

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Conocimiento y prácticas de higiene oral en los
estudiantes de sexto grado de Educación Primaria de la
I.E 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de
Marcara 2016**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

AUTOR: Julca Henostroza, Miguelina Prudencia

ASESOR: Ángeles Morales, Julio Cesar

Huaraz – Perú

2017

INDICE

Tema	Página N°
Palabras clave	i
Título del trabajo	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Introducción	1
Metodología	28
Resultados	29
Análisis y discusión	37
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Agradecimiento	41
Referencias bibliográficas	42
Apéndices y anexos	45

1. Palabras clave:

	ESPAÑOL	INGLES
Tema	PRACTICAS DE HIGIENE	Hygiene practices
Especialidad	SALUD PUBLICA	public health

Líneas de Investigación:

- 1. Área:** Ciencias Médicas y de Salud.
- 2. Sub área:** Ciencias de la Salud.
- 3. Disciplina:** Políticas de Salud y Servicio.
- 4. Línea de investigación:** Desarrollo de modelos de gestión en la atención de
Salud.

2. Título:

CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE HIGIENE ORAL EN LOS ESTUDIANTES DE SEXTO GRADO DE EDUCACION PRIMARIA DE LA I.E. N° 86277 DEL CENTRO POBLADO DE VICOS DEL DISTRITO DE MARCARA 2016.

3. Resumen:

El propósito de la investigación fue determinar el conocimiento y prácticas de higiene oral en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016. La presente investigación de tipo No Experimental, Transversal Descriptivo, para ello se evaluaron los resultados de la encuesta estructurada de 51 estudiantes, lo cual nos permitió determinar el conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral; determinar el conocimiento y prácticas sobre los hábitos de higiene oral; determinar el conocimiento y prácticas sobre las técnicas de higiene oral; resultados que servirán para mejorar los hábitos de higiene bucal y disminuir las enfermedades periodontales de los niños del Centro Poblado de Vicos. Entre los resultados se encontraron, que 21 estudiantes que constituyen un 41.2% tienen un conocimiento y prácticas de higiene oral malo y 30 estudiantes que constituyen un 58.8% tienen un conocimiento y prácticas de higiene oral regular; 30 estudiantes que constituyen un 58.8% tienen conocimiento y prácticas sobre elementos de higiene oral malo, mientras que 16 estudiantes que constituyen un 31.4% tienen conocimiento y prácticas sobre elementos de higiene oral regular y 5 estudiantes que constituyen un 9.8% tienen conocimiento y prácticas sobre elementos de higiene oral bueno; 5 estudiantes que constituyen un 9.8% tienen conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral malo, mientras que 26 estudiantes que constituyen un 51.0% tienen conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral regular y 20 estudiantes que constituyen un 31.2% tienen conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral bueno; 27 estudiantes que constituyen un 52.9% tienen conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral malo, mientras que 20 estudiantes que constituyen un 39.2% tienen conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral regular y 4 estudiantes que constituyen un 7.8% tienen conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral bueno.

4. Abstract:

The purpose of the research was to determine the knowledge and practices of oral hygiene in the sixth grade students of primary education of the I.E. N ° 86277 of the Vicos Village Center of the District of Marcara 2016. The present investigation of the Non-Experimental, Cross-Descriptive type, for this the results of the structured survey of 51 students were evaluated, which allowed us to determine the knowledge and practices on elements used in oral hygiene; determine knowledge and practices about oral hygiene habits; determine knowledge and practices about oral hygiene techniques; results that will serve to improve oral hygiene habits and reduce periodontal diseases of children in the Vicos Populated Center. Among the results were found, that 21 students who constitute 41.2% have a knowledge and practices of bad oral hygiene and 30 students that constitute 58.8% have a knowledge and practices of regular oral hygiene; 30 students who constitute 58.8% have knowledge and practices about elements of bad oral hygiene, while 16 students who constitute 31.4% have knowledge and practices about elements of regular oral hygiene and 5 students who constitute 9.8% have knowledge and practices about good oral hygiene items; 5 students who make up 9.8% have knowledge and practices about bad oral hygiene habits, while 26 students who constitute 51.0% have knowledge and practices about regular oral hygiene habits and 20 students who constitute 31.2% have knowledge and practices about good oral hygiene habits; 27 students who make up 52.9% have knowledge and practices about bad oral hygiene techniques, while 20 students who constitute 39.2% have knowledge and practices about regular oral hygiene techniques and 4 students who constitute 7.8% have knowledge and practices about Good oral hygiene techniques.

5. Introducción.

Gonzales (2011) Realizo el estudio que se llevó a cabo en la escuela “Laguna de Santa Clara “ubicado en la comunidad las torres del Departamento Estelí-Nicaragua, cuyo objetivo es de analizar los conocimientos y prácticas de salud Bucal en los escolares de 8 a15 años de edad, cuyo método es un estudio descriptivo de corte transversal donde el instrumento de recolección de datos fue la encuesta. El universo estuvo conformado por 48 estudiantes de 8 a 15 años de edades donde los resultados indica: Características socio demográficas; el mayor porcentaje de escolares se encuentra distribuidos entre el primer grado en 43.75% de sus estudiantes 21 niños/as) seguido de los escolares de segundo y quinto grado con el 29.17% (14 niños/as), y el porcentaje los escolares del tercer y cuarto grado en 27.08% (13 niños/as). Conocimiento sobre salud bucal: en los escolares el 97.92% de escolares (47 niños/as) poseen bajo nivel de conocimiento sobre la salud bucal, y que el 2.08% de los escolares (1 niño/a) posee moderado nivel de conocimiento sobre salud bucal, ninguno de los estudiantes del centro educativo presento alto nivel de conocimiento sobre salud bucal. Prácticas de Salud bucal en los escolares. El 41.67% de escolares (20 niños/as) poseen bajo nivel de prácticas de salud bucal, seguido por el 27.08% de los escolares (13 niños/as) que poseen moderado nivel de práctica de salud bucal y solamente un 31.25% de los escolares (15 niños/as) poseen un alto nivel de practica sobre salud bucal.

Benítez (2009) Realizo estudio en Trujillo - 2009 cuyo objetivo es determinar la relación entre la caries dental, el índice de higiene oral, y el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral en los adolescentes de 12 a16 años de edad del C.E.E “San Nicolás”, Trujillo - 2009 el método de estudio descriptivo correlacionar y de corte transversal tuvo como propósito determinar si existe relación entre la frecuencia caries dental, el índice de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en estudiantes de 12 a16 años de edad del C.E.E ”San Nicola de Trujillo - 2009, la muestra estuvo conformada por un total

de 158 estudiantes:77 de género masculino y 81 de género femenino y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En la población estudiada, la prevalencia de caries dental fue de 99%, encontrando un índice CPOD de 5.9% correspondiente a un alto nivel de la escala de necesidad, el índice de higiene oral. Encontrado predominante fue deficiente (51.20%), seguido del aceptable (42.25%) y adecuado (6.5%) el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral alcanzando por los estudiantes predominante fue regular (50%), seguido de bueno (35.5%) y malo (14.5%).

Cabrejo (2014) Realizó un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal de los alumnos del 4to grado de primaria de la Institución Educativa Parroquial “Acción Conjunta” durante el año 2014. La muestra estuvo conformada por 82 alumnos; se aplicó una encuesta que constaba de 18 preguntas para evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 65.9% mostro un nivel regular, el 34.1 % tuvo un nivel malo y 0.00% un nivel bueno; En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 70,7 % tuvo un nivel regular, el 18.3 % un nivel bueno y 11.0 % obtuvo un nivel malo; Sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 52.4 % tuvo un nivel regular, el 35.4 % un nivel malo, y 12.2 % obtuvo un nivel bueno.

Núñez (2015) Realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, no experimental, prospectivo y de corte transversal; cuyo objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los alumnos de 6° grado de primaria de una I.E, distrito La Esperanza. Para ello se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 80 participantes en dicha Institución. El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, el cual fue sometido a juicio de expertos y validado con una prueba de confiabilidad mediante una prueba piloto en una I.E con las mismas características

de la población estudiada. Se dividieron los resultados en tres niveles: Alto, Regular y Bajo. Ejecutando el cuestionario y tras su posterior análisis se concluyó que el nivel de conocimiento en salud bucal de los alumnos de una I.E del distrito La Esperanza es regular con un 43.75%, seguido de un nivel bajo de 37.5% y un nivel alto de 18.75%.

Ramos (2014) En Chimbote realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal; cuyo objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 6to grado “B” de educación primaria de la Institución Educativa Nacional “JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI” CAMBIO PUENTE - 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada y validada; de manera voluntaria en 20 estudiantes de tal institución. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general teniendo como resultado sobre el nivel de conocimiento en salud bucal que un 70.4% del total mostró un nivel regular y malo 29.6%. Según sexo los valores fueron sexo femenino regular 37% y masculino 33.3%: seguido un nivel malo femenino 11.1% y masculino 18.5%.

Nolasco (2014) Realizó un trabajo de investigación que tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Particular Cristiano “Monte De Sion” de 6to grado de primaria en el distrito de Nuevo Chimbote provincia de El Santa, setiembre - 2014, la metodología empleada en la investigación es de tipo observacional descriptivo de corte transversal; para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 21 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en 3 niveles: bueno, regular y malo. Teniendo como resultado sobre el nivel de conocimiento en salud bucal que un 71,4% del total mostró un nivel regular y bueno 28.6%. Según sexo los valores fueron; sexo femenino bueno 4.8% y regular 33.3%. Seguido sexo masculino bueno 23.8% y regular 38.1%.

Beltrán (2015) Realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal teniendo como población a 52 estudiantes del 6to año de primaria de la I.E. 80060 “Víctor Manuel Ciudad Ávila”, distrito de Rázuri, Provincia de Ascope, Región la Libertad - 2015”; La metodología empleada en la investigación fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, se aplicó en la población una encuesta estructurada y validada. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. Teniendo como resultados sobre el nivel de conocimiento general en salud bucal que un 63% del total mostró un nivel bueno, 25% regular y malo 12%. Según sexo femenino se obtuvo un nivel bueno con un 64% y del sexo masculino 63% bueno, se obtuvo un nivel regular con un 28% en sexo femenino frente a un 22% del sexo masculino y un nivel de conocimiento malo con un 8% del sexo femenino frente a un 4% del sexo masculino.

Mego (2015) Realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”, Chiclayo 2015. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se encuestó a 68 niños de ambos géneros. El 63.2% de los niños de 11 a 12 años de edad se encontraron en el nivel regular de conocimiento sobre higiene oral, el 23.5% en el nivel bueno y el 13.2% en el nivel malo. Sobre los elementos usados en la higiene oral se encontró en el nivel regular con un 63.2%, bueno 10.3%, malo 26.5% en cuanto a los hábitos de higiene oral que practican los niños se encontró en un nivel regular con un 76.5%, bueno 16.2%, malo 13.2% así mismo sobre las técnicas que practican se encuentra en el nivel regular con un 70.6%, bueno 16.2%, malo 13.2%. De acuerdo al género; las mujeres tienen un nivel de conocimiento regular 32.4%, bueno 13.2% y malo 7.4% y en los varones regular 30.9%, bueno 10.3% y malo 5.9%.

La investigación se justificó de manera científica porque buscó conocimientos selectivos y sistematizados para explicar racionalmente los

fenómenos de conocimiento y prácticas de higiene oral de los alumnos de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará, durante el año 2016. Ya que Las enfermedades bucales, no son de riesgo para la vida, pero su prevalencia y su incidencia son consideradas como problemas de salud, por ello pretendemos desarrollar la capacidad de análisis y crítica respecto a las situaciones que provocan daño y riesgo para la salud bucodental y fomentar la participación activa en la prevención; siendo las Instituciones Educativas el lugar ideal para conseguirlo.

La educación para la prevención de la caries reviste una particular importancia en la infancia, ya que en estas edades se debe conseguir una dotación dental adecuada, tanto en su erupción dentro de su primera dentición y la permanente, como por la calidad de sus piezas. El objetivo de la educación sanitaria en este campo es que los escolares adquieran hábitos correctos y que comprendan el papel que éstos tienen en la prevención de la caries.

La investigación se basó en el déficit en la higiene bucal de los niños y sus incidencias en la salud bucal de dichos participantes, puesto que se lo considera algo fundamental para la salud en general, debido a que si existe un problema bucal que no es tratado adecuadamente y a tiempo, éste puede desencadenar complicaciones serias y muy graves.

La importancia de la prevención consiste en educar a los participantes para que adquieran los conocimientos básicos que les permitan tener una buena higiene bucal y evitar enfermedades o problemas y promover la incorporación de temas básicos sobre la higiene oral en el plan de estudios de la institución educativa con la intención de concientizar, orientar, educar y reforzar a los estudiantes de los beneficios de una buena higiene oral ya que serán ellos quienes ayuden a socializar la información con sus padres y amigos, con el único fin de evitar posibles complicaciones a causa de la mala higiene oral.

Frente a lo expuesto se consideró pertinente la realización de la investigación planteando el siguiente problema.

¿Cuál es el conocimiento y prácticas de higiene oral en los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016?

Las teorías para sustentar la investigación se detalla a continuación.

Huerta (2000) Afirma que la salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permitan disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa la capacidad de comunicación y a la autoestima.

Bordoni (1992) Refiere que la higiene bucal es la clave de la prevención de la caries dental y la base del éxito de la gingivitis. Ambas enfermedades son completamente prevenibles y el dolor bucal innecesario. El método más efectivo en la actualidad para el control de la placa dental es la remoción por medio del cepillado dental, siendo este el método mecánico más utilizado. Seguido por el uso de hilo dental, para la eliminación de placa en las paredes interdetales de los dientes.

Dueñas (2001) Refiere que para tener una boca sana se debe asumir el buen hábito de lavarse después de cada comida y fundamentalmente a la hora de acostarse. Cada cepillado debe durar 3 minutos como mínimo. Asimismo, manifiesta que los dientes sirven principalmente para morder y masticar los alimentos, forman parte del aspecto de la cara y de la expresión de las emociones y también son útiles para hablar normalmente. Indica la técnica adecuada de cepillado que consiste en los siguientes pasos: coger el cepillo con las manos como si se tratara de un lápiz; poner pasta o dentífrico en la cabeza del cepillo; cepillar la parte delantera de arriba abajo; cepillar la parte lateral de arriba abajo; cepillar la parte

interior de arriba abajo; coger un vaso de agua y enjuagarnos la boca, para eliminar los restos de pasta. También hace hincapié en el uso del hilo dental y en el flúor.

Potter & Perry (2003) Mencionan que la higiene bucal regular es necesaria para mantener la integridad de las superficies dentales y para prevenir la gingivitis o inflamación de las encías. El cepillado debe hacerse después de las comidas y antes de acostarse. El cepillo dental debe tener un mango recto y las cerdas lo suficientemente pequeñas para que alcancen a todas las áreas de la boca. Lo mejor es la superficie de cepillado redondeada con las cerdas suaves de nylon dirigidas en varias direcciones. Las cerdas suaves y redondeadas estimulan las encías sin causar sangrado. Por ello, se deben cepillar minuciosamente todas las superficies de los dientes con una pasta dental con flúor. El empleo del hilo dental retira la placa y el sarro que hay entre los dientes.

Agudelo y Martínez (2009) La higiene bucal no puede excluirse de este proceso, el de entenderla como un derecho ligado a la calidad de vida y al bienestar de los individuos y de las comunidades. La salud bucal colectiva debe ante todo reconocer las capacidades del ser humano y desde allí es donde se debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo. Desde los sectores sociales se debe promulgar la obligación de un Estado como el que se contempla en la Constitución Política Nacional de 1991 y que aboga por la búsqueda permanente de bienestar.

Ramírez (2015) Los conocimientos en salud bucal son descritos como la información a la que se tiene acceso con referencia a los cuidados necesarios para mantener sanas las estructuras bucodentales y que serán la base para tomar decisiones en materia de salud. Entre las fuentes de obtención de conocimientos en salud bucal se enlistan los servicios de salud, los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia, el grupo social, el ambiente y los acontecimientos de la vida diaria. Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en

el que se desarrollan. Son cristalizados mediante el aprendizaje y pertenecen a la parte cognitiva de la cultura; es parte fundamental para que un cambio de actitud se presente, sin embargo, son necesarios otros factores como la motivación para que puedan concretarse. Los conocimientos acerca de los cuidados y los factores de riesgo que inciden en la salud bucodental son la base para la explicación del proceso salud-enfermedad y el fundamento para decidir qué prácticas se realizarán para el mantenimiento y la recuperación de la salud, contribuyen a la aparición y transmisión de hábitos, entre ellos los alimentarios y los de higiene. Los conocimientos son un prerrequisito esencial para la mejora de la salud bucal de las comunidades.

A continuación se desarrolló la definición de la variable de acuerdo a la necesidad de la investigación.

Minsa (2013) La Salud Bucal incluye la boca, la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian a determinados factores de riesgo, relacionados a inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene que ocasionan sarro, la placa dental, la gingivitis, la periodontitis, lesiones de caries y halitosis. La salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren. Además, participa en la fonación de las palabras para la comunicación de las personas. Diversas investigaciones han demostrado la relación entre la salud bucal y otras enfermedades sistémicas, por ejemplo, enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias. Se demuestra pues, el importante rol de la salud bucal para mantener una buena salud general. En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental además de otras enfermedades bucales como las enfermedades periodontal y la mal oclusión, es 10 por ciento de la población ha

perdido una o dos piezas dentales. La caries dental es la enfermedad más común entre las u los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de los escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental, sin embargo, existen evidencias que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición.

Ramírez (2015) Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, la sonrisa, la socialización o el comer. Los dientes ayudan a dar a la cara su forma individual. La de una boca sana y un cuerpo sano va de la mano. Por el contrario, una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial. Sin embargo, la alta carga de las enfermedades bucodentales ha sido un reto de salud pública subestimado por la mayoría de los países en el mundo. Las enfermedades bucodentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. Sin embargo existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables sino que pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos, en todas las etapas de la vida y tanto a nivel individual como poblacional.

Minsa (2013) La importancia de la higiene en salud bucal, la boca desempeña un papel muy importantes en la vida y la salud de las personas, por tanto, se debe cuidar para que cumpla a cabalidad con toda sus funciones. La boca está formada por los labios superiores e inferiores, mejillas, dientes, muelas, encías, lengua y paladar, para cumplir con sus funciones, posee una estructura apropiada formada por los maxilares superior e inferior para su movimiento. La importancia de la salud bucal se basa en el perfecto funcionamiento de sus componentes que permite a la boca cumplir con sus funciones; las más importantes son: **La masticación**; es la fase inicial de la digestión; para que esta se cumpla de manera

correcta, es necesario que la dentadura este completa, sana y que cierre de forma adecuada; la saliva ayuda a que la comida pase al estómago, mantenga la humedad de la boca y proteja los dientes y encías. **La comunicación;** la correcta pronunciación de las palabras depende del buen estado de los componentes de la boca; los sonidos dependen en gran parte de la posición y estado de los labios, mejillas, dientes, paladar, lengua y cuerdas vocales. **La buena apariencia;** todos los componentes de la boca y en especial los dientes, juegan un importante papel en la buena apariencia. Dientes en mal estado, rotos, cariados, o encías enrojecidas y sangrantes, dan una inadecuada impresión. Los dientes están alojados en los huesos maxilares superiores e inferiores que se articulan para realizar los movimientos masticatorios, de apertura, cierre y lateralidad. Existen dos tipos de dentición, la dentición temporal (dientes de leche) y la dentición permanente; de dentición temporal consta de 20 dientes que se dividen en tres grupos: incisivos, caninos y molares y los dientes permanentes son 32, se dividen en cuatro grupos: incisivos, caninos, premolares y molares. Los dientes temporales son esenciales para una apropiada nutrición, masticación, el habla, apariencia y autoestima, así como en el desarrollo de la cavidad oral y la erupción de los dientes permanentes.

Brunner y sudaddarth (2003) La cavidad bucal, que incluye labios, boca y encías, está sujeta a muchos trastornos y enfermedades. Como se identificó en un informe del ministerio de salud de Estados Unidos en año 2000, la salud bucal es un componente muy importante de la sensación de bienestar físico y psicológico. Entre las medidas que se utiliza para prevenir y controlar las caries dentales se cuenta atención eficaz de la boca, reducir el consumo de almidones y azúcares (carbohidratos refinados), aplicar flúor a los dientes o beber agua fluorada, evitar fumar, controlar la diabetes y aplicar selladores en fosas y fisuras. Los dientes sanos deben limpiarse diariamente a conciencia y de manera efectiva. El cepillado y uso dental son en particular útiles para desintegrar de forma mecánica la placa bacteriana que se acumula en torno a los dientes.

DuGas (1986) Los cuidados de la boca incluyen la atención regular del dentista y el aseo adecuado de los dientes. El cepillado dental elimina las partículas de alimento que hacen un medio propicio para la proliferación de bacterias. A sí mismo, Da masaje a las encías y estimula la circulación. Ayuda a conservar la humedad. Una boca limpia y con sabor agradable es importante para que la persona desee comer y disfrute los alimentos. En consecuencia la buena higiene dental ayuda a promover una nutrición adecuada, la mayoría de las personas se cepillan los dientes cuando menos dos veces al día por la mañana y antes de acostarse. Muchos dentistas aconsejan hacerlo después de cada comida, o cuando menos enjuagarse la boca después de tomar alimento. Estas medidas ayudan a prevenir la acumulación de partículas alimenticias en los dientes y entre ellos que disponen a la caries dental.

Barreno (2011) La higiene oral es el cuidado de sus dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. La buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente. Los dientes saludables tienen menos caries y mantener los dientes limpios hace que los depósitos de sarro desaparezcan o se minimicen. Las encías sanas se presentan rosadas y firmes.

Carranza (1998) La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas, pero sobre todo la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. Desde el nacimiento, la boca es colonizada por múltiples microorganismos. De forma permanente, sobre la superficie de los dientes y tejidos adyacentes se depositan las bacterias, constituyendo la placa dental bacteriana, esta placa bacteriana en sus inicios no es

tan perjudicial para los dientes, por esa razón debemos utilizar herramientas que nos ayuden a reconocerla para así poder prevenir consecuencias adversas.

Lindhe (1992) El Índice de Higiene Oral Determina el grado de higiene bucal considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental (sarro). Hay dos formas que nos permite observar la placa bacteriana: **Control químico:** actúa sobre el agente causal. **Control mecánico:** actúa sobre el agente causal y sobre el medio ambiente. La estrecha asociación entre la presencia de la placa bacteriana y las enfermedades periodontales determino la aparición de diversos índices para medir los niveles de higiene oral.

Sergas (2006) Las Consecuencias de una Mala Higiene oral son: Placa; conjunto de bacterias que hay en la superficie de los dientes y de las encías, tiene forma de película incolora y pegajosa, se deposita sobre los dientes y es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías. Sarro; es la placa bacteriana endurecida, cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza, también se puede formar en el borde de las encías y debajo de éstas, lo que irrita el tejido gingival, su color es marrón o amarillento. Caries; una higiene bucal deficiente permite que se acumulen en la boca restos alimenticios que producen ácidos que destruyen el esmalte, estos restos, principalmente azúcar, alimentan a otros microbios que atacan la estructura debilitada de los dientes. Enfermedad periodontal, es una patología crónica causada por la placa bacteriana y que conduce a la pérdida de soporte periodontal de los dientes, es decir, del hueso en el que éstos se sujetan y de las encías. Mal Aliento (halitosis); aproximadamente, el 40% de la población padece o ha padecido halitosis debido a una higiene bucal incorrecta o a enfermedad de las encías, entre otras causas, este problema disminuye con un buen cepillado y una limpieza profunda con hilo y enjuague bucal. ¿Qué significa buena higiene bucal? La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que: Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos. Las encías presentan un color

rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental. El mal aliento no es un problema constante si las encías duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, o usted sufre de mal aliento persistente, visite a su odontólogo.

Bordoni, Escobar y Castillo (2010) El Cepillo Dental es el instrumento primario para la eliminación de la placa dental, que no daña tejidos blandos o duros orales. El cepillo dental debe de cumplir una serie de requisitos como son, su fabricación con cerdas sintéticas o de nilón de igual longitud (cuanto menor es el diámetro de la cerda, más blanda es su textura), blandas, con punta redondeada (para evitar daño a tejidos gingivales), alineadas en varias hileras, agrupadas en penachos dispuestas en un cabezal pequeño para el fácil acceso a todas las zonas de la boca.

Minsa (2013) El momento de cambiar el cepillo dental, varía según la fuerza o la frecuencia del cepillado; en promedio se sugiere cambiar el cepillo dental cada tres meses o cada vez que la cerdas se vean desgastadas, es importante mantener el cepillo con un protector de la cabeza o en un lugar fresco y segura, para evitar su contaminación.

Ferro y Gómez (2007) Los requisitos que deben considerarse para la elección del cepillo dental son: Una adecuado tamaño de la cabeza, que debe ser lo suficientemente pequeña como para permitir una buena maniobrabilidad en la cavidad bucal. El largo de la superficie activa, es adecuado cuando cubre dos dientes vecinos. El número de hileras de penachos, que está sujeto al ancho de la cabeza: muchos permiten tres o cuatro hileras con suficiente espacio entre ellas para una adecuada flexibilidad de las fibras y su fácil secado.

Gutiérrez y Iglesias (2009) Los cepillos dentales pueden albergar microorganismos como bacterias, virus y hongos entre sus cerdas, favoreciendo de esta manera la translocación de especies entre un mismo individuo y/o la transmisión de especie entre individuos. Se ha llegado inclusive a encontrar bacilos

entéricos gramnegativos, en aquellos cepillos dentales que han sido almacenados en la cercanía del sanitario. Por lo anterior sería aconsejable seguir las recomendaciones que brinda la asociación dental americana (ADA) sobre el cuidado de los cepillos dentales.

Barranca (2011) El cepillado dental es el método más eficaz, sencillo y cómodo para eliminar placa bacteriana a nivel individual, para evitar las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y enfermedad periodontal. Veremos que la mayoría de sistemas que se utilizan para eliminar placa bacteriana se basan en un efecto mecánico, la placa es eliminada por arrastre o fricción de los diferentes sistemas usados. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que comprende un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias; si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan los resultados adecuados.

Minsa (2013) El cepillado dental se asocia a la salud bucodental, con un gran impacto clínico; es un hábito cotidiano en la higiene de una persona, una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionado con la caries dental y con las enfermedades de las encías (gingivitis y periodontitis). La madre o el padre de familia debe ser quien cepille los dientes de los niños hasta los seis años de vida, se recomienda cepillarse como mínimo tres veces al día, especialmente después de cada comida y sobre todo antes de dormir. El proceso del cepillado debe durar por lo menos dos minutos.

Minsa (2013) existen dos factores fundamentales para que el cepillado de los dientes se conviertan en un hábito: Inicio temprano, al erupcionar los dientes; convertirse en un acto regular en el hogar, de esta manera se asegura que se cree el hábito que continuara al crecer el niño. Tener en cuenta que el niño aprende por imitación, observando las acciones de sus padres y hermanos. Debe insistirse sobre todo antes de ir a dormir, porque durante la noche el flujo salival esta disminuido,

no deglutimos y por ello hay mayor fermentación de los alimentos durante las largas ocho horas de sueño.

Casals (2009) Técnicas de cepillado; el cepillado correcto lleva al menos dos minutos. La mayoría de los adultos no se cepillan durante tanto tiempo. A fin de tener una idea del tiempo involucrado, utilice un cronómetro. Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones. Concéntrese en limpiar bien cada sección de la siguiente manera.

Yncio (2009) Técnica de Fones (rotación vertical); es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.

Sánchez, Suara y Moya (2006) Técnica de Bass; se coloca el cepillo en una posición de 45° en el surco gingival, sólo la primera hilera se aproximará al surco, mientras que la hilera adyacente tocará el margen gingival. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas se adaptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión, de modo que los restos existentes en el surco gingival ascienden por capilaridad, pasando al cepillo. Las caras ocluseras se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie oclusera con movimiento vibratorio corto anteroposterior. Éste método es ampliamente aceptado como el más efectivo para la remoción de placa adyacente al margen gingival.

Higashida (2009) Técnica de Bass modificado; es la considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Posteriormente se mueve el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantener un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía .cepillar suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Hacer varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

Higashida (2009) Técnica de Stillman; el cepillo se coloca con los extremos de sus puntas descansando, parte sobre la porción cervical de los dientes, y parte sobre la encía adyacente, formando, en dirección apical, un ángulo oblicuo (45°) con el eje mayor de los dientes. En esta técnica el cepillo se coloca más alto que en la de Bass; se vibra y se desplaza hacia la corona (desplazamiento en sentido vertical), limpiando desde la encía hacia la corona. Aquí se utilizan los lados más que los extremos de las cerdas, y se evita que penetren en el surco gingival. Es un método indicado para la limpieza de las zonas con recesión gingival y exposición radicular.

Higashida (2009) Técnica de carácter; 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 si 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 puntos de contacto. Es una técnica especialmente indicada para el masaje gingival, y la higiene de los espacios interproximales.

Echeverría y Cuenca (1995) Técnica horizontal; las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelo cementaria.

Cuenca y Baca (2013) Complementos para la limpieza interdental; se ha comprobado que ninguna técnica de cepillado dental es capaz de eliminar por completo la placa interdental, que son las zonas más críticas, pues en la papila interdental es donde con más frecuencia se inicia la inflamación gingival. Por lo tanto debe recurrirse al uso de complementos específicos para la limpieza interdental. Como el Hilo o seda dental: La seda dental está formada por varios filamentos que se desplazan al entrar en contacto con la superficie del diente, aumentando así el área de contacto para limpiar la superficie interproximal. Se han comercializado varios tipos de seda, desde productos finos no encerados hasta sedas enceradas más resistentes al desgarramiento, con flúor, mentolados. También existe la seda dental florada, que añade la acción protectora del flúor al efecto de la higiene interdental.

Minsa (2013) El hilo dental sirve para limpiar las áreas de contacto entre los dientes, sin mucha fuerza para no dañar la encía; debe ser introducido bien extendido para que pueda tener mayor eficacia; se recomienda su uso desde los cuatro años, bajo la supervisión de los padres o tutores.

Lindhe, Lang y Karring (2009) Modo de empleo: Se coge aproximadamente 30-45 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, tratando de adaptar el hilo a la

superficie del diente, incluyendo el interior del surco, este movimiento de arriba abajo se repite más de una ocasión.

Minsa (2013) Cortar un tramo de rollo de hilo dental, se sugiere de 30 a 60 cm; enrollar los extremos del hilo en los dedos medios para poder manipular el hilo con el índice y el pulgar; en un dedo debe enrollarse una medida pequeña y en el otro el resto; con los dedos pulgar e índice ser extendido el hilo y el espacio entre los hilos y el espacio entre los dedos debe ser de 3 cm para proceder con la limpieza de los espacios; sostener el hilo tenso entre los índices de las dos manos, entre los dedos; guiar suavemente el hilo entre los dientes; mantener el hilo contra la superficie de cada diente deslizándolo hacia la encía; hacer movimientos de vaivén de arriba hacia abajo a los lados de cada diente para remover la placa interproximal hasta debajo del margen gingival; después de su uso, desechar el hilo dental.

Lindhe, lang y Karring (2009) Cepillos interdentes; los cepillos interproximales están compuestos por filamentos de nailon suaves enroscados en un fino alambre de acero inoxidable, son cónicos o cilíndricos de cerda montados en un mango, de penacho único. Los cepillos interdentes son aptos para la limpieza de superficies dentarias cóncavas, irregulares y grandes adyacentes a espacios interdentes amplios. Modo de empleo: Los cepillos se insertan en sentido oblicuo en el espacio interdental desde una dirección apical; la limpieza se realiza mediante un movimiento de vaivén. Este cepillo es el elemento interdental de elección cuando hay concavidades o surcos que han quedado expuestos. Estos cepillos interproximales representan una herramienta de limpieza interdental ideal, especialmente para pacientes con periodontitis.

Lindhe, lang y Karring (2009) Palillos dentales; es muy posible que morder los dientes sea uno de los hábitos más antiguos de la humanidad y el palillo de madera, una herramienta más primitiva. Las puntas sin mango acceden desde las superficies vestibulares sobre todo en zonas anteriores y de premolares. Las puntas de hule están montadas en mangos y se las adapta con facilidad a todas las

superficies proximales de la boca. **Modo de empleo:** Las puntas de maderas triangulares blandas o sus alternativas de plástico se colocan en el espacio interdental de tal forma que la base del triángulo se apoye sobre la encía los lados entren en contacto con las superficies dentarias proximales; y se desplaza hacia fuera y dentro del espacio, retirando los depósitos blandos de los dientes.

Herazo (2012) Pasta o crema dental; las cremas dentales o dentífricos pueden ser suspensiones o geles estables que se aplican en el cepillo dental con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales y generar un aliento fresco. Están compuestas por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como monofluorofostato de sodio, fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, clorofila, sábila, clorhexidina, sustancia reveladora y muchas más. Puede considerarse que aplicar otras sustancias en la cavidad bucal.

Minsa (2013) El uso de la pasta dental está condicionada a que el niño tenga la capacidad de escupir; se debe usar pasta dental fluorada; para niños menores de seis años de 250 ppm a 500 ppm (partes por millón) y para niños mayores de seis años de 1100 ppm a 1500 ppm. Tener cuidado de indicar que no sebe ingerir; la cantidad adecuada se obtiene al colocar la pasta dental sobre la cabeza del cepillo en sentido transversal al mismo (a lo ancho), en niños menores de seis años utilizar una pequeña cantidad (tamaño de una lenteja) y ser supervisado por sus padres.

Crespo, Riesgo, Laffita, Torres y Márquez (2009) Colutorios o enjuagatorios; los enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método sencillo y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro. Para uso diario se recomienda una solución al 0,05% (0,023 de fluoruro) y una a 0,2% (0,09 de fluoruro) para uso semanal o quincenal. En Cuba, las aplicaciones las reciben los niños con edades comprendidas entre 5 y 14 años, ambos inclusive. Para su

preparación y metodología, se disuelve una tableta de un gramo de fluoruro de sodio en 500 ml de agua, cada niño recibe 10 ml de la solución. Es importante que retengan la solución en la boca durante un minuto y en los primeros segundos deben moverla para que Resulta de suma importancia recomendar que después de realizar enjuagatorio, laca flúor, barniz o gel no se debe ingerir alimentos hasta las 2 horas, no cepillarse los dientes hasta pasadas 12 horas y dieta blanda durante 12 horas. En pacientes con riesgos de caries se puede realizar aplicación de solución de fluoruro de sodio a 2%, combinado con laserterapia, durante 5 días continuos, cada 3 meses o una vez al año en dependencia del riesgo.

Matas (2012) La caries dental es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre. La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la re mineralización puede ocurrir particularmente con la presencia de fluoruros. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes.

Minsa (2013) La caries dental es una enfermedad infecciosa, producida por microorganismos, que ocasionan el deterioro y posterior pérdida de la estructura del diente si no es atendida oportunamente. Para el desarrollo de la caries influyen los siguientes factores: los azúcares de la dieta; las bacterias de la boca; los dientes susceptibles y el tiempo. La caries dental se produce por que las bacterias que causan la caries por la general se encuentran en la boca; las bacterias convierten los

alimentos (en especial el azúcar y el almidón) en ácidos. Las bacterias, los ácidos, los restos de comida y la saliva se mezclan en la boca y forman una sustancia pegajosa llamada placa, que se pega a los dientes de preferencia en los molares posteriores, sobre la línea de las encías y en los cortarnos de las curaciones existentes. Si la placa no es removida de los dientes se convierte en una sustancia llamada sarro; la placa y el sarro pueden producir gingivitis y periodontitis. La placa empieza a formarse en los dientes después de 20 minutos de haber comido, si esta placa no es removida, se inicia el proceso que genera la caries dental. Los ácidos en la placa dañan el esmalte que recubre los dientes y los destruye en forma gradual. Las caries no causan dolor, hasta que afectado los nervios o se ha producido una fractura del diente.

López (1998) Las alteraciones periodontales son reacciones conectivo-vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea esta placa bacteriana, tártaro, etc. Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad. Si esta lesión continuara, se daría un proceso inflamatorio crónico hasta el periodonto de inserción, reemplazando la médula por un exudado de leucocitos y fluido.

López (1998) La gingivitis es el síntoma dominante en la infancia dado que hay una gran tendencia a que la lesión establecida progrese a una lesión avanzada con pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso de sostén. En principio rara vez se desarrollan procesos más avanzados hasta después de la pubertad.

Minsa (2013) La Gingivitis es la infección de las encías causado por bacterias, se manifiesta con el enrojecimiento o sangrado de las encías y halitosis (mal aliento); por lo general se origina cuando existe acumulación de placa en los dientes. Si no se trata adecuadamente produce periodontitis, ocasiona la destrucción de los ligamentos y el hueso que soportan el diente y puede ocurrir su pérdida.

Minsa (2013) La placa dental es una capa bacteriana que se forma en los dientes; se puede desarrollar en cualquier superficie del diente especialmente a lo largo de la línea de la encía; si la placa dental acumulada no es removida, esta se endurece dando origen al cálculo dental o sarro, el cual es un factor de riesgo para la enfermedad de las encías; una pobre higiene oral facilita la acumulación de grandes cantidades de placa bacteriana.

Minsa (2013) Otras Medidas Preventivas, es necesaria la visita regular al odontólogo, con una frecuencia como mínimo, una vez al año. Los procedimientos de aplicación de barniz de flúor y sellantes previenen la formación de caries dental. El barniz de flúor es una capa protectora que se pinta sobre los dientes a fin de prevenir la caries dental, el barniz de flúor debe aplicarse cada seis meses para que sea efectivo. Los sellantes dentales son capas plásticas delgadas que se aplican sobre la superficie de las muelas cubriendo sus superficies triturantes impidiendo la entrada de gérmenes y partículas de comida. Si bien el flúor protege la superficie lisa, las muelas necesitan una mayor protección, los sellantes deben aplicarse apenas erupcionan los dientes.

Minsel (1998) Dentro del Plan Nacional de atención Buco Dental desde el año 1990, existen objetivos educacionales claros para cada grupo atareó en la “Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil”, los que se mencionan a continuación: **Recién nacido hasta 6 meses de edad:** Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; Es recomendable no besar al niño en la boca ni chupar sus utensilios; Moderar consumo de azúcares; Si usa chupetes de preferencia como pacificador; Si usa chupete retirarlo de la boca después que el niño duerme. **Desde los 7 meses hasta 23 meses de edad:** Uso de cepillo dental pequeño, suave y sin pasta, efectuado por un adulto; Promover la formación del hábito de beber agua pura o jugos de fruta sin azúcar; Si el niño está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de este; Evitar dar golosinas entre las comidas; Al año y medio

el niño no debe mamar ni tomar biberón nocturno. **Control odontológico a los 2 años de edad:** La higiene bucal debe ser más acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante a atrás; Indica uso de cepillo suave, pequeño, sin pasta, efectuado por un adulto; Promover la eliminación del biberón diurno; Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales; Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados; Moderar ingesta de azúcar; Estimular la masticación con alimentos más duros; Prevención de accidentes: caídas de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, recomendando que el niño no tenga objetos en la boca mientras se mueva, camine, o juegue. **Control odontológico a los 4 años de edad:** La higiene bucal debe ser acuciosa, especialmente en los molares, con movimientos de adelante a atrás; Si el niño se cepilla solo, debe ser supervisado por un adulto; Indicar uso de cepillo suave, pequeño, puede usar pasta dental infantil con flúor de 400 a 500 ppm; Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales; Recomendar a la madre el control de la disposición de golosinas, dulces y bebidas gaseosas, reservando el consumo para después de las comidas (postre); Detectar disfunciones de respiración, masticación, deglución y lenguaje; Prevención de accidentes: caídas de escalones, golpes en los dientes con objetos duros, recomendando que el niño no tenga objetos dentro de la boca mientras se mueva, camine o juegue. **Control odontológico a los 6 años de edad:** Reforzar el hábito de higiene bucal después de las comidas, evaluación de técnica de higiene bucal y enseñanza de técnica de cepillado; Indicar uso de cepillo suave, puede usar pasta dental de adulto con flúor, de 1.000 a 1.500 ppm., del tamaño de una lenteja; Evitar que el niño se trague la pasta; Usar cantidad del tamaño de una lenteja. Evitar el consumo frecuente de golosinas y bebidas azucaradas entre las comidas; Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales; Evitar colaciones cariogénicas, golosinas y postres envasados; Fomentar el hábito de cepillado en la Escuela. **Control odontológico a los 12 años de edad:** Reforzar el hábito de higiene bucal después de las comidas, evaluación técnica de higiene bucal

y enseñanza de técnica de cepillado con uso de cepillo dental y seda; Indicar uso de cepillo suave, de cabeza pequeña, con pasta dental de adulto, con 1.000 a 1.500 ppm de flúor; Enjuagar suavemente con agua para eliminar el excedente de pasta dental; Usar pasta dental en cantidad del tamaño de una lenteja. Evitar el consumo frecuente de golosinas y bebidas azucaradas entre las comidas; Fomentar el consumo de agua potable sin agregados y consumo de alimentos naturales; Prevenir el riesgo de daño periodontal por consumo de tabaco; Fomentar el hábito de cepillado en la Escuela.

Dentro de las dimensiones de la variable se consideró el conocimiento y prácticas de higiene oral, conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral, conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral, conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral.

Conocimiento de higiene oral, es el acumulo de información o aprendizaje adquirido sobre las medidas preventivas y acciones a realizar para mantener una adecuada salud oral, adquirida de forma científica o empírica, los conocimientos se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.

Conocimiento sobre elementos usados en la higiene oral, los más usados para una adecuada higiene oral son: cepillo dental, pasta dental, hilo dental y colutorio; están son usadas en cada higiene oral.

Conocimiento sobre hábitos de higiene; el cepillado de dientes se realiza tres veces al día como mínimo: después del desayuno, después del almuerzo y antes de acostarse; cada cepillado debe durar por lo menos dos minutos.

Conocimiento sobre técnica de higiene oral, la Técnica de Bass modificada; es la considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados.

La medición se realizó en base a la calificación de las variables mediante la determinación del conocimiento y prácticas de higiene oral, los elementos usados

en la higiene oral, los hábitos de higiene oral, las técnicas de higiene oral; las cuales fueron calificadas de acuerdo al puntaje:

Niveles	puntaje
Malo	0 – 4
Regular	5 – 8
Bueno	9 – 12

Para ello como marco conceptual se desarrolló la siguiente terminología:

Conocimiento: es el aprendizaje adquirido estimado en una escala numérica, puede ser cualitativo.

Habito: es el resultado del ejercicio de actividades para poseer un bien o para lograr un fin determinado.

Higiene oral: referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

Caries: es la destrucción o necrosis que afecta los tejidos duros en especial a los dientes y huesos.

Gérmenes: son organismos microscópicos que pueden causar enfermedades e infecciones si entran a nuestro cuerpo.

Halitosis: llamado mal aliento, es el conjunto de mal olores desagradables que se emiten por la boca.

Fluorización: Es el procedimiento por el que se aplica flúor sobre los dientes con el fin de evitar la aparición de la caries.

Placa bacteriana: Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se adhieren constantemente en los dientes.

Conocimiento: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

La hipótesis planteada para la investigación fue que el conocimiento y prácticas de higiene oral de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara es regular en el año 2016.

El objetivo general planteado fue:

1. Determinar el conocimiento y prácticas de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016.

Los objetivos específicos planteados fueron:

1. Determinar el conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016.
2. Determinar el conocimiento y prácticas sobre los hábitos de higiene oral de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016.
3. Determinar el conocimiento y prácticas sobre las técnicas de higiene oral de los estudiantes del sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016.

6. Metodología del trabajo.

El tipo de investigación utilizada fue no experimental, transversal, descriptivo; porque estuvo orientada a determinar el conocimiento de higiene oral de los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos.

El instrumento que utilizamos en la investigación fue la encuesta aplicada a 51 estudiantes de la I.E. N° 86277, para luego darle la puntuación correspondiente a cada uno de las preguntas y luego ser tabuladas. Encuesta elaborada por la investigadora Mego Huamán Irma en la Tesis “Nivel de Conocimiento Sobre Hábitos de Higiene Oral en Niños de 11 a 12 Años de Edad de la Institución Educativa N° 10022 Miguel Mauro Zapata Chiclayo 2015”.

El procesamiento y análisis de la investigación se realizó mediante la tabulación manual de los datos de los resultados de la encuesta y su procesamiento, elaborando tablas simples de doble entrada y sus respectivos gráficos utilizando el software SPSS 21.

7. Resultados.

Tabla 1: Conocimiento y Prácticas de Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

	N° de Alumnos	Porcentaje
MALO	21	41,2
REGULAR	30	58,8
Total	51	100,0

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

Como se observa en la Tabla 1; de 51 estudiantes encuestados de la I.E. N° 86277 de Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará; 21 estudiantes, que constituye un 41.2% presentan un conocimiento y prácticas de higiene oral malo, mientras que 30 niños, que constituye un 58.8% presenta un conocimiento y prácticas de higiene oral regular. Estos datos evidencian el aprendizaje con que cuenta los niños sobre higiene oral.

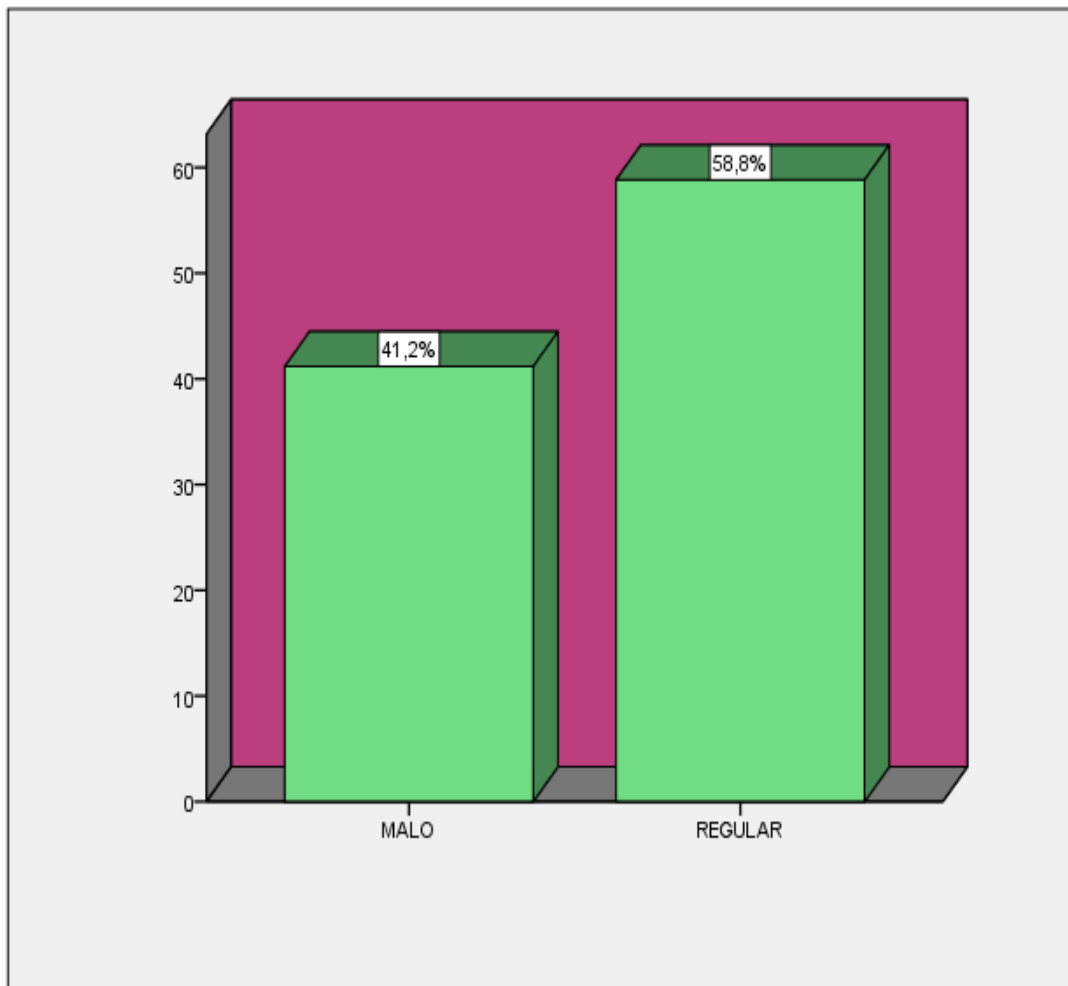


Figura 1: Conocimiento y Prácticas de Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

Tabla 2: Conocimiento y Prácticas Sobre Elementos Usados en la Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

	N° de Alumnos	Porcentaje
MALO	30	58,8
REGULAR	16	31,4
BUENO	5	9,8
Total	51	100,0

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

Como se observa en la Tabla 2; de 51 estudiantes encuestados de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará; 30 estudiantes, que constituye un 58.8% presentan un conocimiento y prácticas sobre los elementos de higiene oral malo, mientras que 16 estudiantes, que constituye un 31.4% presenta un conocimiento y prácticas sobre los elementos de higiene oral regular y 5 estudiantes, que constituye 9.8% presentan un conocimiento y prácticas sobre elementos de higiene oral bueno. Estos datos evidencian que los niños no realizan el uso de cada una de los elementos de higiene oral.

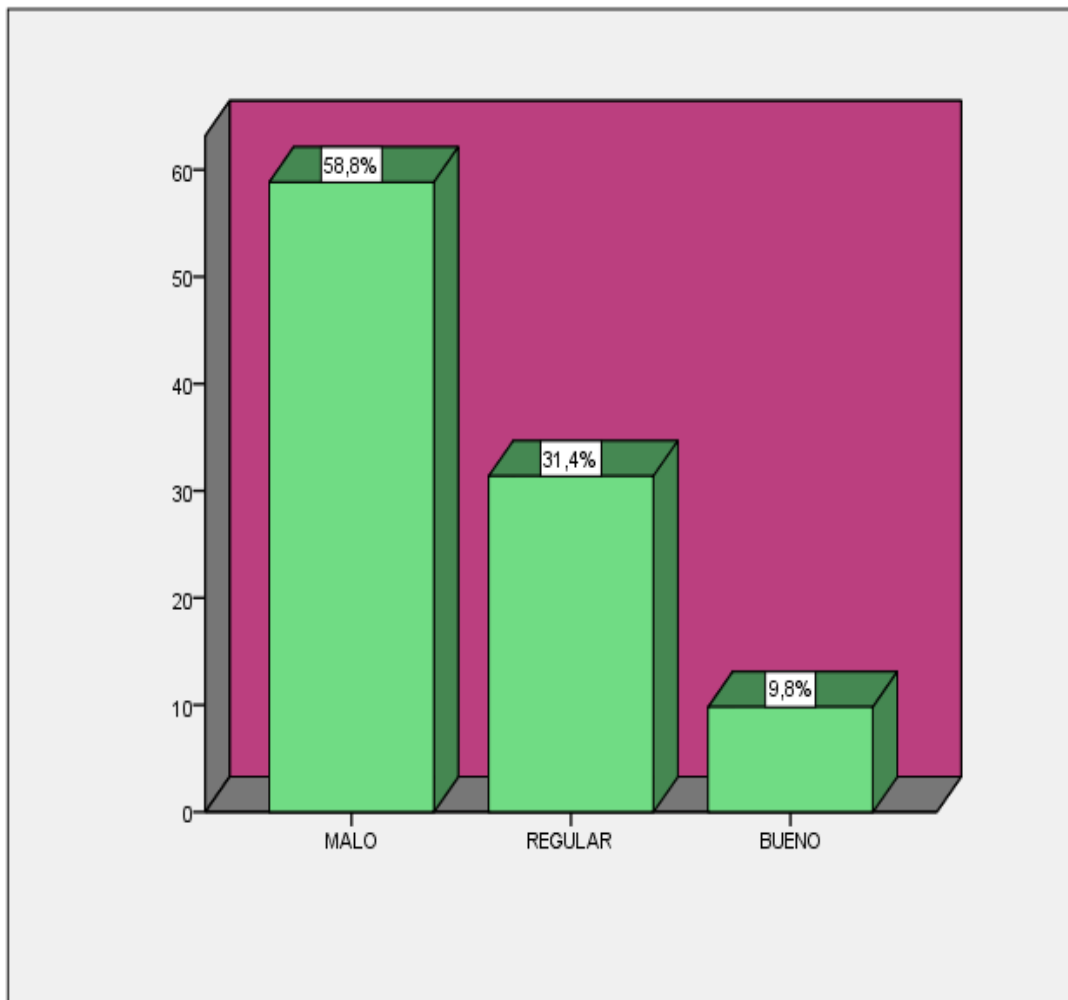


Figura 2: Conocimiento y Prácticas Sobre Elementos Usados en la Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado Vicos del Distrito de Marcara 2016.

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara.

Tabla 3: Conocimiento y Prácticas Sobre Hábitos de Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

	N° de Alumnos	Porcentaje
MALO	5	9,8
REGULAR	26	51,0
BUENO	20	39,2
Total	51	100,0

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

Como se observa en la Tabla 3; de 51 estudiantes encuestados de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará; 5 estudiantes, que constituye un 9.8% presentan un conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral malo, mientras que 26 estudiantes, que constituye un 51.0% presenta un conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral regular y 20 estudiantes, que constituye 39.2% presentan un conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral bueno. Estos datos evidencian que los niños conocen sobre los hábitos de higiene oral de forma regular.

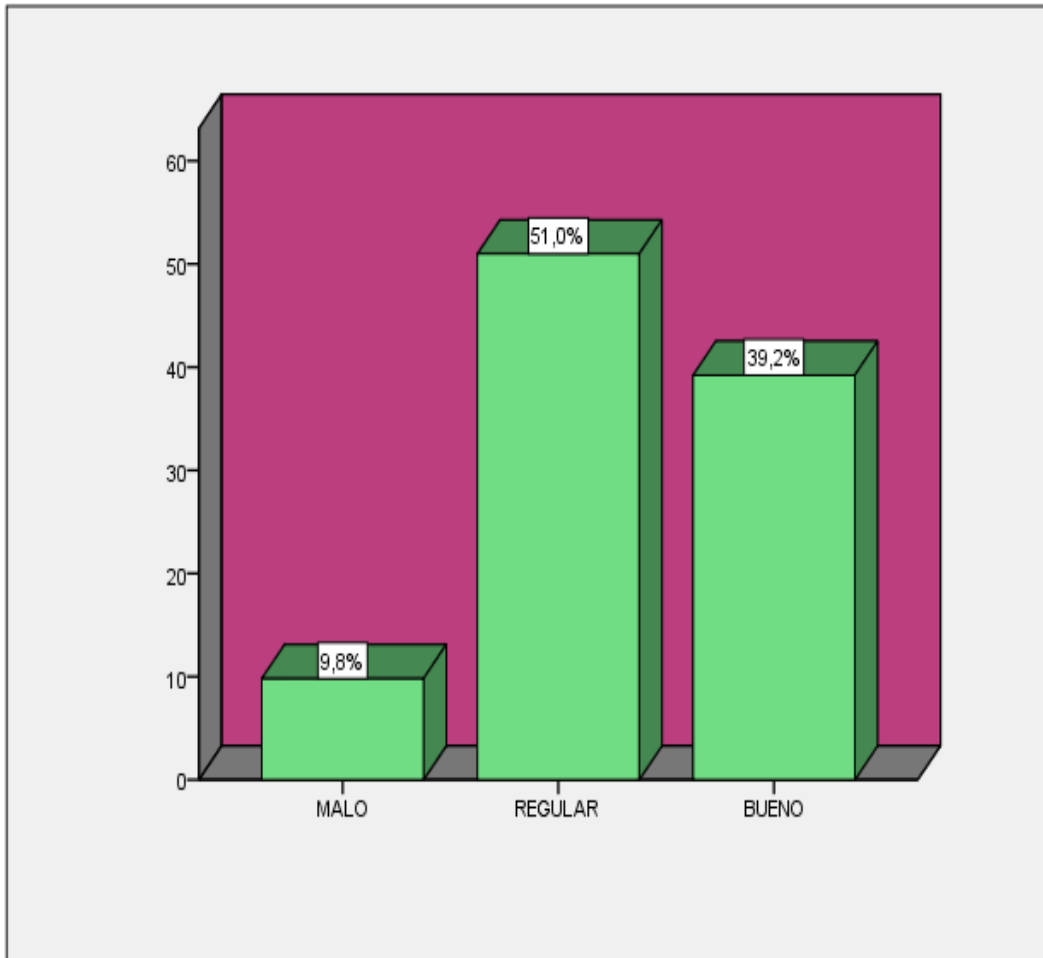


Figura 3: Conocimiento y Practicas Sobre Hábitos de Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara 2016.

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcara.

Tabla 4: Conocimiento y Prácticas Sobre Técnicas de Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

	N° de Alumnos	Porcentaje
MALO	27	52,9
REGULAR	20	39,2
BUENO	4	7,8
Total	51	100,0

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

Como se observa en la Tabla 4; de 51 estudiantes encuestados de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará; 27 estudiantes, que constituye un 52.9% presentan un conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral malo, mientras que 20 estudiantes, que constituye un 39.2% presenta un conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral regular y 4 estudiantes, que constituye 7.8% presentan un conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral bueno. Estos datos evidencian que los niños desconocen cómo realizar una adecuada técnica de higiene oral.

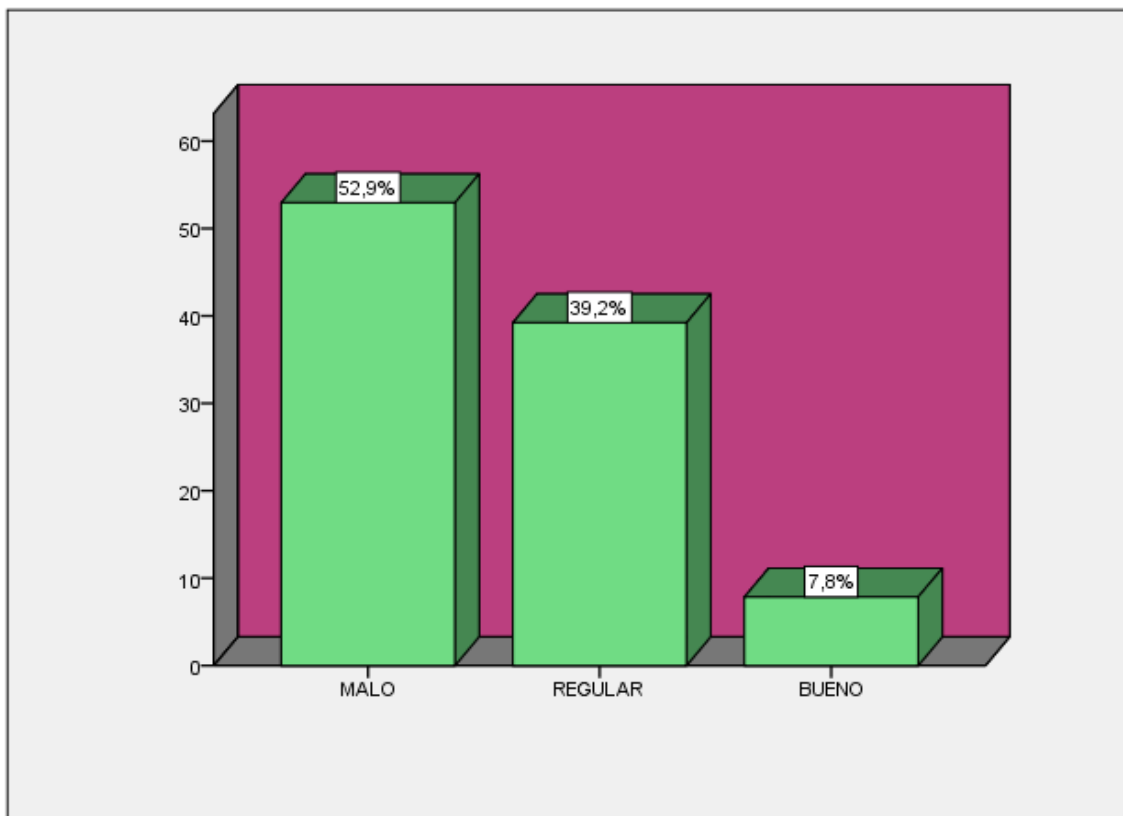


Figura 4: Conocimiento y Prácticas Sobre Técnicas Higiene Oral de los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará 2016.

Fuente: Encuesta Realizada a los Estudiantes de Sexto Grado de Educación Primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos del Distrito de Marcará.

8. Análisis y Discusión.

Respecto al conocimiento y prácticas de higiene oral malo discrepamos con Gonzales, Benítez, Ramos, Beltrán y Mego; por estar lejos y oscilar entre los resultados obtenidos que son 97.92%, 14.5%, 29.6%, 12% y 13.29% respectivamente, comparado con el resultado de la investigación que es un 41,2%; es necesario recalcar que las diferencias porcentuales se debieron a que los estudios tuvieron diferentes poblaciones y muestras.

Respecto al conocimiento y prácticas de higiene oral malo coincidimos con Cabrejo y Núñez; por estar cerca a los resultados obtenidos que es 34.1% y 37.5% respectivamente, comparados con el resultado de la investigación que es un 41.2%; debido a que existió un deficiente nivel de conocimiento en gran parte de los alumnos de las Instituciones Educativas.

Respecto al conocimiento y prácticas de higiene oral regular discrepamos con Gonzales, Cabrejo, Nuñez, Ramos, Nolasco y Beltrán; por estar lejos y oscilar entre los resultados obtenidos que son 2.08%, 65.9%, 43.75%, 70.4%, 71.4% y 25% respectivamente, comparado con el resultado de la investigación que es un 58.8%; a esa edad los alumnos comienzan a ser más independientes en cuanto a su salud bucal, por lo que algunos lo asumieron responsablemente.

Respecto al conocimiento y prácticas de higiene oral regular coincidimos con Benites y Mego; por estar cerca a los resultados obtenidos que es 50% y 63.2% respectivamente, comparados con el resultado de la investigación que es un 58.8%; el cual determinaron que había una tendencia constante a mejorar en cuanto a los conocimientos y prácticas sobre higiene oral.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral malo discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 26.5%, comparado con el resultado de la investigación que es un 58.8%; porque dependieron de la educación y el nivel socio-económico de los alumnos.

Respecto al de conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral regular discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es

63.2%, comparado con el resultado de la investigación que es un 31.4%; debido a que las estrategias preventivas usadas son distintas para cada población estudiada.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral regular coincidimos con Mego; por estar cerca al resultado obtenido que es 10.3%, comparado con el resultado de la investigación que es un 9.8%; para tener una buena higiene obtuvieron buenos conocimientos de los elementos usados.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral malo discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 20.6%, comparado con el resultado de la investigación que es un 9.8%; los hábitos de higiene de los alumnos son distintos de acuerdo a sus costumbres y culturas.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral regular discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 76.5%, comparado con el resultado de la investigación que es un 51.0%; se debe a que adquirieron conocimientos en realidades diferentes.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral bueno discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 2.9%, comparado con el resultado de la investigación que es un 39.2%; el trabajo con los docente para incidir la parte preventiva no has sido las mismas.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral malo discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 13.2%, comparado con el resultado de la investigación que es un 52.9%; la higiene bucal no se toma con la misma seriedad por los alumnos.

Respecto al conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene oral regular discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 70.6%, comparado con el resultado de la investigación que es un 39.2%; la vigilancia de los padres en mucho de los casos es escasa en la higiene oral.

Respecto al conocimiento y practicas sobre técnicas de higiene oral bueno discrepamos con Mego; por estar lejos al resultado obtenido que es 16.2%, comparado con el resultado de la investigación que es un 7.8%.

9. Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones.

Se determinó que el conocimiento y prácticas de higiene oral en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos es de un 58.8% regular y 41.2% malo, según los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los estudiantes, lo que requiere un trabajo de prevención más agresivo y conjunto entre los sectores de educación y salud.

El conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos es malo con un 58.8%, lo que muestra que los niños no conocen sobre todo los elementos a usar durante la higiene oral, lo requiere un trabajo conjunto con los padres de familia para la adquisición de las mismas o el uso de medidas alternativas en su comunidad.

El conocimiento y prácticas sobre los hábitos de higiene oral en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos es regular con un 51.0%, lo que muestra que los niños encuestados pueden mejorar sus hábitos de higiene oral si se realizan estrategias de intervenciones preventivas permanentes con los alumnos y la participación de la comunidad en general.

El conocimiento y prácticas sobre las técnicas de higiene oral en los estudiantes de sexto grado de educación primaria de la I.E. N° 86277 del Centro Poblado de Vicos es malo con un 52.9%, lo que muestra que los niños encuestados no conocen como realizar adecuadamente las medidas de higiene oral e incrementando los casos de patologías odontoestomacales, que requieren una rápida intervención para evitar la pérdida de las piezas dentarias a temprana edad y complicaciones posteriores, generando gastos económicos innecesarios para los padres, la sociedad y el Estado.

Recomendaciones.

Se recomienda al Establecimiento de Salud realizar investigaciones para determinar nueva porcentuación del conocimiento y prácticas de higiene oral, aplicando encuestas a los estudiantes de los mismos grados luego de realizar mayor labor preventiva, brindándoles conocimientos sobre salud oral y medidas sobre hábitos de higiene oral.

Se recomienda al Establecimiento de Salud realizar investigaciones para determinar nueva porcentuación del conocimiento y prácticas sobre elementos usados en la higiene oral a los estudiantes y a la vez determinar el nivel socioeconómico de los padres.

Se recomienda al Establecimiento de Salud realizar investigaciones para determinar nueva porcentuación del conocimiento y prácticas sobre hábitos de higiene oral, en estudiantes luego de realizar talleres de concientización dirigidas a los alumnos de todos los grados y la participación activa de los docentes.

Se recomienda al Establecimiento de salud a realizar investigaciones para determinar nueva porcentuación del conocimiento y prácticas sobre técnicas de higiene, en estudiantes de la zona rural, luego de realizar talleres donde se enseñen y refuerza las técnicas adecuadas del cepillado y uso de hilo dental a la población en general.

10. Agradecimiento.

A DIOS todo poderoso por la inmensa Fe y esperanza que cada día me regala porque nunca es tarde cuando se quiere lograr algo en la vida. Gracias Señor JESUCRISTO y al espíritu SANTO, a ti te debo el motivo y la razón de mi vida.

A mis hijos por la paciencia y empeño en colaborar. A mi esposo por la comprensión y apoyo moral, que me han permitido seguir superándome profesionalmente. Muchas gracias.

Y a dos personas en especial, mi madre inculcándome valores que es lo fundamental de la vida, y a una persona llámese amiga, compañera o hermana con su apoyo incondicional. Gracias muchas gracias que DIOS bendiga sus pasos.

11. Referencia Bibliográfica.

- Barranca, A. (2011). *Manual de Técnicas de Higiene Oral*. Ecuador. Universidad Técnica del Norte. Disponible en <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-tecnicas-de-Higiene-Oral.pdf>
- Beltrán M. (2015) Nivel de conocimiento de salud bucal de niños del 6to año de primaria de la Institución Educativa 80060 “Víctor Manuel Ciudad Ávila” del distrito de Rázuri, provincia de Acupe, departamento de Trujillo, región de La Libertad en el año 2015, [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista] Chimbote: ULADECH; 2015.
- Benites W. (2009) “Relación entre la caries dental, el índice de higiene Oral el nivel De conocimiento sobre Hábitos de Higiene Oral en Adolescentes de 12 a 16 años de edad del C.E.E, San Nicolás, Trujillo. Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Disponible en. <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/123456789/410>
- Bordoni, N. Escobar, A. Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica la Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual*. 1ra ed. Buenos Aires. Edica Panamericana.
- Carranza, N. (1998). *Periodontología Clínica Epidemiología de los Trastornos Gingivales y Periodontal*. 1ra ed. Madrid. Mac Graw-hill.
- Casals, E. (2009). *Guía de Formación Campaña Mes de la Salud Bucal*. Disponible en http://www.portalfarma.com/profesionales/campanaspf/categorias/Documentos/mes_de_la_salud_bucal_II.pdf
- Cuenca, E. y Baca, P. (2013) *Odontología Preventiva y Comunitaria, Principios, métodos y Aplicaciones*, 4ta ed. España. Elsevier Masson.

- Crespo, M. Riesgo, Y. Laffita, Y. Torre, P. y Márquez, m. (2009). *Promoción de la Salud Bucodental en Educación de la Enseñanza Primaria motivaciones, Estrategias y Prioridades Odontopediátricas*. México. Revista Medisan.
- Echevarria, J. Cuenca, E. (1995). *El manual de Odontología*. 1ra ed. España. Masson.
- Ferro, B. Gomez, M. (2007). *Fundamentos de la Odontología Periodoncia*. 2da Ed. Bogotá. Javeriana.
- Gonzales,p.(2011) Conocimiento y prácticas de Salud bucal en escolares de 8 a 15 años de edad, de la Escuela Laguna de Santa Clara en la comunidad las Torres. Esteli. Nicaragua. Universidad Nacional de Nicaragua.
- Gutierrez, E. Iglesias, P. (2009). *Técnicas de Ayuda Odontológica/estomatologica*. 2da Ed. Madrid. Editex.
- Herazo, B. (2012). *Clinica del Sano em Odontologia*. 4ta Ed. Bogotá. Ecoe.
- Higashida, B. (2009). *Odontologia Preventiva*. 2da Ed. México. McGraw Hill.
- Lindhe, J. (1992). *Periodontologia Clínica*. 2da ed. Argentina. Medica Panamericana.
- Lindhe, J. Lang, N. y Karring, T. (2009). *Periodontologia Clinica e Implantologia Odontológica*. 5ta Ed. Madrid. Medica Panamericana.
- Lopez, J. (1998). Consideraciones en el Tratamiento Odontoestomatologico de la Mujer embarazada. Brasil. Revista Operativa.
- Matas, J. (2012). *Caries Dental Enfermedad y Prevención*. Chile. Disponible en http://www.gerontologia.uchile.el/docs/biotti_1_pdf
- Minsel (1998) *Norma de Actividades Promocionales y Preventivas Especificas en la Atención Odontológica Infantil, Decisiones de Salud de las Personas*. Chile.
- Mego, I. (2015). *Nivel de Conocimiento Sobre Hábitos de Higiene Oral en Niños de 11 a 12 Años de Edad de la Institución Educativa N° 10022Miguel Mauro Zapata Chiclayo*. Perú. Universidad Señor de Sipan.

- Nolasco D. (2014) Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de Institución Educativa Particular Cristiano “Monte De Sion” de 6to grado de primaria en el distrito de nuevo Chimbote provincia de santa setiembre – 2014, [Tesis para optar a cirujano dentista].
- Sergas, C. (2006). *Técnico Especialista Higienista Dental del Servicio Gallego de Salud*. 1ra ed. España. Mad.
- Sánchez, A. Suara, M. y Moya, M. (2006). *Manual de Practica de Periodoncia de Odontología Clínica Odontología Universitaria*. 1ra ed. España. Universidad de Murcia.
- Yncio, S. (2009). *Prevalencia de Caries Dental en Relación al Nivel de Conocimiento Sobre Medidas de Higiene Oral en Primigestas y Multigestas que se Atienden en el Policlínico Francisco Pizarro*. Lima. Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

12. Apéndices y Anexos

ANEXO N° 01

AUTORA: Mego Huamán Irma

Para Optar El Título Profesional De Cirujano Dentista

ENCUESTA

INTRODUCCIONES:

Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una **X** la alternativa que usted considere correcta. Dentro de las alternativas, solo uno es correcto.

Edad.....

Género:

- a. Femenino
- b. Masculino

1. ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal?

- a. Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagatorios.
- b. Solo cepillo y pasta dental.
- c. Cepillo, pasta dental, flúor y enjuague.
- d. No se debe cepillar los dientes.

2. La pasta dental es importante porque:

- a. Contienen flúor y fortifican los dientes.
- b. Da un aliento fresco.
- c. Contiene blanqueadores.
- d. Contiene sabor a menta.

- 3. Los enjuagues orales o colutorios son importantes porque:**
- a. Dan un aliento fresco.
 - b. Blanquean los dientes.
 - c. Reducen la formación de caries y el sarro.
 - d. Fortalecen los dientes.
- 4. ¿Cuándo es el momento ideal que debe usar el hilo dental?**
- a. 1 vez al día.
 - b. Después de cada comida.
 - c. Solo cuando tengo alimentos entre diente y diente.
 - d. Después del cepillado.
- 5. ¿Cuántas veces al día debe cepillarse los dientes?**
- a. 1 vez.
 - b. 2 veces
 - c. Después de cada comida.
 - d. Solo al levantarse.
- 6. ¿Cada cuanto tiempo aproximadamente debe cambiar su cepillo dental?**
- a. Cada mes.
 - b. Cada a 3 meses.
 - c. Cada 6 meses.
 - d. Cuando las cerdas del cepillo están deterioradas.
- 7. ¿Cuál es el tiempo promedio que debería durar el cepillado dental?**
- a. 1 minuto.
 - b. 2 minutos.
 - c. 3 minutos.
 - d. 5 minutos.

- 8. ¿Idealmente cuantas veces cree Usted que debe usar los enjuagues?**
- a. 1 vez al día.
 - b. 2 veces al día.
 - c. Después de cada cepillado.
 - d. De vez en cuando.
- 9. ¿Cuál es la forma ideal de cepillado dental?**
- a. Horizontal.
 - b. De arriba para abajo y abajo para arriba.
 - c. De izquierda a derecha.
 - d. Circular.
- 10. El cepillado de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba pertenece a:**
- a. Técnica vertical.
 - b. Técnica de fones.
 - c. Son movimientos vibratorios.
 - d. Técnica horizontal.
- 11. ¿Qué consecuencias causa una mala técnica de cepillado dental?**
- a. Buen aliento fresco.
 - b. Encías y dientes en buen estado.
 - c. Acumulación de sarro.
 - d. Ayuda a eliminar la caries.
- 12. La técnica con cepillo rotatorio:**
- a. Corta la encía.
 - b. Retira mejor el sarro dental.
 - c. Puede favorecer el pase de energía eléctrica.
 - d. No elimina el sarro dental.

ANEXO N° 02

Ingreso a la Institución Educativa N° 86277 de Vicos para aplicación de encuestas.



Aplicación de la encuesta a los alumnos del sexto grado, sección "A" de la Institución Educativa N° 86277 de Vicos.



Aplicación de la encuesta a los alumnos del sexto grado, sección “B” de la Institución Educativa N° 86277 de Vicos.



Aplicación de la encuesta a los alumnos del sexto grado, sección “C” de la Institución Educativa N° 86277 de Vicos.



Aplicación de la encuesta a los alumnos del sexto grado de la Institución Educativa N° 86277 de Vicos que no asistieron en la fecha programada.



Alumnos del sexto grado de la Institución Educativa N° 86277 de Vicos que participaron en la aplicación de la encuesta.

