



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo la obtención del título de Odontóloga.

Tema:

Cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

Autora:

María Silvana Caiza Moreira.

Directora de tesis:

Dra. Yhusselym Aldama Bellón.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Yhusselym Aldama Bellón, certifica que la tesis de investigación titulada: Cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015. Es trabajo original de la estudiante María Silvana Caiza Moreira, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Yhusselym Aldana Bellón.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg.Gs.

Coordinadora de la carrera.

Odo. Geomara Dueñas Zambrano

Miembro del tribunal.

Dra. Yhusselym Aldama Bellón.

Directora de tesis.

Dr. Wilson Espinosa Estrella.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015, pertenece exclusivamente al autor. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Silvana Caiza Moreira.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

A Dios y a la Virgen, por haberme permitido la vida y darme la capacidad del éxito en mi objetivo. A mis padres – maestros Vicente Caiza y Grey Moreira, con respeto, amor y gratitud, por esa paciencia, apoyo diario y ese ejemplo de constancia en el éxito, ellos siempre están conmigo soñando para volar más allá y culminar mi carrera, permitiendo el anhelo del triunfo. Gracias a mis hermanos por ese ejemplo vivo de superación, profesionales todos, con el apoyo de mi padre.

Gracias a Fernando Albán, por ayudarme siempre, ser mi apoyo y refugio, mi complemento; a su familia de manera especial a la Sra. Anita que con su alegría, su exquisito carácter, endulza mis alegrías y puedo seguir luchando.

Gracias a la Dra. Yhusselym Aldama, tutora de mi tesis, por su apoyarme y ser mi guía durante el proceso de esta investigación. Gracias a la Dra. Amarilis Martín, por su paciencia y bondad, siempre presta y lista a ayudarme en lo que necesitaba.

Gracias a todos esos seres maravillosos que han llegado a mi vida enviados por Dios, para transmitirme la paz que necesitaba, diariamente mi refugio y fuente de paz, mis hijos adoptivos.

María Silvana Caiza Moreira.

DEDICATORIA.

A mis padres Vicente y Grey, este triunfo es de los tres, sin ustedes no soy nada.

A mis sobrinos, Tamara, Angel y Eduardo, siempre buscaré ser un buen ejemplo para ustedes.

María Silvana Caiza Moreira.

RESUMEN.

El presente trabajo tuvo como propósito investigar sobre cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015, con el objetivo de determinar la cultura preventiva en dicha población.

La investigación fue de campo, de corte transversal, en la que se realizaron fichas clínicas con su respectivo odontograma a los escolares, también encuestas aplicadas a los padres de familia o tutores de dichos niños. Con una muestra de 127 pacientes que fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio. Se aplicó a los padres o tutores una encuesta para constatar algunas variantes del conocimiento acerca de cultura preventiva y junto a ésta el respectivo consentimiento firmado.

ABSTRACT.

The current work had as a proposal to investigate about dentistry preventive culture of parents and/or legal guardian, and the tooth cavities in scholars from the Eloy Alfaro Elementary school of the age 5 to 7 years old, in the San Pablo neighborhood, in the city of Portoviejo, during 2014 – 2015 school year, with the objective of determining the preventive culture of this population.

It was a field investigation, cross section, where medical records were used with their odontogram to the scholars, surveys were also used to the parents and/or legal guardian of the children. With a sample of 127 patients who were selected by the inclusion and exclusion criteria proposed in this research. The survey applied to parents and/or legal guardian was done to prove some of the variants of their knowledge about preventive culture. An authorization letter was signed by all the interviewees.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	X
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	4
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	6

Capítulo II.

2.	Marco teórico referencial y conceptual.	8
2.1.	Cultura Preventiva.	8
2.1.1.	La Prevención.	8
2.2.	Hábitos de higiene.	9
2.2.1.	Higiene.	9
2.2.2.	Placa bacteriana.	9
	Control de la placa bacteriana.	10
	Eliminación de la placa bacteriana.	10
2.2.3.	Cepillo dental.	10
	Características del cepillo dental.	11
	Limpieza del cepillo dental.	11
	Cambio del cepillo dental.	11
2.2.4.	Cepillado dental.	12
	Características del cepillado dental.	12
	Frecuencia y duración del cepillado dental.	12
	Cuidados del cepillo dental.	13
2.2.5.	Técnicas del cepillado dental.	13
	Técnica de Bass.	14
	Técnica de Charters.	14
	Técnica fisiológica o de Smith – Bell.	15
	Técnica horizontal.	15
	Técnica de Stillman modificado.	16
2.2.6.	Limpieza interdental.	16
2.2.7.	Cepillado de la lengua.	16

Importancia del cepillado de la lengua.	17
Limpiadores de lengua.	17
2.2.8. Seda o hilo dental.	17
Tipos del hilo dental.	18
Uso del hilo dental.	18
2.2.9. Dentífricos o pastas dentales.	19
Componentes de los dentífricos.	20
2.2.10. Colutorios.	20
2.3. Hábitos alimentarios y dieta.	21
2.3.1. Dieta.	22
Medidas sobre la dieta.	23
Control dietético.	23
Clasificación de los alimentos.	24
Alimentos protectores.	24
2.4. Visita al odontólogo.	25
2.4.1. Primera entrevista.	25
2.5. Caries dental.	26
2.5.1. Índice de dientes temporarios.	27
2.5.2. Clasificación epidemiológica de las caries.	28
Sanos.	28
Sanos con riesgo a enfermar.	28
Enfermos.	29
Enfermos con secuelas.	30
2.6. Unidad de observación y análisis.	31
2.7. Variables.	31

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	32
3.1.	Modalidad de la investigación.	32
3.2.	Tipo de investigación.	32
3.3.	Métodos.	32
3.4.	Técnicas.	32
3.5.	Instrumentos.	33
3.6.	Población y muestra.	33
3.6.1.	Población.	33
3.6.2.	Muestra.	33
3.7.	Recolección de la información.	34
3.8.	Procesamiento de la información.	34
3.9.	Ética.	35
3.10.	Recursos.	35
3.10.1.	Recursos humanos.	35
3.10.2.	Recursos tecnológicos.	35
3.10.3.	Recursos materiales.	36
3.11.	Presupuesto.	36
3.12.	Cronograma.	37

Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	38
----	--	----

Capítulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.	62
----	---------------------------------	----

5.1.	Conclusiones.	62
5.2.	Recomendaciones.	64
Capítulo VI.		
6.	Propuesta.	65
6.1.	Título de la propuesta.	65
6.2.	Clasificación de la propuesta.	66
6.3.	Ubicación sectorial y física.	66
6.4.	Introducción.	66
6.5.	Justificación.	66
6.6.	Marco Institucional.	67
6.7.	Objetivos.	68
6.7.1.	Objetivo general.	68
6.7.2.	Objetivos específicos.	68
6.8.	Descripción de la propuesta.	68
6.9.	Responsable.	69
6.10.	Factibilidad.	69
6.11.	Sostenibilidad.	69
6.12.	Diseño metodológico.	70
6.13.	Recursos.	70
6.13.1.	Humanos.	70
6.13.2.	Técnicos.	70
6.13.3.	Materiales.	70
6.13.4.	Financieros.	71
6.14.	Presupuesto.	71

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1: Presupuesto de la tesis.	36
Cuadro 2: Cronograma de la tesis.	37
Cuadro 3: Distribución de alumnos según el género.	38
Cuadro 4: Distribución de los escolares según la edad.	40
Cuadro 5: Distribución de la edad respecto al género de los escolares.	42
Cuadro 6: Distribución de la escolaridad de los padres y tutores.	44
Cuadro 7: Distribución del nivel de conocimiento de cultura preventiva odontológica de los padres y tutores de los escolares.	46
Cuadro 8: Distribución del conocimiento de los padres y tutores según tres alimentos que deben consumir para una buena salud bucal.	48
Cuadro 9: Distribución de frecuencia de cepillado de los escolares.	50
Cuadro 10: Distribución de alumnos según frecuencia de visita al odontólogo.	52
Cuadro 11: Distribución de ceo según la edad de los escolares.	54
Cuadro 12: Distribución Índice de CPO en relación a la edad de los escolares.	56
Cuadro 13: Índice de CPO + ceo en relación a la edad de los escolares.	58
Cuadro 14: Clasificación epidemiológica de las caries.	60
Cuadro 15: Presupuesto de la propuesta.	71

INTRODUCCIÓN.

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general ya que influye positivamente no solo el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales) de las personas.

La limpieza bucal diaria es muy importante para nuestra salud, porque evita que la acumulación de bacterias dañen su esmalte y se formen caries, asimismo evita la acumulación de placa bacteriana y con ello la formación de sarro que puede producirle incluso la caída de sus dientes por enfermedades periodontales.

Los hábitos alimenticios son un factor de riesgo alto para la presencia de caries, los carbohidratos aumentan el riesgo de caries dentales. Los alimentos pegajosos son más dañinos que los no pegajosos, ya que permanecen sobre los dientes.

Es necesario visitar al odontólogo cada 6 meses para el control y revisión para así tener una óptima de la salud oral, acompañada de una dieta balanceada y una buena higiene bucal.

La caries dental es un trastorno común, que le sigue en frecuencia al resfriado común. Suele aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero puede afectar a cualquier persona. Es una causa común de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su incidencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo incide la cultura preventiva odontológica de los padres o tutores en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 - 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

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

La educación para la salud es uno de los ejes que aseguran la preservación de la salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS¹ (2007) puedo conocer que:

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

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

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

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

Las caries dentales es una afección que puede evitarse mediante distintos métodos de prevención entre las que tenemos una buena higiene, correcta alimentación y visitar periódicamente al profesional odontólogo; en éste último es necesario una constante aplicación de fluoruros en la cavidad bucal ya que la exposición a largo plazo de éste en niveles correctos, reduce el riesgo de caries tanto en niños como en adultos.

Usando esas estrategias de prevención se pueden evitar tratamientos dentales muy dolorosos, mutilantes y complicados. La falta de conocimiento, importancia e información que se le da a la higiene bucal ocasiona enfermedades bucodentales; los malos hábitos, muchos de los cuales son nocivos para la salud bucal, causan gran daño a los dientes.

No se registran trabajos realizados a nivel de Ecuador, ni de la provincia de Manabí y en la ciudad de Portoviejo, cabe recalcar que en la comunidad donde se

¹ Organización Mundial de la Salud (2007). Salud Bucodental. Consultado: 24 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

realizó la investigación ya se han realizado estudios anteriores pero con distintos objetivos.

El estudio se desarrolló en la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro de la parroquia San Pablo. En resumen, el problema a investigar será la cultura preventiva odontológica de los padres de familia y su incidencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años.

1.4. Preguntas de investigación.

¿Existe cultura preventiva odontológica en los padres o tutores de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015?.

¿Cuál es el índice de caries ceo y CPO de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015?.

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Ciencias de la salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Cultura preventiva odontológica.

Delimitación Espacial: El presente estudio se desarrolló en la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro de la parroquia San Pablo.

Delimitación Temporal: El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el período comprendido en el año lectivo 2014 - 2015, iniciándose desde el mes de diciembre y culminando en el mes de febrero.

1.6. Justificación.

Analizando la página de la Organización Panamericana de la Salud² podemos mencionar que:

En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero, en realidad, puede prevenirse. Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos.

Los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo.

Como se notará en la presente investigación la prevalencia es esencial para mantener una buena salud en todos los aspectos y en particular en el caso de la salud bucal. Es mejor prevenir que tratar una afección ya establecida, tanto para el odontólogo como para el paciente.

El propósito de realizar un estudio para conocer la cultura preventiva odontológica y su incidencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la

² Organización Panamericana de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra. Consultado el 2 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&id=278%3AAla-oms-publica-un-nuevo-informe-sobre-problema-mundial-enfermedades-bucodentales&catid=667%3Anotas-de-prensa&Itemid=481

Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015, es permitir sugerir soluciones generales, para que se ponga mayor atención a los requerimientos de la población respecto a la salud y especialmente la salud buco dental de los niños tanto en su primera dentición como en la permanente, haciendo énfasis en aquellos que cuya cultura preventiva odontológica sea ineficiente; tomando en cuenta que éste tema no ha sido tratado antes en el lugar donde se va a desarrollar la investigación.

La investigación es factible debido a que cuenta con el apoyo de las autoridades de la institución, docentes, padres de familia y alumnos involucrados; además se cuenta con el personal y los recursos necesarios.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

Determinar la cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

1.7.2. Objetivos Específicos.

Identificar los conocimientos sobre cultura preventiva odontológica de los padres o tutores de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

Identificar los hábitos alimenticios y de higiene de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

Determinar la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.

Identificar el índice de caries (ceo y CPO) de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón de Portoviejo durante el año lectivo 2014 - 2015.

Determinar la clasificación epidemiológica de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro parroquia San Pablo en el cantón de Portoviejo durante el año lectivo 2014 - 2015.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Cultura preventiva.

Indagando la obra de Garcés³ (2012) puedo referenciar que:

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

2.1.1. La prevención.

Según la investigación de la Dra. Silvia Odio⁴, Especialista en Periodoncia puedo exponer que “Prevención significa tomar una serie de medidas con la finalidad de evitar problemas futuros. El mejor tratamiento de toda enfermedad es su prevención”.

Observando la obra de Lugo, García, Gross, Casas y Sotomayor⁵ (2013) puedo citar que:

Los indicadores que sitúan al individuo en un determinado nivel de desarrollo de su cultura en salud son:

Responsabilidad ante su salud.
Actitud ante la nutrición.
Enfrentamiento al estrés.
Disposición para ejercicio físico.

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

⁴ Sabor y Salud. (2011). Salud. Prevención en Odontología. Consultado el 26 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/content/articles/635/1/Prevencion-en-odontologia/Page1.html>

⁵ Lugo Angulo, E., García Cabrera, E., Gross Fernández, C., Casas Gross S. & Sotomayor Lugo, F. (2013) La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN. Consultado el 26 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015#

De ellos los indicadores propios de la cultura en salud bucal serían:
Conocimiento y práctica que posee la población sobre la higiene bucal.
Modificación de los hábitos dietéticos arraigados en la cultura alimentaria.
Enfrentamiento al estrés para evitar afecciones bucales.
Actitud responsable ante la medicación.
Práctica sistémica del autoexamen bucal.

2.2. Hábitos de higiene.

2.2.1. Higiene.

Analizando la publicación de la Subsecretaría de prevención promoción de la salud de México⁶ (2014), puedo referenciar que:

De acuerdo a la Real Academia Española, un hábito es un modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias.

Los hábitos se adquieren repitiéndolos y es importante que se comiencen a formar desde edades tempranas. Por lo anterior es importante inculcar a los hijos una rutina de hábitos como es el caso de los hábitos de higiene.

Son muchas las enfermedades relacionadas con las malas prácticas de higiene, dentro de las cuales se encuentran: enfermedades gastrointestinales, conjuntivitis, infecciones de la piel e influenza.

2.2.2. Placa bacteriana.

Observando la página de Gómez⁷ podemos indicar que:

La placa bacteriana es una película o membrana invisible que se forma sobre el diente después de cada comida. Esta membrana transparente debe ser eliminada con el cepillado dental, porque es la causante de las picaduras de los dientes o caries. Las golosinas, mieles o refrescos gaseosos contribuyen a la aparición de caries dentales, inflamación y enfermedades de las encías; por eso, lo recomendable es cepillarse los dientes después de ingerirlos.

⁶ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México (2014). Hábitos de Higiene. Consultado el 26 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/1838-habitos-higiene.html>

⁷ Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y Mantenimiento de la Salud Bucodental. 2da. Edición. Madrid, Reino de España: Editorial Paraninfo S.A.

Control de la placa bacteriana.

Analizando la obra de Palma y Sánchez⁸ (2013) podemos citar que:

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

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

Eliminación de la Placa Bacteriana.

Considerando la obra de Rivas⁹ (2011) puedo referir que:

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

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

Eliminación y control de la placa bacteriana por métodos mecánicos.

2.2.3. Cepillo Dental.

Considerando el artículo del Dr. Francisco Tajuelo Izquierdo¹⁰ (2015) publicado en la página Cuida tu boca podemos definir que “El cepillo de dientes es el instrumento más eficaz y excelente para eliminar la placa dental, para que su funcionamiento sea óptimo debe reunir las características adecuadas en cuanto a diseño, calidad de los materiales que lo componen y las normas de fabricación”.

⁸ Palma, A., y Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica: Prevención y mantenimiento de la Salud Bucodental. 2da. Edición. Madrid, Reino de España. Editorial Paraninfo S.A.

⁹ Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República del Perú.

¹⁰ Tajuelo, Francisco (2015). Cuida tu boca. ¿Cómo elegir el cepillo de dientes adecuado?. Consultado el 24 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.cuidatuboca.com/elegir-cepillo-dientes-adecuado/>

Características del cepillo dental.

Analizando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración¹¹

(2009) podemos describir que:

Un buen cepillo dental debe ser pequeño para llegar a todas las zonas de la boca y tener cerdas de nylon de dureza intermedia para no dañar la encía. Si mantiene su cepillo dental durante demasiado tiempo en uso, se deterioran las cerdas y disminuye su eficacia de limpieza. Para decidir cual es el mejor cepillo para su boca, pida consejo a su dentista o periodoncista y no olvide que también su farmacéutico le aconsejará como experto.

Limpieza del Cepillo Dental

Observando la obra de Hernández¹² (2007) puedo exponer que “Debemos limpiar el cepillo bajo el chorro de agua y separar las cerdas, a lo largo y ancho del cepillo, para eliminar totalmente los residuos de la pasta que pudieran haber quedado en la base de las cerdas”.

Cambio del Cepillo Dental

Indagando la obra de Pires, Schmitt y Kim¹³ (2009) puedo referenciar que:

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

¹¹ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2009). Manual de Higiene bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

¹² Hernández, H. (2007). Manual de Personalidad e imagen. Brilla con luz propia. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=k9OqFbxwH08C&printsec=frontcover&dq=manual+de+personalidad+e+imagen+helen+hernandez+pdf&hl=es&sa=X&ei=WoN4VNDLM4_IsATRvIDYCA&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

¹³ Pires, M., Schmith, R., y Kim, S. (2009). Salud Bucal del Bebé al Adolescente. Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Santos.

2.2.4. Cepillado Dental.

Revisando la obra de Cuenca y Baca¹⁴ (2005) puedo conocer que “Para el cuidado de la salud oral, hay un axioma; el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado dental con un dentífrico fluorado”.

Estudiando la obra de Lindhe y Lang¹⁵ (2009) puedo citar que “En la actualidad el cepillado dental es la medida de higiene bucal más usada para realizar la higiene de la boca”.

Características del Cepillado Dental.

Observando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración¹⁶ (2009) puedo transcribir que:

Las características de un cepillo dental manual adecuado para la higiene oral deben incluir:

Tamaño del mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo utilice.

Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.

Uso de los filamentos de nylon o poliéster de punta redondeada y tamaño inferior a 0,009 pulgadas de diámetro.

Uso de filamentos suaves configurados según los estándares de la industria.

Filamentos que permitan mejorar la eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival.

Frecuencia y Duración del Cepillado Dental.

Considerando la obra de Barrancos¹⁷ (2011) puedo conocer que:

¹⁴ Cuenca, E., y Baca, P. (2013). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

¹⁵ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

¹⁶ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2009). Manual de Higiene bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

¹⁷ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

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

Observando la obra de Romanelli, Adams, Schinini¹⁸ (2012) puedo conocer que “Es directamente proporcional a la eliminación del biofilm; en una boca completamente dentada, se dedican alrededor de 5 minutos en cepillar todas las piezas”

Cuidados del Cepillo Dental.

Según la obra de Ferro y Gómez¹⁹ (2007) de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá puedo referenciar que:

Sería recomendable seguir las recomendaciones de la Asociación Dental Americana sobre el cuidado de los cepillos dentales. Éstas son:
No compartir los cepillos dentales para evitar riesgos de infecciones cruzadas.
Limpiar los restos de la crema dental y residuos, con agua.
Colocarlos verticalmente al aire libre para que se sequen las cerdas.
Evitar almacenarlos en contenedores cerrados o cubrirlos.
Reemplazarlos cada 3-4 meses.

2.2.5. Técnicas del Cepillado Dental.

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson²⁰ (2012) puedo referenciar que:

Se han diseñado gran número de técnicas de cepillado, pero los requisitos de un método satisfactorio de cepillado son pocos:

¹⁸ Romanelli, H., Adams, E. y Schinini, G. (2012). 1001 Tips de Periodoncia. Del fundamento biológico a la práctica clínica paso a paso. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

¹⁹ Ferro & Gómez (2007). Fundamentos de la Odontología. 2da. Edición. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. En línea. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=n8eEjEN1vmkC&pg=PT267&dq=limpieza+del+cepillo+dental&hl=es&sa=X&ei=BCLvVPmzFIu_ggS1s4SQCw&ved=0CCoQuwUwAg#v=onepage&q=limpieza%20del%20cepillo%20dental&f=false

²⁰ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. 6ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

La técnica debe limpiar todas las superficies dentales, en particular el área del surco gingival y la región interdental. Una técnica de frotado limpiará bien las convexidades de los dientes pero dejará placa en lugares más protegidos.

El movimiento del cepillo no debe lesionar los tejidos blandos ni los duros. Los métodos de frotado vertical y horizontal pueden producir recesión gingival y abrasión dental.

La técnica debe ser simple y fácil de aprender. Una técnica fácil de usar para una persona puede resultar difícil para otro individuo; por tanto, cada persona necesita una guía individual.

El método debe ser bien organizado, de forma que cada parte de la dentición sea cepillada siguiendo un orden y no se pase por alto ningún área.

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración²¹ (2009) da conocer que: “A lo largo de los últimos dos siglos han sido descritos diversos métodos de cepillado sin que, actualmente, exista alguna evidencia de que una técnica sea superior a otra”.

Técnica de Bass.

Investigando la obra de Lindhe y Lang²² (2009) puedo transcribir que:

Esta técnica hace hincapié en la limpieza de la zona que se halla directamente debajo del margen gingival. El cabezal del cepillo se ubica en dirección oblicua hacia el ápice. Las puntas filamentosas se orientan hacia el surco aproximadamente a 45° en relación al eje mayor del diente. El cepillo se desplaza de hacia atrás y adelante con movimientos cortos sin desalojar las puntas de los filamentos del surco. En las superficies linguales de las zonas dentarias anteriores el cabezal del cepillo se mantiene vertical.

Técnica de Charters.

Examinando la publicación de Sánchez Pérez²³ (2006) en la Revista de la Universidad de Murcia puedo referenciar que:

²¹ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2009). Manual de Higiene bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²² Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia la corona, con un ángulo de 45° con respecto al eje mayor de los dientes. Las cerdas no penetran en el surco gingival, pero sí en los espacios interproximales, y una vez en posición lo vibramos para que las cerdas limpien estos espacios. Está indicado en pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que han perdido punto de contacto. Es una técnica especialmente indicada para el masaje gingival, y la higiene de los espacios interproximales.

Técnica Fisiológica o de Smith – Bell.

Investigando la obra de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración²⁴ (2009) puedo citar que “Se colocan los filamentos del cepillo dental en ángulo de 90° respecto a la superficie del diente para realizar un movimiento vertical desde las superficies oclusales y los bordes incisales de los dientes hacia el margen gingival”.

Técnica Horizontal.

Analizando la publicación de Gil Loscos²⁵ (2005) en la revista de Periodoncia para el higienista dental puedo exponer que:

Los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular linguopalatina y masticatoria del dientes y se le comunica una serie de movimientos repetidos de vaivén sobre toda la arcada. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar unos 20 movimientos por cada sextante.

²³ Sánchez Pérez, Arturo. (2006). Manual de Prácticas de Periodoncia. Universidad de Murcia – Reino de España. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=VfSjbfm26vQC&pg=PA57&dq=tecnica+de+charter&hl=es&sa=X&ei=txfvVKG9FomqgwSfw4H4Ag&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=tecnica%20de%20charter&f=false>

²⁴ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2009). Manual de Higiene bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²⁵ Gil Loscos, F. (2005) Periodoncia para el Higienista Dental. Sistemática de la Higiene Bucodental: El Cepillado Dental manual. Valencia, Reino de España. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>

Técnica de Stillman modificado.

Examinando la obra de Carranza & Sznajder²⁶ (1996) puedo citar que:

Se recomienda para pacientes que tienen recesión gingival o abrasión dentaria, o ambos, en uno o varios dientes. Se utiliza un cepillo blando, con los filamentos orientados hacia cervical y apoyados en la gingiva insertada; con pequeños movimientos vibratorios se van deslizando hacia incisal u oclusal.

2.2.6. Limpieza Interdental

Considerando la obra de Eley, Soory & Masson²⁷ (2012) puedo referenciar que:

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

Analizando la publicación de la Dra. Gloria Calsina²⁸ (2014) en su Blog Periodontal puedo conocer que “Es importante saber la importancia de eliminar las bacterias interdenciales, ya que son más difíciles de limpiar, requieren de cepillos diferentes al cepillo dental habitual y son el origen de muchos problemas dentales y de las encías”.

2.2.7. Cepillado de la lengua

Revisando la obra de Castilla y León²⁹ (2006) puedo transcribir que: “Debe instruirse al paciente para que cepille la lengua. Limpiándola se eliminan depósitos

²⁶ Carranza & Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. 4ta. Edición. Madrid, Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

²⁷ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. 6ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

²⁸ Calsina, Gloria. (2014). Blog Periodontal. Limpieza Dental Imprescindible. Barcelona, Reino de España. Publicado el 11 de marzo del 2014. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.gcalsina.org/limpieza-interdental-imprescindible-3/>

²⁹ Castilla y León (2006). Higienistas Dentales. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA227&dq=cepillado+de+la+lengua&hl=es>

que pueden causar olores o contribuir a la formación de placa en otras áreas de la boca”.

Importancia del cepillado de la lengua.

Considerando la obra de Monés³⁰ (2009) puedo referir que:

Es importante recordar el cepillado de la lengua, que completa el cepillado de dientes y encías. El cepillado de la lengua se puede realizar con el mismo cepillo de dientes o con cepillos específicos raspadores o limpiadores de lengua.

Ambas cosas se han demostrado útiles para disminuir y eliminar la lengua saburral, lo que consigue descender el número de bacterias y también la producción de gases sulfúricos responsables del mal aliento.

Limpiadores de Lengua.

Investigando la obra de Cuenca & Baca³¹ (2013) puedo citar que:

Son instrumentos de plástico de diseño sencillo, con un borde que se puede pasar por el dorso de la lengua con el objetivo de eliminar la placa bacteriana. Se ha demostrado que remover la placa bacteriana de la lengua contribuye considerablemente a reducir la halitosis de origen oral.

2.2.8. Seda o hilo dental.

Revisando el artículo de la Dra. Lina María Vásquez Fernández publicado en la página

de COOMEVA³² puedo describir que:

Es fundamental usar la seda dental, mínimo una vez al día, para eliminar los restos de placa alimenticia que se quedan entre los dientes. Preferiblemente se deben usar sedas dentales con cera, para que pase con más suavidad por los

&sa=X&ei=5Yp4VNOyHO2IsQT1hYLQDA&ved=0CCkQ6AEwATgK#v=onepage&q=cepillado%20de%20la%20lengua&f=false

³⁰ Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.

³¹ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

³² COOMEVA. Los cepillos dentales y la salud oral. Dra. Lina María Vásquez Fernández. Colombia. Consultado el 27 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.comeva.com.co/publicaciones.php?id=20778>

espacios entre los dientes y según los gustos del niño, escoger un sabor u olor especial, como menta, tutifrutti, etc. En zonas donde la encía sangra, al usar la seda dental, existe inflamación de las encías lo que se conoce como gingivitis, este sangrado solamente desaparece cuando mejoramos nuestro cepillado y continuamos con el uso de la seda dental. Si el sangrado continúa debe consultar.

Tipos de seda dental.

Indagando la publicación de Villafranca & cols.³³ (2006) puedo conocer que:

Los instrumentos de eliminación de placa interproximal son:

- Hilo dental: Consiste en un hilo fino de fibras de nilón fuertemente retorcidas a lo largo de su eje. Está indicada en espacios interdentes estrechos, siendo muy eficaz en las zonas de contacto.
- Cinta Interdental: Está indicada para grandes espacios interdentes, ya que presenta una amplia superficie plana que se desliza por las superficies arrastrando más fácilmente la placa bacteriana.
- Ultra Floss: Es una seda dental de estructura esponjosa de grosor variable. Está constituida por una red tejida de hilos de nilón entrelazados que dan al producto la propiedad única de cambiar de diámetro cuando se aplica tensión sobre él.

Uso de la seda dental.

Observando la publicación en la página Mouthhealthy³⁴ (2012) de la ADA puedo referir que:

Estos son algunos consejos acerca de cómo limpiar los dientes con el hilo dental:

Parta un trozo de hilo dental de unas 18 pulgadas (43 cm) y enróllelo alrededor del dedo corazón. Enrolle el resto de la seda alrededor del mismo dedo de la otra mano. Este dedo será el que recoja la seda según se ensucia. Sujete la seda con firmeza entre los pulgares e índices.

Pase la seda entre los dientes con movimientos suaves. No meta nunca el hilo dental con brusquedad en las encías.

³³ Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L. En línea. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es-419&sa=X&ei=RS_vVKKyIIaigwSht4KQBw&ved=0CB0QuwUwAA#v=onepage&q&f=false

³⁴ Mouthhealthy. (2012). American Dental Association. Usar Hilo Dental. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/f/flossing/>

Cuando el hilo dental alcance la línea de las encías, dóblela formando una C contra un diente. Deslícela cuidadosamente por el espacio entre la encía y el diente.

Sujete el hilo con firmeza contra el diente. Con suavidad, frote el lateral del diente y retire el hilo de la encía con movimientos ascendentes y descendentes. Repita este método en el resto de los dientes. No se olvide de la parte trasera del último diente.

2.2.9. Dentífricos o pastas dentales.

Analizando la obra de Lindhe³⁵ (2009) podemos conocer que: “Dada por la frecuencia de su empleo el vehículo ideal para portar agentes de control de la placa es la pasta dentífrica”.

Considerando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo³⁶ (2010) puedo referenciar que:

Jekins y cols. (1993b), utilizando una pasta dentífrica con 1% de clorhexidina, han demostrado mayor efecto antiplaca que cuando se usa pasta con placebo. Recientemente se ha incorporado geles en las mismas concentraciones de los enjuagatorios (al 0.2% y al 0.12%).

Investigando la obra de Lindhe³⁷ (2009) puedo citar que “El uso de cepillo puede combinarse con un dentífrico (vendido como pasta dental) con el propósito de facilitar la eliminación de la placa y aplicar sustancias a las superficies dentarias por razones terapéuticas o preventivas”.

³⁵ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁶ Bordoni, N., Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología Pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

³⁷ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Componentes de los dentífricos.

Examinando el artículo de Atúncar³⁸ (2014) puedo referenciar que:

Pueden identificarse cuatro grupos o sistemas componentes:

- El sistema limpiador que está constituido por un detergente, un abrasivo y algún componente adicional (espumantes) que facilite la acción limpiadora.
- El estabilizante que proporciona homogeneidad y plasticidad a la mezcla. Los componentes del sistema estabilizante permiten que se forme una mezcla homogénea, funcionando como un vehículo en común.
- El sistema profiláctico es el de mayor importancia preventiva, asiste y complementa al sistema limpiador en su acción anticariogénica. Algunas formulaciones presentan anestésicos en bajas concentraciones, otras protectores y/o reforzadores de la hidroxiapatita, principal constituyente del esmalte dental. Los más utilizados actualmente son los antibacterianos. Actualmente son las sales fluoradas las que realizan esta función en la mayoría de los casos.
- Existe adicionalmente un grupo relacionado con la presentación final de la pasta. Saborizantes, odorizantes y colorantes son utilizados en concentraciones y tipos diversos cuya elección depende principalmente de consideraciones comerciales.

2.2.10. Colutorios.

Observando la obra de Lindhe³⁹ (2009) puedo conocer que: “A pesar de la naturaleza ideal de la pasta dentífrica como vehículo, la mayor parte de los agentes como control químico de la placa bacteriana fueron evaluados y luego formulados en colutorios”.

Estudiando la obra de Wilkinson & Moore⁴⁰ (1990) puedo conocer que: “En general pueden ser de tres clases:

Antibacterianos: que combaten la población bacteriana de la boca.

Fluoruros: que ayudan a reforzar la capa de fluoruros del esmalte de los dientes.

³⁸ Atúncar Guzmán, Miguel. (2014). Concentración de fluoruros contenidos en los dentífricos en función a la temperatura. Universidad Nacional Mayor de San Marco. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/atuncar_g_m/marc_teor.htm

³⁹ Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁰ Wilkinson, J.B., & Moore L.J. (1990). Cosmetología de Harry. 2da. Edición. Madrid, Reino de España. Ediciones Diaz de Santos S.A.

Remineralización: que ayudan a restaurar lesiones de caries tempranas”.

Observando la obra de Negroni⁴¹ (2009) puedo referir que “La sustantividad del cloruro de cetilpiridinio es de aproximadamente tres horas y su eficacia puede ser incrementada duplicando la frecuencia de enjuagues bucales a cuatro veces por día.

2.3. Hábitos alimentarios y dieta.

Observando la obra de Yamasaki⁴² (2004) puedo conocer que “Los hábitos alimentarios son el conjunto de conductas adquiridas por cada individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos”.

Analizando la obra de Villafranca & cols.⁴³ (2006) puedo referenciar que:

La comida en el ser humano está sometida a unas reglas, a una cultura. Hay un horario, unos utensilios, unos modelos. No todos los alimentos, a veces los que más nos gustan, son igualmente saludables. Para conservar una dentadura sana los mejores alimentos son los ricos en fibras (verduras, ensaladas, frutas). O los que tienen una buena aportación de calcio y minerales (leche, queso, yogurt). O los bien dotados de vitaminas y proteínas (pescados, carnes, frutos secos).

Revisando la obra de Gómez⁴⁴ (2007) puedo citar que “Las frutas, legumbres y verduras son indispensables para la buena salud bucodental, ya que además de limpiar

⁴¹ Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica. 2da. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴² Yamasaki, Martha Elena. (2004). Tofu. Madrid, Reino de España: Editorial EDAF S.A.

⁴³ Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L. En línea. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en:

<https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es->

[419&sa=X&ei=RS_vVKKyIIaigwSht4KQBw&ved=0CB0QuwUwAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es-419&sa=X&ei=RS_vVKKyIIaigwSht4KQBw&ved=0CB0QuwUwAA#v=onepage&q&f=false)

⁴⁴ Gómez, o. (2007). Educación para la salud. 4ta. Reimpresión. San José, República de Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a distancia.

los dientes, los fortalecen y protegen. Se recomienda ingerir por lo menos una fruta en cada comida”.

Examinando la obra de Villafranca & cols.⁴⁵ (2006) puedo transcribir que “Es perjudicial abusar de las golosinas. Los alimentos dulces pueden tomarse durante la comida y no hacen daño. Pero es muy perjudicial para la salud de la boca abusar a deshora de caramelos, chicles, chocolates, bollos helados y refrescos”.

Analizando la obra de Cuenca & Baca⁴⁶ (2013) puedo conocer que “Los hidratos de carbono de la dieta se han reconocida como una causa necesaria en la caries dental; de entre ellos destacan principalmente los azúcares, especialmente la sacarosa”.

2.3.1. Dieta.

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁴⁷ (2012) puedo referir que:

Pocos temas sanitarios interesan tanto a las personas como la dieta. Más mitos y neurosis afectan el tema de la nutrición que la mayoría de los demás temas y su relación con la salud dental no es una excepción. ¿Cómo afecta la dieta a mis encías? es una pregunta constante, y una respuesta satisfactoria debe cubrir dos aspectos de este tema:

Las deficiencias nutricionales no causan enfermedad gingival. Sin embargo, si ya existe enfermedad provocada por la placa, las deficiencias nutricionales pueden afectar a su desarrollo; por tanto, hay que sugerir una dieta equilibrada. Son importantes tanto la composición química como la consistencia física de los alimentos. Aunque algunas superficies dentales se pueden limpiar mediante

⁴⁵ Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L. En línea. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es-419&sa=X&ei=RS_vVKKyIIaigwSht4KQBw&ved=0CB0QuwUwAA#v=onepage&q&f=false)

⁴⁶ Cuenca, E., & Baca, P. (2013) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios de la Prevención y Promoción de la salud en Odontología. 4ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Masson.

⁴⁷ Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2012). Periodoncia. 6ta. Edición. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier.

el consumo de alimentos duros y fibrosos, se ha demostrado con claridad que los alimentos como las manzanas, las zanahorias, el apio, etc., no tienen efecto sobre los depósitos de placa en el surco gingival, sobre todo en las regiones interdentales. Por otra parte, los alimentos duros fibrosos no favorecen el depósito de placa y por tanto son beneficiosos como sustitutos de alimentos blandos adherentes que favorecen el depósito de placa. Se debe desaconsejar el consumo de azúcar en cualquier forma, sobre todo entre comidas.

Medidas sobre la dieta.

Revisando la obra de Rivas⁴⁸ (2011) puedo transcribir que:

El tipo de dieta influye considerablemente en la producción de caries. Para que los dientes estén fuertes es importante una buena alimentación.

Una dieta sin exceso de hidratos de carbono refinados (azúcar) y que contenga vitaminas y minerales, sobre todo calcio, es lo más aconsejable para mantener una boca sana.

Por tanto, es recomendable no abusar de alimentos ricos en azúcar como: dulces, caramelos, bebidas azucaradas; procurando reducir la frecuencia del consumo de estos alimentos y que se tomen solo durante las comidas.

Los alimentos más ricos en vitaminas, minerales y calcio, son los lácteos, verduras y frutas frescas.

Es conveniente evitar comer entre horas, ya que los restos de alimentos permanecen entre los dientes hasta que se cepillan, favoreciendo así la aparición de caries.

Disminuir el consumo de azúcares u una dieta equilibrada ayuda a disminuir el riesgo de sufrir de caries.

Control dietético.

Analizando la obra de Negroni⁴⁹ (2009) puedo referir que “La interacción entre la dieta y la caries dental constituye un aspecto de importancia trascendental, ya que los alimentos son la fuente de los nutrientes necesarios para el metabolismo de los microorganismos”.

⁴⁸ Rivas, V. (2011). Salud Comunitaria. Tacna, República del Perú.

⁴⁹ Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica. 2da. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana

Considerando la obra de Brines Solanes⁵⁰ (1997) puedo citar que:

Clasificación de los alimentos.

Observando la obra de Salvador de Bultó⁵¹ (2001) puedo exponer que:

Los alimentos suelen clasificarse en grupos o familias según su contenido en nutrientes, su origen (animal o vegetal), función en el organismo, etc. A continuación se presenta una clasificación de los alimentos en forma de pirámide. Es quizás una de las clasificaciones mejor aceptadas actualmente en el ámbito de la educación alimentaria.

Cereales y féculas.

Verduras y hortalizas.

Frutas.

Leche y derivados lácteos.

Carnes, pescados, huevos y legumbres.

Aceites y frutos secos.

Estos grupos de alimentos pueden considerarse básicos. Es conveniente ingerir a diario alimentos de estos seis grupos para conseguir un equilibrio adecuado en la alimentación. Por otro lado, existen una serie de alimentos y bebidas que no se consideran básicos como el azúcar, la sal, los productos azucarados, las grasas animales de adición, las bebidas refrescantes, las estimulantes y las alcohólicas, sino que son complementarios.

Alimentos protectores.

Algunos alimentos ayudan a protegerse contra las caries. Por ejemplo, los quesos curados aumentan el flujo de saliva. El queso también contiene calcio, fosfatos y caseína, una proteína láctea que protege contra la desmineralización. Acabar una comida con un trozo de queso ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos consumidos en la misma comida. La leche también contiene calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa, es menos cariogénico (causante de caries) que otros azúcares. Sin embargo se han encontrado caries en niños a los que se les da el pecho y que lo piden con frecuencia.

⁵⁰ Brines Solanes, J. y sus cols. (1997) Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas. (Volumen I). Reino de España: Ediciones Norma

⁵¹ Salvador, G y Bultó, L. (2001). Larousse de la Dieta y la Nutrición. Gran Canaria, Reino de España: Editorial Laurosse.

Considerando la obra de Bordoni, Escobar y Castillo⁵² (2010) podemos referenciar que “Ciertos alimentos por sus componentes y características como textura, solubilidad y retentividad se consideran protectores contra la caries dental. Actúan neutralizando ácidos, promoviendo la remineralización o estimulando la producción de saliva”.

2.4. Visita al odontólogo.

Revisando la obra de Lima y Casanova⁵³ (2006) puedo conocer que:

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

2.4.1. Primera entrevista.

Observando la obra de Barrancos⁵⁴ (2011) puedo citar que:

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

2.5.. Caries dental

Estudiando la obra de Cáceres⁵⁵ (2003) podemos conocer que:

La caries dental es una enfermedad infecciosa de distribución universal, multifactorial, de carácter crónico y la más prevalente en la cavidad bucal,

⁵² Bordoni, N., Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología Pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

⁵³ Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y (enero.-abr 2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Rev Hum Med, 6(1), 2 -3.

⁵⁴ Barrancos, M. (2011). Operatoria Dental Integración Clínica: Prevención en Cariología. 4ta. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁵ Cáceres, W. (2003). Perfil de proyecto de prevención y tratamiento de caries dental en estudiantes del Centro Educativo Libertad de América Quinua. Proyecto, Centro Educativo Libertad de América Quinua, Ayacucho.

cuyas consecuencias van desde la destrucción del tejido dentario, necrosis pulpar y posterior pérdida dental. Su frecuencia ha disminuido en los países desarrollados pero ha aumentado en los países en vías de desarrollo, que es donde se concentra la mayoría de niños y adolescentes del mundo.

La Organización Panamericana de la Salud⁵⁶ (2004) expone que “La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayor prevalencia de caries se halla en América Latina y Asia, con una prevalencia de 84% y un índice de dientes cariados perdidos y obturados (CPO-D) de 5,6”

La investigación de la Asociación Americana de Odontopediatría, publicada en Hallas, Fernández, Lim y Carobene⁵⁷ (2010), sugirió como definición para el término caries temprana de la infancia: la presencia de uno o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses (aproximadamente 6 años).

Considerando la obra de Zero y otros⁵⁸ (2009) podemos conocer que:

Para el desarrollo de la caries dental, es necesario que la bacteria *Streptococcus mutans*, que es reconocida como el principal agente etiológico de la caries dental, colonice la cavidad bucal, dependiendo para esto de factores intrínsecos del huésped como: la capacidad buffer de la saliva y el pH salival y la morfología dental.

Observando la obra de Parisotto y sus colaboradores⁵⁹ (2010) podemos conocer que:

Los factores extrínsecos tales como: hábitos individuales, familiares, culturales, de higiene bucal, presencia de placa visible, mancha blanca, experiencia anterior de la caries, y frecuencia de consumo de carbohidratos, también regulan el establecimiento y desarrollo del potencial cariogénico de las

⁵⁶ Organización Panamericana de la salud. (2004). Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud. Boletín Epidemiológico, 25(3).

⁵⁷ Hallas, D., Fernandez, J., Lim, L., y Carobene, M. (2010). Nursing Strategies to Reduce the Incidence of Early Childhood Caries in Culturally Diverse Populations. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 1-9.

⁵⁸ Zero, D. T., Fontana, M., Martínez-Mier, E. A., Ferreira-Zandoná, A., Ando, M., González-Cabezas, C., y Bayne, S. (2009). The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries. *JADA*, 140(9), 25-34.

⁵⁹ Parisotto, T., Steiner-Oliveira, C., Duque, C., Peres, R., Rodrigues, L. K., y Nobre-dos-Santos, M. (2010). Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Archives of Oral Biology*, 55, 365-373.

bacterias, siendo importantes predictores en la identificación del riesgo a la caries dental en niños.

Mora León y Martínez Olmos⁶⁰ (2000) estableció que “la presencia de caries en niños ocasiona una serie secuelas como son infecciones, problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de maloclusiones y malos hábitos orales, además de repercusiones médicas, emocionales y financieras”.

2.5.1. Índice de dientes temporarios cariados, extraídos y obturados (ceo-d).

Comparando la obra de Mena y Riviera⁶¹ (1991) podemos conocer que el índice de dientes temporarios cariados, extraídos y obturados (ceo-d):

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Investigando la obra de un Colectivo de autores⁶² (2004) podemos conocer que:

En los niños se utiliza el ceo-d (dientes temporales) en minúscula, las excepciones principales son, los dientes extraídos en niños por tratamiento de ortodoncia o perdidos por accidentes así como coronas restauradas por fracturas.

El índice para dientes temporales es una adaptación del índice COP a la dentición temporal. Fue propuesto por Gruebbel y representa también la media del total de dientes temporales cariados (c) con extracciones indicadas (e) y obturaciones (o).

La principal diferencia entre el índice COP y el ceo, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que

⁶⁰ Mora León, L., y Martínez Olmos, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. *Atención Primaria*, 26(6).

⁶¹ Mena, A., y Riviera, L. (1991). *Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos)*. Caracas: OFEDO – UDUAL.

⁶² Colectivo de autores. (2004). *Epidemiología de la Caries Dental*. En *Higiene y epidemiología para Estudiantes de Estomatología* (págs. 150-158). La Habana: MINSAP.

están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente, no por otra causa.

2.5.2. Clasificación epidemiológica de las caries.

Esta clasificación se realizará atendiendo al estado de salud bucal de las personas examinadas, para lo cual se han establecido grupos:

Grupo I: Sanos

Grupo II: Sanos con riesgo de enfermar.

Grupo III: Enfermos.

Grupo IV: Enfermos con secuelas.

Sanos:

Son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente, no padecen enfermedades crónicas orgánica y/o psíquica, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos y/o sociales que puedan alterar su estado de salud.

Sanos con riesgo de enfermar.

Son aquellas personas que clínicamente no presentan ninguna enfermedad crónica en el momento actual, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o sociales, que pueden alterar su estado de salud.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son atributos o características que confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer enfermedades o para que su salud sufra alteraciones.

Pueden ser:

Biológicos.

Ambientales.

Comportamiento.

Atención de la salud.

Socioculturales.

Económicos.

Interacción biológico-social-ambiente.

Enfermo.

Es aquella persona que después de haber sido examinada clínicamente, se comprueba que padece una enfermedad crónica o aguda debidamente diagnosticada como pueden ser:

Caries dental.

Enfermedad periodontal.

Anomalías de la oclusión.

Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales.

Enfermedades de los maxilares.

Enfermedades de labios y mucosas.

Enfermedades de la lengua.

Enfermedades de las glándulas salivales.

Disfunción témporo-mandibular.

Neuralgia del trigémino.

Cáncer bucal.

Otros.

Enfermo con secuelas.

Es aquella persona que padece de una afección crónica con invalidez temporal o definitiva que afecta la actividad motora, funcional, sensorial y psíquica.

2.6. Unidad de observación y análisis.

Padres de familia o tutores y niños escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, parroquia San Pablo en el cantón de Portoviejo durante el año lectivo 2014 - 2015.

2.7. Variables.

Variable dependiente: caries dental.

Variable independiente: cultura preventiva.

2.7.1. Matriz de Operacionalización de las variables.

(Anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la Investigación.

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

3.2. Tipo de investigación.

Es un estudio transversal descriptivo ya que los datos correspondientes a cada caso se recogieron una sola vez para cada uno de los casos.

3.3. Métodos.

Para la investigación se realizó un cuestionario a los padres de familia o personas a cargo de los menores para explorar los conocimientos que tienen sobre la cultura preventiva odontológica, posteriormente un examen odontológico y se realizará a su vez la Historia clínica odontológica de cada niño del estudio, se construirá el índice coe-d y CPO – D mediante la suma de dientes con caries, obturados y extraídos por causa de caries.

3.4. Técnicas.

Examen clínico odontológico.

Preguntas a padres según un cuestionario. (Anexo 3).

Registro de una ficha de datos para consolidar la información.

3.5. Instrumentos.

Cuestionario para padres de familia.

Ficha clínica para examen odontológico.

Instrumental odontológico.

3.6. Población y muestra.

3.6.1. Población.

Padres de familia o tutores, niños y niñas de entre 5 y 7 años de edad pertenecientes a la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro de la parroquia San Pablo durante el año lectivo 2014 - 2015.

3.6.2. Muestra.

Como es un estudio descriptivo, se trabajó con el universo, los niños y niñas de entre 5 y 7 años matriculados en la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro de la parroquia San Pablo durante el curso lectivo 2014 – 2015 que cumplan con los criterios de inclusión. Dado que el trabajo es descriptivo no es necesario calcular el tamaño de la muestra y se tomaron todos aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y los adultos responsables no se opongan a que participen en el estudio

Criterios de inclusión.

Niños y niñas cuyos padres o tutores accedan a que participen en el estudio.

Criterios de exclusión.

Niños y niñas cuyos padres o tutores no accedan a que participen en el estudio.

Niños y niñas menores de 5 años.

Niños y niñas mayores de 7 años.

Niños y niñas que desertaron la escuela.

3.7. Recolección de la información.

La recolección de la información se efectuó mediante un cuestionario a los padres de familia o tutores de los menores, se realizaron reuniones con los padres de familia convocadas por los docentes en el marco de las mismas se llenaron los cuestionarios, los padres que no asistieron fueron visitados en las viviendas, una vez realizado el cuestionario se procedió al examen clínico odontológico a los menores cuyos resultados, junto con datos generales y socio demográficos, fueron registrados en una ficha de datos.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una hoja de datos de Microsoft Excel 2010. Para el procesamiento de los datos se empleará el Excel y algún software procesamiento estadístico como el SPSS Statistics 22.0. Con las variables cualitativas nominales se realizará el cálculo de las frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se calcularán las medias y desviaciones y, si fuera pertinente, las frecuencias relativas y acumuladas y los percentiles adecuados.

3.9. Ética.

A cada padre de familia o tutor en estudio se le solicitó su consentimiento informado por escrito (Anexo 2) después de haberle explicado de forma oral y mediante un documento confeccionado para el efecto indicado, los propósitos del estudio y se le afirmó que la información obtenida de sus datos no se emplearía para ningún otro fin ajeno a la investigación y que en todo momento se manejarían con discreción y se mantendrá estricta confidencialidad sobre los mismos. También se aseguró para en caso de no desear participar, exista la evidencia del tutor, negándose a la autorización.

3.10. Recursos.

3.10.1. Humanos.

Autora.

Directora de tesis.

3.10.2. Tecnológicos.

Computadora.

Memoria flash.

Impresora.

Internet.

Cámara de fotos.

Scanner.

Memoria flash.

3.10.3. Materiales.

Materiales de oficina.

Insumos de impresión.

Fotocopias.

Instrumentos odontológicos.

3.11. **Presupuesto.**

Cuadro 1.

Presupuesto de la tesis.

MATERIALES	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	PRECIO UNITARIO (dólar)	COSTO TOTAL (dólar)
Resmas de papel HP.	2	Resmas	5.00	10.00
Tinta HP.	2	Unidad	45.00	90.00
Fotocopias	800	unidades	0,02	16.00
Carpetas	4	unidades	1.00	4.00
Transporte		Unidad	-	80.00
Mascarillas	3	Cajas	7.00	21.00
Guantes	4	Cajas	9.00	36.00
Gasas	4	Paquete	1.50	6.00
Eucida	3	Frasco	5.00	15.00
Espejos bucales	10	Unidad	2.00	20.00
Exploradores	10	Unidad	2.00	20.00
SUBTOTAL				318.00
Gastos imprevistos (10%)				31.80
TOTAL				349.80

3.12. Cronograma.

Cuadro 2.

Cronograma de la tesis.

ACTIVIDADES	may-14				jun-14				jul-14				ago-14				sep-14				oct-14				nov-14				dic-14				ene-15				feb-15				mar-15				abr-15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
CORRECCION DE PROYECTOS																	■	■	■	■																												
APROBACION DE PROYECTOS																					■	■	■	■																								
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																									■																							
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																									■	■	■	■	■																			
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																													■	■																		
ANALISIS E INTERPRETACION																																	■															
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																					■											
ELABORACION DE PROPUESTA																																									■							
REDACCION DEL BORRADOR																																									■							
REVISION DEL BORRADOR																																					■	■	■	■								
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																									■	■						

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los Resultados.

Cuadro 3.

Distribución de alumnos según género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	65	51
Masculino	62	49
Total	127	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 38.

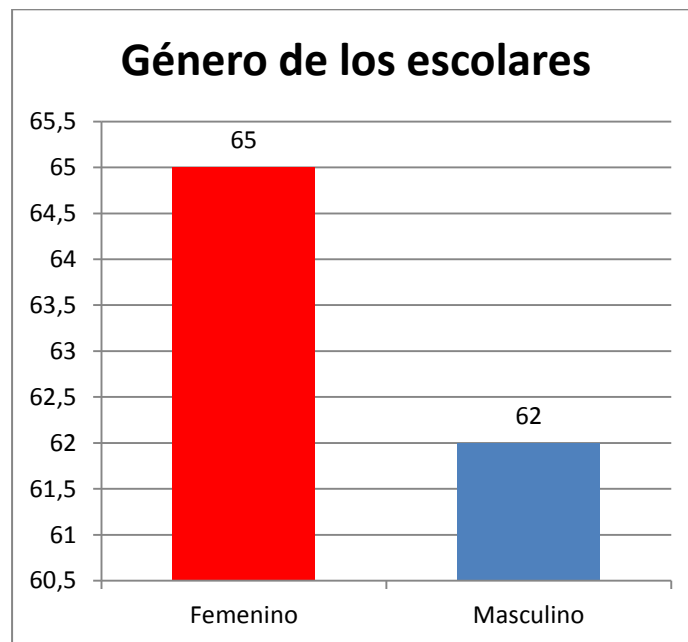


Gráfico N° 1. Distribución de frecuencias del género de los pacientes.

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

Análisis e interpretación.

El total de escolares encuestados en el lapso estudiado fueron 127 (100%), de los cuales 65 (51%) fueron niñas y 62 (49%) niños. Nuestra muestra es similar al estudio realizado en Venezuela por Zavarce⁶³ donde podemos observar que “la muestra seleccionada está distribuida equitativamente en relación al sexo; es decir, una mitad corresponde al grupo femenino y el otro 50% al grupo masculino.”

Podemos revelar que el predominio del sexo masculino, manifestando que estos descuidan la higiene bucal ya que hay poca autorresponsabilidad en su práctica, a ello se suma una incorrecta y un descontrol en la ingesta de alimentos dulces y azucarados así como de otros alimentos ricos en carbohidratos.

⁶³ Zavarce, E. (2014). Acta Odontológica Venezolana. Prevalencia de Caries Dental en menores de 5 años de edad. Venezuela. Publicado el 17 de marzo de 2014. Consultado el 3 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art15.asp>

Cuadro 4.

Distribución de los escolares según la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
5 años	36	28
6 años	37	29
7 años	54	43
Total	127	100

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta

Fuente: Realizado por la autora de la tesis. Anexo 4, p. 40.

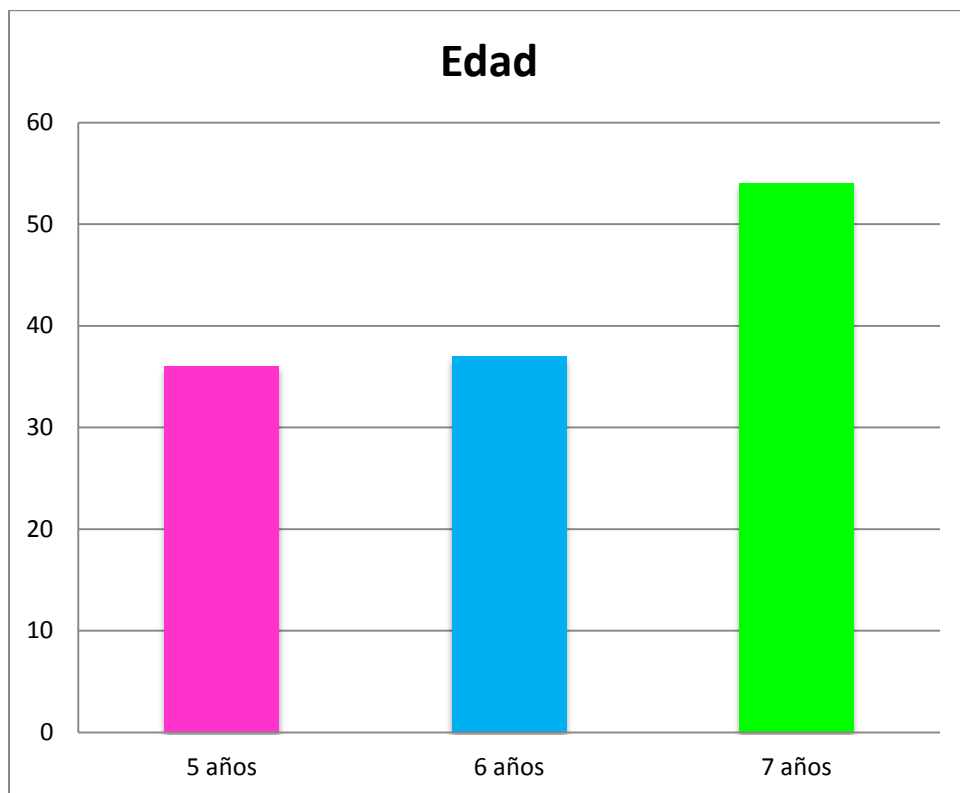


Gráfico N° 2: Distribución de los escolares según la edad.

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

Análisis e interpretación.

Estudiamos 36 pacientes de 5 años que corresponde al 28%, 37 escolares de 6 años que corresponden al 29% y por último la mayoría con un 43% que son los estudiantes de 7 años de edad. Es notable el predominio de niños de 7 años de edad, esto corresponde a la cantidad de estudiantes del Centro Escolar.

Cuadro 5.

Distribución de la edad respecto al género de los escolares.

Edad	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje
5 años	19	29,2	17	27,4
6 años	21	32,3	16	25,8
7 años	25	38,5	29	35,5
Total	65	100,0	62	100,0

Nota: Resultados obtenidos de la formulación de encuesta.

Fuente: Realizado por la autora de la tesis. Anexo 3, p. 42.

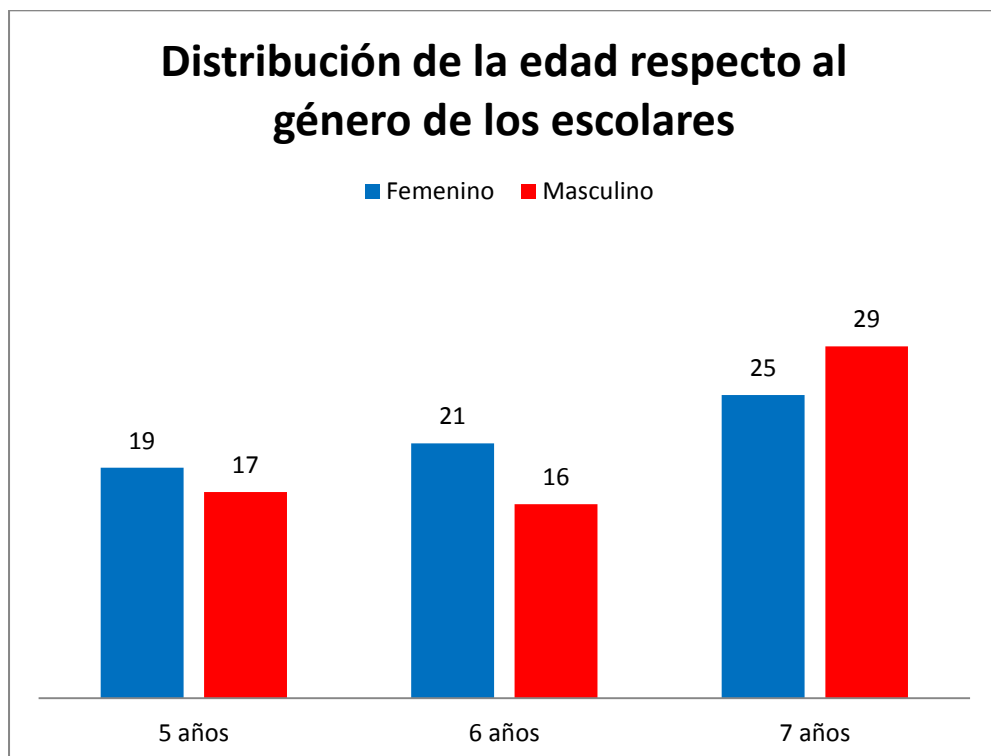


Gráfico N° 3: Distribución de la edad respecto al género de los escolares.

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

Análisis e interpretación.

Según el estudio realizado en las edades de 5 a 6 años predominan los niños con un 27% y 26% respectivamente, así que podemos decir que ambos grupos son homogéneos, mientras que las niñas de 7 años corresponden al 25% de su grupo.

Mientras que en los estudios realizados por González-Martínez⁶⁴ en Cartagena el promedio de edad fue 4,1 de los cuales 73 correspondían a niños de tres años, 77 de cuatro y 88 de cinco años. En cuanto al género, los niños fueron 116 y las niñas 122.

⁶⁴ González-Martínez, Farith (2010.) Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a13>

Cuadro 6.

Distribución de escolaridad de los padres y tutores.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0
Primaria	27	23
Secundaria	65	55
Bachiller	13	11
Universitario	10	8
Graduado universidad	4	3
Total	119	100

Nota: Distribución de la escolaridad de los padres y tutores.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 44.

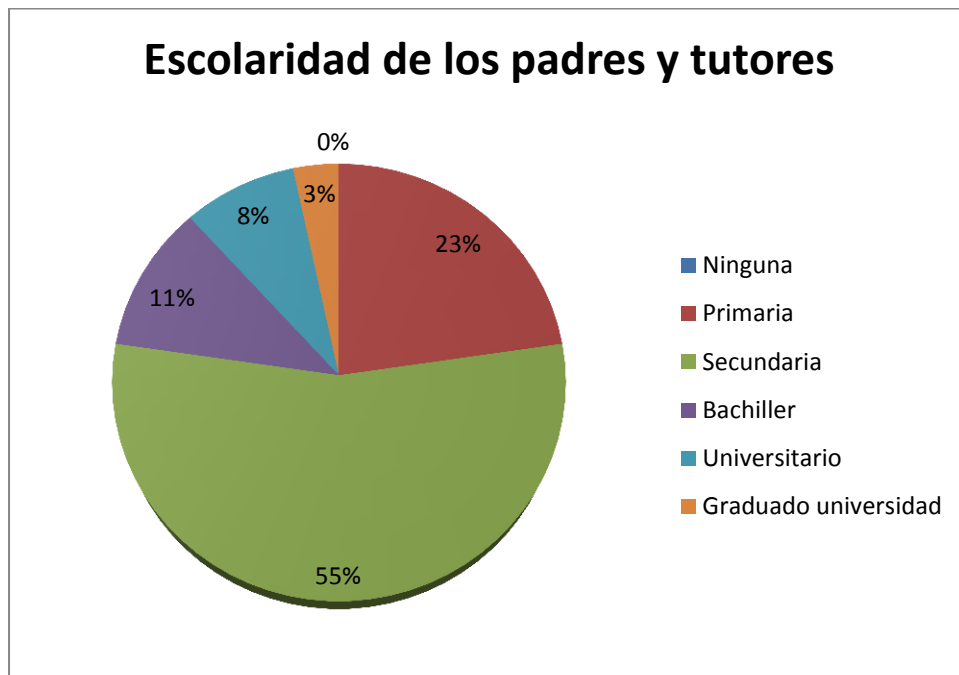


Gráfico N°4: Escolaridad de los padres y tutores.

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

Análisis e interpretación.

De un total de 119 padres y tutores encuestados podemos observar que la mayoría (55%), más de la mitad corresponden a secundaria no terminada, le sigue padres cuyo nivel de instrucción es de la primaria (23%), a los padres bachilleres y universitarios se puede considerar estadísticamente similares con un 11% y 8% respectivamente, padres graduados de la universidad corresponden al 3% y no se encontraron padres con ningún nivel escolar.

Nuestro estudio tuvo resultados similares al realizado por González⁶⁵ en Colombia donde el nivel de escolaridad más frecuente de los padres fue la secundaria, con 55.5%.

⁶⁵ González Martínez, Farith. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal113g.pdf>

Cuadro 7.

Distribución del nivel de conocimiento de cultura preventiva odontológica de los padres y tutores de los escolares.

Nivel de cultura odontológica	Frecuencia	Porcentaje
No conoce	92	77
Conoce	27	23
Total	119	100

Nota: Distribución del nivel de conocimiento de cultura preventiva de los padres de los escolares.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 46.

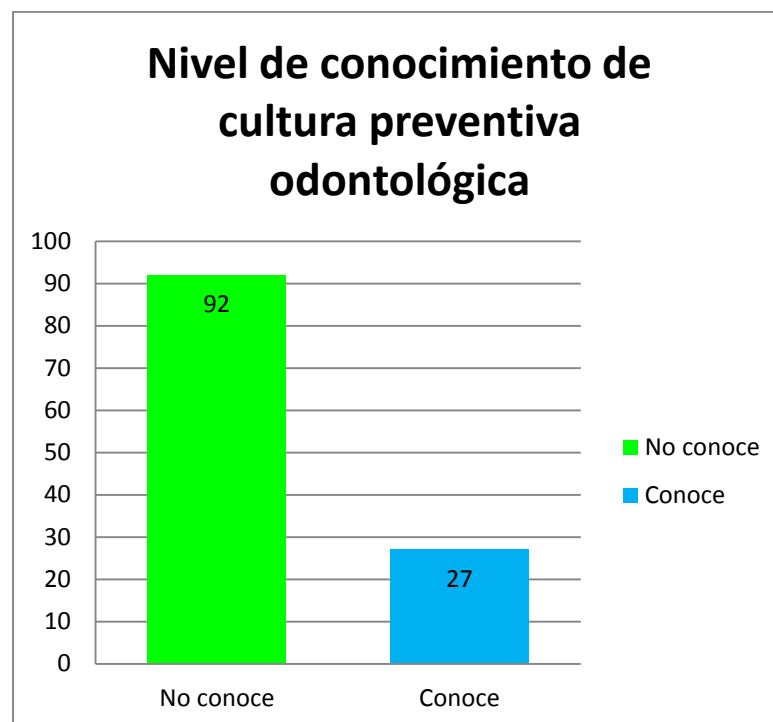


Gráfico N°5: Distribución del nivel de conocimiento de prevención de los padres de los escolares.

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

Análisis e interpretación.

A través del estudio realizado tenemos un alto porcentaje de desconocimiento en padres y tutores acerca de la cultura preventiva odontológica, de 119 personas encuestadas 92 dijeron que no conocían el término que corresponde al 77%; mientras que 27 padres dijeron si conocer el término, que pertenecen al 23%.

Cuadro 8.

Distribución de nivel de conocimientos de los tutores según tres alimentos que deben consumir para una buena salud bucal.

Conocimientos de alimentos que deben consumir	Frecuencia	Porcentaje
Azúcar	0	0
Harina	2	0.6
Carne	31	9
Pescado	57	16
Leche	102	29
Frutas	80	22
Verduras	85	23.6
Total	357	100

Nota: Distribución de nivel de conocimientos de los tutores según tres alimentos que deben consumir para una buena salud bucal.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 48.

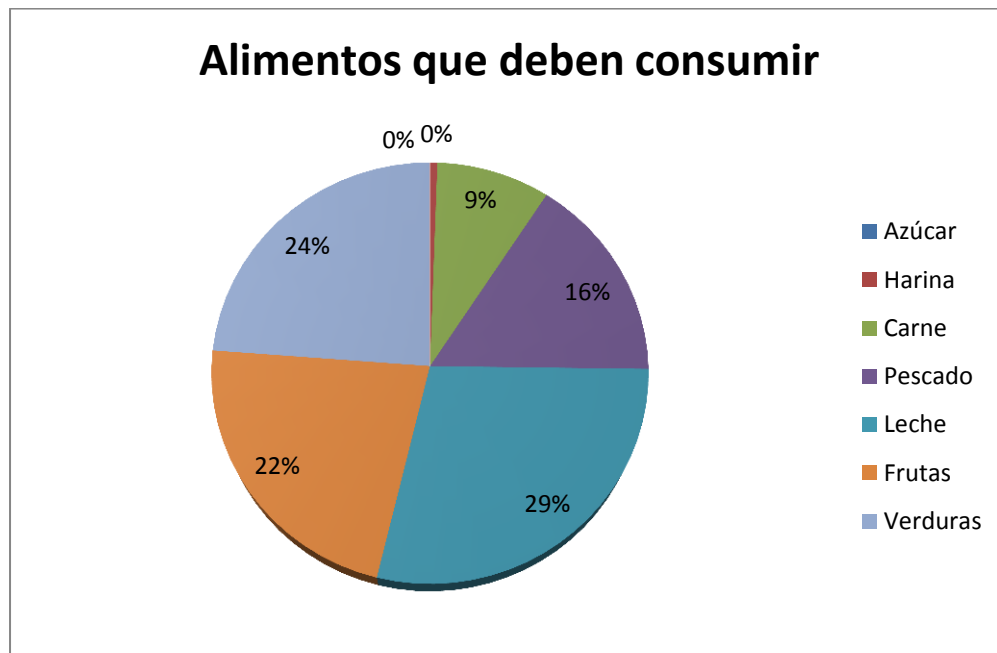


Gráfico N°6: Distribución de nivel de conocimientos de los tutores según tres alimentos que deben consumir para una buena salud bucal.

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

Análisis e interpretación.

En cuanto a los 3 alimentos que consideran que ayudan a la salud bucal de los escolares según la opinión de los padres tenemos a la leche (29%), verduras (24%) y frutas (22%), un 16% dijeron que el pescado, 9% respondieron que las carnes, un 0,6% dijeron que las harinas que corresponden 2% y por último nadie respondió que el azúcar es un alimento que ayude a la salud bucal de los niños.

Nuestro estudio muy similar al realizado en Chile por Fernando Vio del Río⁶⁶ donde un altísimo porcentaje dice consumir alimentos saludables: lácteos (97%); frutas y verduras (94%); pescado (89%); legumbres (83%). En cuanto a alimentos no saludables, un 86%, bebidas azucaradas; un 65% golosinas saladas; un 58% dice consumir completos; 55% helados y golosinas dulces; y un 54% papas fritas.

⁶⁶ Vio del Río, Fernando. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300005

Cuadro 9.

Distribución de frecuencia de cepillado de los escolares.

Frecuencia de cepillado	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	2
Una vez al día	23	18
Dos veces al día	62	49
Tres veces al día	39	31
Total	127	100

Nota: Distribución de frecuencia de cepillado de los escolares.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 50

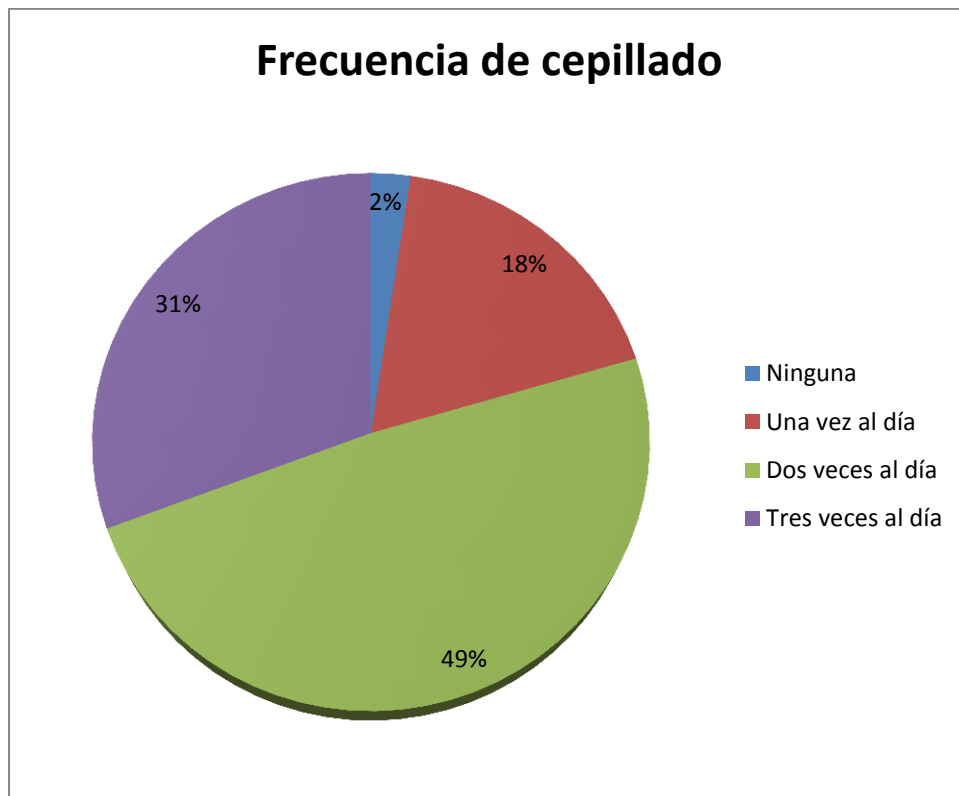


Gráfico N°7: Distribución de frecuencia de cepillado de los escolares.

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

Análisis e interpretación.

En el estudio podemos observar que 62 escolares se cepillan los dientes dos veces al día correspondiendo al 49%, es decir la mitad de la población; 39 niños tienen frecuencia de tres veces al día que son el 31%; 23 escolares se cepillan los dientes una vez al día que corresponden al 18% y por último 3 niños que nunca se cepillan sus dientes con un 2% de la población total. El 80% de la población tienen una frecuencia de cepillado de dos a tres veces al día, lo cual demuestra un buen nivel de conocimiento acerca de prevención odontológica.

En el estudio realizado por Villaizán Pérez⁶⁷ respecto a los hábitos de higiene oral encontramos que un 43,8 % de los escolares no se cepillaban los dientes a diario, y de los que sí lo hacían solamente un 5,2 % lo realizaba después de cada comida principal, manteniéndose esta frecuencia en todas las edades.

A diferencia de nuestro resultado obtenido en relación al estudio realizado por García-Vega⁶⁸ en Lima – Perú donde el promedio de frecuencia de cepillado dental es de 1,6. Esto debido a que la frecuencia de cepillado dental es 1 vez al día en un 45,4% y 2 veces al día en 34,3%.

⁶⁷ Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

⁶⁸ García Vega, Lida. (2012). Relación entre consumo de alimentos cariogénicos e higiene Bucal con caries dental en escolares. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art5.pdf

Cuadro 10.

Distribución de alumnos según frecuencia de visita al odontólogo.

Frecuencia de visitas al odontólogo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	5
Cada 6 meses	56	47
Cada 1 año	17	14
Cada 2 años	0	0
Cuando tiene problemas	40	34
Total	119	100

Nota: Distribución de alumnos según frecuencia de visita al odontólogo.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 3, p. 52.



Gráfico N°8: Distribución de alumnos según frecuencia de visita al odontólogo.
Realizado por: autora de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Considerando a la frecuencia de visitas al odontólogo tenemos que 56 dijeron que los llevan cada 6 meses correspondiendo al 47%, mientras que 40 padres respondieron que los llevan cuando tienen un problema que pertenece al 34%, 17 personas dijeron que los llevan cada año con un 14%, cada año manifestaron 6 personas que corresponde al 5% y por último cada 2 años no contestó nadie.

Los resultados del último estudio elaborado bajo el marco del Mes de la Salud Bucodental en el 2014, iniciativa creada por Colgate y la Fundación Dental Española (FDE) y que se realizó a casi 7.000 personas, con hijos entre los 2-13 años: el 46% de los padres afirman haber llevado a su hijo/a al dentista solamente cuando detectaron un problema. El 19% llevan a su hijo/a a consulta cada 2 años o con menos frecuencia. El 15% lo/a llevan anualmente o con mayor frecuencia. Finalmente, el 20% de los padres afirman no haberlo/a llevado nunca.

Cuadro 11.

Distribución de ceo según la edad de los escolares.

Edad	c	e	o	Total
5 años	148	6	9	163
6 años	152	9	14	175
7 años	238	35	29	302
Total	538	50	52	640

Nota: Distribución de ceo según la edad de los pacientes.

Realizado por autora de la tesis. Anexo 4, p. 54.

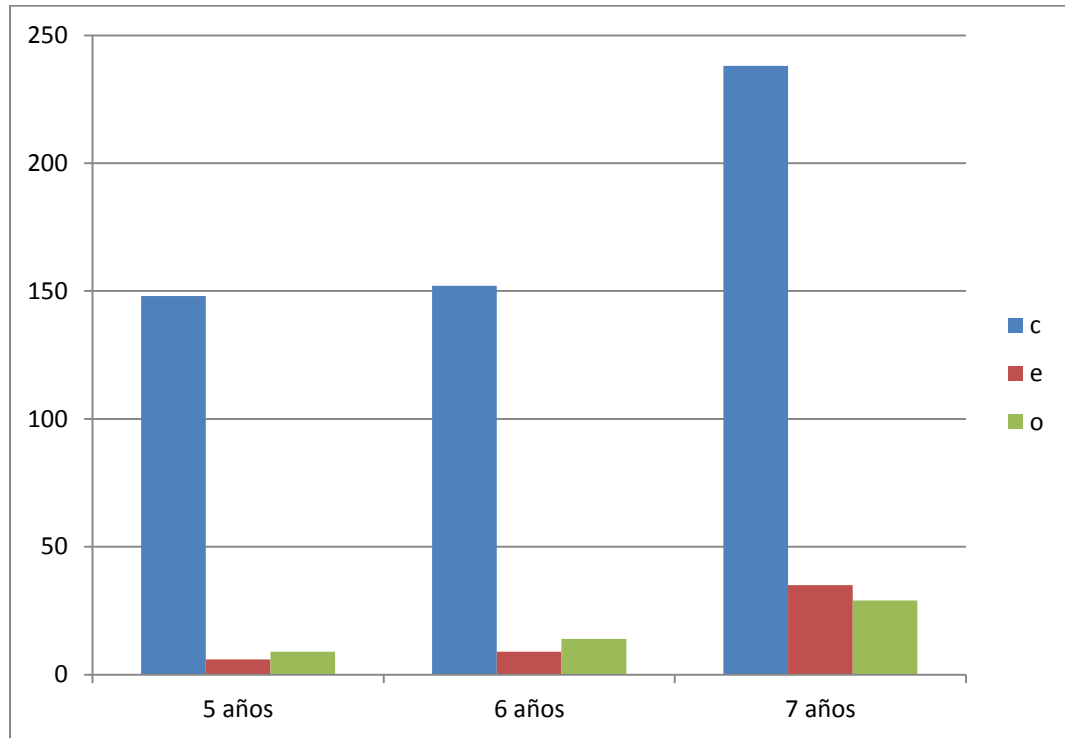


Gráfico N° 9: Distribución de ceo según la edad de los escolares.

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

Análisis e interpretación.

En los 127 escolares tomados en cuenta para el estudio se encontraron 640 piezas afectadas con ceo, correspondiendo 163 a los de 5 años con una frecuencia de por cada niño; así mismo en 6 años encontramos 175 piezas afectadas con un de frecuencia por niño y por último tenemos a las 302 piezas encontradas en los niños de 7 años correspondiendo a caries por cada niño.

Podemos observar que en los niños de 7 años el índice ceo es más elevado, podemos atribuir esto al tiempo que tienen las piezas deciduas en boca; mientras más tiempo, más probabilidad de caries presentarán.

Según el estudio realizado por Escobar⁶⁹ en Colombia “El promedio de superficies cariadas y obturadas fue 7.6 ± 1.3 para todas las edades y 10.8 ± 16.6 a los cinco años, aproximadamente el doble del valor del ceo-d a esta edad, lo cual indica que - en promedio - cada diente afectado tiene dos superficies comprometidas. Las diferencias por edad son estadísticamente significativas”.

⁶⁹ Escobar-Paucar, Gloria. (2009). Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/504/606>

Cuadro 12.

Índice de CPO en relación a la edad de los escolares.

	C	P	O	Total.
6 años	25	0	0	25
7 años	73	2	14	89
	98	2	14	114

Nota: Distribución de CPO según edad de los escolares.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 56.

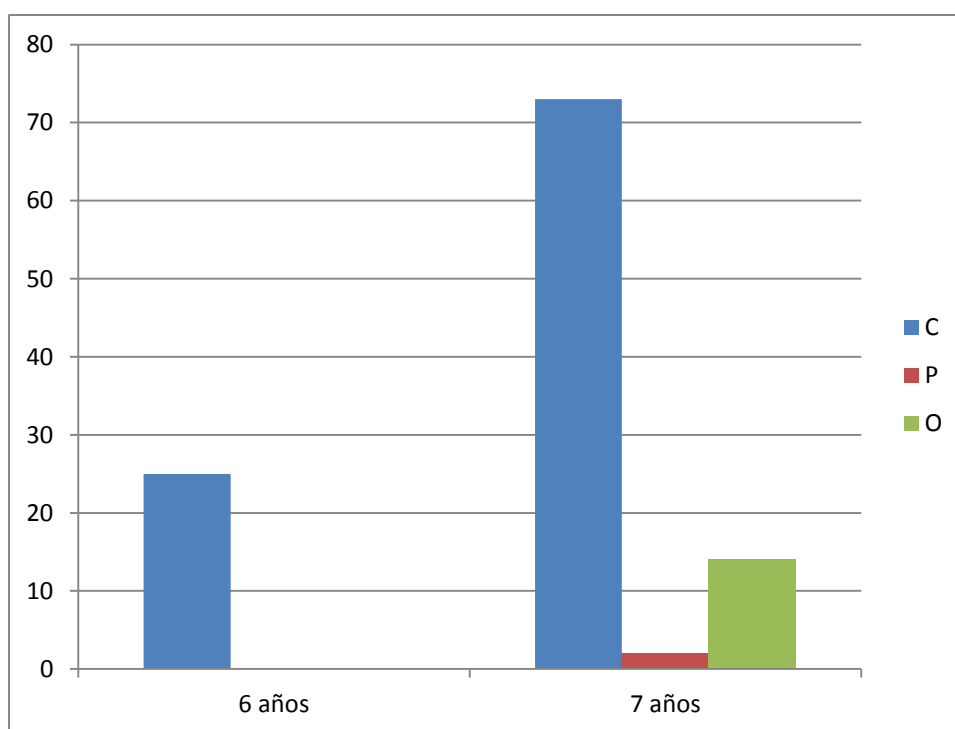


Gráfico N°10: Distribución de CPO según edad de los escolares.

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

Análisis e interpretación.

En cuanto al CPO encontramos 114 piezas afectadas de 91 escolares encuestados, de esta manera tenemos que encontramos 25 piezas afectadas en los niños de 6 años, y un alto índice CPO 89 en niños de 7 años. Así podemos observar que se cumple lo dicho, entre más tiempo tengan los dientes en boca, más probabilidades tienen éstas de verse afectadas.

Nuestro resultado es similar al realizado por Márquez⁷⁰ De los dientes permanentes, 73,0 % estaban cariados, con predominio en las edades de 7 y 12 años; 23,0 % habían sido obturados, preponderantemente en niños y niñas de 6 y 10 años (38,0 y 36,0 %, respectivamente). De igual forma se encontró que 6,5 % de las extracciones fueron indicadas a los 8 años y 7,1 % a los 9.

⁷⁰ Márquez Filiú. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012

Cuadro 13.

Índice de CPO + ceo en relación a la edad de los escolares.

Edades.	ceo.	CPO.	Total.
5 años.	163	0	163
6 años.	175	25	200
7 años.	302	89	391
TOTAL.	640	114	754

Nota: Índice de CPO + ceo en relación a la edad de los escolares.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 58.

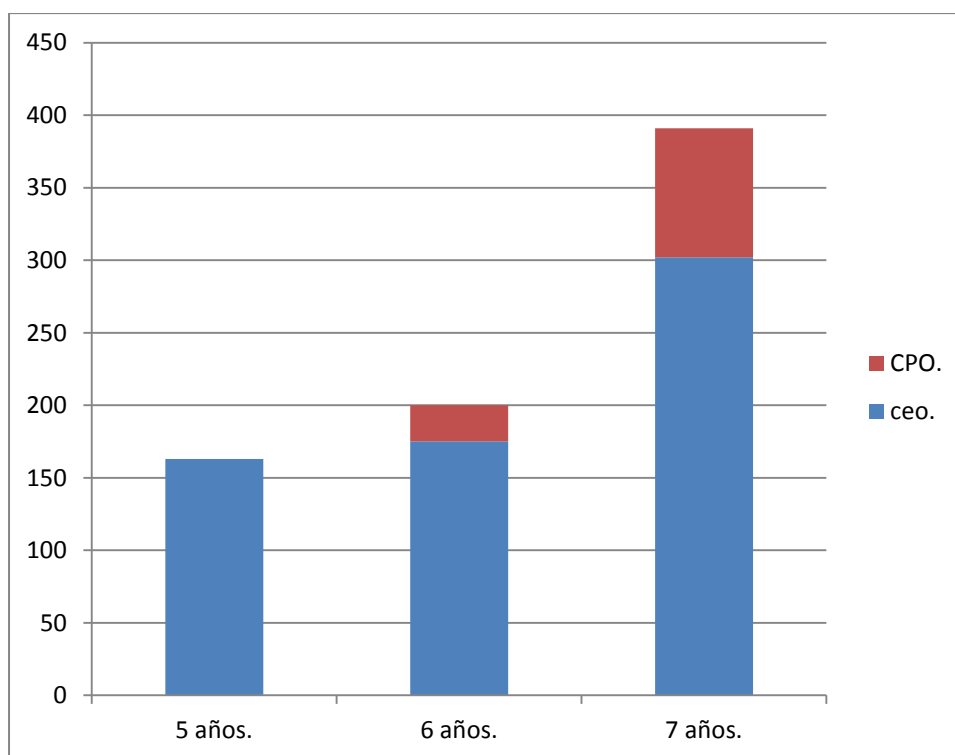


Gráfico N°11: Índice de CPO + ceo en relación a la edad de los escolares

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

Análisis e interpretación.

Unificando ambos índices ceo y CPO distribuidos por las edades estudiadas, tenemos que hay un alto número de piezas afectadas en niños de 7 años correspondiendo a 391, mientras que en los escolares de 6 años tenemos 200 piezas afectadas encontradas y en los niños de 5 años solo se toma en cuenta el ceo que corresponde a 163 piezas.

Lo que señala que en los escolares de 7 años hay un alto índice tanto de ceo como de CPO, podemos atribuir esto a que tienen más tiempo en boca esos dientes, y entre más tiempo tengan los dientes en boca, se ven más afectados.

Cuadro 14.

Clasificación epidemiológicaA.

Grupos de edades.	Clasificación Epidemiológica.								TOTAL.	
	Sano.		Sano con riesgo.		Enfermo.		Enfermo con riesgo.			
	#	%	#	%	#	%	#	%		
5 años.	0	0	1	0,8	35	27,6	0	0	36	28,35
6 años.	0	0	2	1,6	35	27,6	0	0	37	29,13
7 años.	0	0	2	1,6	52	40,9	0	0	54	42,52
Total.	0	0	5	3,9	122	96,1	0	0	127	100

Nota: Clasificación epidemiológica.

Fuente: Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 4, p. 60.

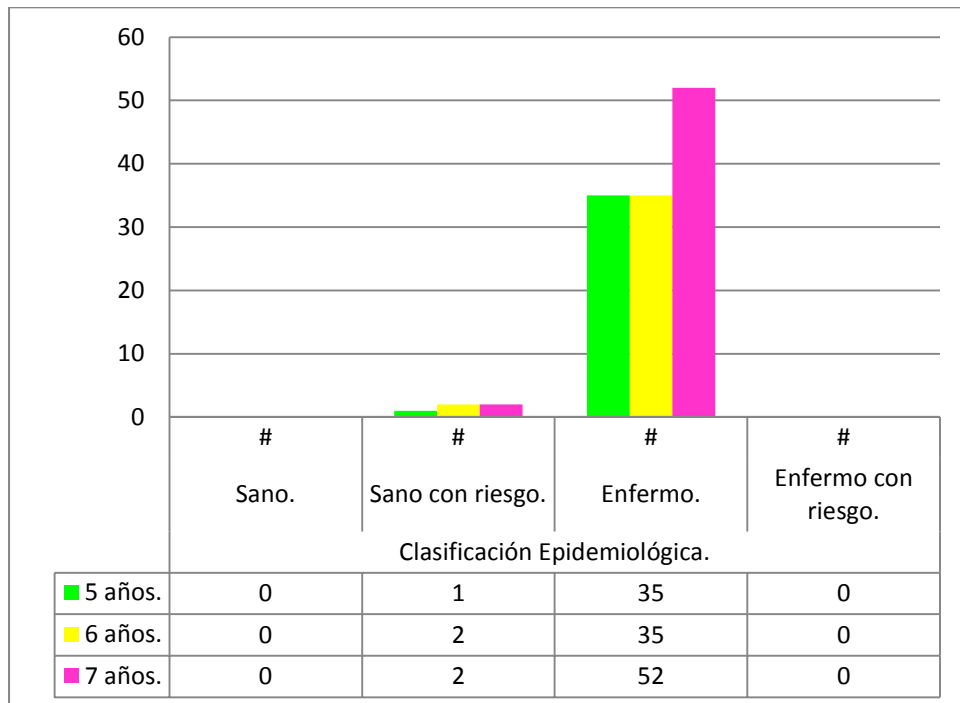


Gráfico N°12: Clasificación epidemiológica.

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

Análisis e interpretación.

Como se observa en los resultados podemos decir que la mayor parte de escolares pertenecen al grupo de enfermos (96,1%), dentro de este grupo están los encuestados que presentan caries y que a su vez están expuestos a ciertos factores de riesgo; con un 3,9% están los pacientes con 0 caries, pero estos a su vez están expuestos a factores de riesgo, como los hábitos alimenticios, alto consumo de azúcares.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Los padres y/o tutores de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela Fiscal Mixta “Eloy Alfaro”, no conocen el término Cultura Preventiva, pero tienen un nivel alto de conocimiento acerca de Prevención Odontológica, podemos atribuir esto a que en esta zona urbano-marginal la mayoría de padres y tutores tienen un nivel escolar de secundaria no terminada, esto hace que a pesar de tener el conocimiento acerca de prevención no lo entiendan y por ende no lo pongan en práctica en sus hijos.

Los alimentos que son considerados por los padres como que ayudan a la salud bucal de los niños son la leche, verduras y frutas en su mayoría; mientras que las carnes y pescados están en un nivel intermedio y las harinas y azúcares son casi nulas; podemos decir que el conocimiento en cuanto a hábitos alimenticios es bastante bueno y aceptable, es necesario que pongan en práctica dichos conocimientos.

La mayor parte de los padres refieren que sus hijos se cepillan dos veces al día, lo cual no es malo si lo hicieran de la manera correcta, es necesario inculcar hábitos de higiene para que mejoren su técnica de cepillado; ya que también algunos escolares nunca se cepillan los dientes; cabe recalcar que le dan mucha importancia a la frecuencia mas no a los momentos que es lo realmente importante.

La mayor parte de los padres y tutores llevan a sus hijos al odontólogo dos veces al año; que es lo más recomendable, pero cabe recalcar que un alto número de padres afirmaron llevar a sus niños al odontólogo cuando presentan algún problema; ellos atribuyen que los llevan poco debido a la dificultad para sacar turno en el Centro de Salud y afirman que la atención es ineficiente; de esta manera podemos concluir que la poca accesibilidad al centro es la determinante para el alto índice de caries.

Podemos concluir que el índice de caries en esta población es extremadamente alto, siendo los escolares de 7 años los más afectados.

5.2. Recomendaciones

Se debe abordar la forma de llegar a los padres y tutores para informarles acerca de la cultura preventiva odontológica, debido a que no existe conocimiento acerca de prevención en la comunidad; esta información dada debe incluir técnicas y frecuencia de cepillado, hábitos alimenticios y frecuencia de visita al odontólogo.

Se deben dar charlas tanto a los padres y tutores como a los docentes y escolares, esto para controlar el índice de caries en los niños.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Título de la propuesta.

Charlas educativas sobre cultura preventiva odontológica a los padres y docentes de la escuela, con el objetivo de elevar los conocimientos sobre cómo prevenir las enfermedades bucales, en especial la caries dental y de esta forma mejorar el estado de salud bucal de los escolares.

Hacer extensivo este estudio a los otros grupos de edades de este centro educativo, con el fin de disminuir la prevalencia de caries dental.

6.1.1. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 19 de enero de 2015

Fecha de finalización: 30 de enero de 2015

6.1.2. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro.

Beneficiarios indirectos: Son los padres y tutores de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro,

6.2. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.3. Ubicación sectorial y física.

La Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro está ubicada en la Parroquia San Pablo en la calle 20 de Julio, del Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí.

6.4. Introducción.

De acuerdo con las técnicas empleadas se pudo realizar la propuesta sugerida. Para ello se contó con varios pacientes: los padres o tutores y los niños escolares de 5 a 7 años de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro

La presente propuesta constituyó un aporte importante a la comunidad de la Parroquia San Pablo, especialmente para los padres o tutores de los escolares de 5 a 7 años para mejorar la salud bucal de dichos niños. Por ello, el presente documento está compuesto de datos de la propuesta, justificación, objetivos, documentación teórica, recursos y finalmente el modelo del tríptico entregado a cada padre o tutor.

6.5. Justificación.

A través de las charlas educativas podemos lograr un aumento en los conocimientos acerca de los factores de riesgo que existen y llevan a los menores a padecer enfermedades bucales. Una buena higiene oral puede prevenir enfermedades bucales y si a esto se le suma visitas periódicas al odontólogo para un control y/o evaluación, constituirían dos pilares fundamentales en lo que a salud bucal se refiere.

El resultado de esta investigación en concordancia con el previsto de la autora muestra la relación entre el conocimiento de cultura preventiva odontológica de los padres o tutores y la falta de interés de los mismos a que los escolares reciban la atención odontológica requerida.

Por tanto es necesario capacitar a los padres y tutores de dichos escolares para que exista preocupación en que se dé una buena higiene bucal, una correcta ingesta de alimentos y que sobre todo visiten periódicamente al odontólogo para un control y prevención de caries.

6.6. Marco institucional.

La institución que hoy es la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro fue fundada el 5 de junio del 1951, como municipal, en la época que fue alcalde el Sr. Don Cristóbal Azúa Robles. Al principio, esta Escuela funcionaba en la casa del Sr. Guillermo Sacoto, ubicada en las calles Córdova y 18 de Octubre; se inicia con cuatro grados de primaria.

El 1967, siendo el alcalde el Sr. Dr. Luis Villacreses, se expropia el terreno de la Sra. Herlinda Bravo y se construye el local para que funcione dicho establecimiento, gracias al esfuerzo y sacrificio de los moradores de la ciudadela (hoy parroquia San Pablo), Padres de Familia y el comité 2 de abril.

En 1972 se fiscaliza la escuela con todos los profesores existentes ese año. Actualmente funciona en la calle 20 de julio, de la parroquia San Pablo, abriéndole las puertas a casi 500 niños de la ciudad de Portoviejo.

6.7. Objetivos.

6.7.1. Objetivo General.

Instruir a los padres o tutores, docentes de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro acerca de la cultura preventiva odontológica.

6.7.2. Objetivos Específicos.

Informar a los padres o tutores de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro acerca de los factores de riesgo.

Concientizar a los padres o tutores de los estudiantes de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro sobre la importancia de una correcta higiene bucal y la visita periódica al odontólogo.

6.8. Descripción de la Propuesta.

En la investigación realizada se observó que los padres o tutores de los escolares de 5 a 7 años de la Escuela Fiscal Mixta “Eloy Alfaro” no conocen acerca del significado del término “cultura preventiva” a pesar de que los niveles de conocimientos de los mismos son bastante altos, lo que no se evidencia en la salud bucal de los escolares, lo cual se vió reflejado en la historia clínica odontológica de

dichos niños. Debido a esto es necesario difundir la información acerca de los factores de riesgo los cuales una vez conocidos son los que nos van a elevar el índice de cultura preventiva en la población en cuestión.

6.9. Responsable.

Autora de esta tesis.

6.10. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de los Directivos de la Escuela de Educación Básica Fiscal Eloy Alfaro, la colaboración y predisposición de los padres o tutores de los escolares de 5 a 7 años de dicha escuela; lo cual permitirá proporcionar la información acerca de cultura preventiva odontológica mediante charlas por parte de la autora de ésta tesis.

6.11. Sostenibilidad

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican la urgente necesidad de instruir a los padres y tutores acerca de cultura preventiva odontológica, ya que hay alto índice de desconocimiento acerca de la prevención en salud bucal.

La propuesta es sustentable ya que se utilizarán recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida

tanto en padres como en los escolares, ya que mejora significativamente la salud bucal y enriquece el conocimiento de los padres, acerca de prevención en salud bucal.

6.12. Diseño Metodológico

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

Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los mismos padres o tutores de los escolares. Elaboración de material de apoyo posterior a las charlas para fortalecer la información transmitida. Entrega de trípticos a los participantes de las charlas educativas.

6.13. Recursos.

6.13.1. Humanos.

Autora.

Directora de tesis.

6.13.2. Técnicos.

Cámara fotográfica.

Internet.

6.13.3. Materiales.

Materiales de oficina.

6.13.4. Financieros.

La elaboración de la presente investigación tuvo un costo aproximado de USD \$35,00 que fueron financiados por la autora.

6.14. Presupuesto.

Herramientas.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Cantidad necesaria.	Subtotal.
Hojas.	Resma	\$5,00	Una	5,00
Tinta b/n.	Un cartucho	\$15,00	Una	15,00
Tinta color.	Un cartucho	\$15,00	Una	15,00
Total				35,00

ANEXOS.

Anexo 1. Matriz de operacionalización de las variables.

Nº	Variable	Tipo	Escala	Definición	Indicador
1	Edad	Cuantitativa continua	Números redondeados a la primera cifra entera	Años cumplidos	Media, desviación estándar, frecuencias absolutas, porcentuales y acumuladas
2	Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Femenino 2.Masculino	Según sexo biológico	Frecuencia absoluta y porciento
3	Nivel escolar del tutor	Cualitativa nominal Politómica	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachiller 5. Universitario 6. Graduado universitario	Según el nivel de escolaridad declarado por el adulto a cargo del menor	Frecuencia absoluta y porciento
4	Nivel de Conocimiento de Cultura Odontológica	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No	Si conoce acerca de prevención odontológica.	Frecuencia absoluta y porciento.
5	ceo-d	Cuantitativa continua	Número real positivo con una cifra decimal	Según el cálculo del ceo-d. Para dicotomizar el investigador propone un punto de corte en Menor o igual a 2 y Mayor de 2	Media, desviación estándar, frecuencias absolutas, porcentuales y acumuladas
6	Conocimiento de los alimentos que debe consumir	Cualitativa nominal politómica	1. Azúcar. 2. Harinas. 3. Carnes. 4. Pescados. 5. Leche. 6. Frutas. 7. Verduras.	Según el conocimiento de los alimentos que ingieren. 1.- Conoce (3 correctas) 2. Conoce parcialmente (2 correctas) 3. No conoce (1 o ninguna)	Frecuencia absoluta y porciento
7	Cepillado dental	Cualitativa nominal Politómica	1. Ninguna 2. Una vez al día. 3. Dos veces al día. 4. Tres veces al día.	Según la frecuencia de cepillado de los dientes	Frecuencia absoluta y porciento y frecuencias acumuladas.

8	Visita al odontólogo	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se tiene un problema 2. Cada dos años 3. Cada año 4. Cada seis meses. 5. Nunca. 	Según la frecuencia de visita al odontólogo.	Frecuencia absoluta y porcentaje
9	Clasificación Epidemiológica.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sano. 2. Sano con riesgo. 3. Enfermo. 4. Enfermo con secuelas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sano: personas que al ser examinadas no padecen ninguna enfermedad. 2.- Sano con riesgo: aparentemente sano pero con enfermedad o riesgo. 3.- Enfermo: paciente con enfermedad. 4.- Enfermo con secuelas. Pacientes que padecieron enfermedad pero están rehabilitados. 	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Anexo 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor Paciente:

MARÍA SILVANA CAIZA MOREIRA, Estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se encuentra realizando un estudio denominado Cultura Preventiva Odontológica y su prevalencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la escuela fiscal “Eloy Alfaro”, parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015. Por lo que es necesario realizar un examen dental cuidadoso a los menor y un cuestionario a la persona a cargo del mismo.

Por lo que hago la invitación a participar en este estudio con el fin de determinar la Cultura Preventiva Odontológica de los padres y su incidencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años.

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

El procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Se le realizará un cuestionario a las personas responsables de los menores
2. Examen Clínico Bucal a los menores.
3. El examen es gratuito y se realizará en las instalaciones de la Escuela Fiscal Mixta “Eloy Alfaro”.
4. No se realizará ningún tratamiento.
5. Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.

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

Nombre y Firma (o huella digital): _____

N° Cédula: _____ Fecha: _____

Anexo 3. Ficha de recolección de datos.

Ficha de datos N° _____		
Cultura Preventiva Odontológica y su incidencia en el índice de caries en los escolares de 5 a 7 años de la escuela fiscal "Eloy Alfaro", parroquia San Pablo en el cantón Portoviejo durante el año lectivo 2014 – 2015.		
Datos Sociodemográficos		Índice COP-D -- ceo-d
Edad: _____ Sexo: F _____ M _____		_____
Nivel Escolar del Padre de familia:		¿Conoce usted el término Cultura Preventiva Odontológica?
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Graduado		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
De la siguiente lista señale los 3 alimentos que ayudan a la salud bucal de su hijo		Frecuencia de Cepillado dental
<input type="checkbox"/> Azúcar. <input type="checkbox"/> Harinas. <input type="checkbox"/> Carnes. <input type="checkbox"/> Pescados. <input type="checkbox"/> Leche. <input type="checkbox"/> Frutas. <input type="checkbox"/> Verduras.		<input type="checkbox"/> Dos a tres veces por semana. <input type="checkbox"/> Una vez al día. <input type="checkbox"/> Dos veces al día. <input type="checkbox"/> Tres veces al día.

Frecuencia de visitas al odontólogo	Fecha_
1. Cuando se tiene un problema _____ 2. Cada dos años _____ 3. Cada año 4. Cada seis meses. _____ 5. Nunca. _____	: _____ / _____ / _____ día mes año

Observaciones:

Anexo 4: Historia clínica.



Historia clínica dirigida a los escolares de 5 a 7 años de la escuela fiscal “Eloy Alfaro”

1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Nombre y Apellidos:		Nº historia clínica:
Edad :	Sexo :	

2 ODONTOGRAMA.

c	e	o	Total
C	P	O	Total

Anexo 5



Gráfico N° 12: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.



Gráfico N° 13: foto realizada por la autora de tesis.



Gráfico N° 14: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.



Gráfico N° 15: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.



Gráfico N° 16: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.



Gráfico N° 17: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.



Gráfico N° 18: foto realizada por el auxiliar de la autora de tesis.

Bibliografía.

Atúncar Guzmán, Miguel. (2014). Concentración de fluoruros contenidos en los dentríficos en función a la temperatura. Universidad Nacional Mayor de San Marco. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/atuncar_g_m/marc_teor.htm.

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

Bordoni, N., Escobar R., Castillo M. (2010). Odontología Pediátrica. La salud del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Panamericana.

Brines Solanes, J. y sus cols. (1997) Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas. (Volumen I). Reino de España: Ediciones Norma

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

Calsina, Gloria. (2014). Blog Periodontal. Limpieza Dental Imprescindible. Barcelona, Reino de España. Publicado el 11 de marzo del 2014. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.gcalsina.org/limpieza-interdental-imprescindible-3/>

Carranza & Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. 4ta. Edición. Madrid, Reino de España. Editorial Médica Panamericana.

Castilla y León (2006). Higienistas Dentales. Consultado el 28 de noviembre del 2014.

Disponible en:

<http://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&pg=PA227&dq=cepillado+de+la+lengua&hl=es&sa=X&ei=5Yp4VNOyHO2IsQT1hYLQDA&ved=0CCkQ6AEwATgK#v=onepage&q=cepillado%20de%20la%20lengua&f=false>

Colectivo de autores. (2004). Epidemiología de la Caries Dental. En Higiene y epidemiología para Estudiantes de Estomatología (págs. 150-158). La Habana: MINSAP.

COOMEVA. Los cepillos dentales y la salud oral. Dra. Lina María Vásquez Fernández. Colombia. Consultado el 27 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.comeva.com.co/publicaciones.php?id=20778>

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

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

Escobar-Paucar, Gloria. (2009). Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/504/606>

Ferro & Gómez (2007). Fundamentos de la Odontología. 2da. Edición. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. En línea. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=n8eEjEN1vmkC&pg=PT267&dq=limpieza+de+l+cepillo+dental&hl=es&sa=X&ei=BCLvVPmzFIu_ggS1s4SQCw&ved=0CCoQuwUwAg#v=onepage&q=limpieza%20del%20cepillo%20dental&f=false

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

Gil Loscos, F. (2005) Periodoncia para el Higienista Dental. Sistemática de la Higiene Bucodental: El Cepillado Dental manual. Valencia, Reino de España. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>

González Martínez, Farith. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal113g.pdf>

González-Martínez, Farith (2010.) Indicadores de Riesgo para la Caries Dental en Niños Preescolares de La Boquilla, Cartagena. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a13>

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

Hallas, D., Fernandez, J., Lim, L., y Carobene, M. (2010). Nursing Strategies to Reduce the Incidence of Early Childhood Caries in Culturally Diverse Populations. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 1-9.

Hernández, H. (2007). Manual de Personalidad e imagen. Brilla con luz propia. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=k9OqFbxwH08C&printsec=frontcover&dq=manual+de+personalidad+e+imagen+helen+hernandez+pdf&hl=es&sa=X&ei=WoN4VNDLM4_lsATRvIDYCA&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

Lindhe, J., Lang, N. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. 5ta, Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

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

Lugo Angulo, E., García Cabrera, E., Gross Fernández, C., Casas Gross S. & Sotomayor Lugo, F. (2013) La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. MEDISAN. Consultado el 26 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400015#

Márquez Filiú. (2009). Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica “La Democracia. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500012

Mena, A., y Riviera, L. (1991). Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). Caracas: OFEDO – UDUAL

Monés, J. (2009). El médico en casa, comprender el estreñimiento y la Diarrea. Barcelona, Reino de España: Editorial Amat.

Mora León, L., y Martínez Olmos, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyay y Cartuja de Granada capital. Atención Primaria, 26(6).

Mouthhealthy. (2012). American Dental Association. Usar Hilo Dental. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/f/flossing/>

Negrón, M. (2009). Microbiología Estomatológica: Fundamentos y guía práctica. 2da. Edición. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

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

Organización Panamericana de la salud. (2004). Evaluación decenal de la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud. Boletín Epidemiológico, 25(3).

Organización Panamericana de la Salud. (2004). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra. Consultado el 2 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&id=278%3AAla-oms-publica-un-nuevo-informe-sobre-problema-mundial-enfermedades-bucodentales&catid=667%3Anotas-de-prensa&Itemid=481.

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

Parisotto, T., Steiner-Oliveira, C., Duque, C., Peres, R., Rodrigues, L. K., y Nobredos-Santos, M. (2010). Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. Archives of Oral Biology, 55, 365-373.

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

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

Sabor y Salud. (2011). Salud. Prevención en Odontología. Consultado el 26 de noviembre del 2014.

Disponible en: <http://www.saborysalud.com/content/articles/635/1/Prevencion-en-odontologia/Page1.html>

Romanelli, H., Adams, E. y Schinini, G. (2012). 1001 Tips de Periodoncia. Del fundamento biológico a la práctica clínica paso a paso. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Salvador, G y Bultó, L. (2001). Larousse de la Dieta y la Nutrición. Gran Canaria, Reino de España: Editorial Laurosse.

Sánchez Pérez, Arturo. (2006). Manual de Prácticas de Periodoncia. Universidad de Murcia – Reino de España. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=VfSjbfm26vQC&pg=PA57&dq=tecnica+de+charter&hl=es&sa=X&ei=txfvVKG9FomqgwSfw4H4Ag&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=tecnica%20de%20charter&f=false>

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2009). Manual de Higiene bucal: Placa Bacteriana. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México (2014). Hábitos de Higiene. Consultado el 26 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/1838-habitos-higiene.html>

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

Villafranca, F. y cols. (2006). Higienistas Dentales. Servicio de Salud de Castilla y León. 1era. Edición. Sevilla Reino de España: Editorial MAD, S.L. En línea. Consultado el 25 de febrero de 2015. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=IDfSL5xhQ1sC&printsec=frontcover&dq=editions:e7KQCfbk-esC&hl=es-419&sa=X&ei=RS_vVKKyIIaigwSht4KQBw&ved=0CB0QuwUwAA#v=onepage&q&f=false

Villaizán Pérez, Carmen (2012). Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Consultado el 6 de abril de 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>

Vio del Río, Fernando. (2012). Conocimientos y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. Consultado el 6 de abril del 2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300005

Wilkinson, J.B., & Moore L.J. (1990). Cosmetología de Harry. 2da. Edición. Madrid, Reino de España. Ediciones Diaz de Santos S.A.

Yamasaki, Martha Elena. (2004). Tofu. Madrid, Reino de España: Editorial EDAF S.A.

Zero, D. T., Fontana, M., Martínez-Mier, E. A., Ferreira-Zandoná, A., Ando, M., González-Cabezas, C., y Bayne, S. (2009). The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries. JADA, 140(9), 25-34.