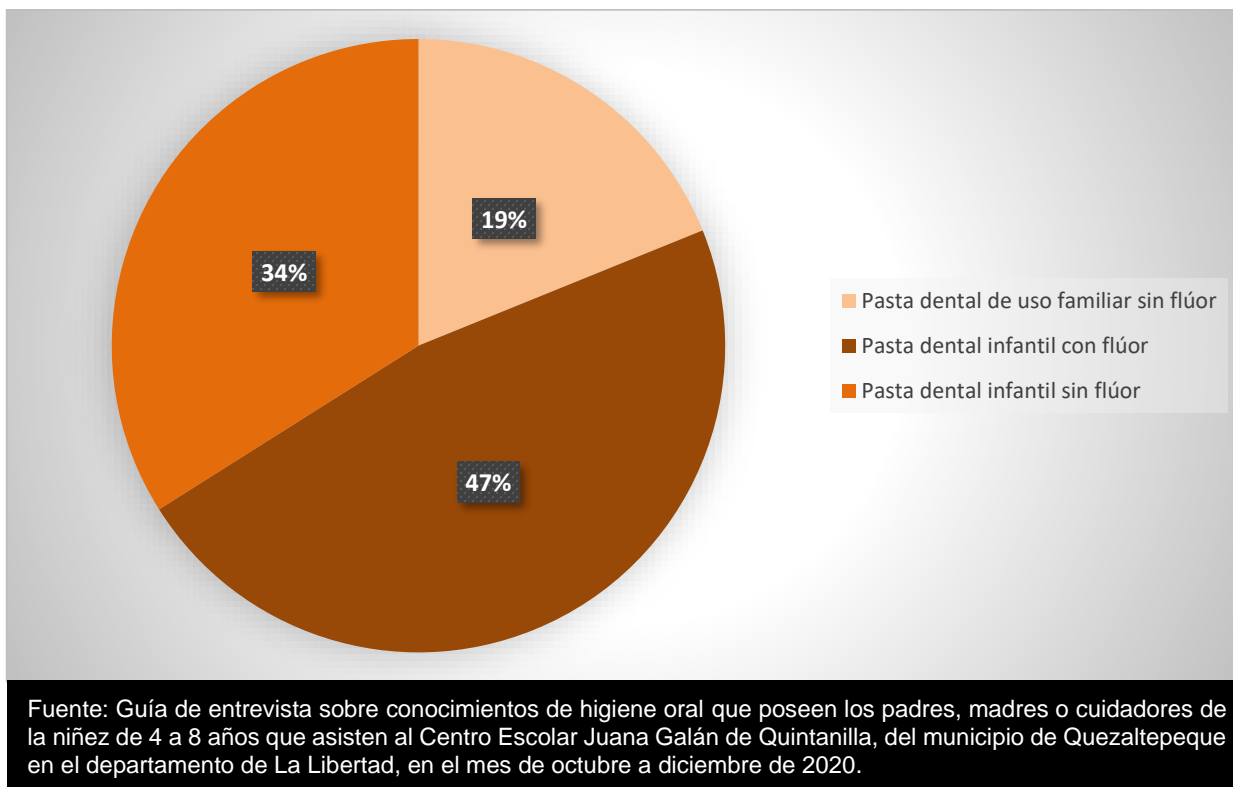
Gráfico 6: Tiempo en que se debe reemplazar el cepillo dental.



Fuente: Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

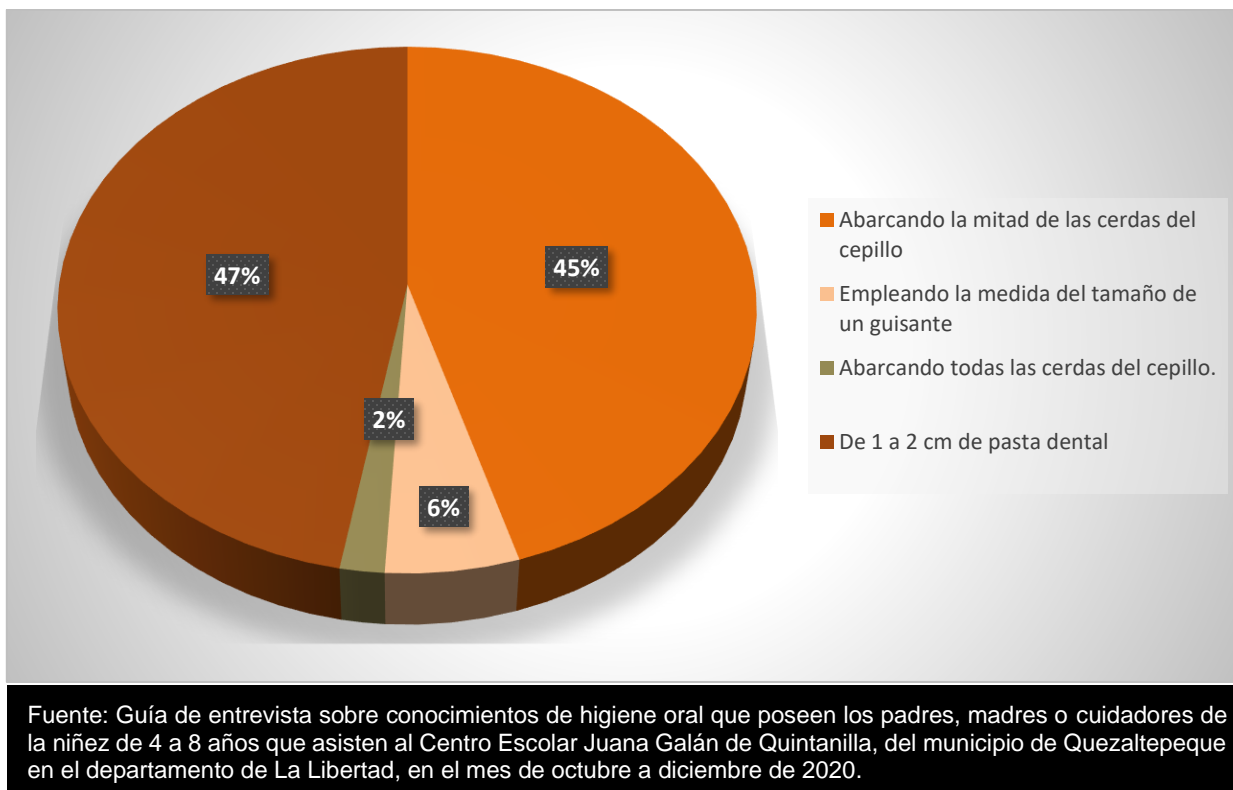
Interpretación: Según la teoría el reemplazo debe de realizarse de 2 a 3 meses de uso, de lo cual el total de entrevistados/as el 51% aseguran que el cepillo dental debe de cambiarse de uno a dos meses de uso, mientras el 38% expresa que de dos a tres meses de uso y un 11% que de tres a cuatro meses.

Gráfico 7: Tipo de pasta dental que deben utilizar los/as niños/as menor de 6 años.



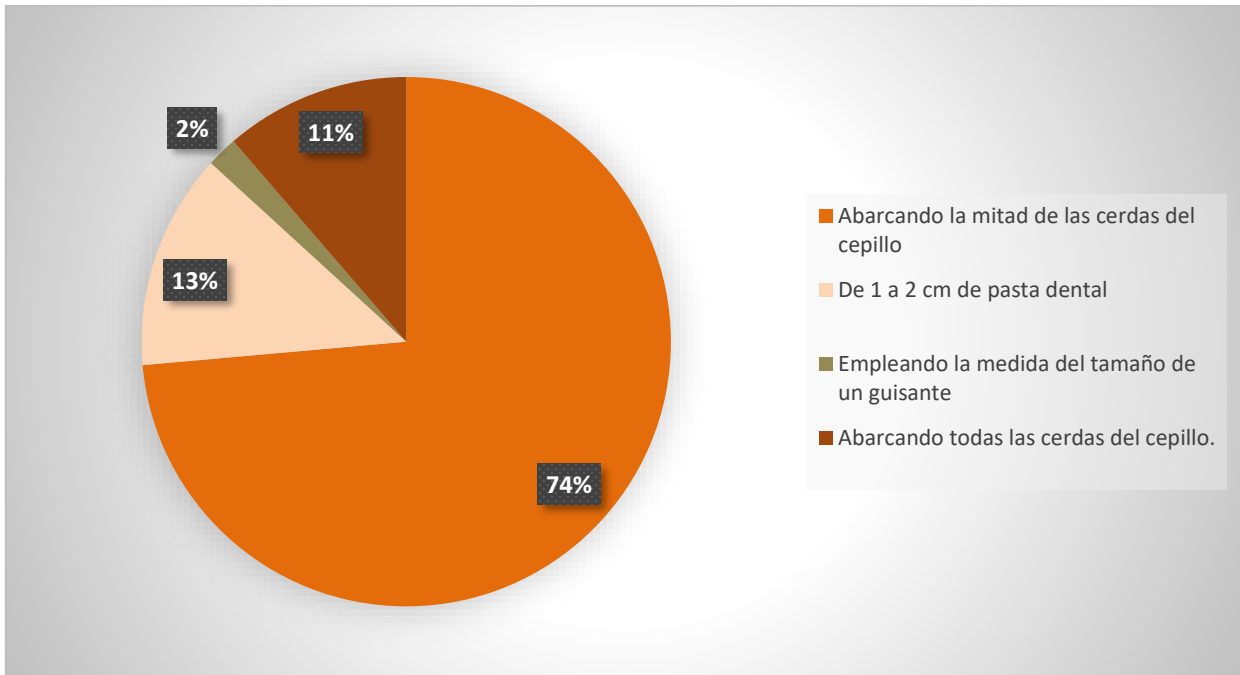
Interpretación: Al indagar sobre el tipo de pasta dental que debe utilizar un niño o una niña menor de 6 años, el 47% si conocen que la pasta dental infantil con flúor es la más indicada para para el uso del niño/a menor de 6 años, un 34% pasta dental infantil sin flúor y un 19% pasta dental de uso familiar sin flúor.

Gráfico 8: Cantidad de pasta para el cepillado dental de niños/as de 4-6 años.



Interpretación: En cuanto a la cantidad de pasta dental que debe utilizar un niño o niña entre 4-6 años para el cepillado, un 47% aseguró que de 1-2 cm de pasta dental, seguido de un 45% el cual respondió que, hasta la mitad de la cerda, mientras un 6% mencionó que se debe emplear la medida del tamaño de un guisante y un 2% abarcando todas las cerdas del cepillo.

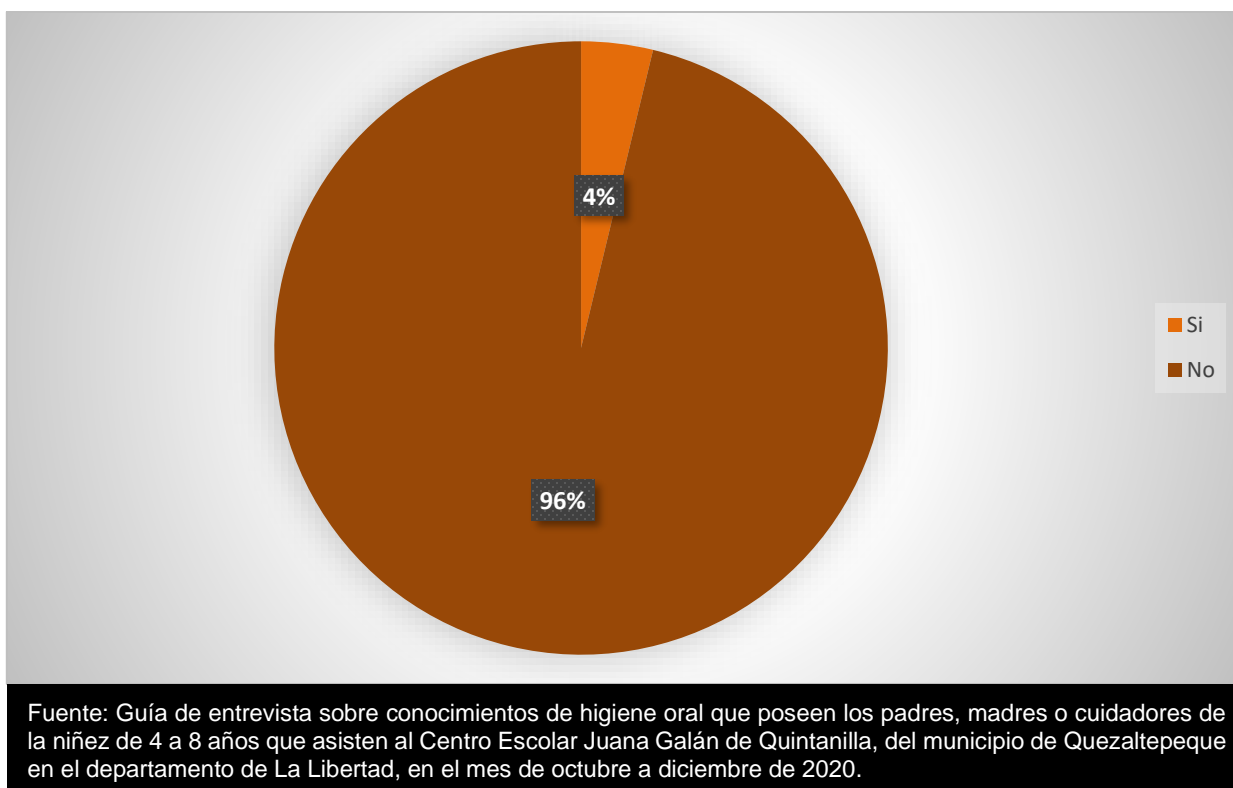
Gráfico 9: Cantidad de pasta dental a utilizar para el cepillado dental de niños mayores de 6 años.



Fuente: Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

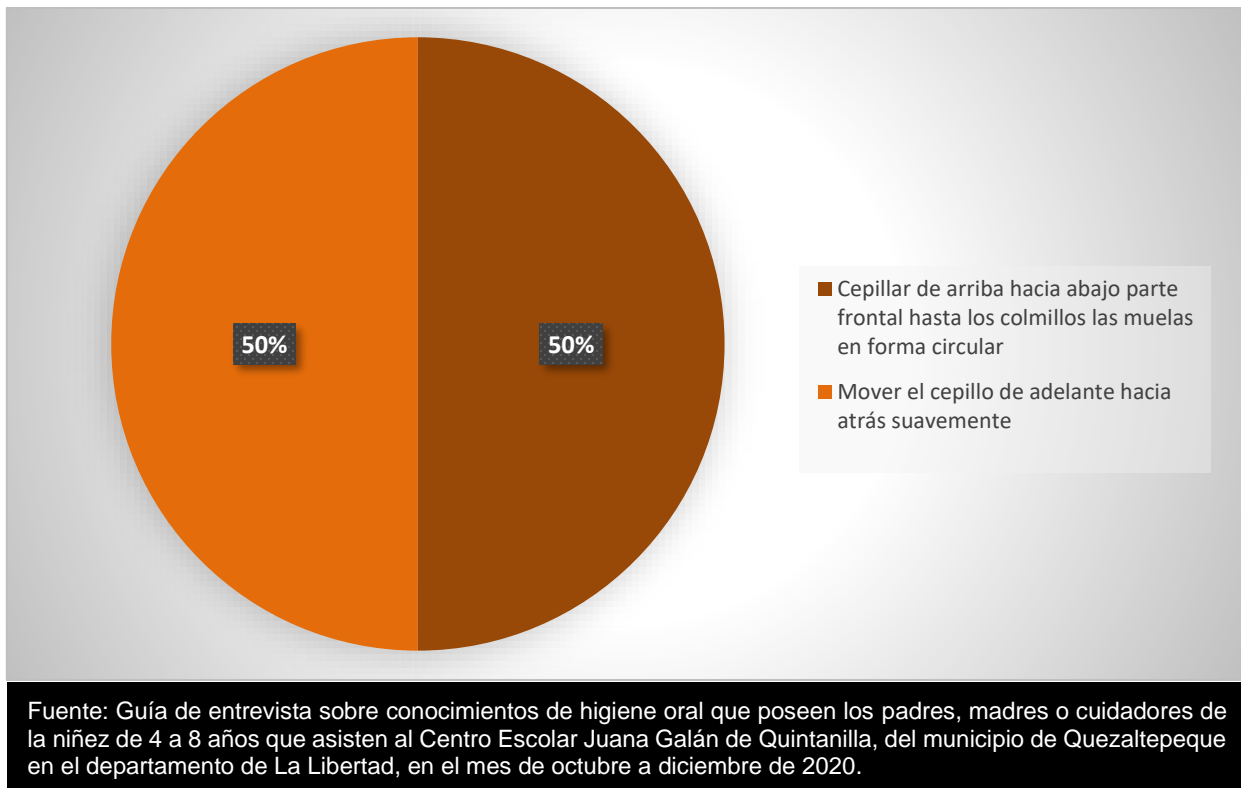
Interpretación: En lo referente a la cantidad de pasta dental que debe utilizar un niño/a mayor de 6 años un 74% aseguró que, abarcando la mitad de las cerdas del cepillo, mientras un 13% respondió que de 1-2 cm de pasta dental, un 11 % mencionó que abarcando todas las cerdas del cepillo y 2% refirió que empleando el tamaño de un guisante.

Gráfico 10: Conocimiento de técnica de higiene oral.



Interpretación: En cuanto el conocimiento sobre la técnica de higiene oral, el 96% de la población manifestó no conocer ninguna y un 4% responde que si la conoce.

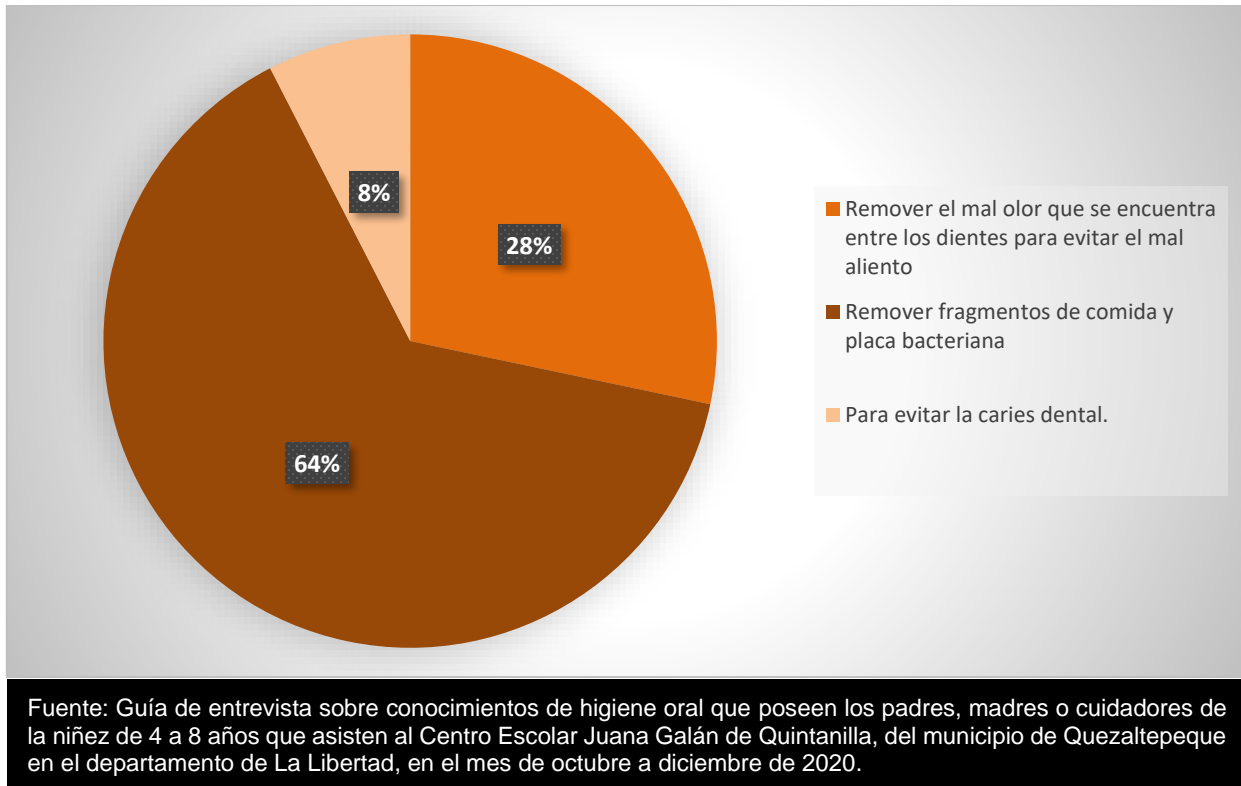
Gráfico 11: Descripción de técnica de higiene oral.



Interpretación: Al describir la técnica de higiene oral que conocían las/os entrevistadas/os el 50% mencionaba el cepillar de arriba hacia abajo parte frontal hasta los colmillos, las muelas en forma circular y el otro 50% mover el cepillo de adelante hacia atrás suavemente lo cual reflejó que ambas partes de la población tienen conocimiento mínimo sobre las técnicas de higiene oral.

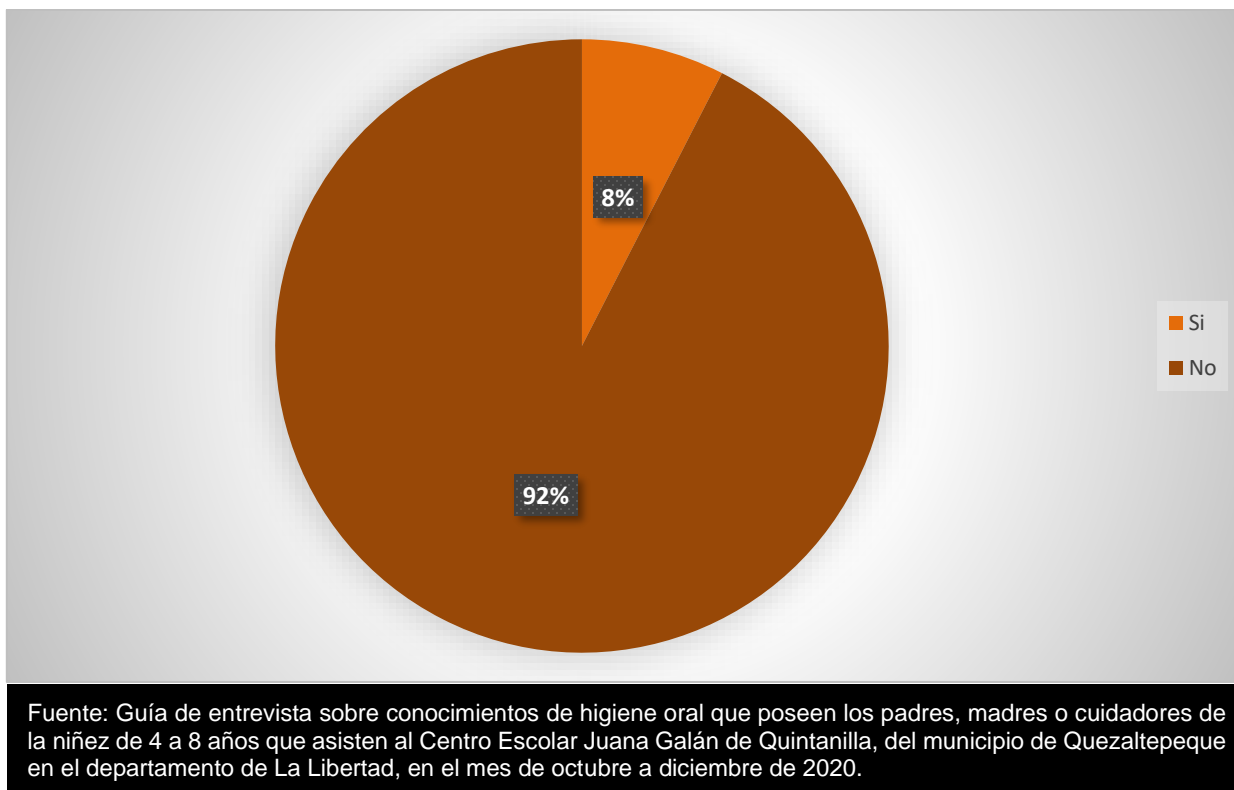
C) Hilo dental.

Gráfico 12: Conocimiento de la función del hilo dental.



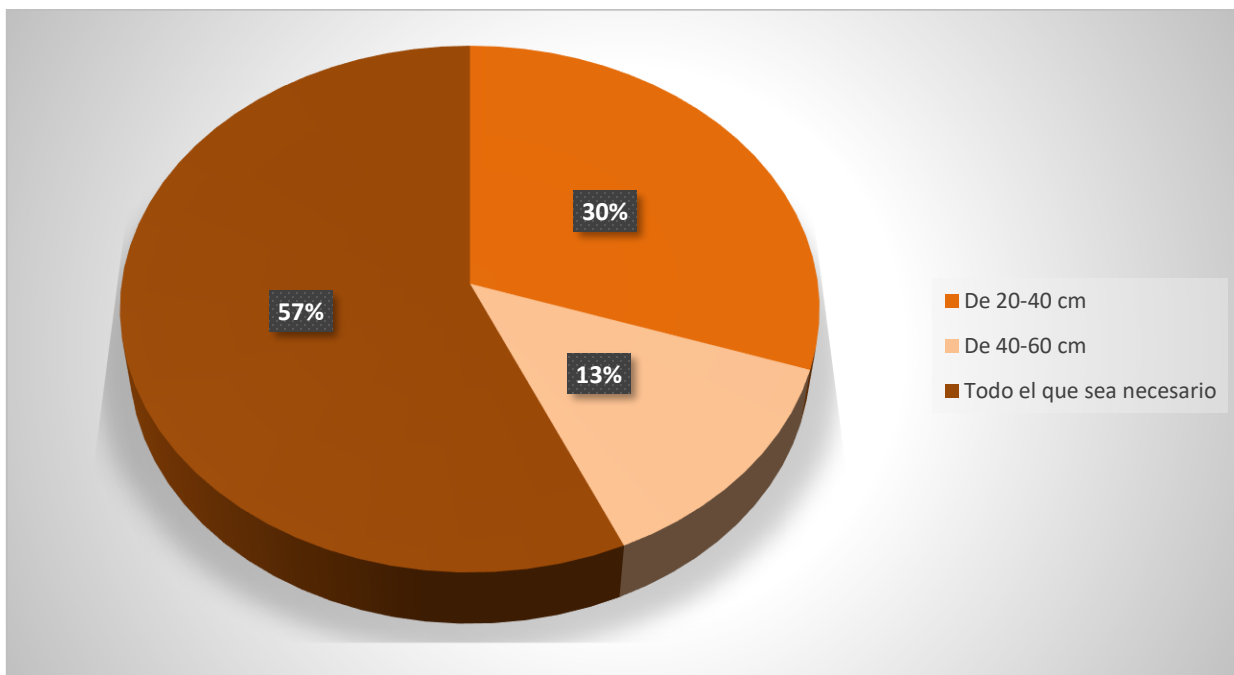
Interpretación: En cuanto a los conocimientos sobre la función de hilo dental del total de los/as entrevistados/as el 64% si conocen, sin embargo, el 36% no conocen su función.

Gráfico 13: Conocimiento de los pasos para el uso del hilo dental.



Interpretación: En cuanto a la teoría sobre los conocimientos de los pasos para el uso del hilo dental el 92% de los/as entrevistados/as no tiene ningún conocimiento y un 8% sí.

Gráfico 14: Centímetros de hilo dental a utilizar al momento de limpiar los dientes.

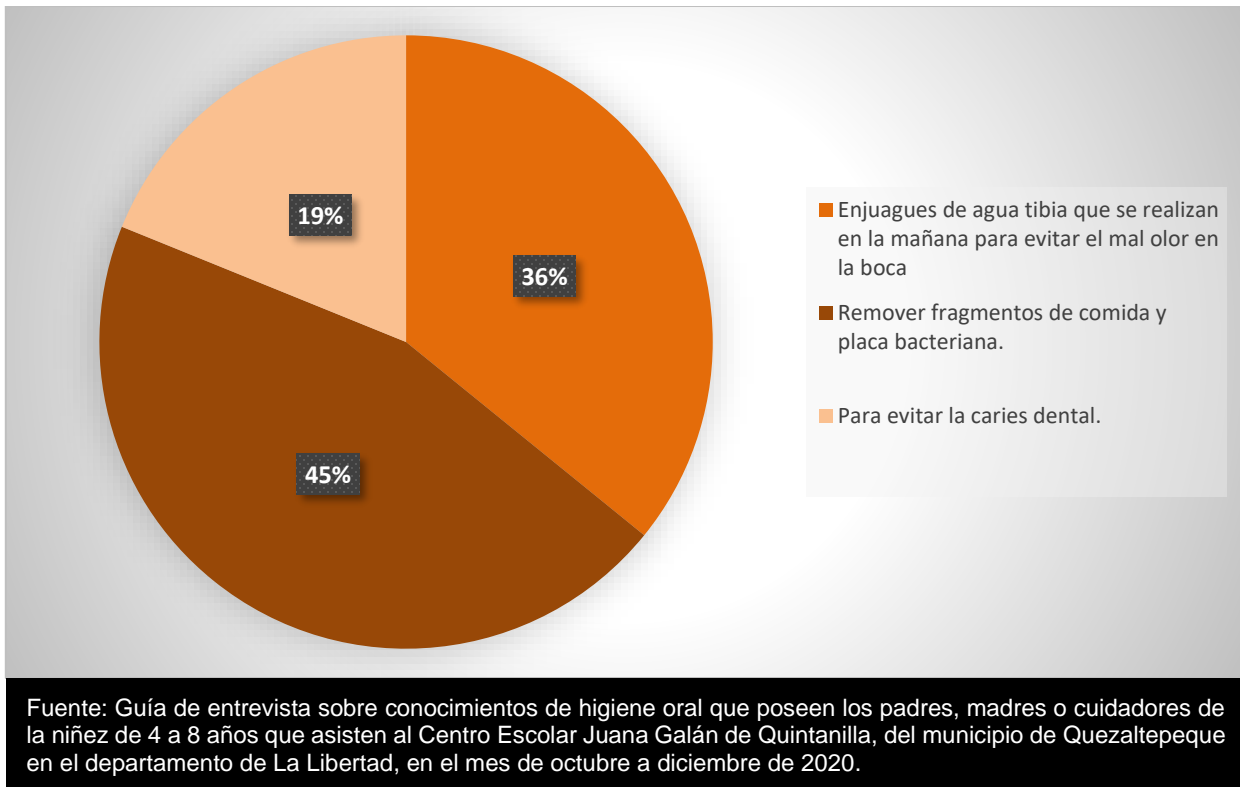


Fuente: Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: En cuanto a los conocimientos sobre la cantidad de hilo dental del total de las/os entrevistadas/os el 87% no conocen la cantidad, mientras un 13% si lo conoce.

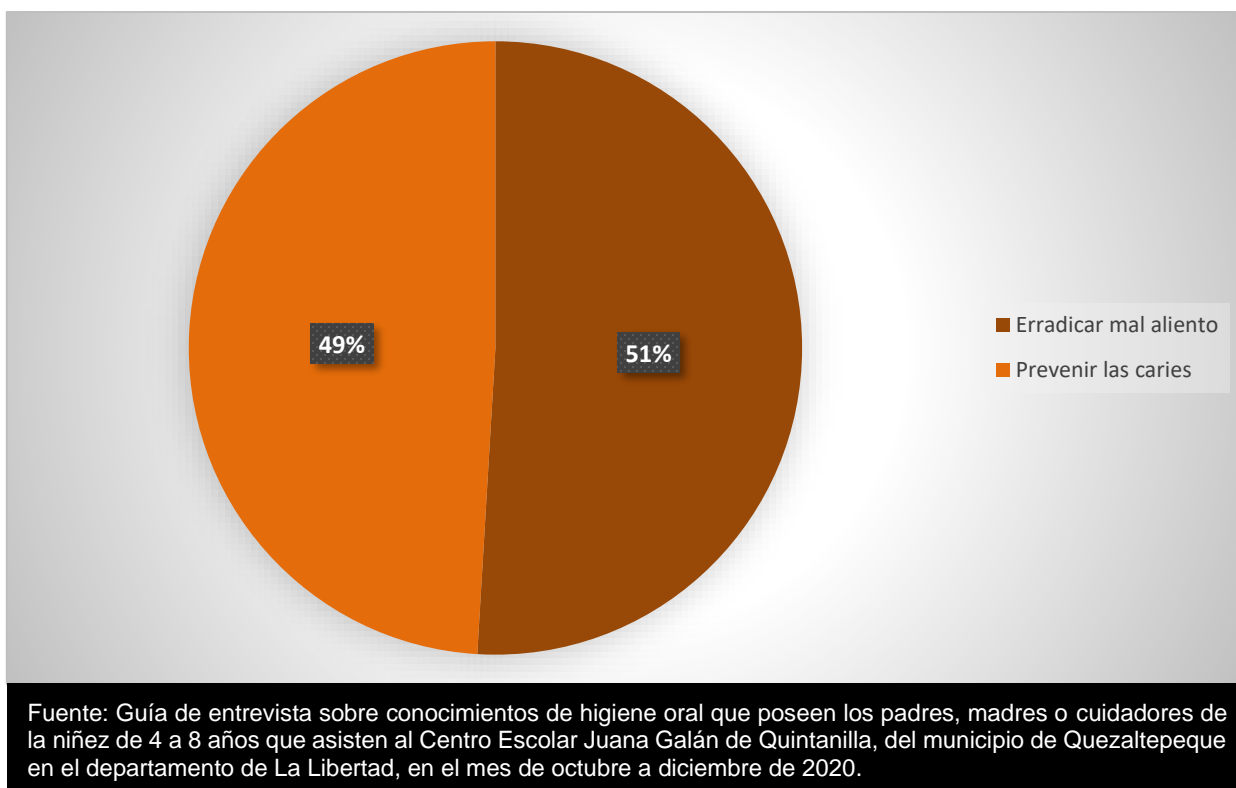
D) Enjuague bucal.

Gráfico 15: Definición de enjuague bucal.



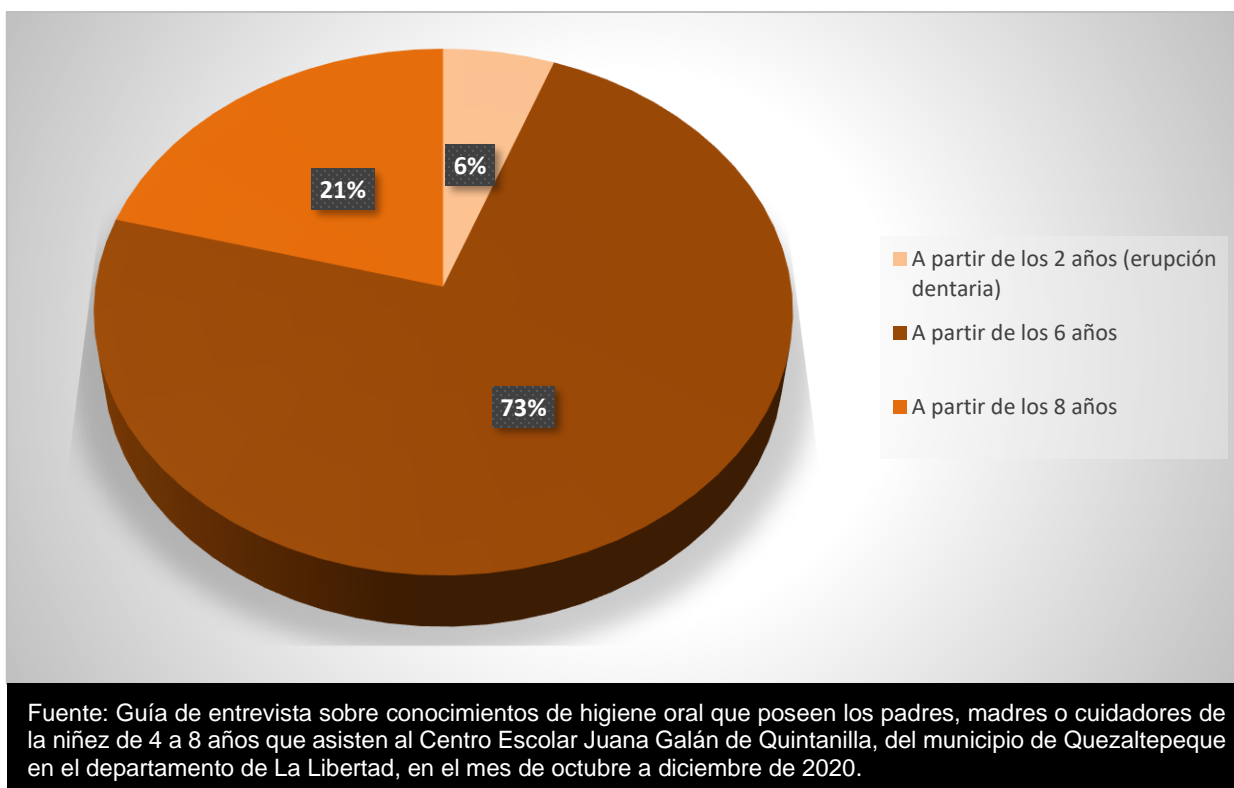
Interpretación: Al indagar sobre el conocimiento que tenían acerca de la definición de enjuague bucal, el 45% de los entrevistados/as si lo conocen mientras el 55% no lo conocen.

Gráfico 16: Conocimiento de la función del enjuague bucal.



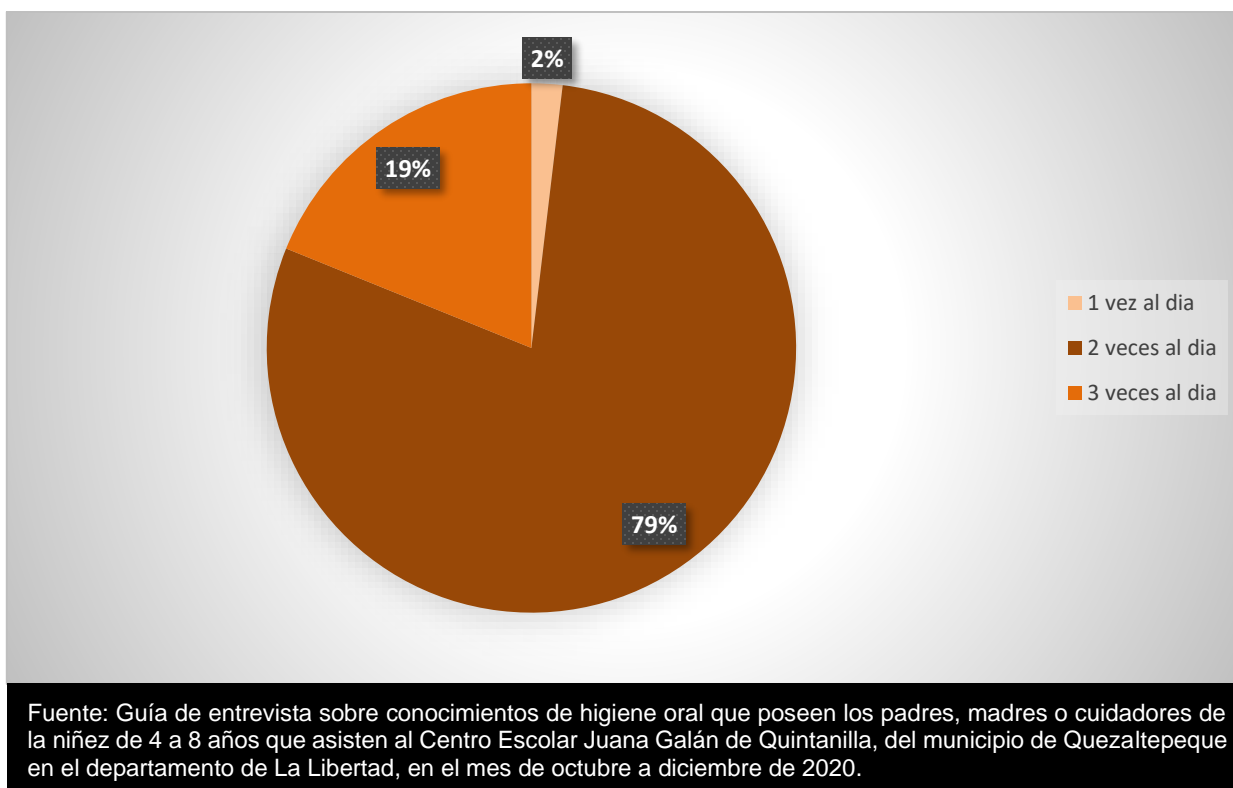
Interpretación: En cuanto a la función del enjuague bucal el 51% no conocen y el 49% si lo conocen.

Gráfico 17: Edad a la que se comienza a utilizar los enjuagues bucales.



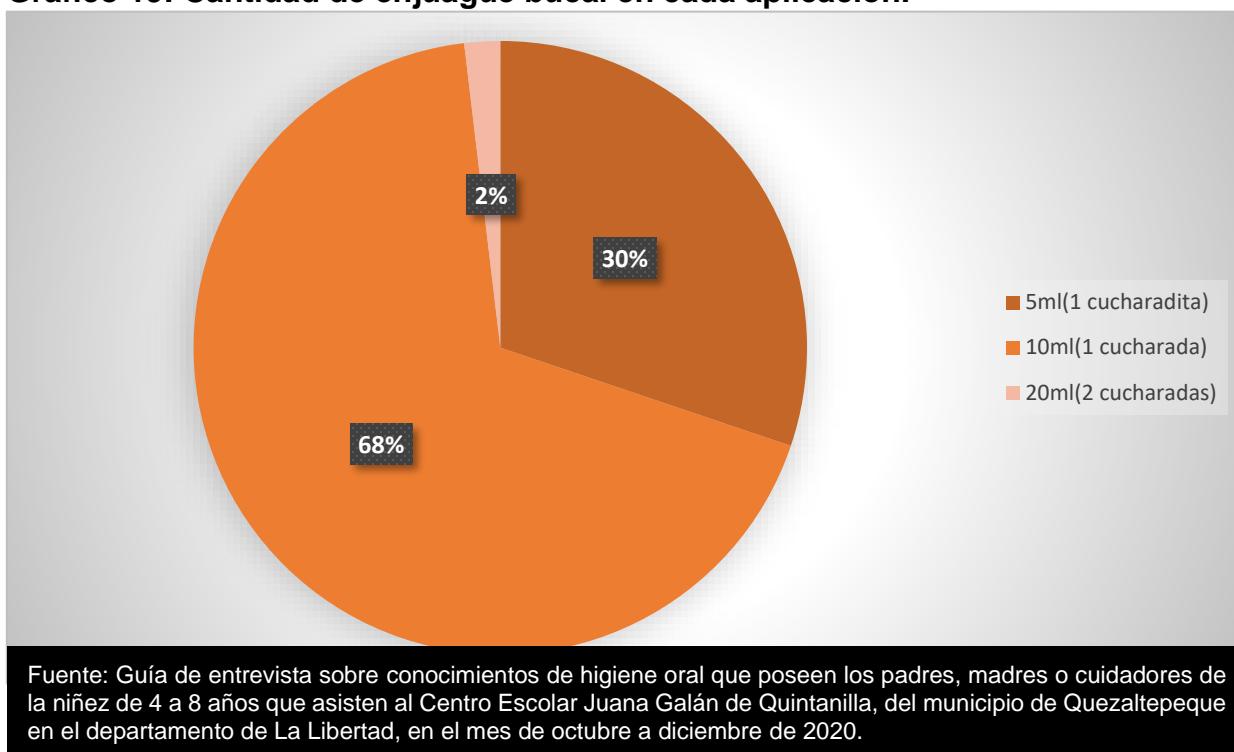
Interpretación: Según el conocimiento que tienen los/as entrevistados/as sobre la edad en que se debe comenzar a aplicar los enjuagues bucales el 73% si conocen que es a partir de los 6 años, mientras que el 29% no lo conocen.

Gráfico 18: Número de veces al día que se utilizan los enjuagues bucales.



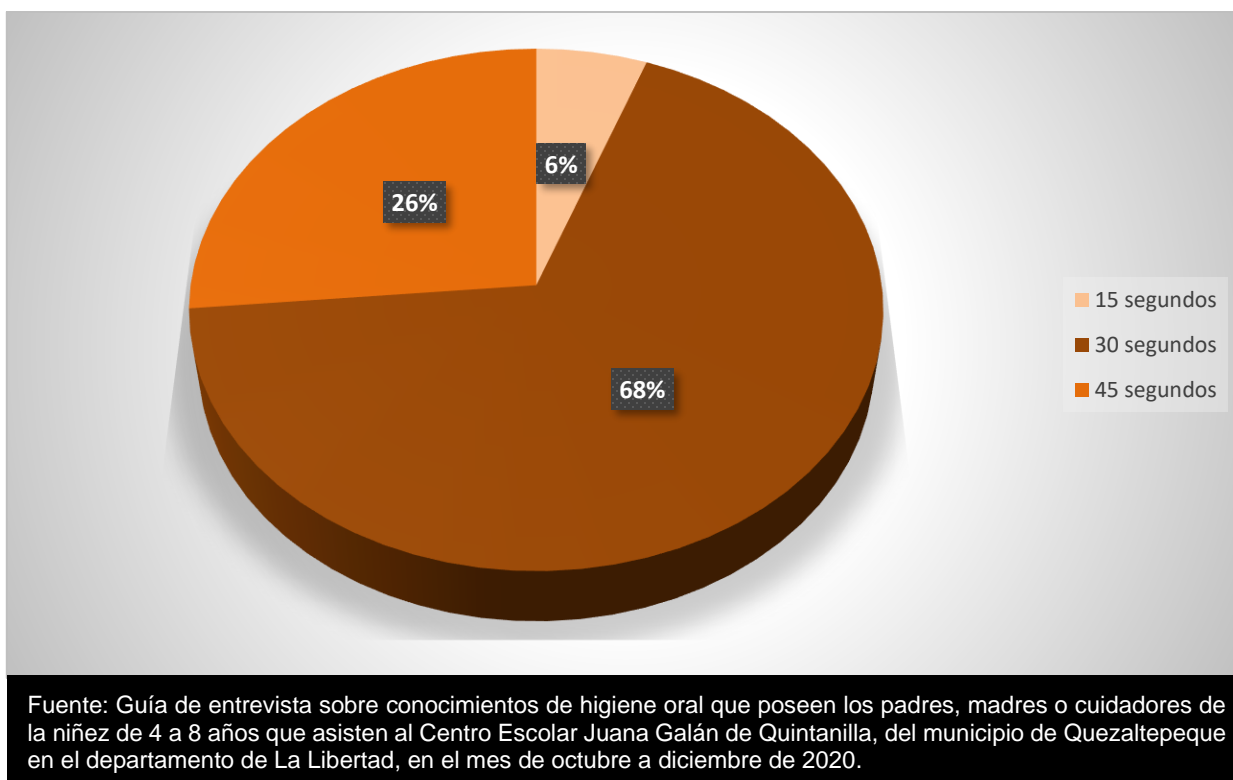
Interpretación: En cuanto a los datos en la teoría sobre la aplicación de enjuagues bucales del total de entrevistados/as el 79% conocen que debe de ser aplicado 2 veces al día mientras un 19% 3 veces al día y un 2% expresa que 1 vez al día.

Gráfico 19: Cantidad de enjuague bucal en cada aplicación.



Interpretación: Con relación al conocimiento que los/as entrevistados/as tienen sobre la cantidad de enjuague bucal a emplear, el 68% si conocen que se debe emplear 10ml en cada aplicación, un 30% utiliza 5ml y un 2% 20ml.

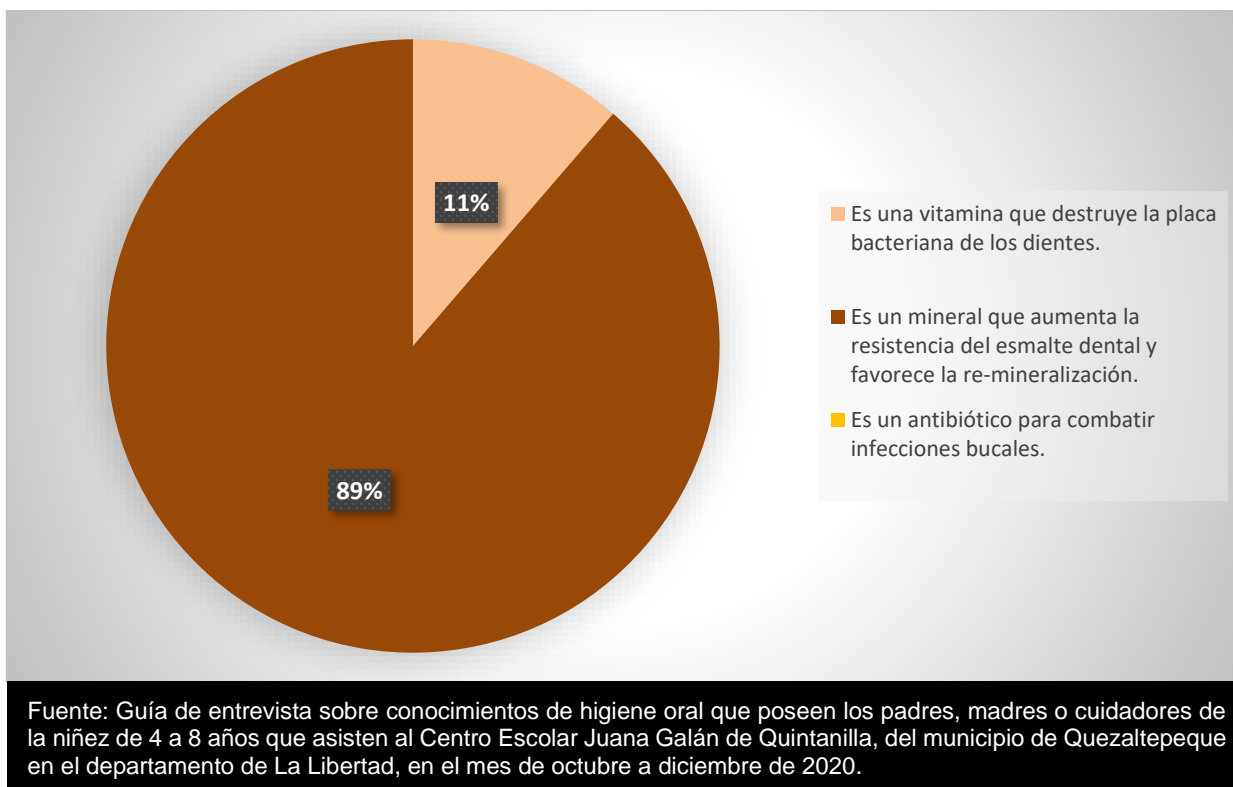
Gráfico 20: Tiempo de duración de la realización del enjuague bucal.



Interpretación: Con respecto al tiempo de duración de la realización del enjuague bucal en los/as niños/as del total de entrevistados/as el 68% si conocen que debe tener una duración de 30 segundos, mientras el 26 expresa que 45 segundos y un 6% que 15 segundos lo cual es incorrecto según la información obtenida.

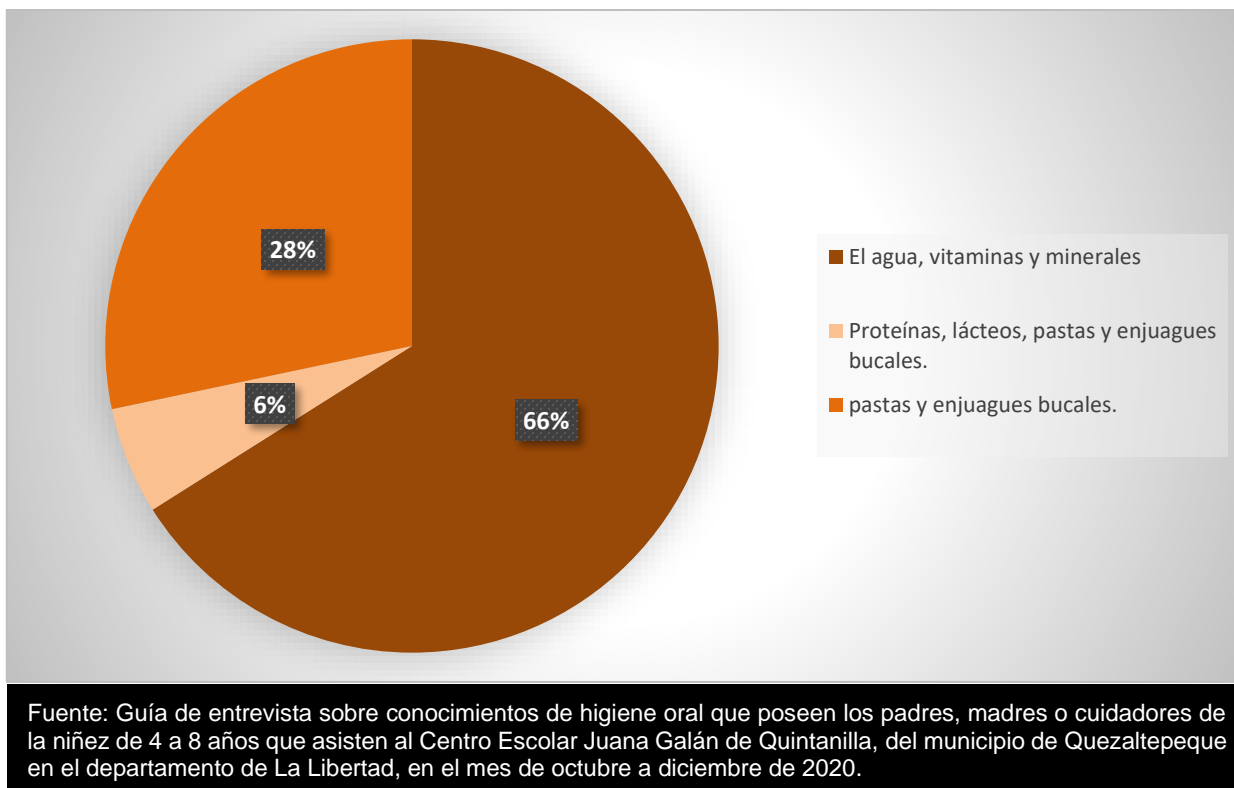
E) Flúor.

Gráfico 21: Conocimiento sobre el flúor.



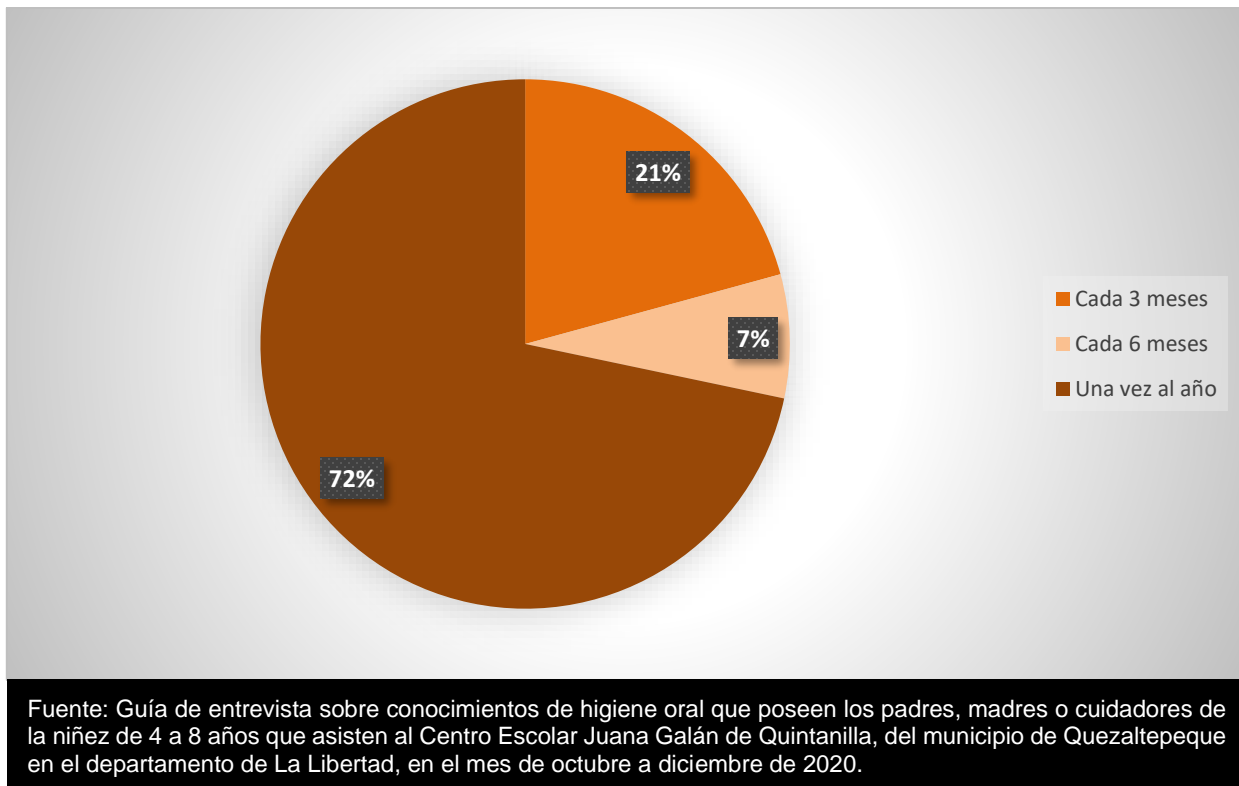
Interpretación: En cuanto al conocimiento sobre la definición del flúor del total de entrevistadas/os el 89% si conoce que el flúor es un mineral que aumenta la resistencia del esmalte dental y favorece la re-mineralización; mientras un 11% responde que es una vitamina que destruye la placa bacteriana de los dientes.

Gráfico 22: Conocimiento sobre las fuentes principales de flúor.



Interpretación: En cuanto a las fuentes principales de flúor del total de entrevistados/as el 94% no las conocen mientras un 6% si conocen que son las proteínas, lácteos, pastas y enjuagues bucales.

Gráfico 23: Periodicidad de aplicación de flúor en los/as niños/as.



Interpretación: Del total de las personas entrevistadas solo el 7% conocen que el flúor en los/as niños/as debe aplicarse directamente cada 6 meses mientras un 21% cada tres meses y el 72% asegura que 1 vez al año.

F) DIETA ANTICARIOGÉNICA Y CARIOGÉNICA.

Tabla N° 3: Aseveraciones verdaderas o falsas sobre dieta anticariogénica y cariogénica

Aseveración	Frecuencia %	
	V	F
El calcio y la vitamina D, disminuyen la re-mineralización de los dientes.	12.6%	6.1%
Consumir lácteos entre comidas (leche, yogur, quesos) aumenta el riesgo de caries dental.	12.0%	7.1%
Los alimentos fibrosos (apio, manzanas, zanahorias) por su dureza, aumentan el riesgo de caries dental.	12.6%	6.1%
Masticar chicle sin azúcar por periodos prolongados produce caries dental.	8.2%	12.7%
Los alimentos pegajosos y viscosos tienen menor riesgo de producir caries dental si se consumen entre las comidas.	9.1%	11.3%
El consumo de carbohidratos en los tiempos de comida favorece la prevención de caries dental.	10.4%	9.4%
La dieta anticariogénica es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables que favorecen la aparición de caries	6.3%	15.7%
Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos ricos en hidratos de carbono, mayor será el potencial anticariogénico (prevención de caries) de éstos	11.6%	7.6%
Las bebidas azucaradas, galletas, chocolates no producen caries siempre y cuando se consuman durante las primeras horas del día.	3.1%	20.2%
Las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la re-mineralización del esmalte dental.	14.1%	3.8%
Total	100%	100%

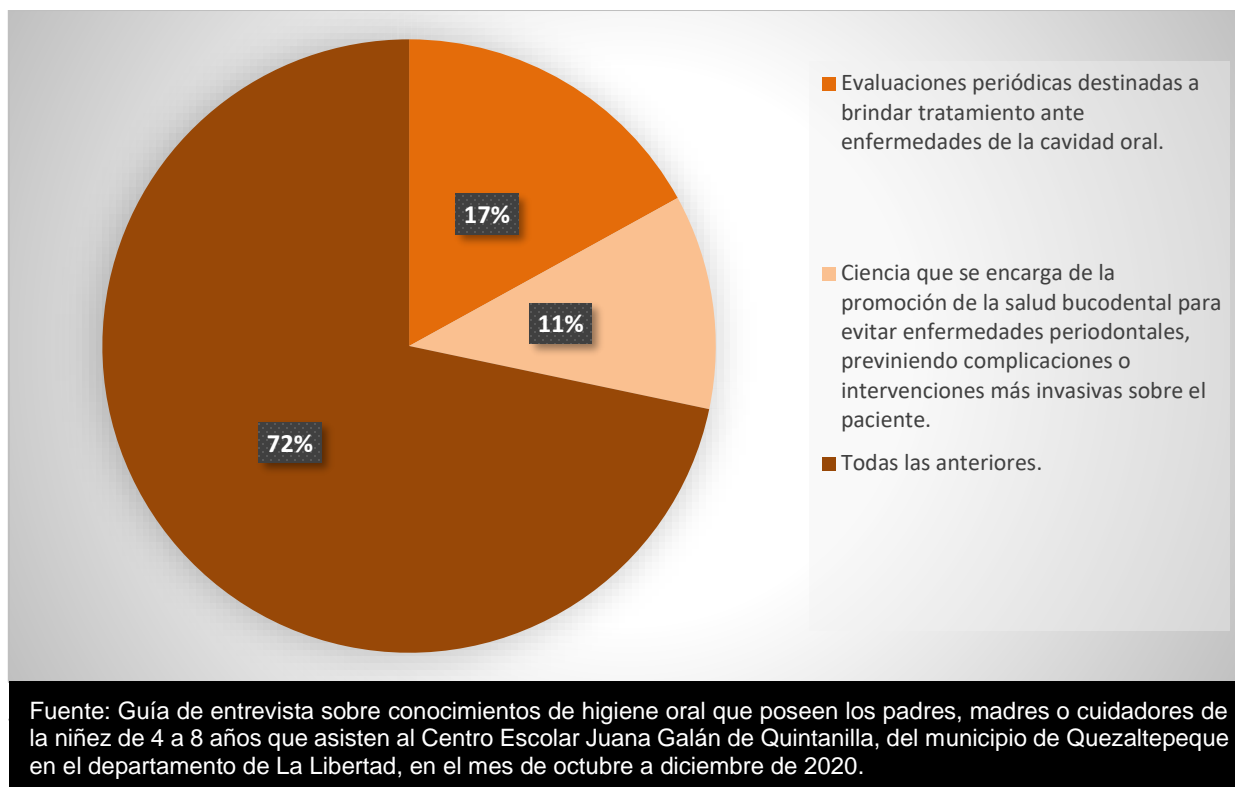
Fuente: Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: En cuanto al conocimiento de dieta anticariogénica y cariogénica 20.2% de las personas entrevistadas respondieron que es falso que las bebidas azucaradas, galletas, chocolates no producen caries dental siempre y cuando se consuman durante las primeras horas del día mientras el 3.1% asegura que es verdadero. Así también el 15.7% asegura que es falso que la dieta anticariogénica es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables que favorecen la

aparición de caries; además el 14.1% de los entrevistados aseguraron que las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar por su acidez favorecen la remineralización del esmalte dental y un 3.8% respondieron que es falso, también el 12.8% respondieron que es falso que el masticar chicles por periodos prolongados produce caries y el 8.2% expresó que es verdadero.

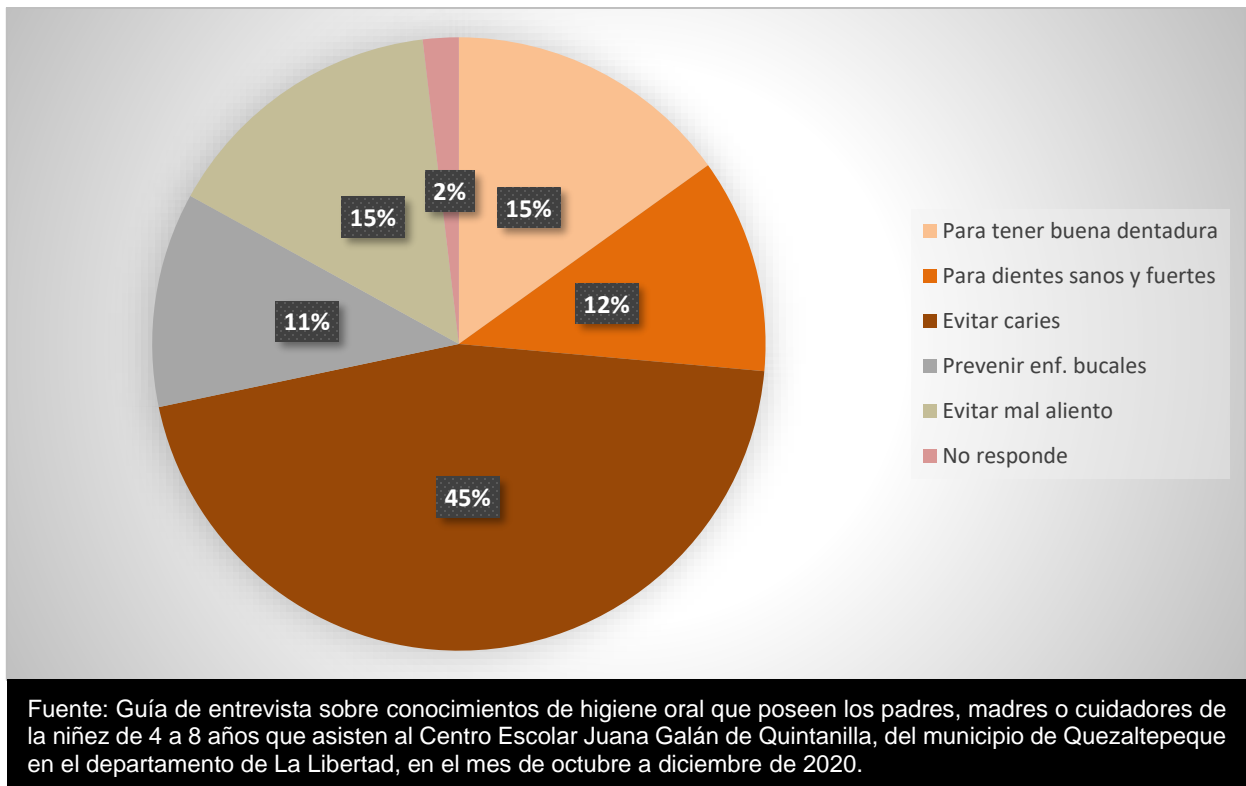
G) CONTROL ODONTOLÓGICO.

Gráfico 24: Conocimiento sobre definición de odontología preventiva



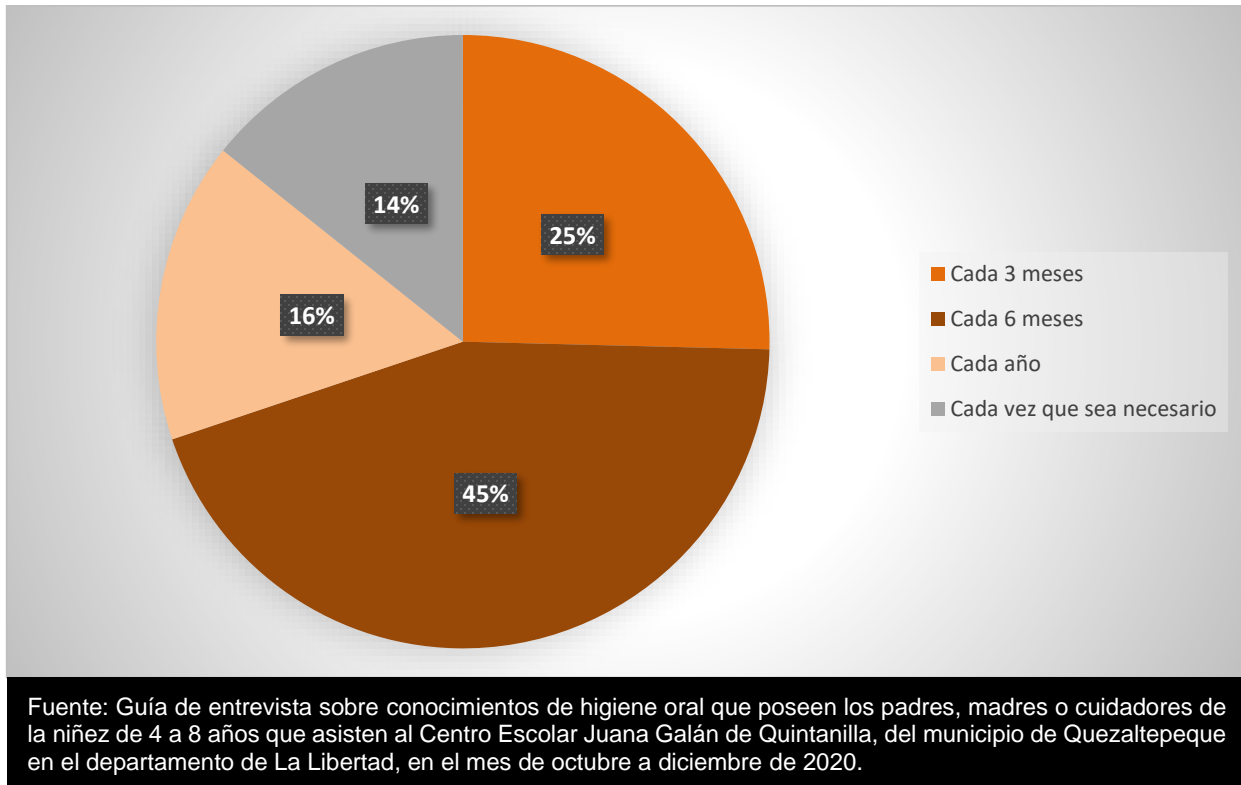
Interpretación: Al indagar sobre la definición de odontología preventiva solo el 11% conoce que es la ciencia que se encarga de la promoción de la salud bucodental para evitar enfermedades periodontales mientras un 89% no conocen sobre la definición de odontología preventiva.

Gráfico 25: Importancia de asistir a control odontológico.



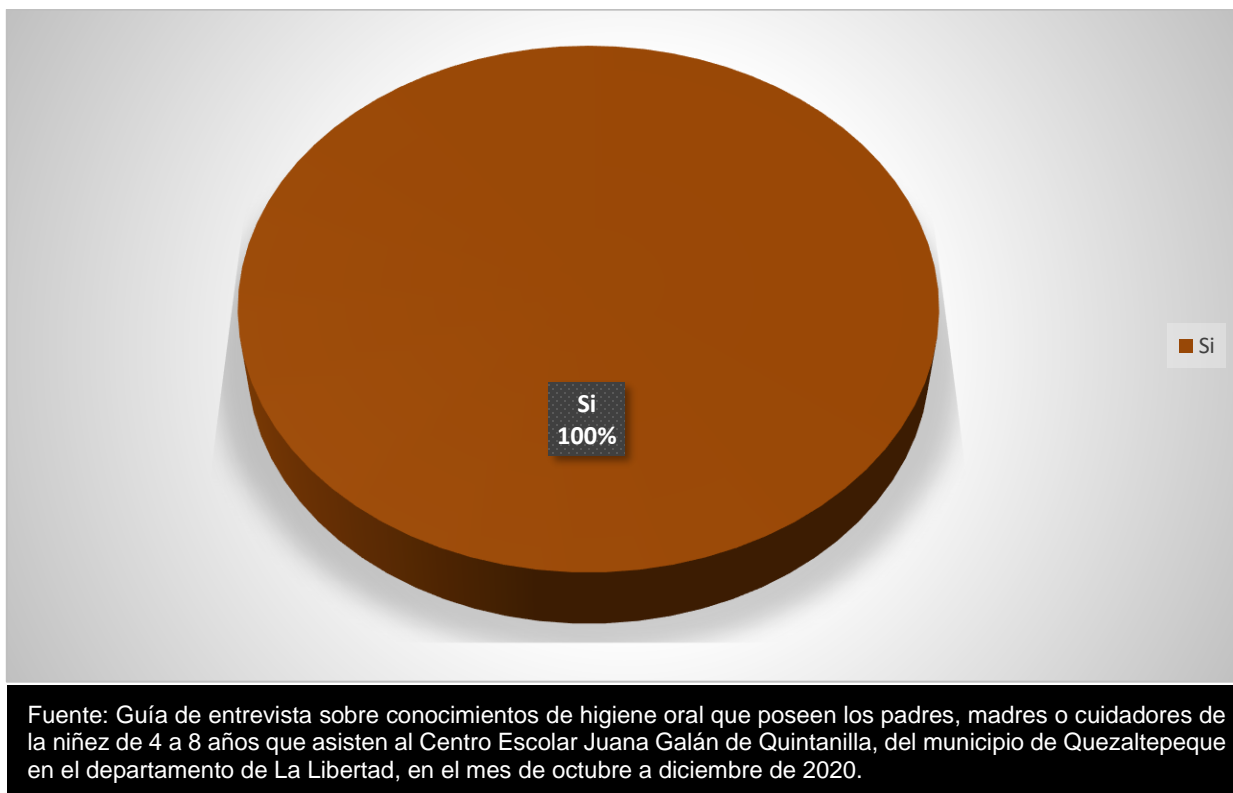
Interpretación: Del total de las/os entrevistadas/os el 45% conoce que la importancia de recibir controles odontológicos es para evitar caries, el 30% para tener buena dentadura y evitar el mal aliento, un 12% para tener dientes sanos y fuertes, un 11% prevenir enfermedades bucales y un 2% no respondió.

Gráfico 26: Conocimiento de la periodicidad de los controles odontológicos en los/as niños/as.



Interpretación: Al indagar sobre la frecuencia con la que los/as niños/as deben asistir a control odontológico el 45% conocen que debe ser cada seis meses, mientras el 25% refiere que cada tres meses, un 16% que cada año y un 14% las veces que sea necesario.

Gráfico 27: Conocimiento sobre las lesiones que ocasionan las malas técnicas del cepillado dental.



Interpretación: Según los datos el 100% de las personas entrevistadas conocen que el tener una mala técnica del cepillado dental puede ocasionar lesiones.

Tabla N° 4: Conocimiento de problemas bucodentales por una mala higiene oral.

Conocimiento de problemas bucodentales por una mala higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Caries	50	38.7%
Mal aliento	41	31.8%
Sarro	25	19.3%
Gingivitis	10	7.8%
Dientes mal alineados	1	0.8%
Postemillas	1	0.8%
Periodontitis	1	0.8%
Total	129	100%

Fuente: Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Dentro de los problemas bucodentales causados por una mala higiene el 38.7% de los/as entrevistados/as menciona las caries dentales, seguido de un 31.8% que refiere puede ocasionar mal aliento, un 19.3% sarro, un 7.8% gingivitis y un 2.4% manifiesta que puede ocasionar dientes mal alineados, postemillas y periodontitis respectivamente.

Tabla 5: Conocimiento global sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez que asiste al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

Nivel de Conocimiento	Significado	Puntaje	Frecuencia %
CA	Conocimiento alto	8.0-10.0	0%
CM	Conocimiento medio	5.1-7.99	43%
CB	Conocimiento bajo	Menor de 5	57%

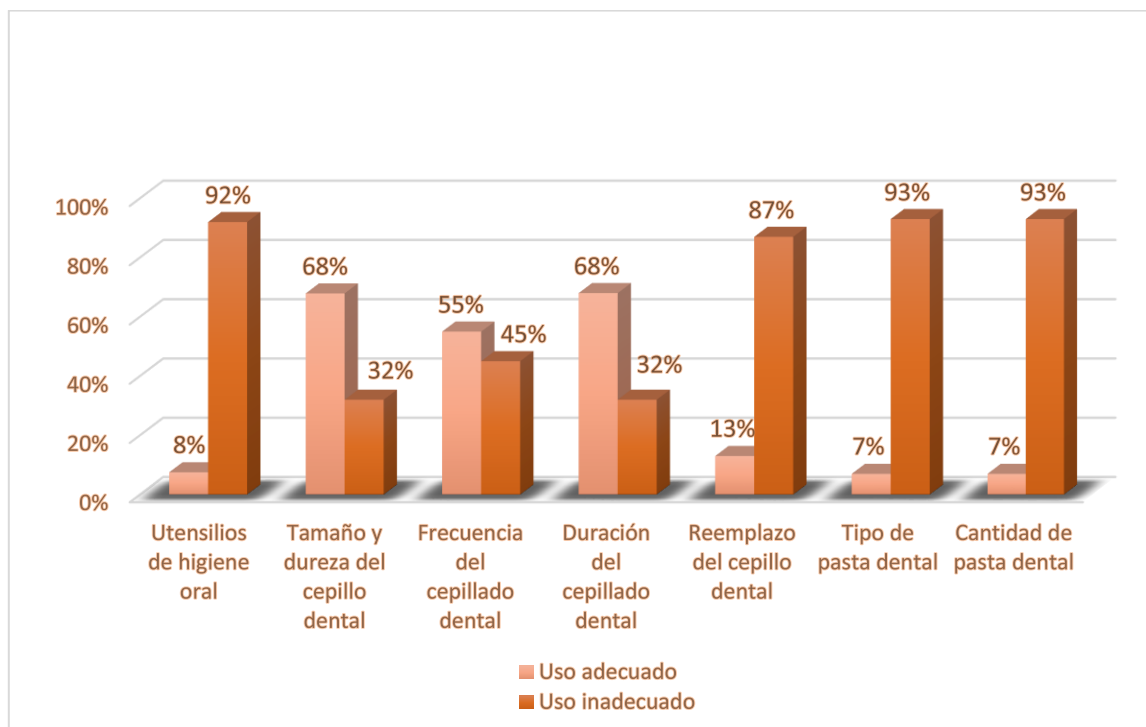
Fuente: Guía de entrevista sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: En la tabla anterior se registran los datos obtenidos referentes a los conocimientos sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez en estudio, en cuanto a la distribución porcentual se observa que más de la mitad de los/as entrevistados/as poseen conocimientos bajos, cifra que representa la mayoría en este caso, mientras que el 43% ha obtenido una clasificación de conocimientos medio, sin embargo, es mucho más significativo que ninguno de los entrevistados alcanzó una calificación alta en esta escala. Estos datos dejan al descubierto la razón por la cual las enfermedades bucodentales prevenibles siguen siempre estando en las estadísticas, colocando a la caries dental en la cabeza de todas.

5.2 Gráficos del cuestionario sobre prácticas de higiene oral

B. Instrumentos y utensilios de higiene oral.

Gráfico N° 28 Uso de instrumentos y utensilios de higiene oral.

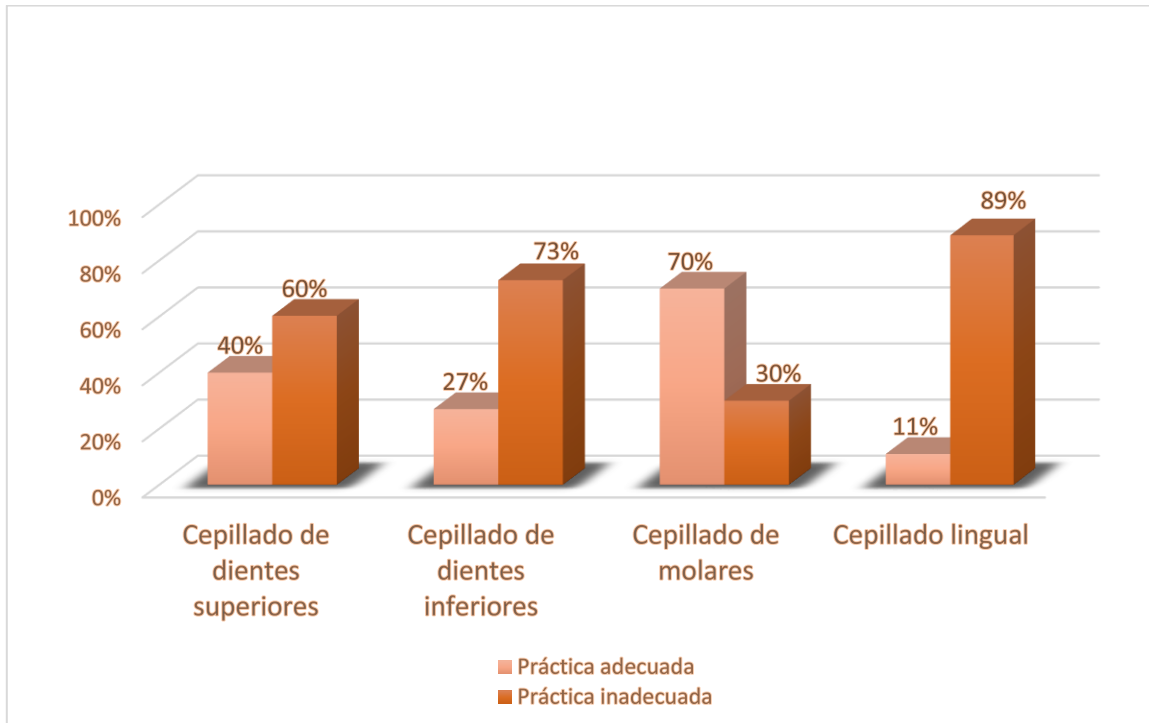


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Según los datos obtenidos el 92% de la población no utiliza todos los utensilios de higiene oral necesarios para garantizar una adecuada higiene oral, pues utilizan casi en su totalidad solo el cepillo y pasta dental. Con respecto a la frecuencia con la que cambian el cepillo dental el 87% de la población reemplazan el cepillo después de los 4 meses de uso, de igual forma el tipo y la cantidad de pasta dental que deben utilizar con los niños según su edad el 93% lo realiza de forma inadecuada. Puede observarse que el 68% de los niño/as utilizan el tamaño y dureza adecuada según la edad de los niño/as. Los resultados anteriores son directamente proporcionales al nivel educativo que los padres, madres y/o responsables expresaron tener.

5.2.3 Técnicas del cepillado dental

Gráfico N° 29 Uso de las técnicas de cepillado dental.

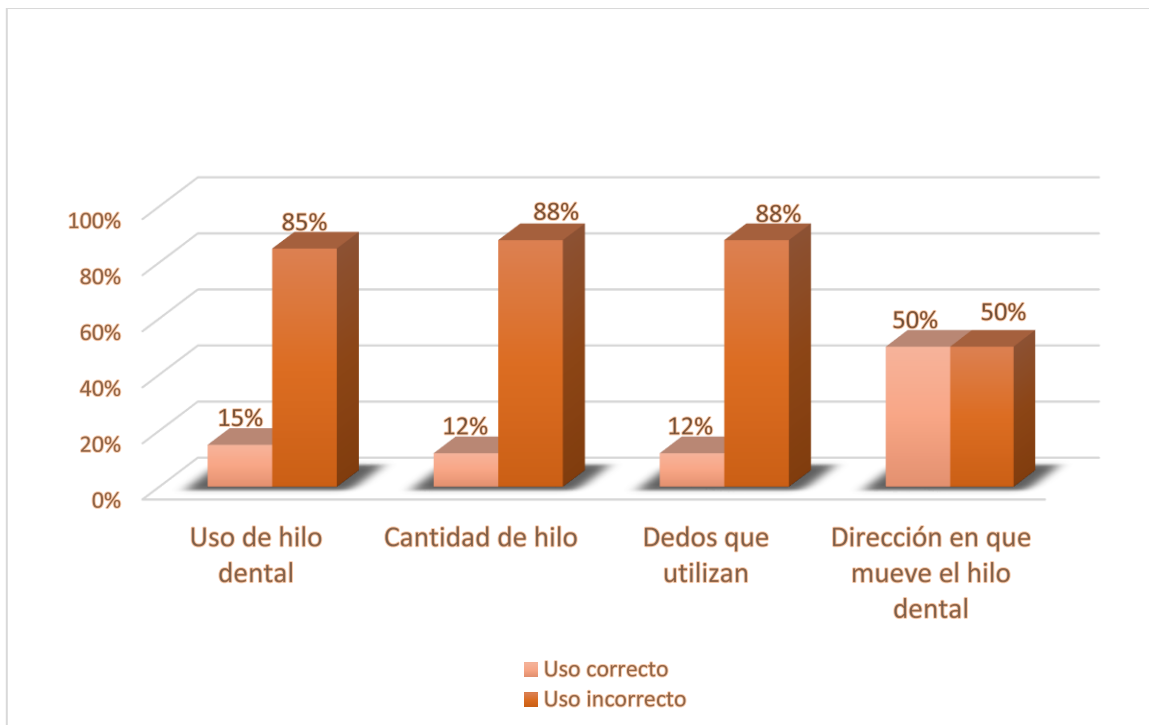


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: La gráfica anterior muestra resultados sobre la práctica del cepillado dental, al contrastar la teoría de las diferentes técnicas de cepillado dental se evidencia que el 60% de los/as encargados/as de la niñez en estudio no realiza bien el cepillado dental en los dientes superiores y el 73% no realiza de forma adecuada la limpieza de los dientes inferiores de los/as niños/as, además, se observa que el 89% de los entrevistados realiza de forma inadecuada el cepillado de la lengua

5.2.4 Hilo dental.

Gráfico N° 30 Uso del hilo dental.

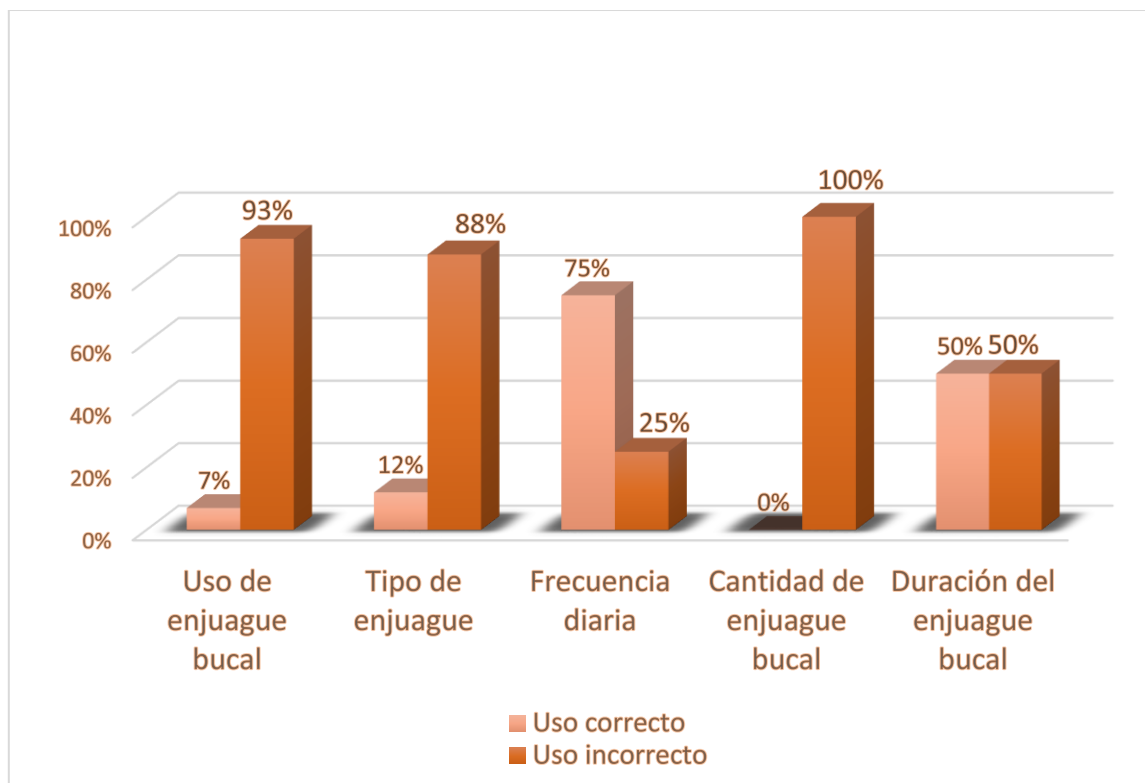


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Los datos anteriores muestran las prácticas que los padres, madres o responsables realizan con la niñez con respecto al uso del hilo dental, se evidencia cómo el 85% de la población no utilizan hilo dental en los/as niños/as, además, del 15% que manifestó utilizar hilo dental en los/as niños/as, el 88% no utiliza la cantidad adecuada del mismo ni utilizan los dedos adecuados que la técnica describe, con respecto a la dirección en que mueven el hilo en el espacio interdental la mitad de ellos lo direcciona de la manera adecuada.

5.2.5 Enjuagues o colutorios

Gráfico N° 31 Uso de enjuagues o colutorios.

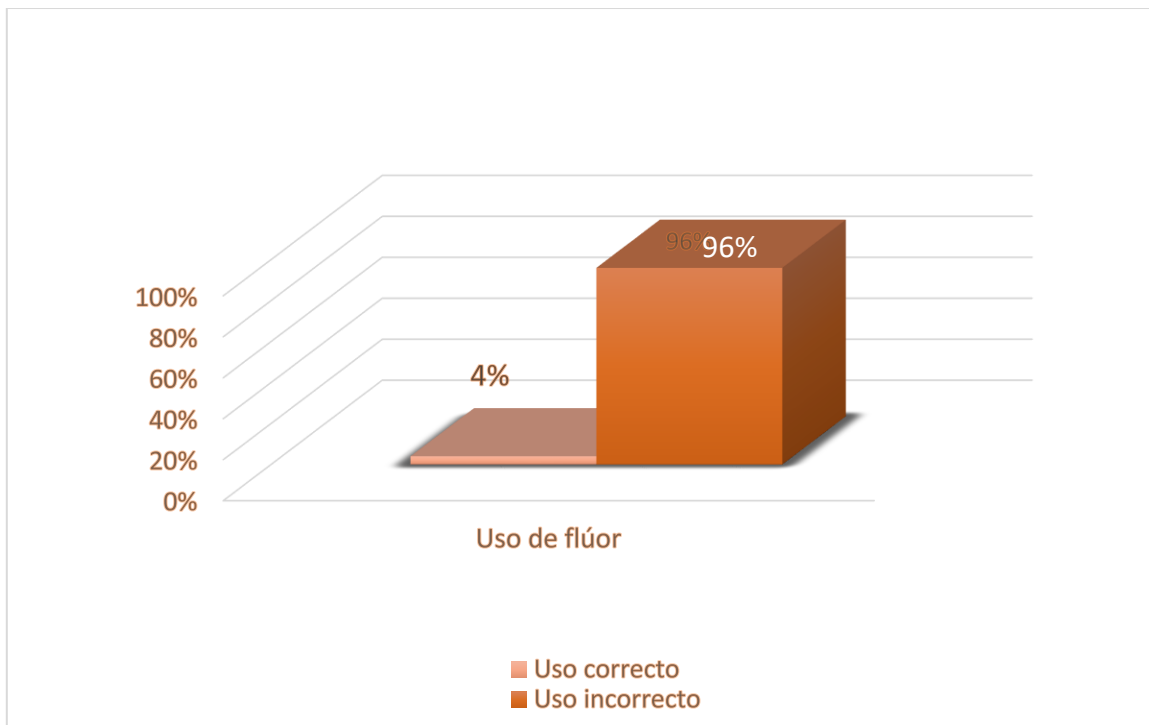


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Los datos anteriores demuestran que el 93% de la población entrevistada no emplea enjuagues bucales en la niñez, del 7% que si utiliza enjuagues bucales el 88% no utilizan un enjuague bucal adecuado para la edad de los/as niños/as, además, el total de padres/madres no utilizan la cantidad adecuada de enjuague bucal, con respecto a la frecuencia en que es utilizado 75% lo utiliza 2 veces al día como recomiendan los profesionales, asimismo, la mitad de ellos realizan el enjuague bucal en la niñez durante 30 segundos, tiempo recomendado por los profesionales de la odontopediatría.

5.2.6 Flúor

Gráfico N° 32. Uso de flúor.

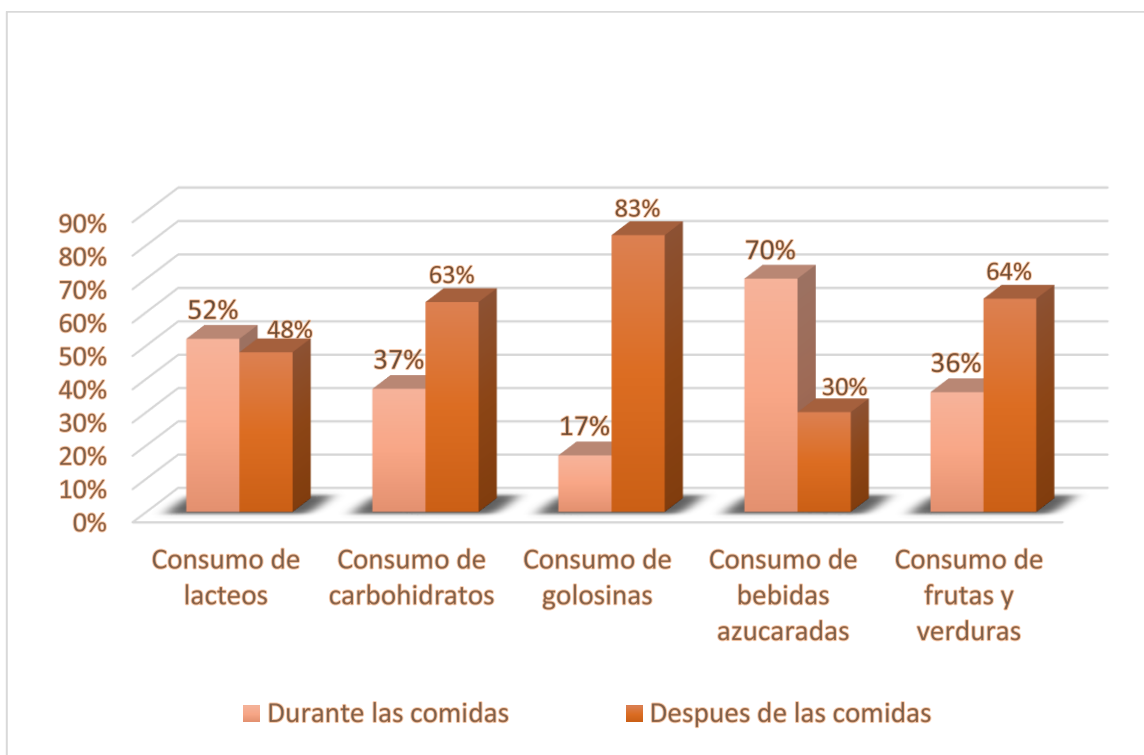


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Según el gráfico anterior solo el 4% de los padres, madres o responsables afirman utilizar flúor de forma tópica en los niños, además manifiestan que no aplican el flúor de forma directa a sus dientes, sino que consideran que la única fuente de flúor es a través de la pasta dental ignorando los alimentos como una fuente natural de flúor.

5.2.7 Dieta anticariogénica y cariogénica.

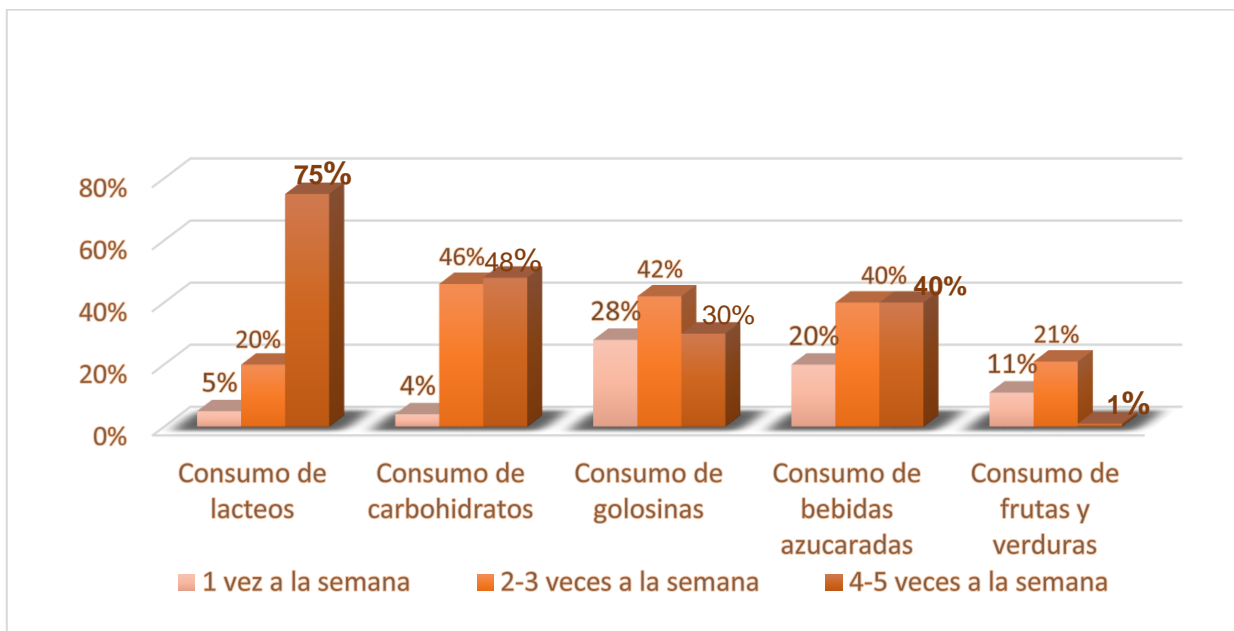
Gráfico N° 33. Momento de consumo de los alimentos cariogénicos y anticariogénicos.



Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: La gráfica anterior muestra la distribución porcentual del momento en que los/as niños/as consumen los diferentes tipos de alimentos, los cuales dependiendo de su naturaleza se clasifican en anticariogénicos y cariogénicos, el momento en que se consuman estos alimentos es determinante para la remineralización o deterioro del esmalte dental, considerando lo anterior, se observa que la dieta de los/as niños/as posee un alto riesgo cariogénico ya que 83% consume golosinas, seguido del 63% de niño/as que consumen carbohidratos y el 30% de ello/as consumen bebidas azucaradas todo lo anterior, después de las comidas, dejando por debajo a las cifras que representan el consumo de alimentos anticariogénicos ya que solo el 48% de la población consume lácteos y un 64% consume frutas después de las comidas.

Gráfico N° 34. Frecuencia de consumo de los alimentos cariogénicos y anticariogénicos.

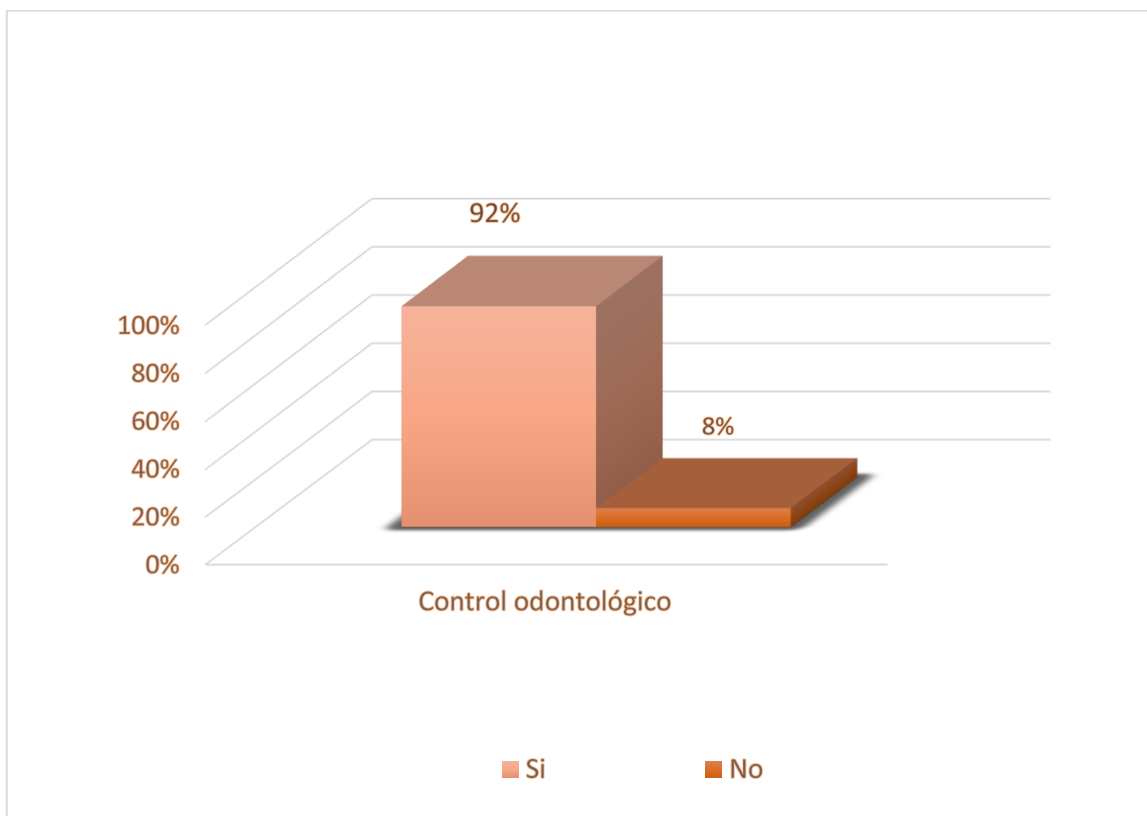


Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: La frecuencia del consumo de los alimentos de los diferentes grupos es importante pues esto determinará la salud de los dientes, como parte de la dieta anticariogénica es necesario el consumo de lácteos, frutas y verduras de consistencia dura con cierta frecuencia, la gráfica anterior muestra la distribución porcentual con respecto a la frecuencia en que los/as niños/as consumen los diferentes tipos de alimentos, con relación a los lácteos se puede observar que el 75% de niños/as tienen una dieta con alto consumo durante la semana como es lo recomendado, resultado opuesto al consumo de frutas y verduras, las cuales son consumidas en la frecuencia correcta solo por el 1% de la población y el resto de quienes si lo hacen, lo realizan muy pocas veces en la semana, además, también se observa que el 72% de los/as niño/as consumen golosinas frecuentemente variando de 2 a 5 veces a la semana cuando su consumo ideal debería de ser de 1 vez a la semana poniendo en riesgo a los/as niños/as de padecer caries dental, al igual que el consumo de bebidas azucaradas se observa que el 80% lo realiza de 2 a 5 veces al día.

5.2.8 Control Odontológico.

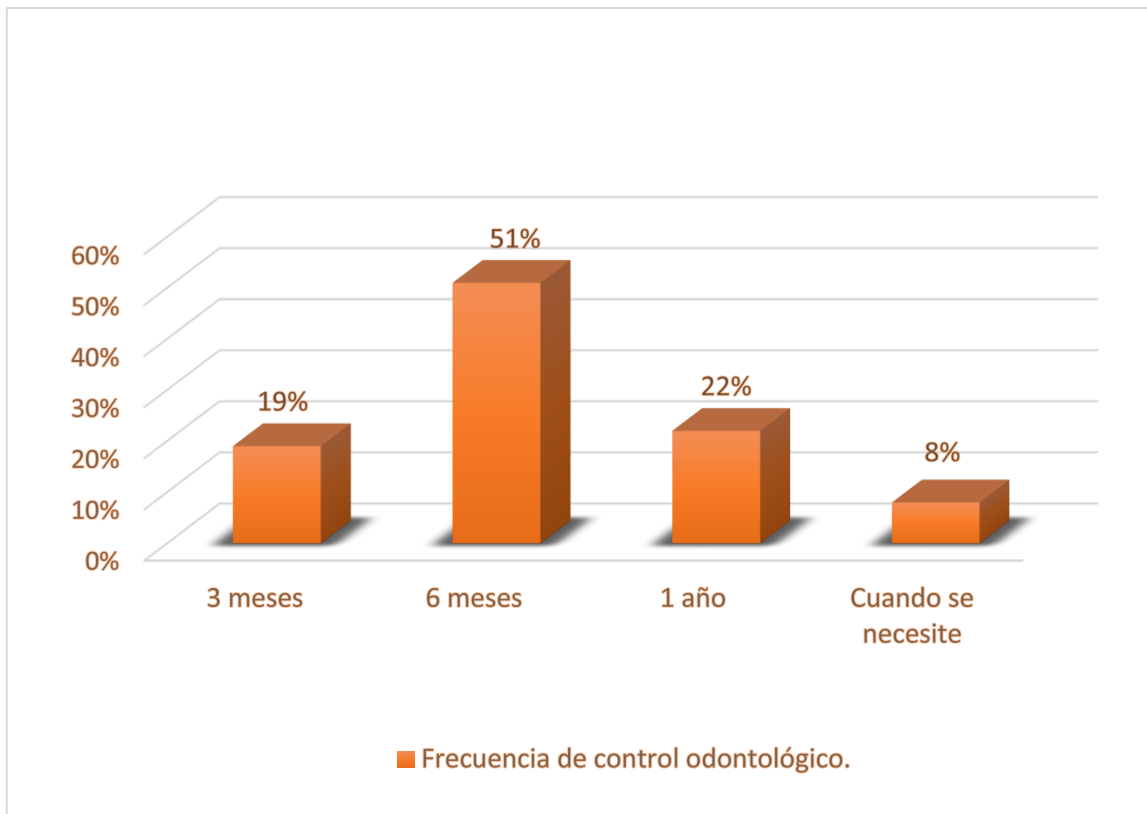
Gráfico N° 35. Asistencia a control odontológico.



Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: La gráfica anterior muestra que 92% de los padres, madres o responsables entrevistados afirman llevar a los/as niños/as a control preventivo con un odontólogo.

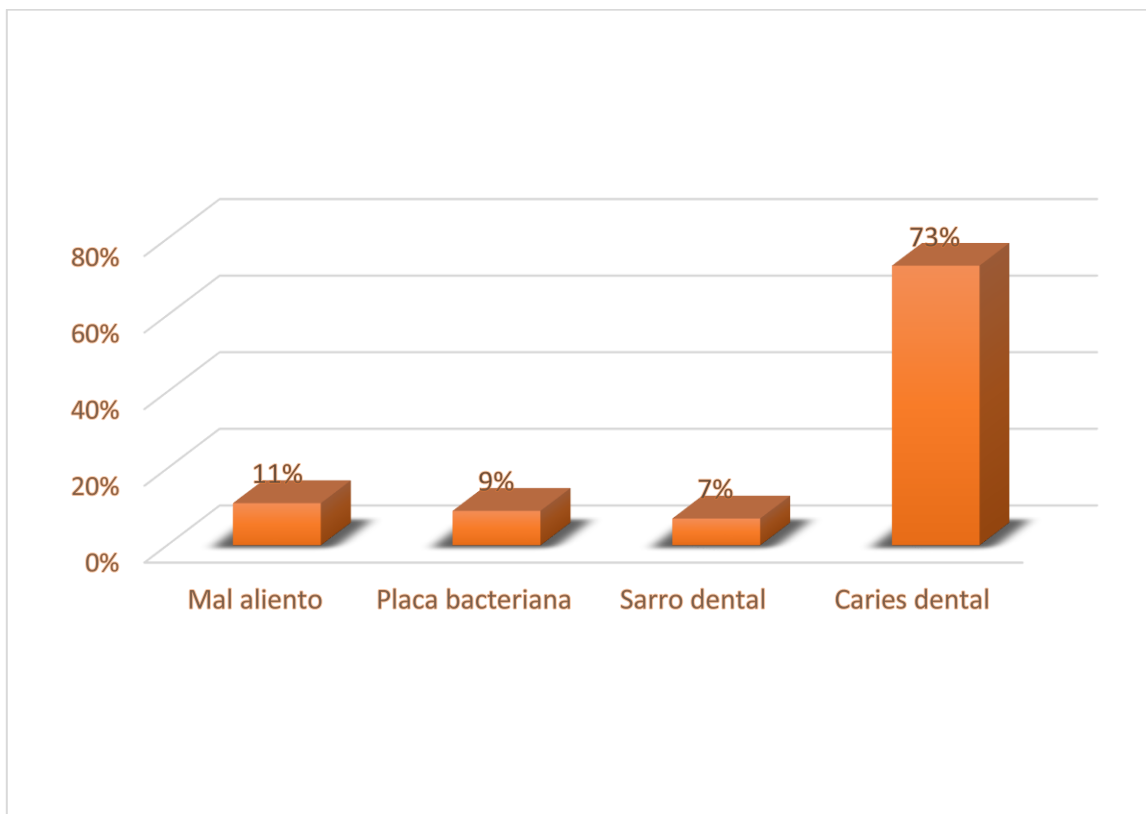
Gráfico N° 36. Frecuencia de control odontológico.



Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: La gráfica anterior nos muestra la distribución porcentual sobre la frecuencia con la que asisten los/as niños/as a control odontológico, puede observarse que el 51% de los/as niño/as asisten a su control odontológico cada seis meses, mientras que el 22% asisten 1 vez al año, puede apreciarse también que el 8% de los padres, madres o responsables manifestaron acudir al odontólogo solo cuando se requiere.

Gráfico N° 37. Historia de enfermedades bucodentales en los/as niños/as de 4 a menor de 8 años.



Fuente: Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Interpretación: Los datos anteriores muestran las enfermedades que los padres, madres o responsables manifiestan haber observado en la cavidad oral de los/as niños/as. En primer lugar, se visualiza que la enfermedad más frecuente es la caries dental con un 73%, en segundo lugar, se encuentra el mal aliento con un 11% seguido de la placa bacteriana y el sarro dental con 9 y 7% respectivamente.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Según los resultados obtenidos se evidencia que el cuidado de la niñez de 4 a 8 años está a cargo en más de la mitad por la madre lo que muestra un patrón cultural marcado que se ha inculcado en la población femenina desde muchos años atrás, siendo la responsabilidad casi total de los cuidados de la familia, así mismo, se identificó el involucramiento del padre en menos de la octava parte, siendo este un valor muy importante demostrando que el padre también desempeña un rol de cuidador, aunque en menor escala, también se completa con familiares cercanos como las tías, además más de tres cuartas partes de las y los participantes cuidadores son del género femenino, lo cual concuerda con otras investigaciones en las que siguen siendo las mujeres quienes se involucran en el cuidado y educación de los/as hijos/as, ya que son pocos los hombres involucrados en esta actividad reproductiva. También se trata de una población adulta joven pues la mayoría se encuentra en el rango de edades entre los 16 a 35 años, siendo su nivel educativo básico y educación media, se identificó que más de la mitad de la población son amas de casa, siendo las que más tiempo pasan con la niñez de 4 a 8 años, con respecto al sexo de los/as niños/as, más de la mitad son niñas, además la mayoría se encuentran entre las edades de 6 a 8 años de edad, así mismo, en más de la mayoría de los/as niños/as los encargados de realizar la higiene oral son los padres, madres o cuidadores.

Por otra parte, al analizar las dimensiones de conocimientos sobre los utensilios e instrumentos a utilizar para la higiene oral, se obtuvo que los conocimientos que poseen son altos, ya que conocen que para garantizar una higiene oral se necesita, agua, enjuague bucal, hilo dental, cepillo y pasta dental, sin embargo, al evaluar las prácticas la mayoría de ellos solo utilizan agua, cepillo y pasta dental, a esto le sumamos que el cepillo que la mayoría de los niños utiliza no es del tamaño adecuado y lo reemplazan fuera del tiempo correcto, además, el tipo de pasta dental y la cantidad que utilizan no es la adecuada para la edad de los/as niño/as

Con respecto a los conocimientos de las técnicas del cepillado, casi el total de la población las desconoce por completo, este resultado puede verse reflejado en

forma proporcional con respecto a las prácticas que realizan, al igual que con el hilo dental, desconocen la técnica a utilizar y de la misma forma al evaluar la práctica casi el total no lo utilizan, y el mínimo porcentaje de personas que si lo utilizan, puede que lo realicen de manera inadecuada, además, se observa el mismo comportamiento referente a los enjuagues bucales y flúor, presentan un bajo conocimiento el cual es directamente proporcional con respecto a la práctica, es decir, no lo realizan.

En cuanto a la dieta cariogénica se observa que los conocimientos que poseen son bajos, pues desconocen qué alimentos ayudan a remineralizar el esmalte dental y cuáles alimentos lo dañan, además, esto se ve reflejado en las prácticas que realizan con respecto a la dieta, pues los alimentos que consumen los/as niños/as podrían hacerlo de forma indiscriminada independientemente si los consumen durante las comidas o entre las comidas.

Con respecto al control odontológico la mayoría asegura que se debe asistir cada 6 meses, al momento de evaluar la práctica se observa que la mayoría de los/as responsables afirman llevar a los/as niños/as a control odontológico cada seis meses, casi el total de la población manifiesta que la mala técnica del cepillado dental puede afectar la salud oral y así mismo, también tres cuartas partes de los/as niños/as han padecido caries dental.

Resulta interesante indagar sobre los conocimientos que poseen los responsables de la niñez y además poder hacer una valoración de las prácticas que están realizando, pues se demuestra que a menor conocimiento poseen los cuidadores, las técnicas que se deben emplear para garantizar la salud oral se realizan de manera más deficiente, lo que al final se traducirá en nuevos casos de caries dental, halitosis, cálculos dentales, sarro e incluso pérdida de la pieza dental, además, el bajo nivel educativo de los padres, madres o cuidadores influirá en las enseñanzas que se transmiten de generación en generación con respecto al tema

CONCLUSIONES.

De acuerdo con los datos evidenciados en los resultados anteriores se concluye que:

- El nivel de conocimientos sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez en estudio son bajos. Al analizar los resultados de cada una de las dimensiones se determinó que casi en su totalidad el nivel de conocimientos de las dimensiones evaluadas fue bajo. Además, al indagar sobre el nivel de los conocimientos que poseen los responsables de la niñez se realizó una valoración de las prácticas que realizan y se demostró que a menor conocimiento poseen los cuidadores, las técnicas que se deben emplear para garantizar la salud oral las realizan de manera deficiente.
- Entre las prácticas saludables de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años se incluye en primer lugar el uso de utensilios e instrumentos de higiene oral, tales como el cepillo dental, pasta dental y agua, sin embargo, no utilizan todos los elementos que se necesitan para garantizar una correcta higiene oral, en segundo lugar se encuentra el cepillado dental, no obstante, cabe resaltar que no utilizan ninguna técnica en específico que los oriente sobre la frecuencia, duración y dirección del cepillado dental, en tercer lugar se identificó que un mínimo porcentaje de los padres utilizan hilo dental y enjuague bucal en los/as niños/as, pero desconocen la técnica y las medidas adecuadas a utilizar, en cuarto lugar se observa el consumo de lácteos en la dieta de los/as niños/as, siendo éste un agente remineralizador del esmalte y en quinto lugar se observa que casi el total de los sujetos de estudio manifiestan asistir a control odontológico periódicamente.
- Entre las prácticas no saludables de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años se ha identificado en primera instancia las relacionadas con los instrumentos y utensilios del cepillado dental, pues según la investigación, el reemplazo del cepillo dental se realiza

fuera del tiempo recomendado, además, el tipo y cantidad de pasta dental que utilizan en los/as niños/as podría no ser la adecuada, en segundo lugar se encuentra el cepillado dental, pues según manifiestan, no realizan ninguna técnica en específico por lo que el cepillado de los dientes superiores, inferiores, molares y lengua podrían realizarlo de forma inadecuada al no seguir una técnica en particular, por tanto, el cepillado dental que se realiza puede ser de forma agresiva o deficiente, para lo cual, ambas formas tienen consecuencias propias, dando lugar a complicaciones futuras como la retracción gingival, desgaste y sensibilidad dental, en tercer lugar se encuentra la falta de uso de hilo dental y enjuague bucal, al no remover por completo los restos alimenticios se expone a la niñez a la acumulación de sarro, halitosis, caries o pérdida dental prematura. En cuarto lugar, se encuentra la dieta de los/as niños/as, pues los alimentos que consumen entre las comidas como los carbohidratos, bebidas azucaradas, golosinas y chocolates son clasificados por sus características como alimentos cariogénicos, además, la frecuencia de consumo durante la semana combinado con un mal empleo de los instrumentos y utensilios de cepillado dental y el cepillado dental deficiente expone a la niñez a padecer de caries dental.

RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos de esta investigación se recomienda lo siguiente:

- Que el Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla coordine la implementación de proyectos educativos sobre salud oral de manera periódica con el departamento de odontología de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar de Quezaltepeque, que incluyan a los estudiantes de todas las edades adecuando la información y metodología de acuerdo con los diferentes grupos etarios.
- A la Unidad Comunitaria en Salud Familiar de Quezaltepeque que realice de forma permanente la ejecución de proyectos educativos sobre prácticas de higiene oral en los diferentes centros escolares del municipio, además, realizar campañas odontológicas en los diferentes centros educativos para evaluar, tratar y/o referir oportunamente a los/as estudiantes. Se recomienda garantizar la atención odontológica preventiva de los/as niños/as que asisten a su control infantil y contar con un recurso capacitado para la educación en salud que oriente a los padres, madres o cuidadores de la niñez sobre prácticas de higiene oral.
- Se recomienda a la Licenciatura en Salud Materno Infantil en sus módulos VI y VII “PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA” seguir realizando proyectos educativos en los centros escolares para lograr que los padres, madres o cuidadores se empoderen de las diferentes temáticas y en especial sobre las prácticas saludables de higiene oral en la niñez de 4 a 8 años de edad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]1946 [Consultado en marzo 2019]
Disponible en: [¿qué es la salud según la oms? \(aleph.org.mx\)](http://aleph.org.mx)
2. Organización Panamericana de la Salud, Programa de salud bucodental [Internet] 2018 [Consultado en marzo 2019] disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-oral>
3. Estudio Nacional de Salud Bucal III, Colombia [Internet] 1988 [Consultado en Abril 2019] Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/unidades-academicas/odontologia/acerca-facultad/onsb/estudios-salud-bucal>
4. Instituto Colombiano de Salud Familiar [Internet] 2008 [Consultado en Abril de 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009
5. Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar, A. Alcaina Lorente [Internt] 2016 [Consultado en Abril 2019] Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1322-caries-dental-influencia-de-los-habitos-de-higiene-bucodental-y-de-alimentacion-en-ninos-en-edad-escolar#.YXxqNZ7MLIU>
6. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal, [Internet] 2012 [Consultado en Abril 2019] disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/diagnostico_nacional_salud_bucal.pdf
7. Castro González, María Maura Carolina; Tipo y frecuencia de alimentos y su relación con la prevalencia de caries de aparición temprana en niños de los centros de desarrollo infantil, en mercados municipales de San Salvador [Internet] 2015 [Consultado en Abril 2019] Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/10554/>
8. Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de niños y niñas menores

- de diez [2018], El Salvador, Ministerio de Salud.
9. Villafranca F. (2005). Manual del técnico Superior en Higiene Bucodental. España. MAD SL.
 10. Interamericana. Barrancos, M. J. (2006). Operatoria Dental Integración clínica. (4° ed.). Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.
 11. Consenso de la European Academy of Pediatric Dentistry con la Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo de la Academia Europea [Internet] 2010 [Consultado en Abril 2019] disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/pastas-dentales-cual-deben-ocupar-los-ninos/>
 12. Sidney B. (2007). Odontología Pediátrica. (6° ed.). México
 13. Guía Clínica Atención Primaria Odontológica del Preescolar de 2 a 5 años. MINSAL Chile, [Internet] 2009 [Consultado en enero 15 de 2020]; Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a86d289427cb092be04001011e01193c.pdf>.
 14. Rizzo Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES odontol. [Internet]. 13 de diciembre de 2016 [Consultado en Mayo 2019];29(2):52-64. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/4100>
 15. Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia, MINSAL Chile [Internet] 2016 [Consultado en Enero 15 de 2020]; Recuperado de: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2016/12/07.12.2016_OT-CEPILLADO-DE-DIENTES-FINAL-DIGITAL.pdf
 16. MouthHealthy, American Dental Association, Técnica correcta del cepillado, [Internet] 2012, [Consultado en Octubre 2018] Recuperado de: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/b/brushing-your-teeth>

17. Cameron, A. (2010). Manual de odontología Pediátrica. España. Elsevier MOSBY.
18. Cepíllate y usa hilo dental, Amanda Doering [Internet] 2012 [Consultado en Mayo 2019] Disponible en: <https://www.permabound.com/ViewDetail/4992217-cepillate-usa-hilo-dental-y-enjuagate--brush-floss-and-rinse>
19. Miñana V. Flúor y prevención de la caries en la infancia [Internet] 2002 [Consultado en Octubre 2018]. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Isidro_Vitoria/publication/41206657_Fluor_y_prevenccion_de_la_caries_en_la_infancia_Actualizacion_2002/links/0046352d3f82f6acad000000.pdf
20. Odontic, Clínica Dental en Benavente, Dieta cariogénica, [Internet] 2013 [Consultado en Octubre 2018]; Recuperado de: <http://www.odontic.com/noticias.asp?Id=22>
21. Lineamientos Técnicos de Salud Bucal del Sistema Nacional de Salud, MINSAL El Salvador, [Internet] 2017 [Consultado en febrero 20 de 2020]; Recuperado de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicossaludbucalsnsv1.pdf>
22. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura [Internet] 2008 [Consultado en Noviembre 15 del 2018]; Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
23. Duque de Estrada R. J. Pérez Quiñonez J.A.. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev Cubana Estomatología [Internet]. 2006 Mar [Consultado en Octubre 2018]; 43(1): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es.
24. Planells P. Sociedad Española de Odontopediatría, Valoración de riesgo de caries en el paciente infantil, [Internet] 2019 [Consultado en Enero 15

- de 2020], Recuperado de:
<https://www.odontologiapediatrica.com/#2018-26-3>
25. Constitución de la Republica de El Salvador [const.] 1983. Art. 65.
26. Republica de El Salvador,Codigo de Salud 1988, art 40.
27. Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, El Salvador. 2012, art. 42
28. Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Bucal, MINSAL El Salvador, [Internet] 2012 [Consultado en febrero 20 de 2020]; Recuperado de:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/politica_salud_bucal.pdf
29. Lineamientos técnicos de salud bucal del Sistema Nacional de Salud [2017] El Salvador, Ministerio de Salud.

PRESUPUESTO.

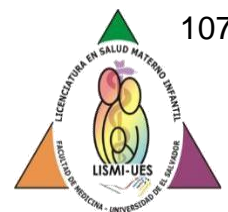
Rubros	Cantidad	Costo unitario	Costo total
RUBRO A: Logística			
Transporte (pasajes)	24	\$0.50	\$12.00
Transporte (para la recolección de datos)	3	\$7.00	\$21.00
Alimentación (durante elaboración del protocolo de investigación)	12	\$2.00	\$24.00
TOTAL			\$57.00
RUBRO B: Papelería			
Copias de los instrumentos de recolección de datos	57	\$0.30	\$17.10
Horas de internet	50 horas	\$0.60	\$30.00
Impresión del informe final	2	\$5.00	\$10.00
Empastado del informe final	2	\$12.00	\$24.00
TOTAL			\$81.10
RUBRO C: Defensa pública de investigación			
Arreglo floral	1	\$10.00	\$10.00
Alimentación	7	\$2.00	\$14.00
Agua embotellada	5	\$1.00	\$5.00
TOTAL			\$29.00
Total Rubro A + Rubro B + Rubro C			\$167.10
Imprevistos	10%		\$16.71
TOTAL			\$183.81

ANEXOS



ANEXO N°1 Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Salud Materno Infantil



Guía de entrevista sobre conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Objetivo: Recolectar información sobre los conocimientos de higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores/as de la niñez de 4-8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

Indicaciones:

- Llenar con bolígrafo azul o negro y con letra legible cada uno de los ítems.
- Aplicar el instrumento únicamente a los padres, madres y/o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar.
- Mantener bajo estricta confidencialidad la información recibida.

Fecha: _____

Nº de entrevista _____

Responsable de la entrevista: _____

A. Datos generales.

Parentesco con el niño/a: _____ Edad _____ años. Género: _____

Estado civil: _____ Nivel educativo: _____

Ocupación: _____

Sexo del hijo/a _____ Edad del hijo/a _____

Dimensión 1. Conocimientos de higiene oral.

B. Instrumentos y utensilios de higiene oral.

1- ¿Qué es higiene oral?

- a) Acciones educativas encaminadas a prevenir enfermedades de la boca.
- b) Conjunto de normas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental y otras odontopatías.
- c) Acciones encaminadas a la limpieza de los alimentos que se ingieren para prevenir las enfermedades orales.

2- ¿Cuáles son los instrumentos y utensilios a utilizar para garantizar la higiene oral?

- a) Agua, Cepillo y pasta dental
- b) Agua, cepillo, pasta, hilo dental y enjuague bucal.
- c) Agua, cepillo, pasta, hilo dental y flúor.

3- ¿Cuáles son las partes del cepillo dental?

- a) Tronco, cabeza y vellosidades.
- b) Mango, cabeza y cerdas.
- c) Cuerpo, base y cerdas.

4- ¿Qué tamaño y dureza debe tener el cepillo dental a utilizar en niños?

- a) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas medias.
- b) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas suaves.
- c) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas duras.

5- ¿Cuántas veces al día se deben cepillar los dientes los niños/as?

- A. 1 vez al día.
- B. 2 veces al día.
- C. 3 veces al día.

- 6- ¿Cada cuánto se recomienda cambiar el cepillo dental?
- De uno a dos meses de uso.
 - De dos a tres meses de uso.
 - De tres a cuatro meses de uso.
- 7- ¿Qué tipo de pasta dental debe utilizarse en un niño/a menor de 6 años?
- Pasta dental de uso familiar sin flúor.
 - Pasta dental infantil con flúor.
 - Pasta dental infantil sin flúor.
- 8- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe utilizar con un niño/a menor de 4 a 6 años?
- Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo.
 - Empleando la medida del tamaño de un guisante.
 - Abarcando todas las cerdas del cepillo.
 - De 1 a 2 cm de pasta dental.
- 9- ¿Qué cantidad de pasta dental se debe utilizar con un niño/a mayor de 6 años?
- Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo.
 - De 1 a 2 cm de pasta dental.
 - Empleando la medida del tamaño de un guisante.
 - Abarcando todas las cerdas del cepillo.

10- ¿Conoce alguna técnica de cepillado dental?

Sí__ No__

Si su respuesta es sí, explíquela

C. Hilo dental.

- 11- ¿Cuál es la función del hilo dental?
- Remover el mal olor que se encuentra entre los dientes para evitar el mal aliento.
 - Remover fragmentos de comida y placa bacteriana.
 - Para evitar la caries dental.
- 12- ¿Conoce los pasos para usar el hilo dental?
- Sí__ No__
- 13- ¿Cuántos cm de hilo dental se deben utilizar al momento de limpiar los dientes?
- 20 a 40 cm.
 - 40 a 60 cm.
 - Todo el que sea necesario.

D. Enjuagues o colutorios.

- 14- ¿Qué son los enjuagues bucales?
- Enjuagues de agua tibia que se realizan en la mañana para evitar el mal olor en la boca
 - Preparaciones líquidas con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.
 - Enjuagues medicinales con fines curativos.
- 15- ¿Cuál es la función de los enjuagues bucales?
- Erradicar mal aliento.
 - Prevenir las caries.
 - Curar las caries.
- 16- ¿A qué edad se debe utilizar el enjuague bucal en niños?
- A partir de los 2 años (erupción dental completa)

- b) A partir de los 6 años.
- c) A partir de los 8 años.

17- ¿Cuántas veces al día se debe realizar el enjuague bucal?

- a) 1 vez al día.
- b) 2 veces al día.
- c) 3 veces al día.

18- ¿Qué cantidad de enjuague bucal se debe utilizar en cada aplicación?

- a) 5 ml (1 cucharadita)
- b) 10 ml (1 cucharada)
- c) 20 ml (2 cucharadas)

19- ¿Cuánto tiempo debe durar el enjuague bucal?

- a) 15 segundos.
- b) 30 segundos.
- c) 45 segundos.

E. Flúor.

20- ¿Qué es el flúor?

- a) Es una vitamina que destruye la placa bacteriana de los dientes.
- b) Es un mineral que aumenta la resistencia del esmalte dental y favorece la re-mineralización.
- c) Es un antibiótico para combatir infecciones bucales.

21- ¿Cuáles son las fuentes principales de flúor?

- a) El agua, vitaminas y minerales.
- b) Proteínas y lácteos, pastas y enjuagues bucales.
- c) pastas y enjuagues bucales.

22- ¿Cada cuánto debe aplicarse de forma directa el flúor en los dientes?

- a) Cada 3 meses.
- b) Cada 6 meses.
- c) 1 vez al año.

F. Dieta Anticariogénica y Cariogénica.

23- Coloque una "X" en las casillas de Falso o Verdadero según responda el/la participante a las siguientes aseveraciones relacionadas a la dieta anticariogénica y cariogénica.

Nº	Aseveración	Verdadero	Falso
1	El calcio y la vitamina D, disminuyen la re-mineralización de los dientes.		
2	Consumir lácteos entre comidas (leche, yogur, quesos) aumenta el riesgo de caries dental.		
3	Los alimentos fibrosos (apio, manzanas, zanahorias) por su dureza, aumentan el riesgo de caries dental.		
4	Masticar chicle sin azúcar por periodos prolongados produce caries dental.		
5	Los alimentos pegajosos y viscosos tienen menor riesgo de producir caries dental si se consumen entre las comidas.		
6	El consumo de carbohidratos en los tiempos de comida favorece la prevención de caries dental.		
7	La dieta anticariogénica es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables que favorecen la aparición de caries.		
8	Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos ricos en hidratos de carbono, mayor será el potencial anticariogénico (prevención de caries) de éstos		

9	Las bebidas azucaradas, galletas, chocolates no producen caries siempre y cuando se consuman durante las primeras horas del día.		
10	Las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la re-mineralización del esmalte dental.		

G. Control Odontológico.

24- ¿Qué es la odontología preventiva?

- Evaluaciones periódicas destinadas a brindar tratamiento ante enfermedades de la cavidad oral.
- Ciencia que se encarga de la promoción de la salud bucodental para evitar enfermedades periodontales, previniendo complicaciones o intervenciones más invasivas sobre el paciente.
- Todas las anteriores.

25- ¿Por qué es importante asistir al control odontológico?

26- ¿Cada cuánto deben asistir los niños/as a control odontológico?

- Cada 3 meses.
- Cada 6 meses.
- Cada año.
- Cada vez que sea necesario.

H. Problemas bucodentales por un mal cepillado de dientes. 27-

¿Las malas técnicas del cepillado dental pueden ocasionar lesiones?

Sí__ No__

I. Problemas bucodentales por una mala higiene.

28- Mencione 4 problemas bucodentales causados por una mala higiene bucal.

- _____
- _____
- _____
- _____



ANEXO N°2 Cuestionario sobre prácticas de higiene oral
Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Salud Materno Infantil



Cuestionario sobre prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

Objetivo: Recolectar información sobre las prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores/as en la niñez de 4-8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

Indicaciones:

- Llenar con bolígrafo azul o negro y con letra legible cada uno de los ítems.
- Aplicar el instrumento únicamente a los padres, madres y/o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar.
- Mantener bajo estricta confidencialidad la información recibida.

Fecha: _____.

Nº de cuestionario _____

Investigadora responsable: _____

A. Datos generales.

Parentesco con el niño/a: _____ Edad _____ años. Género: _____

Estado civil: _____ Nivel educativo: _____.

Ocupación: _____

Sexo del hijo/a _____ Edad del hijo/a _____

Dimensión 2. Prácticas saludables de higiene oral.

Marque con una "X" según sea el caso

Con respecto a las prácticas de higiene oral, el encargado de realizarlo es:

Padre, madre o cuidador.

El/la Niño/a lo realiza solo/a

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

B. Instrumentos y utensilios de higiene oral.

1. ¿Cuáles son los instrumentos y utensilios que usted utiliza para garantizar la higiene oral de su hijo/a?

2. ¿Qué tamaño y dureza tiene el cepillo dental que utiliza su hijo/a?

- a) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas medias.
- b) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas suaves.
- c) De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas duras.

3. ¿Cuántas veces al día cepilla los dientes de su hijo?

- a) 1 vez al día.
- b) 2 veces al día.

c) 3 veces al día.

4. ¿Durante cuantos minutos cepilla los dientes de su hijo/a?

5. ¿Cada cuánto cambia el cepillo dental?

- a) De uno a dos meses de uso.
- b) De dos a tres meses de uso.
- c) De tres a cuatro meses de uso.

6. ¿Qué tipo de pasta dental utiliza su hijo/a para cepillarse?

7. ¿Qué cantidad de pasta dental utiliza su hijo/a para cepillarse?

- a) Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo.
- b) Empleando la medida del tamaño de un guisante.
- c) Abarcando todas las cerdas del cepillo.
- d) De 1 a 2 cm de pasta dental.

C. Técnica del cepillado dental

8. ¿Cómo se cepilla los dientes superiores su hijo/a?

- a) De arriba hacia abajo.
- b) De abajo hacia arriba.
- c) En forma horizontal.
- d) En forma circular.

9. ¿Cómo se cepilla los dientes inferiores su hijo/a?

- a) De arriba hacia abajo.
- b) De abajo hacia arriba.
- c) En forma horizontal.
- d) En forma circular.

10. ¿Cómo se cepilla los molares, su hijo/a?

- a) De atrás hacia adelante.
- b) De adelante hacia atrás.
- c) En forma horizontal.
- d) En forma circular.

11. ¿Se cepilla la lengua su hijo/a? Sí_____ No_____

En caso afirmativo ¿cómo realiza el cepillado?

- a) De atrás hacia adelante.

- b) De adelante hacia atrás.
- c) En forma horizontal.
- d) En forma circular.

D. Hilo dental.

12. ¿Utiliza hilo dental para limpiar los dientes de su hijo/a?

Sí__ No__

Si su respuesta es no, continúe con las pregunta 17.

13. ¿Qué cantidad de hilo dental utiliza?

- a) 20 a 40 cm.
- b) 40 a 60 cm.
- c) Todo el que sea necesario.

14. ¿Con qué dedos sostiene el hilo dental al introducirlo en los dientes de su hijo/a?

- a) Con los dedos pulgares, índices y medios
- b) Con los dedos pulgares e índices.
- c) Con los dedos índices.

15. ¿En qué dedos enrolla el hilo dental para limpiar los dientes de su hijo/a?

- a) En los dedos índices.
- b) En los dedos medios.
- c) En los dedos pulgares.

16. ¿Al introducir el hilo dental como limpia los dientes?

- a) De atrás hacia adelante y viceversa.
- b) Con movimientos de serrucho y vaivén.
- c) De abajo hacia arriba y viceversa.

E. Enjuagues o colutorios.

17. ¿Utiliza enjuague bucal con su hijo/a?

Sí__ No__

Si su respuesta es no, continúe con las pregunta 22

18. ¿Qué tipo de enjuague bucal utiliza?

- a) De uso familiar.
- b) Enjuague bucal pediátrico.
- c) No sabe.

19. ¿Cuántas veces al día realiza enjuague bucal su hijo/a?

- a) 1 vez al día
- b) 2 veces al día
- c) 3 veces al día

20. ¿Qué cantidad de enjuague bucal utiliza en cada aplicación?

- a) 5 ml (1 cucharadita)
- a) 10 ml (1 cucharada)

b) 20 ml (2 cucharadas)

21. ¿Cuánto tiempo permanece el enjuague bucal en la boca de su hijo/a?

- a) 15 segundos.
- b) 30 segundos.
- c) 45 segundos.

F. Flúor.

22. ¿Le administra flúor a su hijo/a? Sí__ No__

Si su respuesta es no, continúe con las pregunta 24.

23. ¿En qué forma le administra flúor a su hijo/a?

- a) Sistémica (agua de consumo, bebidas y alimentos).
- b) Tópica (pasta dental, geles).
- c) Directa (Pastilla de flúor en los dientes).

Dimensión 3. Prácticas no saludables de higiene oral.

G. Dieta anticariogénica y cariogénica.

24. Coloque una "X" según el **momento** en el que su hijo/a consume los siguientes alimentos durante el día.

Nº	Alimentos	Durante las comidas	Entre las comidas
1	Leche		
2	Queso		
3	Yogurt		
4	Arroz		
5	Pastas (espagueti, lasaña, coditos)		
6	Pan dulce, pan francés, galletas		
7	Plátanos		
8	Guineos		
9	Chocolates, chicles, dulces.		
10	Bebidas naturales		
11	Bebidas artificiales		
12	Manzanas, zanahorias		

25. Coloque una "X" según la **frecuencia** en el que su hijo/a consume los siguientes alimentos durante la **semana**.

Nº	Alimentos	1 vez por	2 veces	3 veces	4 veces	Toda la
----	-----------	-----------	---------	---------	---------	---------

		semana	por semana	por semana	por semana	semana
1	Leche					
2	Queso					
3	Yogurt					
4	Arroz					
5	Pastas (espagueti, lasaña, coditos)					
6	Pan dulce					
7	Pan francés					
8	Plátanos					
9	Guineos					
10	Galletas					
11	Dulces (bombones, paletas, chupetines, etc.)					
12	Chocolates					
13	Chicles					
14	Bebidas naturales (frescos de frutas o granos)					
15	Bebidas artificiales (Jugos en lata, en caja, gaseosas, etc.)					
16	Manzanas					
17	Zanahorias crudas					

H. Control Odontológico.

26. ¿Asiste su hijo a control odontológico?

Sí__ No__

Si su contestación es afirmativa, responda lo siguiente:

27. ¿Cada cuánto asiste a control odontológico?

- Cada 3 meses.
- Cada 6 meses.
- Cada año.
- Cada vez que sea necesario.

28. Marque con una "X" si su hijo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades bucodentales:

- Mal aliento.
- Placa blanquecina o amarillenta entre los dientes.
- Sarro dental.
- Caries dental.



ANEXO N°3 Consentimiento informado
 Universidad de El Salvador
 Facultad de Medicina
 Escuela de Tecnología Médica
 Licenciatura en Salud Materno Infantil



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la investigación: Conocimientos y prácticas de higiene oral que realizan los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla, del municipio de Quezaltepeque en el departamento de La Libertad, en el mes de octubre a diciembre de 2020.

La presente investigación será conducida por un equipo de investigadoras de la Licenciatura en Salud Materno Infantil de la Universidad de El Salvador. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos y las prácticas saludables y no saludables de higiene oral de los padres, madres y/o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y un cuestionario, esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones no se grabará.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella

. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado (a) del objetivo de este estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista y un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

ANEXO N° 4 Autorización del Centro Escolar para el estudio

Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla

Quezaltepeque, La Libertad, 09 de marzo de 2020

Señores
Miembros del Comité de Ética de Investigación en Salud
Presentes

Respetables miembros, Yo, Laura Irene Martínez, he sido informada sobre la investigación titulada **"Conocimientos y prácticas de higiene oral que realiza n los padres, madres o cuidadores de la niñez de 4 a 8 años que asisten al Centro Escolar Juana Galán de quintanilla, en el municipio de Quezaltepeque del departamento de La Libertad, en el mes de marzo de 2020"** y el objetivo de esta investigación, se me ha informado que los objetos de estudios estarán conformados por los padres, madres o cuidadores de los estudiantes de mi institución y que deberán responder a preguntas en una entrevista y un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos, además que la información que los padres provean en el curso de dicha investigación será estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin su consentimiento.

Además, he sido informada de los principios éticos que regirán la investigación, por lo que autorizo y doy visto bueno que dicho estudio se realice dentro de las instalaciones del Centro Escolar.

Atte.

F.

Laura Irene Martínez

Directora



Sello

ANEXO N° 5 Matriz de vaciado de datos.

TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE LA ENTREVISTA

DIMENSION 1. CONOCIMIENTOS DE HIGIENE ORAL

B) Instrumentos y utensilios de higiene oral

Tabla 1: Definición de higiene oral.

Definición de higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Acciones educativas encaminadas a prevenir enfermedades de la boca	33	62%
Conjunto de normas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental y otras odontopatías	19	36%
Acciones encaminadas a la limpieza de los alimentos que se ingieren para prevenir las enfermedades orales	1	02%
Total	53	100%

Tabla 2: Instrumentos o utensilios para garantizar la higiene oral.

Instrumentos u utensilios para garantizar la higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Agua, Cepillo y pasta dental	7	13%
Agua, Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal	44	83%
Agua, Cepillo, pasta dental y flúor	2	04%
Total	53	100%

Tabla 3: Partes del cepillo dental.

Partes del cepillo dental	Frecuencia	Frecuencia %
Tronco, cabeza y vellosidades	0	00%
Mango, cabeza y cerdas	50	94%
Cuerpo, bases y cerdas	3	06%
Total	53	100%

Tabla 4: Tamaño y dureza a tener el cepillo dental que utiliza el niño/a.

Tamaño y dureza a tener el cepillo dental que utiliza el niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas medias.	17	32%
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas suaves.	35	66%
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/ cerdas duras.	1	02%
Total	53	100%

Tabla 5: Número de veces del cepillado dental en los niños/as en el día.

Veces de cepillarse los dientes los niños/as en el día	Frecuencia	Frecuencia %
1 vez al día	0	00%
2 veces al día	8	15%
3 veces al días	45	85%
Total	53	100%

Tabla 6: Tiempo en que se debe reemplazar el cepillo dental.

Tiempo en que se debe cambiar el cepillo dental	Frecuencia	Frecuencia %
De uno a dos meses de uso	27	51.0%
De dos a tres meses de uso	20	37.7%
De tres a cuatro meses de uso	6	11.3%
Total	53	100%

Tabla 7: Tipo de pasta dental que deben utilizar los niños/as menor de 6 años.

Tipo de pasta dental que deben utilizar los niños menor de 6 años	Frecuencia	Frecuencia %
Pasta dental de uso familiar si flúor	10	19%
Pasta dental infantil con flúor	25	47%
Pasta dental infantil sin flúor	18	34%
Total	53	100%

Tabla 8: Cantidad de pasta para el cepillado dental de un niño/a de 4-6 años.

Cantidad de pasta dental al utilizarla un niño de 4-6 años	Frecuencia	Frecuencia %
Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo	24	45%
Empleando la medida del tamaño de un guisante	3	6%
Abarcando todas las cerdas del cepillo.	1	2%
De 1 a 2 cm de pasta dental	25	47%
Total	53	100%

Tabla 9: Cantidad de pasta para el cepillado dental de niño/a mayor de 6 años.

Cantidad de pasta dental al utilizarla un niño/a mayor de 6 años.	Frecuencia	Frecuencia %
Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo	39	74%
De 1 a 2 cm de pasta dental	7	13%
Empleando la medida del tamaño de un guisante	1	2%
Abarcando todas las cerdas del cepillo.	6	11%
Total	53	100%

Tabla 10: Conoce alguna técnica de higiene oral.

Conoce una técnica de higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Si	2	04%
No	51	96%
Total	53	100%

Tabla 11: Descripción de la técnica de higiene oral.

Describe una técnica de higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Cepillar de arriba hacia abajo parte frontal hasta los colmillos las muelas en forma circular	1	50%
Mover el cepillo de adelante hacia atrás suavemente	1	50%
Total	2	100%

C) HILO DENTAL

Tabla 12: Conocimiento de la función del hilo dental.

Función del hilo dental	Frecuencia	Frecuencia %
Remover el mal olor que se encuentra entre los dientes para evitar el mal aliento	15	28%
Remover fragmentos de comida y placa bacteriana	34	64%
Para evitar la caries dental.	4	08%
Total	53	100%

Tabla 13: Conocimiento de los pasos del hilo dental.

Conoce los pasos del hilo dental	Frecuencia	Frecuencia %
Si	4	08%
No	49	92%
Total	53	100%

Tabla 14: Centímetros de hilo dental al utilizar al momento de limpiar los dientes.

Cm de hilo dental al utilizar al momento de limpiar los dientes	Frecuencia	Frecuencia %
De 20-40 cm	16	30%
De 40-60 cm	7	13%
Todo el que sea necesario	30	57%
Total	53	100%

D) ENJUAGUES O COLUTORIOS

Tabla 15: Definición de enjuague bucal.

Definición de enjuagues bucales	Frecuencia	Frecuencia %
Enjuagues de agua tibia que se realizan en la mañana para evitar el mal olor en la boca	19	36%
Remover fragmentos de comida y placa bacteriana.	24	45%
Para evitar la caries dental.	10	19%
Total	53	100%

Tabla 16: Conocimiento de la función de los enjuagues bucales.

Función de los enjuagues bucales	Frecuencia	Frecuencia %
Erradicar mal aliento	27	51%
Prevenir las caries	26	49%
Curar las caries	0	00%
Total	53	100%

Tabla 17: Edad a la que se comienzan a utilizar los enjuagues bucales.

Edad a la que se comienzan a usar los enjuagues bucales	Frecuencia	Frecuencia %
A partir de los 2 años (erupción dentaria)	3	06%
A partir de los 6 años	39	73%
A partir de los 8 años	11	21%
Total	53	100%

Tabla 18: Cuantas veces se utiliza el enjuague bucal en el día.

Cuantas veces al día se utiliza el enjuague bucal.	Frecuencia	Frecuencia %
1 vez al día	1	02%
2 veces al día	42	79%
3 veces al día	10	19%
Total	53	100%

Tabla 19: Cantidad de enjuague bucal en cada aplicación.

Cantidad de enjuague bucal en cada aplicación	Frecuencia	Frecuencia %
5ml(1 cucharadita)	16	30%
10ml(1 cucharada)	36	68%
20ml(2 cucharadas)	1	02%
Total	53	100%

Tabla 20: Tiempo de duración de los enjuagues bucales.

Tiempo de duración de los enjuagues bucales	Frecuencia	Frecuencia %
15 segundos	3	06%
30 segundos	36	68%
45 segundos	14	26%
Total	53	100%

E) FLUOR

Tabla 21: Concepto de flúor.

Concepto de flúor	Frecuencia	Frecuencia %
Es una vitamina que destruye la placa bacteriana de los dientes.	6	11%
Es un mineral que aumenta la resistencia del esmalte dental y favorece la re-mineralización.	47	89%
Es un antibiótico para combatir infecciones bucales.	0	00%
Total	53	100%

Tabla 22: Conocimientos sobre las fuentes principales de flúor

Fuentes principales de flúor	Frecuencia	Frecuencia %
El agua, vitaminas y minerales	35	66%
Proteínas y lácteos, pastas y enjuagues bucales.	3	06%
Pastas y enjuagues bucales.	15	28%
Total	53	100%

Tabla 23: Periodicidad de aplicación de flúor directamente en los niños/as

Periodicidad de aplicación de flúor directamente en los niños	Frecuencia	Frecuencia %
Cada 3 meses	11	21%
Cada 6 meses	4	07%
Una vez al año	38	72%
Total	53	100%

F) DIETA ANTICARIOGÉNICA Y CARIOGÉNICA

Tabla 24: aseveraciones verdaderas o falsas sobre dieta anticariogénica y cariogénica

Aseveración	Verdadero	Falso	Frecuencia %	
			V	F
El calcio y la vitamina D, disminuyen la re-mineralización de los dientes.	40	13	12.6%	6.1%
Consumir lácteos entre comidas (leche, yogur, quesos) aumenta el riesgo de caries dental.	38	15	12.0%	7.1%
Los alimentos fibrosos (apio, manzanas, zanahorias) por su dureza, aumentan el riesgo de caries dental.	40	13	12.6%	6.1%
Masticar chicle sin azúcar por periodos prolongados produce caries dental.	26	27	8.2%	12.7%
Los alimentos pegajosos y viscosos tienen menor riesgo de producir caries dental si se consumen entre las comidas.	29	24	9.15%	11.3%
El consumo de carbohidratos en los tiempos de comida favorece la prevención de caries dental.	33	20	10.4%	9.4%
La dieta anticariogénica es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables que favorecen la aparición de caries	20	33	6.3%	15.7%
Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos ricos en hidratos de carbono, mayor será el potencial anticariogénico (prevención de caries) de éstos	37	16	11.6%	7.6%
Las bebidas azucaradas, galletas, chocolates no producen caries siempre y cuando se consuman durante las primeras horas del día.	10	43	3.1%	20.2%
Las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la re-mineralización del esmalte dental.	45	8	14.1%	3.8%
Total	318	212	100%	100%

G) CONTROL ODONTOLOGICO.

Tabla 25: Definición odontología preventiva.

Definición de odontología preventiva	Frecuencia	Frecuencia %
Evaluaciones periódicas destinadas a brindar tratamiento ante enfermedades de la cavidad oral.	9	17%
Ciencia que se encarga de la promoción de la salud bucodental para evitar enfermedades periodontales, previniendo complicaciones o intervenciones más invasivas sobre el paciente.	6	11%
Todas las anteriores.	38	72%
Total	53	100%

Tabla 26: Importancia de asistir a control odontológico.

Importancia de asistir a control odontológico	Frecuencia	Frecuencia %
Para tener buena dentadura	8	15.09%
Para dientes sanos y fuertes	6	11.32%
Evitar caries	24	45.28%
Prevenir enf. Bucales	6	11.3%
Evitar mal aliento	8	15.09%
No responde	1	1.88%
Total	53	100%

Tabla 27: Periodicidad de los controles odontológicos.

Periodicidad de los controles odontológicos.	Frecuencia	Frecuencia %
Cada 3 meses	15	28.4%
Cada 6 meses	28	52.9%
Cada año	10	18.7%
Cada vez que sea necesario	00	00%
Total	53	100%

Tabla 28: Pueden ocasionar lesiones las técnicas del mal cepillado dental.

Pueden ocasionar lesiones las técnicas del mal cepillado dental.	Frecuencia	Frecuencia %
Si	53	100%
No	0	0%
Total	53	100%

Tabla 29: Conocimientos de problemas bucodentales por una mala higiene oral.

Problemas bucodentales causados por una mala higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Caries	50	38.7%
Mal aliento	41	31.8%
Sarro	25	19.3%
Gingivitis	10	7.8%
Dientes mal alineados	1	0.8%
Postemillas	1	0.8%
Periodontitis	1	0.8%
Total	129	100%

TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE EL CUESTIONARIO

A. DATOS GENERALES

Tabla 1: Parentesco con el niño/a.

Parentesco	Frecuencia	Frecuencia %
Padre	7	13.2%
Madre	33	62.3%
Abuela	7	13.2%
Tío/a	6	11.3%
Total	53	100

Tabla 2: Edad del padre, madre o cuidador/a.

Edad del padre, madre o cuidador/a	Frecuencia	Frecuencia %
16-25	7	13.2%
26-35	31	58.4%
36-45	7	13.2%
46-55	2	3.7%
56-65	6	11.3%
Total	53	100%

Tabla 3: Género del padre, madre o cuidador/a.

Genero del padre, madre o cuidador/a	Frecuencia	Frecuencia %
Femenino	45	84%
Masculino	8	16%
Total	53	100%

Tabla 4: Estado civil del padre, madre o cuidador/a.

Estado civil del padre, madre o cuidador/a	Frecuencia	Frecuencia %
Soltera/o	15	28.4%
Casada/o	12	22.6%

Unión libre	26	49%
Total	53	100%

Tabla 5: Nivel educativo del padre, madre o cuidador/a.

Nivel educativo de las entrevistadas	Frecuencia	Frecuencia %
Ninguno	10	19%
Básica	28	52.8%
Bachiller	9	16.9%
Universitario	6	11.3%
Total	53	100%

Tabla 6: Ocupación del padre, madre o cuidador/a.

Ocupación del padre, madre o cuidador/a	Frecuencia	Frecuencia %
Ama de casa	38	71.7%
Empleado	13	24.5%
Estudiante	2	3.8%
Total	53	100%

Tabla 7: Sexo del hijo/a.

Sexo del hijo/a	Frecuencia	Frecuencia %
Femenino	34	64.1%
Masculino	19	35.8%
Total	53	100%

Tabla 8: Edad del hijo/a.

Edad del hijo/a	Frecuencia	Frecuencia %
4 a menor de 6	18	33.9%
6 a 8	35	66.1%
Total	53	100%

Tabla 9: Encargado/a de realizar las prácticas de higiene oral.

Encargado/a de realizar las prácticas de higiene oral.	Frecuencia	Frecuencia %
Madre, padre o cuidador/a	31	58.4%
Niño/a lo realiza solo	22	41.6%
Total	53	100%

B. Prácticas de higiene oral

Tabla 10: Utensilios para garantizar una higiene oral.

Utensilios para garantizar una higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
Pasta de diente, cepillo y agua	40	75.5%
Pasta, cepillo y enjuague bucal	4	7.5%
Pasta, cepillo, enjuague bucal e hilo dental	4	7.5%
Pasta, cepillo e hilo dental	3	5.7%
No contesta	2	3.8%
Total	53	100%

Tabla 11: Tamaño y dureza del cepillo dental que utiliza su niño/a.

Tamaño y dureza del cepillo dental que utiliza su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/a cerdas medias	16	30.2%
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/a cerdas suaves	36	67.9%
De acuerdo al tamaño de la boca del niño/a cerdas duras	1	1.9%
Total	53	100%

Tabla 12: Veces del cepillado dental de su niño/a.

Veces del cepillado dental de su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
1 vez al día	3	5.7
2 veces al día	22	41.5
3 veces al día	28	52.8
Total	53	100%

Tabla 13: Minutos que dura el cepillado dental de su niño/a.

Minutos que dura el cepillado dental de su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
2-3 minutos	36	68%
4 minutos	4	7.5%
5 minutos	6	11.3%
No contesta	7	13.2%
Total	53	100%

Tabla 14: Cambio del cepillo dental por su niño/a.

Cambio del cepillo dental	Frecuencia	Frecuencia %
De uno a dos meses de uso	19	35.9%
De dos a tres meses de uso	7	13.2%
De tres a cuatro meses de uso	27	50.9%
Total	53	100%

Tabla 15: Tipo de pasta dental utilizada por su niño/a.

Tipo de pasta dental utilizada por su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Pasta con flúor	4	7.5%
De adulto	6	11.3%
De niño	18	34%
Pasta sin flúor	1	1.9%
Colgate frech	23	43.4%
Colgate kids	1	1.9%
Total	53	100%

Tabla 16: Cantidad de pasta dental utilizada por su niño/a.

Cantidad de pasta dental utilizada por su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Abarcando la mitad de las cerdas del cepillo	27	51%
Empleando la medida del tamaño de un guisante	4	7.5%
Abarcando todas las cerdas del cepillo	1	1.9%
De 1ª 2 cm de pasta dental	21	39.6%
Total	53	100%

C) Técnica del cepillado dental.

Tabla 17: Cómo cepilla los dientes superiores su niño/a.

Como cepilla los dientes superiores su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De arriba hacia abajo	7	13.2%
De abajo hacia arriba	2	3.8%
En forma horizontal	30	56.6%
En forma circular	14	26.4%
Total	53	100%

Tabla 18: Cómo cepilla los dientes inferiores su niño/a.

Como cepilla los dientes superiores su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De arriba hacia abajo	2	3.8%
De abajo hacia arriba	9	17%
En forma horizontal	37	69.8%

En forma circular	5	9.4%
Total	53	100%

Tabla 20: Cómo cepilla los molares su niño/a.

Como cepilla los molares su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De atrás hacia adelante	33	62.3%
De adelante hacia atrás	1	1.9%
En forma horizontal	15	28.3%
En forma circular	4	7.5%
Total	53	100%

Tabla 21: Se cepilla la lengua su niño/a.

Se cepilla la lengua su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Si	53	100%
No	0	0%
Total	53	100%

Tabla 22: Realización del cepillado de la lengua de su niño/a.

Realización del cepillado de la lengua de su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De atrás hacia adelante	6	11.3%
De adelante hacia atrás	5	9.4%
En forma horizontal	11	20.8%
En forma circular	31	58.5%
Total	53	100%

D) Hilo dental

Tabla 23: Utiliza hilo dental su niño/a.

Utiliza hilo dental su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Si	8	15.1%
No	45	84.9%
Total	53	100%

Tabla 24: Cantidad de hilo dental utilizada de su niño/a.

Cantidad de hilo dental utilizada por su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De 20 a 40 cm	5	62.5%
De 40 a 60 cm	1	12.5%
Todo el que sea necesario	2	25%
Total	8	100%

Tabla 25: Dedos con los que sostiene el hilo dental de su niño/a.

Dedos con los que sostiene el hilo dental de su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Con los dedos pulgares, índices y medios	4	50%
Con los pulgares e índices	2	25%
Con los dedos índices	2	25%
Total	8	100%

Tabla 26: Dedos en los que enrolla el hilo dental para limpiar los dientes de su niño/a.

Dedos en los que enrolla el hilo dental para limpiar los dientes de niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
En los dedos índice	7	75%
En los dedos medios	1	25%
En los dedos pulgares	0	0%
Total	8	100%

Tabla 27: Cómo limpia los dientes de su niño/a al introducir el hilo dental.

Como limpia los dientes de su niño/a al introducir el hilo dental	Frecuencia	Frecuencia %
De atrás hacia adelante y viceversa	4	50%
Con movimientos de serrucho y vaivén	4	50%
En abajo hacia arriba y viceversa	0	0%
Total	8	100%

E) Enjuagues o colutorios

Tabla 28: Utiliza enjuague bucal su niño/a.

Utiliza enjuague bucal su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Si	4	7.5%
No	49	92.5%
Total	53	100%

Tabla 29: Tipo de enjuague bucal que usa su niño/a.

Tipo de enjuague bucal que usa su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
De uso familiar	2	50%
Enjuague bucal pediátrico	1	25%
No sabe	1	25%
Total	4	100%

Tabla 30: Veces al día que utiliza enjuague bucal su niño/a.

Veces al día que utiliza enjuague bucal su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
1 vez al día	1	25%
2 veces al día	3	75%
3 veces al día	0	0%
Total	4	4%

Tabla 31: Cantidad de enjuague bucal que usa su niño/a.

Cantidad de enjuague bucal que usa su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
5ml (1 cucharadita)	4	100%
10ml (1 cucharada)	0	0%
20ml (2 cucharadas)	0	0%
Total	4	100%

Tabla 32: Duración del enjuague bucal en la boca de su niño/a.

Duración de enjuague bucal en la boca de su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
15 segundos	1	25%
30 segundos	2	50%
45 segundos	1	25%
Total	4	100%

Tabla 33: Administra flúor a su niño/a.

Administra flúor a su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Si	2	3.8%
No	51	96.2%
Total	53	100%

Tabla 34: Forma de administración de flúor en su niño/a.

Forma de administración de flúor en su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Sistemática (agua de consumo, bebidas y alimentos)	0	0%
Tópica (pasta dental, geles)	2	100%
Directa (pastillas de flúor en los dientes)	0	0%
Total	2	100%

G) DIETA ANTICARIOGÉNICA Y CARIOGÉNICA

Tabla 35: Momento en el que su hijo consume alimentos.

Momento en el que su niño/a consume alimentos	Durante las comidas F	Entre las comidas F	Frecuencia %	
			1	2
Leche	27	26	9.5%	8.6%
Queso	42	11	14.7%	3.8%
Yogurt	14	39	4.9%	13.1%
Pasta(spagueti, lasaña y coditos)	44	9	15.4%	3%
Pan dulce, galletas	15	37	5.3%	12.5%
Plátanos	22	31	7.7%	10.4%
Guineos	18	35	6.3%	11.9%
Chocolate, chicles, dulces	9	44	3.2%	14.9%
Bebidas naturales	34	19	12.0%	6.4%
Bebidas artificiales	41	12	14.3%	4%
Manzanas zanahorias	19	34	6.7%	11.4%
Total	285	297	100	100%

Tabla 36: Momento en el que su hijo consume alimentos.

Frecuencia en el que su niño/a consume alimentos	1 vez por semana		2 veces por semana		F%		3 veces por sem		4 veces por sem		5 veces por sem,	
	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
Leche	1	1%	1	0.5%	10	9%	1	0.9	40	14.5		
Queso	1	1.1%	1	0.5%	5	4.5%	3	2.7	42	15.2		
Yogurt	1	1.1%	8	3.5%	5	4.5%	23	20.5	15	5.4		
Pasta(spagueti, lasaña y coditos)	5	5.4%	26	12%	6	5.4%	3	2.7	13	4.7		
Pan dulce	2	2.2%	28	12.9%	5	4.5%	14	12.5	9	3.3		
Pan francés	3	3.3%	1	0.4%	10	9%	25	22.3	14	5.1		
Galletas	2	2.2%	1	0.5%	5	4.5%	28	25	17	6.2		
Plátanos	2	2.2%	24	11.1%	10	9%	3	2.7	13	4.6		
Guineos	1	1.1%	29	13.4%	7	6.3%	2	1.9	14	5.1		
Dulces(bombones, paletas etc.)	4	4.3%	3	1.4%	10	9%	1	0.9	45	16.3		
Chocolate	13	14.1%	29	13.4%	7	6.3%	2	1.8	1	0.4		
Chicles	23	25%	8	3.6%	1	0.9%	0	0	2	0.7		
Bebidas naturales	17	18.5%	32	14.7%	1	0.9%	0	0	1	0.4		
Bebidas artificiales	2	2.2%	3	1.4%	6	5.4%	4	3.6	36	13.1		
Manzanas	12	13.0%	21	9.3%	19	17.1%	0	0	1	0.4		
Zanahorias crudas	3	3.3%	1	1.4%	4	3.7%	3	2.7	13	4.6		
Total	92	100%	216	100%	111	100%	112	100%	276	100%		

H) CONTROL ODONTOLÓGICO

Tabla 37: Asiste a control odontológico su niño/a.

Asiste a control odontológico su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Si	49	92.5%
No	4	7.5%
Total	53	100%

Tabla 38: Frecuencia en que asiste a control odontológico su niño/a.

Frecuencia en que asiste a control odontológico su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Cada 3 meses	10	18.9%
Cada 6 meses	27	51%
Cada año	12	22.6%
Cada vez que sea necesario	4	7.5%
Total	53	100%

Tabla 39: Ha padecido alguna de estas enfermedades bucodentales su niño/a.

Ha padecido algún de estas enfermedades bucodentales su niño/a	Frecuencia	Frecuencia %
Mal aliento	6	11.3%
Placa blanquecina o amarillenta en los dientes	5	9.4%
Sarro dental	3	5.7%
Caries dental	39	73.6%
No ha padecido	0	0%
Total	53	100%

TABULACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA GUÍA DE ENTREVISTA DE CONOCIMIENTOS DIRIGIDA A PADRES, MADRES O CUIDADORES.

Tabla 1: Conocimiento sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores de la niñez que asiste al Centro Escolar Juana Galán de Quintanilla.

Conocimientos sobre higiene oral que poseen los padres, madres o cuidadores	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	0	0%
De 5.1-7.99	23	43.4%
Menor de 5	30	56.6%
Total	53	100%

Tabla 2: Conocimientos de los instrumentos o utensilios de higiene oral.

Conocimientos sobre los instrumentos y utensilios de higiene oral	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	2	3.8%
De 5.1- 7.99	6	11.3%
Menor de 5	45	84.9%
Total	53	100%

Tabla 3: Conocimiento sobre el hilo dental

Conocimiento sobre el hilo dental	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	0	0%
De 5.1-7.99	6	11.3%
Menor de 5	47	88.7%
Total	53	100%

Tabla 4: Conocimiento sobre enjuague bucal o colutorios.

Conocimiento sobre enjuagues o colutorios	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	6	11.3%
De 5.1-7.99	34	64.2%
Menor de 5	13	24.5%
Total	53	100%

Tabla 5: Conocimiento sobre flúor.

Conocimiento sobre el flúor	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	5	9.5%
De 5.1-7.99	13	24.5%
Menor de 5	35	66
Total	53	100%

Tabla 6: Conocimiento sobre dieta anticariogénica y cariogénica.

Conocimientos sobre dieta anticariogénica y cariogénica	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	7	13.2%
De 5.1-7.99	16	30.1%
Menor de 5	30	56.6%
Total	53	100%

Tabla 7: Conocimiento sobre control odontológico y problemas bucodentales.

Conocimientos sobre control odontológico y problemas bucodentales	Frecuencia	Frecuencia %
De 8-10	11	20.8
De 5.1-7.99	35	66
Menor de 5	7	13.2
Total	53	100%