

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Odontología**

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE HIGIENE BUCAL  
DE LOS PADRES Y LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS  
DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DOCENTE  
ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE  
BASADRE GROHMANN. TACNA 2015.

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Liliana Dallana Cauna Flores**

Para optar el Título Profesional de:

**CIRUJANO DENTISTA**

TACNA - PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE  
HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES Y LA HIGIENE ORAL DE LOS  
NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DOCENTE ASISTENCIAL DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE  
BASADRE GROHMANN.  
TACNA 2015.

TESIS

PRESENTADA POR:

**BACH. LILIANA DALLANA CAUNA FLORES**

Para optar el Título Profesional de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Aprobado por; \_\_\_\_\_ ante el siguiente jurado

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Alejandro Aldana Cáceres**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**C.D. Carlos Valdivia Silva**  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**C.D. José Luis Pacheco Torre**  
**JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**Mgr. Jaime Bárcena Taco**  
**ASESOR**

***DEDICATORIA***

*A mis padres por su amor y*

*apoyo incondicional*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi familia por haberme apoyado durante todo el tiempo económica y moralmente, a mi asesor Mgr. Jaime Bárcena Taco por otorgar su valioso tiempo a mi proyecto y a los niños y padres que colaboraron con la investigación.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1.1.DESCRIPCION DEL PROBLEMA	3
1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2. OBJETIVOS	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	9
1.5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	10
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO	13
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	59

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.1. MATERIAL Y MÉTODOS	62
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	64
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	69
3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS	74
CAPÍTULO IV : DE LOS RESULTADOS	75
4.1. RESULTADOS	75
4.2. DISCUSIÓN	118
CONCLUSIONES	125
RECOMENDACIONES	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	134

## RESUMEN

El conocimiento acerca de higiene bucal es importante para prevenir enfermedades estomatológicas porque influye positivamente en la conducta.

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.

**Metodología:** Estudio descriptivo-correlacional .Se utilizó un cuestionario de 12 preguntas para evaluar el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal en el padre y para evaluar el nivel de higiene oral del niño se utilizó el Índice de Desecho Simplificado (DI-S) de Greene y Vermillon.

**Resultado:** El 60 % de los padres presenta un nivel de conocimiento regular y la higiene oral en los niños fue regular un 58,3 % .**Conclusión:** No hay relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal del padre y la higiene oral del niño.

**Palabras clave:** conocimiento, higiene oral.

## ABSTRACT

Knowledge about oral hygiene is important to prevent diseases stomatology because positively influences behavior.

**Objective:** To determine the correlation between the level of knowledge about oral hygiene of parents and oral hygiene of children aged 4 to 12 years catered at the Dental Clinic of National University Jorge Basadre Grohmann of Tacna, in 2015. **Methodology:** A descriptive-correlative. was used a questionnaire of 12 questions to assess the level of knowledge about oral hygiene of the father and to assess the level of oral hygiene of children 4 to 12 years old , was used the Simplified Debris Index (DI-S) of Greene and Vemillon. **Results:** The level of knowledge of parents is regular in 60% and oral hygiene in children is regular in 58,3%. **Conclusion:** There isn't relation statistically significant ( $p>0,05$ ) between the level of knowledge of the fhaters and child's oral hygiene.

**Keywords:** knowledge, oral hygiene.

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento es el primer paso hacia la prevención de las enfermedades del sistema estomatológico y sobretodo en niños que están en una etapa donde la educación en higiene bucal es importante porque permitirá tener y conservar una óptima salud bucal. Para lograr dicha educación, es necesario el esfuerzo, motivación y participación de padres, pacientes y odontólogo.

El presente trabajo da a conocer aspectos del nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de padres de niños de 4 a 12 años de edad y la relación que existe con la higiene oral de sus hijos , ya que los responsables directos de la higiene bucal de los niños son sus padres o apoderados que en muchos casos no transmiten ninguna educación en higiene bucal, de aquí nace la importancia de determinar el nivel de conocimiento en higiene bucal actual de los padres .

El resultado de esta investigación obtuvo datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y el nivel de higiene oral de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica

Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

Por lo tanto, el presente trabajo pondrá sentar las bases para mejorar la atención de nuestros pacientes niños, dándoles una atención integral en la prevención en salud bucal, brindándole una educación en higiene oral no solo a ellos sino también a sus padres.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo.<sup>1</sup>

La población peruana enfrenta actualmente un serio problema en su salud bucal; debido a la alta prevalencia de enfermedades Odontoestomatológicas, tenemos así que la prevalencia de caries dental es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública.<sup>2</sup>

Estudios nacionales de octubre 2001 a julio 2002 mostraron la prevalencia de caries dental en escolares 6 a 8, 10, 12 y 15 fue el 90,4 %; 9 de cada 10 de los escolares examinados padecían de caries dental. Así mismo en el departamento de Tacna, la prevalencia de caries en población escolar de 6 a 8, 10, 12 y 15 fue el 90,29%.<sup>3</sup>

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de la salud oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día <sup>4</sup>. Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente.

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con una buena educación desde la niñez debido que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad <sup>5</sup>. En este punto nace la presente investigación, que busca encontrar la relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños.

## 1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### **Problema principal:**

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015?

### **Problemas específicos:**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal que tienen los padres de niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna?
- ¿Cuáles son los niveles de higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.

### **Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal que tienen los padres de niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.
- Establecer los niveles de higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

A través del transcurso de mi formación profesional he podido observar la alta prevalencia de patologías orales en niños debido a una mala higiene oral, ya que los padres son responsables directos de la higiene oral de sus hijos despertó mi interés investigar y evaluar el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y determinar su relación con la higiene oral de sus hijos.

El presente trabajo es un estudio **parcialmente original**, debido a que en la actualidad no hay estudios locales publicados.

El presente estudio tiene **relevancia cognitiva**, porque los resultados evidencian el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de padres y el nivel de higiene oral de niños que acuden a la clínica odontológica de nuestra universidad.

Tiene **relevancia académica**, porque conduce a resultados que pueden ser compartidos con docentes de la E.P. de Odontología y demás profesionales interesados en el tema. Así mismo servirá como base para enseñar y orientar a futuros profesionales que para un

abordaje integral del problema en salud bucal que enfrenta nuestra sociedad es importante la educación para la salud, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención.

Tiene **relevancia social** porque los resultados de este trabajo de investigación identificaran las necesidades reales de nuestros pacientes y así tener una base para intervenir, proponer, implementar y consolidar una atención integral en la prevención en salud bucal alcanzando éxito en la conservación de la salud bucal del individuo, colectividad y sociedad.

Tiene **relevancia contemporánea** debido a que la alta prevalencia de patologías orales en niños es un problema social actual.

Si los padres no integran adecuadamente educación en higiene bucal en sus hijos, no se lograra éxito en la prevención de enfermedades orales. Por lo tanto, tampoco se asegura la preservación de una salud integral en el niño.

**Factibilidad**, es factible de ser realizado, ya que existe acceso a las unidades de estudio, se cuenta con el tiempo necesario, así mismo los recursos y el presupuesto serán ofertados por el investigador.

Existe **interés personal** en la ejecución del estudio tratándose de nuestra realidad.

Por todas estas consideraciones, el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de este problema en nuestro medio.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

**H<sub>1</sub> :**

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.

**H<sub>0</sub> :**

No existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .Tacna 2015.

## **1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **• VARIABLE INDEPENDIENTE**

#### **Nivel de Conocimiento acerca de higiene bucal**

Definido como el conocimiento general acerca de higiene bucal que tiene el padre de familia sobre elementos de higiene bucal, hábitos de higiene bucal, patología bucal relacionada con higiene bucal y técnica de higiene bucal. Valorado por una escala de medición de Bueno (9-12 aciertos), Regular (5- 8 aciertos) y Malo (0-4 aciertos) con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de higiene bucal para padres de familia.

### **• VARIABLE DEPENDIENTE**

#### **Higiene oral de los niños**

Definido como el estado de higiene oral que tiene el niño. Valorado por la cantidad de placa dental blanda medido por el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon (IHO-S) para placa blanda.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE			
Nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conocimiento en elementos de higiene bucal.</li> <li>✓ Conocimiento en hábitos de higiene bucal.</li> <li>✓ Conocimiento en patología bucal relacionada con higiene bucal.</li> <li>✓ Conocimiento en técnicas de higiene bucal.</li> </ul>	<p>Cuestionario de 12 preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3 preguntas de elementos de higiene bucal.</li> <li>✓ 3 preguntas de hábitos de higiene bucal.</li> <li>✓ 3 preguntas de patología bucal relacionada con higiene bucal.</li> <li>✓ 3 preguntas sobre técnica de higiene bucal.</li> </ul>	<p>ORDINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bueno (9-12 aciertos).</li> <li>✓ Regular (5-8 aciertos).</li> <li>✓ Malo (0-4 aciertos).</li> </ul>
DEPENDIENTE			
Higiene oral en niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nivel de higiene oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon. (IHO-S) para placa blanda.</li> </ul>	<p>ORDINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bueno: 0,0 a 0,6.</li> <li>✓ Regular: 0,7 a 1,8.</li> <li>✓ Malo : 1,9 a 3,0.</li> </ul>

COOVARIABLES		
	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad del padre	RAZÓN ✓ De 20 a 29 años ✓ De 30 a 39 años ✓ Más de 40 años	Número de años cumplidos
Edad del niño	RAZÓN ✓ De 4 a 6 años ✓ De 7 a 9 años ✓ De 10 a 12 años	Número de años cumplidos
Grado de instrucción del padre	ORDINAL ✓ Primaria Incompleta ✓ Primaria Completa ✓ Secundaria Incompleta ✓ Secundaria Completa ✓ Superior Técnico ✓ Superior Universidad	Grado de escolaridad

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:**

##### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Navas R, y cols. (Venezuela ,2002)**

“Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres”

Se determinaron las condiciones de salud bucal en preescolares y su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. La salud bucal se estableció en 132 niños, evaluando la caries inicial y manifiesta. Se midió también el índice de placa y el índice gingival, y se determinaron las actitudes hacia la higiene bucal y el nivel educativo de los padres. La caries manifiesta se reportó en el 41,9% de los preescolares cuyos padres tenían actitudes favorables ( $P < 0,05$ ). En individuos con progenitores cuya educación se

ubicó en niveles bajos la caries inicial (33,3%) y manifiesta (54,2%) mostraron los valores más altos ( $P < 0,05$ ). Los grados más severos encontrados en el índice de placa y el índice gingival se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal (33,3 y 66,6% respectivamente). Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres, reafirmando la necesidad de desarrollar programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal.<sup>6</sup>

**Alvar Spina , y cols. (Colombia ,2002)**

“Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral , con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad”.

Este estudio evaluó la relación existente entre la percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico , hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud oral de sus hijos entre 3 y 5 años de edad , en una población de estudio de 100 niños clasificados según el índice coe-d, en 50 niños sanos (con bajo o ninguna experiencia de caries ) y 50 niños enfermos ( con alta prevalencia de caries ) tomados de los Hogares Infantiles Rotarios del Municipio de Envigado y clínica CES Sabaneta. La percepción y los hábitos de higiene oral de los padres se determinaron mediante el uso de los cuestionarios respectivos .Los resultados indicaron una diferencia estadísticamente significativa entre los hábitos de higiene oral de los padres y el estado de salud de los hijos , mostrando padres de niños sanos clasificados con malos , regulares y buenos hábitos en un porcentaje de 10 % , 68 % y 22% respectivamente , mientras que con los niños enfermos se obtuvo 30% , 52% y 18 % en la misma clasificación .No se encontró diferencia estadísticamente significativa , entre la percepción sobre el tratamiento odontológico de los padres y el estado de salud oral de los niños , obteniéndose unos valores de percepción en padres de niños sanos de positiva ,

negativa e indiferente , 82 % , 18 % y 0 %respectivamente y en padres de niños enfermos 64 % , 24% y 12 % respectivamente .Esto se presentó al parecer porque los niños copian muchas de las actitudes de los padres , en cuanto a los hábitos de higiene oral, las cuales pueden ser transmitidos ya que las visualizan diariamente , mientras que la percepción es un rasgo interno difícil de imitar.<sup>7</sup>

## **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

### **Benavente Lipa y cols. (Lima ,2012)**

“Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad“.

El propósito de este trabajo de investigación fue determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD); siendo un estudio de tipo analítico transversal.

Se aplicó una encuesta estructurada para la recolección de información del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y ficha de diagnóstico del estado de la salud bucal del niño menor de cinco años, que fueron examinados clínicamente a luz artificial, utilizando los índices epidemiológicos de: Caries Dental (ceo-d), Placa bacteriana (Greene y Vermillon. IHO-S). No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad (p 0,16).<sup>8</sup>

### **Vásquez Mejía. ( Lima, 2009)**

“Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes”.

El propósito de esta investigación determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento de los padres y la salud bucal del niño discapacitado.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron agrupados de acuerdo a la

discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres.

La evaluación del conocimiento sobre higiene bucal de los padres, se realizó mediante un cuestionario semi estructurado, los mismos que reportaron resultados de nivel bueno, regular y malo; los niños fueron seleccionados intencionalmente de acuerdo a la evaluación de conocimiento de sus padres y examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda, reportando la presencia de buena higiene bucal, si resultaban con IHOs bueno.

Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84,21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal.<sup>9</sup>

**Cabellos Alfaro. (Lima, 2006)**

“Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú”.

Este trabajo tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú.

En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas.

En la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad.

Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento

de los padres, con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa regular,  $r = -0,58$  con un  $p < 0,05$  es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.<sup>10</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. TEORÍA DEL CONOCIMIENTO**

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.

La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación.

El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc.

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento. <sup>11,12</sup>

El análisis filosófico del proceso del conocimiento y sus productos, constituye la sustancia de lo que se denomina la teoría del conocimiento.

Los tres aspectos que aparecen en todo análisis del proceso de conocimiento son: El sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo. Adam, distingue tres modelos fundamentales del proceso de conocimiento. Si por proceso de conocimiento, entendemos una interacción específica entre sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, que tiene como resultado los productos mentales que denominamos conocimiento.

El primer modelo tiene la concepción mecanicista de la teoría del reflejo en donde el objeto de conocimiento actúa sobre el aparato perceptivo del sujeto que es un agente pasivo,

contemplativo y receptivo; el producto de éste proceso es un reflejo o copia del objeto, reflejo cuya génesis está en relación con la acción mecánica del objeto sobre el sujeto.

El segundo modelo es el idealista o activista, en él se produce todo lo contrario que en el primero: el predominio o la exclusividad, vuelve al sujeto cognoscente que percibe el objeto de conocimiento como su producción. Este modelo se ha concretado en diversas filosofías idealistas subjetivas y, en estado puro, en el solipsismo.

El tercer modelo que, al principio de la preponderancia de uno de los elementos de la relación cognoscitiva (del objeto en el primer modelo y del sujeto en el segundo), opone el principio de su interacción.

Este modelo propone, en el marco de una teoría modificada del reflejo, una relación cognoscitiva en la cual el sujeto y el objeto mantienen su existencia objetiva y real, a la vez que actúan el uno sobre el otro.<sup>13</sup>

## **2.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS EN SALUD**

- El conocimiento.

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.

- Fases entre el conocimiento y la conducta. De lo anterior se desprende que:
  - En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.

- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
  - La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
  - Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.
- Actitudes, valores, creencias y conductas. Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.
    - Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.
    - Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.
    - Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus

patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud .<sup>14</sup>

### **2.2.3. PLACA DENTAL**

La placa dental es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. La placa

supra y sub gingival es la causante de la caries, la gingivitis y la periodontitis. <sup>15</sup>

La película adherida se forma a los treinta minutos de realizar la limpieza de las superficies dentales de forma mecánica, resultante de la mucina salival. Ésta película adherida afecta la solubilidad del esmalte, influyendo en la adherencia microbiana y hace variar la captación y salida de flúor de la superficie del esmalte. En las cuatro horas siguientes a la formación de la película, se produce la colonización, formando una estructura cohesionada, si no se retira a las 24 horas, su espesor va aumentando hasta 2 mm. <sup>16</sup>

La placa dental está compuesta por bacterias y por una matriz intercelular que consta en gran medida de hidratos de carbono y proteínas que yacen no sólo entre las distintas colonias bacterianas, sino también entre las células individuales, y entre las células y la superficie de los dientes.

Los estreptococos y las bacterias filamentosas grampositivas parecen estar entre los microorganismos más prominentes de

la placa que se encuentra en la superficie coronaria de los dientes. Pero las primeras bacterias en adherirse corresponden al *estreptococo sanguis y mitis*.<sup>16</sup>

La matriz interbacteriana de la placa dental consta principalmente de proteínas, cuya fuente es la saliva, y polisacáridos extracelulares sintetizados por diferentes bacterias de la placa. Estos polisacáridos pueden incluir polímeros de glucosa, polímeros de la fructuosa y los más complejos heteroglucanos.<sup>15</sup>

La placa bacteriana es diferente en niños, adolescentes y adultos. El establecimiento y la maduración de la microflora oral ocurren gradualmente durante la niñez y la adolescencia. La colonización de microorganismos se relaciona con la liberación de hormonas sexuales, y la proporción de bacterias gramnegativas de la placa aumenta durante la pubertad (*Prevotella intermedia* y *Prevotella Nagances*). Varios estudios han sugerido que existe una relación entre el componente microbiano de la placa bacteriana y la enfermedad gingival en los niños: bacteroides de pigmento

negro, *Vibrio Sputorum* y *espiroquetas* son menos prevalentes en placa de niños.<sup>17</sup>

En los niños la gingivitis no es tan intensa como la que se observa en los adultos jóvenes con la misma cantidad de placa bacteriana. Esta diferencia relacionada con la edad en el desarrollo y la gravedad de la gingivitis puede asociarse con la cantidad y la calidad de la placa bacteriana, con la respuesta del sistema inmunitario o con diferencias morfológicas en el periodonto entre el niño y el adulto.

Más específicamente la placa bacteriana de los niños usualmente contienen concentraciones menores de patógenos periodontales putativos y la mayor delgadez del epitelio de unión se encuentra compensada por una mayor vascularización de tejido conjuntivo y el desarrollo del sistema inmunitario.<sup>18</sup>

## **FORMACIÓN DE LA PLACA DENTAL**

La formación de la placa se puede dividir en tres fases: formación de una película en la superficie dental, colonización inicial por bacterias y colonización secundaria y maduración de la placa.<sup>19</sup>

### **Formación de la película dental**

La formación de la película dental sobre la superficie dentaria es la etapa inicial del desarrollo de la placa. Todas las zonas de la boca, entre ellas las superficies de los tejidos blandos, así como las dentales y las de restauraciones fijas y removibles, están cubiertas por una película de glucoproteína. Ésta se constituye de componentes salivales y del líquido gingival, así como de desechos y productos bacterianos y de células de los tejidos del huésped. Es variable la composición de los integrantes específicos de las películas que se hallan en distintas superficies. Estudios de la película adamantina inicial (dos horas) revelan que su contenido de aminoácidos

es diferente al de la saliva, lo que indica que la adsorción selectiva de macromoléculas ambientales forma la película.

Los mecanismos que intervienen en la formación de la película del esmalte incluyen fuerzas electrostáticas, de Van der Waals e hidrófobas. La superficie de hidroxiapatita tiene un predominio de grupos fosfato con carga negativa que interactúan directa o indirectamente con elementos de macromoléculas salivales y del líquido crevicular con carga positiva.

Las películas operan como barreras de protección, lubrican las superficies e impiden la desecación del tejido. Sin embargo, también aportan un sustrato al cual se fijan las bacterias. Dado que el desprendimiento celular del tejido epitelial es continuo, también lo es la desorganización de la población bacteriana de superficies blandas. En cambio, la película de las superficies duras que no se desprenden aporta un sustrato donde se acumulan progresivamente las bacterias para formar la placa dental.

## **Colonización inicial de la superficie dental**

Tras unas horas aparecen bacterias en la película dental. Entre las primeras bacterias que colonizan la superficie dentaria cubierta con la película predominan los microorganismos grampositivos facultativos como *Actinomyces Viscosus* y *Streptococcus Sanguis*. Estos colonizadores iniciales se adhieren a la película mediante moléculas específicas, denominadas *adhesinas*, presentes en la superficie bacteriana que interactúan con receptores en la película dental. Por ejemplo, las células de *A. Viscosus* posee en estructuras proteínicas fibrosas llamadas *fimbrias* que se extienden desde la superficie celular bacteriana. Las adhesinas proteínicas en las fimbrias se fijan de manera específica a proteínas con alto contenido de prolina que se encuentran en la película dental. Esto fija la célula bacteriana a la superficie dental cubierta por la película.

A continuación, la masa de la placa madura mediante la proliferación de especies adheridas, así como la colonización y el crecimiento de otras especies. En esta situación ecológica

de la biopelícula hay transición de un ambiente aerobio inicial caracterizado por especies grampositivas facultativas a otro notablemente escaso de oxígeno donde predominan gérmenes anaerobios gramnegativos.

### **Colonización secundaria y maduración de la placa**

Los colonizadores secundarios son los microorganismos que no colonizaron en un principio superficies dentales limpias, entre ellos *Prevotella Intermedia*, *Prevotella Loeschelí*, especies de *Capnocytophaga*, *Fusobacterium Nucleatum*, y *Porphyromonas Gingivalis*. Dichos patógenos se adhieren a las células de bacterias ya presentes en la masa de la placa.

Extensos estudios de laboratorio documentan la capacidad de diferentes especies y géneros de microorganismos de la placa para adherirse entre sí, en el mecanismo conocido como coagregación. Este fenómeno sucede de forma primaria mediante la interacción estereo química muy específica de moléculas de proteínas y carbohidratos localizados en las superficies de la célula bacteriana, además de interacciones

menos específicas provenientes de fuerzas hidrófobas, electrostáticas y de Van der Waals.

Estudios de formación de biopelícula; in vitro, así como estudios sobre modelo animal, han registrado la importancia de la coagregación en la colonización bucal. Interacciones bien definidas de colonizadores secundarios con agentes tempranos incluyen la coagregación de *F. Nucleatum* con *S. Sanguis*, *P. Loescheli* con *A. Viscosus* y *Capnocytophaga ochracea* con *A. Viscosus*. La mayor parte de los estudios sobre la coagregación enfoca las interacciones entre diferentes especies grampositivas y especies gramnegativas.

En las últimas fases de la formación de la placa es probable que predomine la coagregación entre distintas especies gramnegativas. Son ejemplos de esta clase de interacción la coagregación de *F. Nucleatum* con *P. Gingivalis* o *Treponema denticola*.<sup>19</sup>

#### **2.2.4. HIGIENE BUCAL**

La higiene dentaria: Barre los residuos y los microorganismos que provocan las caries y la enfermedad periodontal. Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo, no se producen caries ni sarro.

La buena higiene bucal significa que:

- a) Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- b) Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- c) El mal aliento no es un problema constante.<sup>20</sup>

##### **A. CEPILLADO DENTAL:**

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival, llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo.

Es una práctica que se incluye entre las normas higiénicas consideradas socialmente como imprescindibles. Involucra el compromiso de las tres áreas de la conducta, tanto en el profesional como en el paciente:

- a) Área cognitiva: porque para desarrollarse necesita fundamentarse en el conocimiento de la etiología de la caries.
- b) Área procedimental (de las destrezas): porque requiere la incorporación de un hábito motor.
- c) Área actitudinal: porque implica alcanzar o poseer adecuada motivación y cambios de conducta duraderos.

En la enseñanza-aprendizaje del control de placa deben organizarse las experiencias de forma continua, dando al paciente información y obligándole a adquirir destreza para poder enseñarle técnicas de complejidad creciente y siempre integrada en el plan de atención clínica, de forma que la técnica aprendida sea adecuada para eliminar la placa de dicho paciente en su situación clínica personal.<sup>19</sup>

Tiene como objetivos:

- a) Eliminar y evitar la formación de placa dental.
- b) Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- c) Estimular los tejidos gingivales.
- d) Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.<sup>22</sup>

### **EL CEPILLO DENTAL:**

Es un objeto diseñado para la limpieza bucal el cual está constituido por tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 mm de largo, sus partes libres pueden tener diferentes grados de redondez conforme al uso estas se expanden. Los cepillos se dividen de acuerdo al tamaño en grandes medianos y chicos, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros.

En el congreso europeo de control mecánico de la placa se acordó que las características de un cepillo dental manual deben incluir:

- Tamaño del mango proporcional a la edad y destreza del usuario para que el cepillo se pueda manipular con facilidad y eficacia.
- Tamaño del cabezal acorde con las necesidades individuales del paciente.
- Uso de filamentos de nailon o poliéster de extremo redondeado no mayor de 0,23 mm de diámetro.
- Uso de configuraciones de filamentos blandos según la definición de normas industriales internacionales aceptadas (ISO).
- Formas de filamentos que favorezcan la eliminación de la placa en los espacios interproximales.

En un cepillo dental convencional distinguimos las siguientes partes: cabeza, mango y tallo.

En la cabeza del cepillo se insertan las cerdas (cuando hablamos de pelo natural de animal) o filamentos (cuando hablamos de estructura sintética), agrupados en penachos.

El mango y el cabezal deberían estar alineados de forma rectilínea.

En un principio, los cepillos eran de cerdas naturales (pelo de animal). Dada la superficie rugosa del tallo y la presencia del canal medular, producían abundantes lugares de retención para residuos y depósitos extraños. Por otra parte, las propiedades higroscópicas condicionan su hinchado y también la pérdida de elasticidad y de consistencia, lo que hace que hoy estén en desuso.

Posteriormente, los cepillos eran de filamentos sintéticos a base de Nylon® que es un copolímero estirado que varía de acuerdo con las características frente a la abrasión y la recuperación de la flexibilidad al secarse.

En la actualidad el mejor material es el Tynex® que son monofilamentos de Nylon® conteniendo partículas finas

para la abrasión adicional y que tiene como característica importante el que no absorbe agua.

Estos filamentos tienen diferentes gradientes de resistencia según la clasificación convencional de duras (diámetro superior a 0,35 mm), medias (diámetro de 0,30 mm) o blandas (diámetro de 0,17 mm).

Las puntas de los filamentos deben estar redondeadas para evitar lesionar los tejidos gingivales. Los filamentos de puntas no redondeadas pueden ser el doble de abrasivos y pueden producir un 30 % más de abrasión gingival después de periodos de cepillado de 30 s.

Habitualmente los filamentos se insertan perpendiculares a la base del cabezal, aunque en algunos diseños se sitúan inclinados para favorecer la higiene interdental. El plano que forma el acabado de todos los filamentos suele ser paralelo a la base de su inserción. Ahora bien, hay cepillos cuyos filamentos del principio del cabezal pueden estar más altos que el resto para mejorar la higiene retromolar, y con el mismo fundamento se han diseñado de forma

contraria, más bajos los del inicio y más altos los más próximos al mango. En otros casos, todos los extremos mantienen un plano aserrado. No existen estudios concluyentes que indiquen una mayor eliminación de placa en ningún diseño *per se*.

El tallo es el estrechamiento que puede existir o no, entre la cabeza y mango del cepillo.

El mango debe ser adecuado a la edad y habilidades motoras del usuario, tener una anchura y longitud suficientes para manejarlo con seguridad. Habitualmente son rectos o con una ligera angulación simulando la forma del espejo intraoral. En la actualidad también existe el mango con una forma tal que al cogerlo ya se produce la inclinación de los filamentos en 45°. <sup>21</sup>

Los cepillos modernos tienen filamentos cuya forma está diseñada para favorecer la eliminación de la placa de zonas de difícil acceso de la dentición, en particular de las zonas proximales. Los filamentos cruzados, curvos y afinados en

los extremos son los refinamientos más recientes. Estos diseños se basan en la premisa de que la mayor parte de las personas efectúan un movimiento de cepillado horizontal simple. Para mejorar la comodidad del paciente con el tiempo también se han ido cambiando la forma del cabezal, la forma de los filamentos y la orientación de los filamentos en el mango. Actualmente se usan cepillos con penachos múltiples, a veces angulados en diferentes direcciones. Así cuando se coloca el cabezal del cepillo horizontal con respecto a la superficie dentaria, hay filamentos angulados en dirección a las superficies dentarias proximales. Los cepillos con este diseño facilitan la eliminación de la placa en zonas de difícil acceso en comparación con los cepillos de cabezales planos.

Los mangos solían ser rectos o planos ahora son comunes los mangos redondos y curvos. Los cepillos modernos tienen un tamaño de mango apropiado para la mano del posible usuario y se ha puesto mucho énfasis en diseños ergonómicos nuevos. Varios estudios investigaron las diferencias en la eliminación de placa entre cepillos con

diferentes diseños del mango. En estos estudios los cepillos con mangos largos y contorneados eliminaron más placa que los cepillos con mangos tradicionales.

Estas reglas son generales, pero hay excepciones en las que el profesional determinara el tipo de cepillo con características particulares de acuerdo a las necesidades del paciente.<sup>23</sup>

## **TÉCNICAS DE CEPILLADO**

Las técnicas de cepillado son diversas y están fundadas básicamente en el movimiento impreso de del cepillo dental y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca entre ellas la lengua y paladar.

**Técnica de Bass:** Esta técnica es la más popular entre los pacientes y odontólogos de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de

tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por área.

**Técnica Horizontal:** Fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como el barrido. Ésta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permite utilizar una técnica más compleja.

**Técnica de Stillman modificada:** Las cerdas del Cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un

movimiento gradual hacia el plano oclusal. De ésta manera limpia la zona interproximal y se asemeja vigorosamente el tejido gingival.

**Técnica de Charters:** Esta técnica fue descrita por su autor hace más de 60 años. El cepillo se coloca 45° respecto del eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival.

Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y solo trabajan las cerdas de la punta.<sup>24,25</sup>

## **FRECUENCIA DEL CEPILLADO**

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

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y minuciosidad del aseo. Los niños que son susceptibles a la caries y sin afección gingival deben cepillarse y utilizar el hilo dental más de una vez al día después de cada comida.<sup>24</sup>

## **DURACIÓN DEL CEPILLADO**

La mayoría de las personas no se cepillan durante el tiempo necesario para conseguir la remoción total de la placa. Para cubrir los cuadrantes se necesitan

aproximadamente dos minutos y medio, por lo que el tiempo mínimo estimado para cubrir todas las zonas que necesitan ser limpiadas con la cantidad de movimientos apropiados es de tres minutos.<sup>24</sup>

## **DESGASTE Y CAMBIO DEL CEPILLO**

Se suele aconsejar que los cepillos se cambien antes que se observen los primeros signos de desgaste.

Se ha estimado que la vida útil de un cepillo común es de 2 a 3 meses. No todos los pacientes siguen este consejo y las evidencias disponibles indican que la antigüedad promedio de un cepillo en el momento en que se cambia varía entre 2,5 - 6 meses. De acuerdo con el sentido común un cepillo gastado con filamentos abiertos o desgastados pierde resiliencia y es poco probable que sea tan eficaz para eliminar placa como un cepillo nuevo. Es por ello que los odontólogos suelen recomendar que los cepillos se usen durante tres meses como máximo. Si bien este consejo parece razonable, hay pocas pruebas clínicas reales que esta recomendación sea correcta. Debido a la

variabilidad de las técnicas de cepillado y la fuerza ejercida por cada persona, el grado de desgaste varía mucho entre un individuo y otro. Asimismo, es posible que diferentes cepillos, fabricados con diversos materiales, presenten diferencias de longevidad. Algunos cepillos que se venden en el comercio tienen filamentos que cambian de color después de cierta cantidad de uso. Ello sirve para que los pacientes recuerden que es tiempo de cambiar el cepillo.<sup>23</sup>

## **B. USO DE UN DENTÍFRICO:**

El dentífrico es una mezcla homogénea de sólidos en agua, que colabora en la limpieza dental (por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos) y que complementa la acción mecánica del cepillo.

El dentífrico puede contener sustancias desensibilizantes (que disminuye la hipersensibilidad de la dentina), fluoruro (el cual puede ser sodio o estaño o monofluorofosfato de sodio); triclosan (un antibacteriano de amplio espectro

eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras) y que a su vez debe cumplir con las siguientes características:

- a) Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales.
- b) Combatir y prevenir las caries (flúor).
- c) Tener una abrasividad baja.
- d) Ser protector de las encías.
- e) Tener buen sabor.
- f) Proporcionar una limpieza bucodental correcta.
- g) Producir aliento fresco. <sup>20</sup>

### **C. USO DE COLUTORIOS:**

Soluciones acuosas o hidroalcohólicas que tienen los mismos principios activos que las pastas dentífricas, pero en menor concentración. Solos no eliminan la placa bacteriana, pero sí que se pueden usar después de cepillarse los dientes, para completar la acción de la pasta y cuyos objetivos son:

- a) Combatir y prevenir las caries (flúor).
- b) Combatir y prevenir las enfermedades periodontales (antisépticos).
- c) Reducir aliento fresco.
- d) Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales. <sup>20,24</sup>

#### **D. USO DE HILO DENTAL:**

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.

Instrucciones:

- 1) Utilice aproximadamente 40 cm de hilo. Enrolle los extremos del hilo alrededor del dedo central de las dos manos. Tense unos 2-3 cm. Utilizando los dedos pulgares e índices.
- 2) Deslice el hilo suavemente entre los dientes en la línea de las encías con movimientos hacia delante y hacia atrás deslizándolo hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual.
- 3) Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.<sup>20,24</sup>

#### **2.2.5. VISITA AL DENTISTA EN LA SALUD BUCAL DEL NIÑO**

Visitar al odontólogo desde la aparición del primer diente en adelante, asegura que el niño empiece a tomar confianza desde muy chico a las consultas y se familiarice con olores,

sonidos y sensaciones durante un tratamiento, inclusive se recomienda hacer una o más citas de reconocimiento para que el niño no tenga un comportamiento negativo hacia el profesional, esto antes de comenzar cualquier tratamiento.

Otro punto que hay que tener en consideración, son las citas al odontólogo: se recomienda acudir a citas cada 6 meses para prevenir la aparición de caries y realizar limpiezas u otros tratamientos preventivos. Es muy importante que los padres incentiven el apoyo y le entreguen seguridad al niño hacia el profesional. No hay que asustarlo ni permita que lo hagan. Los grandes traumas empiezan por intimidación de otros hacia algún suceso.<sup>26</sup>

#### **2.2.6. HÁBITOS DIETÉTICOS**

La dieta es uno de los factores etiológicos más importantes de la caries dental. Los microorganismos cariógenos, tales como el *S. mutans* y los *lactobacilos*, tienen la capacidad de metabolizar los azúcares, especialmente la sacarosa, para obtener energía.

Como resultado de este proceso metabólico se producen ácidos, que finalmente son los causantes de la desmineralización de los tejidos duros de los dientes.

El carbohidrato con mayor potencial cariígeno es la sacarosa, que es el azúcar más consumido por el ser humano. Es muy hidrosoluble, por lo que difunde fácilmente a través de la placa bacteriana. La pared celular de los microorganismos cariógenos tiene mecanismos de transporte específicos para incorporar la sacarosa al interior de la célula.

Además, hay otros azúcares que, en ausencia de sacarosa, también pueden ser metabolizados por las bacterias para obtener energía. El potencial cariígeno de estos carbohidratos es variable y depende, entre otros factores, de la concentración del azúcar en el alimento, de la consistencia del alimento y de la frecuencia de su ingestión.<sup>22</sup>

### 2.2.7. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA

Es un determinante numérico de la cantidad de placa en la estructura dentaria, demostrada con soluciones reveladoras. Es por supuesto, un índice reversible y sólo nos pone de manifiesto la higiene individual del paciente.

Los índices de placa se utilizan para valorar:

- Epidemiología de factores locales.
- Control de la higiene.
- Estudios diagnósticos para valorar los métodos antiplaca utilizados.

La identificación de placa bacteriana puede hacerse por:

- Visualización directa con espejo y explorador.
- Visualización en microscopio óptico recogiendo una muestra.
- Usando reveladores de placa (soluciones alcohólicas de fucsina básica, que se usan poco porque manchan la ropa y lavabos; colorantes de eritrosina que tiñen menos que la fucsina, pero son eliminados en poco tiempo;

colorantes bitonales que revelan placa antigua y reciente; colorantes fluorescentes que se hacen visibles con luz ultravioleta).

### **ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION**

En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés Oral Higiene Index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés Oral Higiene Index Simplified). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término desechos dados que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado

que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El OHI-S consta de dos elementos: un Índice de Desechos Simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés Simplified Debris Index) un Índice de Cálculo Simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés Simplified Calculus Index). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Se emplean agentes reveladores de placa bacteriana. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho.

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Según los criterios expuestos en el cuadro siguiente.<sup>27</sup>

**CRITERIO PARA CALIFICAR LOS COMPONENTES  
SOBRE LOS DESECHOS BUCALES (DI-S) Y EL CÁLCULO  
(CI-S) EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO  
(OHI-S)**

**ÍNDICE DE DESECHOS BUCALES (DI-S)**

0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

### ÍNDICE DEL CÁLCULO (CI-S)

0	No hay sarro presente.
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.
2	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la

mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación).

La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto. <sup>27</sup>

El resultado de la calificación del DI-S o CI-S se clasifican en:

Adecuado	0.0 - 0.6
Aceptable	0.7 - 1.8
Deficiente	1.9 - 3.0

La calificación IHOS por persona es la suma de las calificaciones del DI-S y CI-S por sujeto clasificados como sigue:

Adecuado	0.0 - 1.2
Aceptable	1.3 - 3.0
Deficiente	3.1 - 6.0

### **2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS**

#### **CONOCIMIENTO:**

Es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.<sup>11</sup>

#### **HIGIENE BUCAL:**

Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

#### **INFORMACIÓN:**

Del latín informativo interacción conocimientos transmitidos, que sirven para ampliar o precisar una base preexistente, comunicación o adquisición de conocimientos.<sup>10</sup>

#### **CONDUCTA:**

Manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia duración y propósitos específicos, ya sea consiente e inconsciente. Una forma de actuar adquirida o aprendida.<sup>28</sup>

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO:

Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ejemplo: excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ejemplo: De 0 a20).

#### PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:

Conjunto de actuaciones que se realizan, por profesionales y técnicos y por la propia población, para evitar la instalación de un proceso de enfermedad en los individuos o grupos, o durante las diferentes etapas de la misma con el objetivo de limitar las complicaciones y secuelas. Incluye en las etapas iniciales el diagnóstico y tratamiento precoz. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.<sup>10,28</sup>

#### SALUD:

La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad funcional que permiten los factores sociales en los cuales vive inmerso el hombre y la colectividad. La salud bucal es parte integrante de la salud en general. Un individuo con presencia

activa de enfermedad no puede considerarse completamente sano. El estado de salud de la población es un reflejo del desarrollo material y espiritual de una sociedad. Según OMS 1947.<sup>10</sup>

#### SALUD BUCAL:

Referido a las condiciones del proceso salud –enfermedad del Sistema Estomatognático.<sup>10</sup>

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODOS**

##### **3.1.1. RECURSOS**

###### **Potencial Humano:**

Estuvo constituido por:

Investigador: Bach. Liliana Dallana Cauna Flores

Asesor de tesis: Mgr. Jaime Bárcena Taco

Asesor estadístico: Mgr. Luis López Puycan

###### **Recursos Materiales:**

Infraestructura:

- Instalaciones de la Clínica Odontológica Docente Asistencial de quinto año de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, donde se realizó el examen clínico a los niños para hallar su nivel de higiene

oral y se aplicó un cuestionario a los padres para hallar el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal.

Equipos y/o instrumentos:

Para la realización de esta investigación se contó con:

- Cámara digital
- Laptop
- Impresora

Instrumental Odontológico:

- Caja porta instrumentos (espejos dentales, exploradores, pinzas)
- Líquido revelador de placa.

Otros materiales:

- Espejo facial.
- 60 cuestionarios y 60 fichas de recolección de datos.
- Guantes para examen descartables.
- Mascarillas descartables
- Vasos descartables
- Jabón líquido y escobilla

### **3.1.2. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es una investigación cuantitativa, no experimental, transversal puesto que se recolectaron los datos en un determinado periodo de tiempo y descriptivo-correlacional, ya que se determinó el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres en relación al nivel de higiene oral de sus hijos.

## **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

- Los niños que se atienden en Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna durante el segundo semestre del año académico 2015.
- Los Padres que acompañan a sus hijos a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna durante el segundo semestre del año académico 2015.

### **3.2.2. MUESTRA**

#### **a) Unidad de análisis**

- Niños de 4 a 12 años de edad que acudan para ser atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna en su primera cita, durante el segundo semestre del año académico 2015.
- Padres que acompañan a sus hijos a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, durante el segundo semestre del año académico 2015.

#### **Criterios de inclusión:**

- Niños de ambos géneros de 4 a 12 años de edad, que acudan para ser atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna en su primera cita.

- Niños de ambos géneros de 4 a 12 años de edad, que acudan para ser atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, acompañados de sus padres o apoderados.
- Padres que acompañan a sus hijos a Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna que colaboren con la investigación.

**Criterios de exclusión:**

- Niños de ambos géneros menores de 4 años o mayores de 12 años que acudan para ser atendidos en Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.
- Niños de ambos géneros de 4 a 12 años de edad, continuadores en sus tratamientos que acuden a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

- Niños de ambos géneros de 4 a 12 años de edad, que acudan a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, acompañados de familiares o personas que no son sus apoderados.
  
- Niño que acuda para ser atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna y que sea hermano de otro paciente niño.
  
- Padres que acompañan a sus hijos a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna que no deseen colaborar con la investigación.

## **b) Tamaño de la muestra**

La muestra estuvo conformada por 60 niños con sus respectivos padres que acuden a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

## **c) Tipo de muestreo**

Fue un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

La modalidad de selección de los niños de 4 a 12 años de edad que se atendieron en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna y los padres que acompañaron a sus hijos fue de acuerdo al orden de llegada cumpliendo con los criterios de selección para la obtención de datos del estado de higiene oral de los niños y del nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos del estado de higiene oral de los niños, fue observacional descriptiva pues se realizó un examen clínico intraoral del estado de higiene oral de los niños y se registró el Índice de Higiene Oral Simplificado para placa blanda de acuerdo a lo estipulado por Greene y Vermillon.

A partir de los datos obtenidos en cada ficha de Índice de Desechos simplificado (DI-S) de Greene y Vermillon (ANEXO 1), se procedió a la suma de los valores arrojados por cada una de las 6 piezas dentarias y se obtuvo el promedio.

Con respecto al cuestionario aplicado a los padres: Éste cuestionario consta de 12 preguntas referidas a higiene bucal, disgregado en cuatro áreas, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

1. La primera parte: elementos de higiene bucal.
2. La segunda parte: hábitos de higiene bucal.
3. La tercera parte: patología bucal relacionada con higiene bucal.
4. La cuarta parte: Técnica de higiene bucal.

En cada parte se realizó 3 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerradas.

La calificación será:

- 0-4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bajo.
- 5-8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular.
- 9-12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento alto.

### **Cuestionario sobre nivel de conocimiento en higiene bucal.**

El cuestionario que se utilizó para determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres fue tomado de la tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú” cuyo autor es Doris Cabellos (ANEXO 2) que para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de alpha de combrach (0,8935) y fue validado con el coeficiente de correlación de Pearson.

En nuestra población este cuestionario fue validado estadísticamente con un nivel de confiabilidad de  $\alpha = 0,831$  de alpha de combrach.

### **3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, los padres respondieron un cuestionario y al niño se registró el Índice de Desechos (DI-S) de Greene y Vermillon, evaluando presencia o ausencia de placa blanda. El estado de higiene oral se registró de acuerdo a lo estipulado por Greene y Vermillon, basado en lo que se observó en los niños.

A partir de los datos obtenidos en cada ficha de Índice de Higiene Oral, referente a la cantidad de placa dental, se procedió a la suma de los valores arrojados por cada una de las 6 piezas dentarias y se obtuvo el promedio, de esta manera se halló el Índice de Higiene Oral, y se pudo seleccionar a los niños que presentaron una buena, regular y mala higiene oral.

### **3.4.1. PROCEDIMIENTO DE TOMA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS:**

Se realizó un aprestamiento inicial a los niños para que colaboren con el examen. Se utilizó una solución reveladora de placa, y con la ayuda de espejos bucales se evaluó la tinción de esta solución en las superficies dentarias.

Se registró lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral previamente elaborada. (ANEXO 1)

El Índice de Higiene Oral Simplificado que se utilizó fue el Índice de Desechos Simplificado (DI-S) de Greene y Vermillon, evaluando presencia o ausencia de placa blanda. El mismo que nos sirvió para determinar cuando era bueno, regular o malo la higiene bucal:

Tipo de diente y superficie que se evaluó fue:

1. Molar superior derecho vestibular
2. Molar superior izquierdo vestibular
3. Molar inferior derecho lingual
4. Molar inferior izquierdo lingual
5. Incisivo central superior derecho vestibular
6. Incisivo central inferior izquierdo vestibular.

El resultado del Índice Higiene Oral se obtuvo según lo estipulado por Greene y Vermillon sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dentaria dividida entre el número de superficies examinadas.

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda fueron:

Bueno: 0,0 a 0,6

Regular: 0,7 a 1,8

Malo: 1,9 a 3,0

### **3.4.2. PROCEDIMIENTO DE REGISTRO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EVALUANDO A PADRES O APODERADOS**

El cuestionario constó de 12 preguntas referidas a higiene bucal, agrupados en cuatro partes, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

1. La primera parte: Elementos de higiene bucal.
2. La segunda parte: Hábitos de higiene bucal.
3. La tercera parte: Patología bucal relacionada con higiene bucal
4. La cuarta parte: Técnica de higiene bucal.

En cada parte se realizó 3 preguntas, y cuyas respuestas son de tipo cerrada.

La calificación es:

Nivel de conocimiento bajo: 0-4 preguntas acertadas.

Nivel de conocimiento regular: 5-8 preguntas acertadas.

Nivel de conocimiento alto: 9-12 preguntas acertadas.

(ANEXO 2)

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos fueron ingresados a un procesador de datos, en programa Microsoft Excel 2013, luego vincularlos al programa estadístico SPSS versión 22.

En el análisis de la información se utilizó distribuciones de frecuencia y porcentajes en tablas de una y dos variables.

El análisis de datos para la hipótesis se usó la prueba de chi cuadrado: prueba de independencia; así como la correlación de Spearman.

Los gráficos fueron realizados en programa Microsoft Excel 2013.

**CAPÍTULO IV**  
**DE LOS RESULTADOS**

**4.1. RESULTADOS:**

**TABLA N°1**

**Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de conocimiento acerca de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**

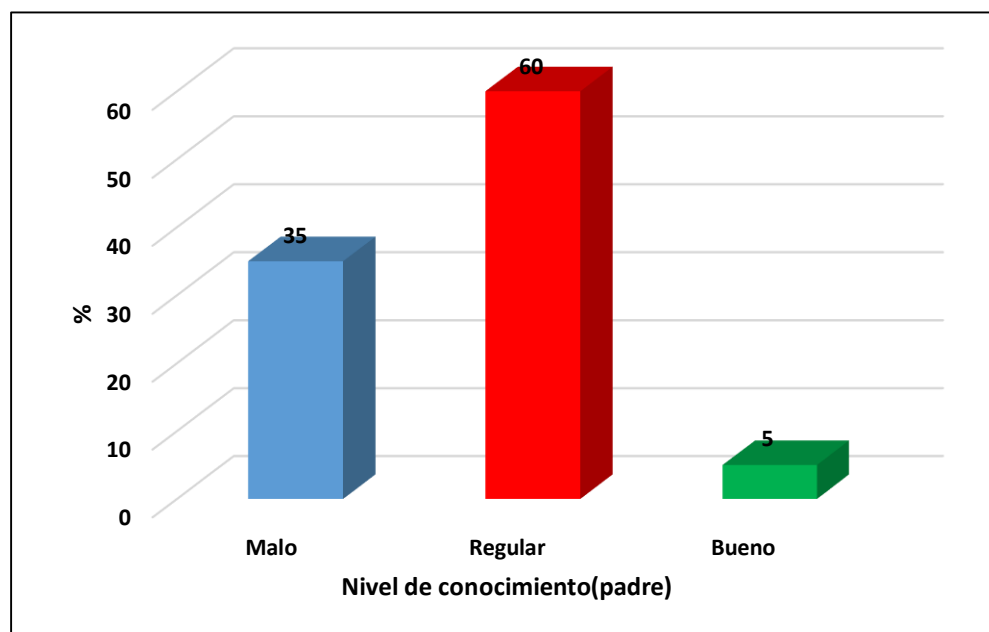
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Malo	21	35,0
Regular	36	60,0
Bueno	3	5,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Matriz de datos

En la tabla N° 1 se observa que la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres, se observa que el mayor porcentaje 60 % su nivel de conocimiento es regular, mientras que el menor porcentaje 5% su nivel de conocimiento es bueno.

### GRÁFICO N°1

Distribución porcentual del nivel del conocimiento acerca de higiene bucal de los padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.



FUENTE: tabla N°1

**TABLA N°2**

**Preguntas correctas sobre elementos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.Tacna 2015. En relación a la edad del niño.**

PREGUNTAS SOBRE ELEMENTOS DE HIGIENE BUCAL	EDAD(NIÑOS)						TOTAL
	4-6		7-9		10-12		
	N	%	N	%	N	%	
<b>El diente es</b>							
Es un elemento en la boca	7	28	8	34,8	5	41,7	<b>12 (20%)</b>
Sirve solamente para masticar los alimentos	11	44	5	21,7	2	16,7	
Es un órgano	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>30,4</b>	<b>1</b>	<b>8,3</b>	
No sé	3	12	3	13	4	33,3	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	6,7%		11,7%		1,7%		
<b>¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?</b>							
Dulces, cepillo dental, pasta dental	2	8	0	0	2	16,7	<b>46 (76,7%)</b>
Flúor, pasta dental, hilo dental	4	16	1	4,3	4	33,3	
Cepillo dental, hilo dental, pasta dental	<b>18</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>95,7</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	
No sé	1	4	0	0	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	30%		36,7%		10%		
<b>¿Qué características debe tener un cepillo dental?</b>							
Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto	9	36	2	8,7	3	25	<b>12 (20%)</b>
Que las cerdas sean duras y de un solo color	5	20	4	17,4	5	41,7	
Que las cerdas sean rectas y el mango también	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>30,4</b>	<b>2</b>	<b>16,7</b>	
Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo	8	32	10	43,5	2	16,7	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	5%		11,7%		3,3%		

FUENTE: Matriz de datos

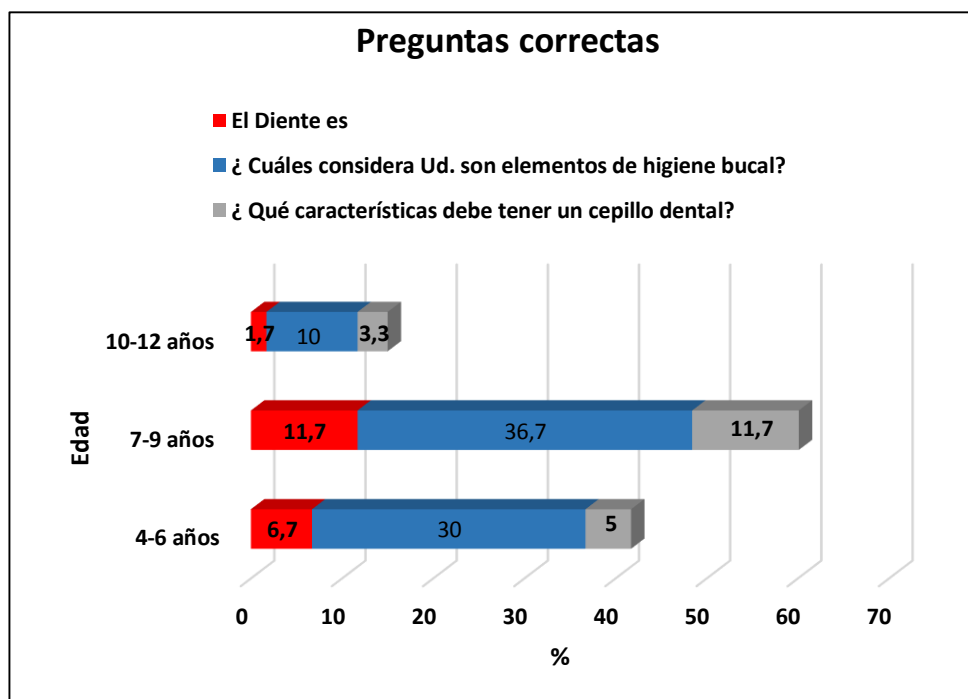
La primera parte del cuestionario que mide el nivel de conocimiento acerca de elementos de higiene bucal. Se observa que a la pregunta **¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?** El **76,7%** de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje 36,7 % corresponden a padres de niños de 7-9 años y el menor porcentaje con un 10 % corresponden a padres de 10-12 años.

En cuanto a la pregunta **¿El diente es?** el 20% de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje 11,7% corresponden a padres de niños de 7-9 años y el menor porcentaje con un 1,7 % corresponden a padres de niños de 10-12 años.

Y a la pregunta **¿Qué características debe tener un cepillo dental?** el 20% de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje con un 11,7 % corresponde a padres de niños de 7-9 años y el menor porcentaje 3,3% corresponde a padres de niños de 10-12 años.

## GRÁFICO N°2

**Preguntas correctas sobre elementos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015. En relación a la edad del niño.**



FUENTE: tabla N°2

**TABLA N°3**

**Nivel de conocimiento acerca de elementos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica**

**Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre**

**Grohmann. Tacna 2015. En relación a la edad del niño.**

<b>EDAD(NIÑOS)</b>	<b>PREGUNTAS CORRECTAS</b>	<b>PONDERADO</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE ELEMENTOS DE HIGIENE BUCAL</b>
<b>4-6 años</b>	25	4	Malo
<b>7-9 años</b>	36	6	Regular
<b>10-12 años</b>	9	3	Malo
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>5</b>	<b>Regular</b>

FUENTE: tabla N°2

En la tabla N° 3 se observa que el total de padres tienen un nivel de conocimiento acerca de elementos de higiene bucal regular.

Padres de niños de 4-6 años tienen un nivel de conocimiento malo.

En cuanto a padres de niños de 7-9 años tienen un nivel de conocimiento regular. Y padres de niños de 10-12 años tienen un nivel de conocimiento malo.

**TABLA N°4**

**Preguntas correctas sobre hábitos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial. En relación a la edad del niño.**

PREGUNTAS SOBRE HáBITOS DE HIGIENE BUCAL	EDAD (NIÑOS)						TOTAL
	4-6		7-9		10-12		
	N	%	N	%	N	%	
<b>¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?</b>							
Al erupcionar el primer diente	14	56	12	52,2	6	50	<b>32 (53,3 %)</b>
Cuando tenga edad suficiente	3	12	1	4,3	2	16,7	
Cuando le duela algún diente	3	12	5	21,7	2	16,7	
Cuando le salgan todos los dientes	5	20	5	21,7	2	16,7	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	23,3%		20%		10%		
<b>¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?</b>							
Antes de la comida	4	16	1	4,3	3	25	<b>50 (83,3 %)</b>
Después de las comidas	21	84	21	91,3	8	66,7	
Solo al acostarse	0	0	0	0	0	0	
Solo al levantarse	0	0	1	4,3	1	8,3	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	35%		35%		13,3%		
<b>¿Cuántas veces se cepilla al día?</b>							
Una vez	2	8	3	13	0	0	<b>26 (43,3 %)</b>
Dos veces	12	48	10	43,5	7	58,3	
Tres veces	11	44	10	43,5	5	41,7	
Ninguna	0	0	0	0	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	18,3%		16,7%		8,3 %		

FUENTE: Matriz de datos

La segunda parte del cuestionario que mide el nivel de conocimiento acerca de hábitos de higiene bucal. Se observa que a la pregunta **¿Principalmente cuando Ud. cree que debe cepillarse los dientes?** El **83,3 %** de padres respondió correctamente. El mayor porcentaje con un 35 % corresponden a padres de niños de 7-9 años y otro 35 % a padres de niños de 4-6 años; y el menor porcentaje con un 13,3 % corresponden a padres de 10-12 años.

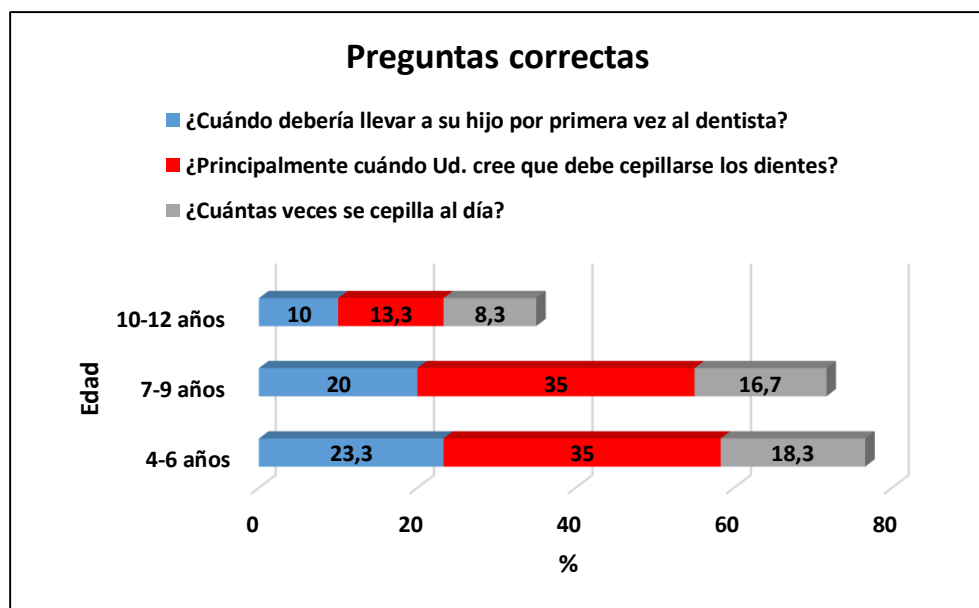
En cuanto a la pregunta **¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?** El **53,3 %** de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje con un 23,3 % corresponden a padres de niños de 4-6 años y el menor porcentaje con un 10 % corresponden a padres de niños de 10-12 años.

Y a la pregunta **¿Cuántas veces se cepilla al día?** El **43,3 %** de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje que respondieron correctamente con un 18,3% corresponde a padres de niños de 4-6 años y el menor porcentaje 8,3 % corresponde a padres de niños de 10-12 años.

### GRÁFICO N°3

**Preguntas correctas sobre hábitos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**

**En relación a la edad del niño.**



FUENTE: tabla N°4

**TABLA N°5**

**Nivel de conocimiento acerca de hábitos de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015. En relación a la edad del niño.**

<b>EDAD(NIÑOS)</b>	<b>PREGUNTAS CORRECTAS</b>	<b>PONDERADO</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE HáBITOS DE HIGIENE BUCAL</b>
<b>4-6 años</b>	46	7	Regular
<b>7-9 años</b>	43	7	Regular
<b>10-12 años</b>	19	6	Regular
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>7</b>	<b>Regular</b>

FUENTE: tabla N°4

En la tabla N° 5 se observa que el total de padres tienen un nivel de conocimiento acerca de hábitos de higiene bucal regular.

Padres de niños de 4-6 años tienen un nivel de conocimiento regular.

En cuanto a padres de niños de 7-9 años tienen un nivel de conocimiento regular. Y padres de niños de 10-12 años tienen un nivel de conocimiento regular.

**TABLA N° 6**

**Preguntas correctas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.**

**Tacna 2015. En relación de la edad del niño.**

PREGUNTAS SOBRE PATOLOGÍA BUCAL RELACIONADA A HIGIENE BUCAL	EDAD (NIÑOS)						TOTAL
	4-6		7-9		10-12		
	N	%	N	%	N	%	
<b>¿Qué es la caries?</b>							
Es una picadura en los dientes	22	88	22	95,7	8	66,7	<b>5 (8,3%)</b>
Es una enfermedad infectocontagiosa	1	4,0	1	4,3	3	25	
Es un dolor en la boca	0	0	0	0	1	8,3	
No sé	2	8	0	0	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	1,7%		1,7%		5%		
<b>La enfermedad periodontal es</b>							
El dolor de diente	9	36	11	47,8	5	41,7	<b>13 (21,7 %)</b>
La enfermedad de las encías	8	32	3	13	2	16,7	
Inflamación del labio	0	0	0	0	0	0	
No sé	8	32	9	39,1	5	41,7	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	13,3%		5%		3,3%		
<b>La placa bacteriana es</b>							
Restos de dulces y comidas	10	40	4	17,4	3	25	<b>23 (38,4%)</b>
Manchas blanquecinas en los dientes	6	24	4	17,4	5	41,7	
Restos de alimentos y microorganismos	6	24	13	56,5	4	33,3	
No sé	3	12	2	8,7	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	10%		21,7%		6,7%		

FUENTE: Matriz de datos

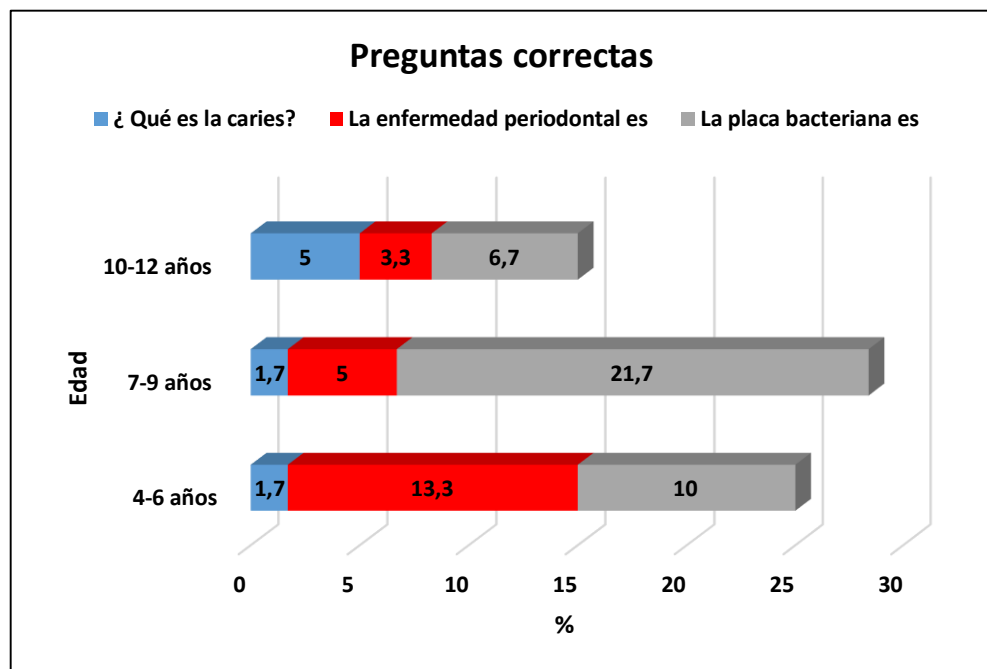
La tercera parte del cuestionario que mide el nivel de conocimiento acerca de patología bucal relacionada a higiene bucal. Se observa que a la pregunta **¿La placa bacteriana es?** El **38,4 %** respondió correctamente. El mayor porcentaje con un 21,7 % corresponde a padres de niños de 7-9 años y el menor porcentaje 6,7% corresponde a padres de niños de 10-12 años.

En cuanto a la pregunta **¿La enfermedad periodontal es?** El **21,7 %** respondió correctamente. El mayor con un 13,3 % corresponden a padres de niños de 4-6 años y el menor porcentaje con un 3,3 % corresponden a padres de 10-12 años.

Y a la pregunta **¿Qué es la caries?** El **8,3 %** respondió correctamente. El mayor porcentaje con un 5% corresponden a padres de niños de 10-12 años y el menor porcentaje con un 1,7 % corresponden a padres de niños de 4-6 y otro 1,7% a padres de niños de 7-9 años.

#### GRÁFICO N°4

**Preguntas correctas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015. En relación a la edad del niño.**



FUENTE: tabla N°6

**TABLA N°7**

**Nivel de conocimiento acerca de patología bucal relacionada a higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**

**En relación a la edad del niño.**

<b>EDAD(NINOS)</b>	<b>PREGUNTAS CORRECTAS</b>	<b>PONDERADO</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE PATOLOGÍA BUCAL RELACIONADA A HIGIENE BUCAL</b>
<b>4-6 años</b>	15	2	Malo
<b>7-9 años</b>	17	3	Malo
<b>10-12 años</b>	9	3	Malo
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>3</b>	<b>Malo</b>

FUENTE: tabla N°6

En la tabla N° 7 se observa que el total de padres tienen un nivel de conocimiento acerca de patología bucal relacionada a higiene bucal malo.

Padres de niños de 4-6 años tienen un nivel de conocimiento malo.

En cuanto a padres de niños de 7-9 años tienen un nivel de conocimiento malo. Y padres de niños de 10-12 años tienen un nivel de conocimiento malo.

**TABLA N° 8**

**Preguntas correctas sobre técnicas de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años. En relación a la edad del niño.**

PREGUNTAS SOBRE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL	EDAD (NIÑOS)						TOTAL
	4-6		7-9		10-12		
	N	%	N	%	N	%	
<b>¿Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado?</b>							<b>32 (53,3 %)</b>
Sí	14	56	12	52,2	6	50	
No	10	40	11	47,8	6	50	
Tal vez	1	40	0	0	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	23,3%		20%		10%		
<b>¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?</b>							<b>17 (28,3%)</b>
No sé	0	0	0	0	0	0	
Treinta segundos	7	28	6	26,1	5	41,7	
Un minuto	3	12	6	26,1	5	41,7	
Dos minutos	7	28	3	13	1	8,3	
Tres minutos	8	32	8	34,8	1	8,3	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	13,3%		13,3%		1,7%		
<b>¿Cada cuánto tiempo, como máximo, debería cambiar su cepillo dental?</b>							<b>47 (78,3%)</b>
Cada 6 meses	4	16	4	17,4	2	16,7	
Cada 12 meses	0	0	1	4,3	1	8,3	
Cada 3 meses	21	84	17	73,9	9	75	
No sé	0	0	1	4,3	0	0	
Total	25	100	23	100	12	100	
<b>Preguntas correctas (%)</b>	35%		28,3%		15%		

FUENTE: Matriz de datos

La cuarta parte del cuestionario que mide el nivel de conocimiento acerca de técnicas de higiene bucal. Se observa que a la pregunta **¿Cada cuánto tiempo, como máximo, debería cambiar su cepillo dental?** El **78,8 %** de los padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje con un 35 % corresponde a padres de niños de 4-6 años y el menor porcentaje 15 % corresponde a padres de niños de 10-12 años.

En cuanto a la pregunta **¿Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado?** El **53,3 %** de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje con un 23,3 % corresponden a padres de niños de 4-6 años y el menor porcentaje con un 10 % corresponden a padres de niños de 10-12 años.

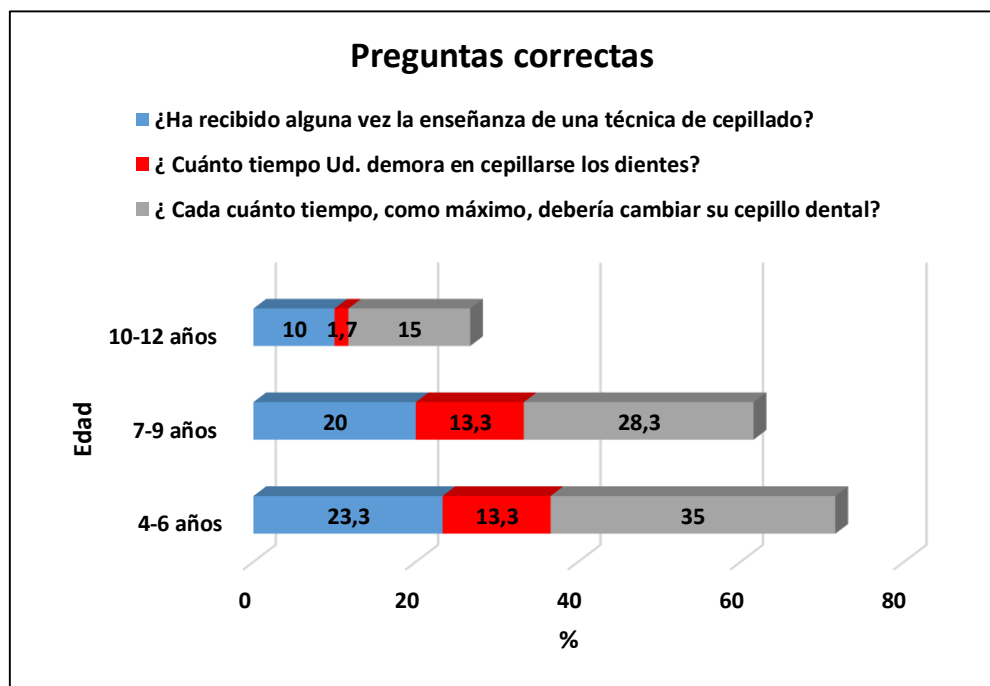
Y a la pregunta **¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?** El **28,3 %** de padres respondieron correctamente. El mayor porcentaje con un 13,3 % corresponden a padres de niños de 4-6 años y otro 13,3 % a padres de niños de 7-9 años; y el menor porcentaje con un 1,7 % corresponden a padres de 10-12 años.

## GRÁFICO N°5

Preguntas correctas sobre técnicas de higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica

Docente Asistencial. Tacna 2015.

En relación a la edad del niño.



FUENTE: tabla N°8

**TABLA N°9**

**Nivel de conocimiento acerca de técnicas de higiene bucal en  
padres de niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica  
Odontológica Docente Asistencial. Tacna 2015.  
En relación a la edad del niño.**

<b>EDAD(NINOS)</b>	<b>PREGUNTAS CORRECTAS</b>	<b>PONDERADO</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE PATOLOGÍA BUCAL RELACIONADA A HIGIENE BUCAL</b>
<b>4-6 años</b>	43	7	Regular
<b>7-9 años</b>	37	6	Regular
<b>10-12 años</b>	16	5	Regular
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>6</b>	<b>Regular</b>

FUENTE: tabla N°8

En la tabla N° 9 se observa que el total de padres tienen un nivel de conocimiento acerca de técnicas de higiene bucal regular.

Padres de niños de 4-6 años tienen un nivel de conocimiento regular.

En cuanto a padres de niños de 7-9 años tienen un nivel de conocimiento regular. Y padres de niños de 10-12 años tienen un nivel de conocimiento regular.

**TABLA N ° 10**

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal  
de los padres y la edad del niño.**

<b>EDAD (NIÑO)</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE HIGIENE BUCAL (PADRE)</b>						<b>TOTAL</b>
	<b>BUENO</b>		<b>REGULAR</b>		<b>MALO</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
4-6	2	3,3	13	21,7	10	16,7	<b>25</b>
7-9	1	1,7	18	30	4	6,7	<b>23</b>
10-12	0	0	5	8,3	7	11,7	<b>12</b>
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>60</b>

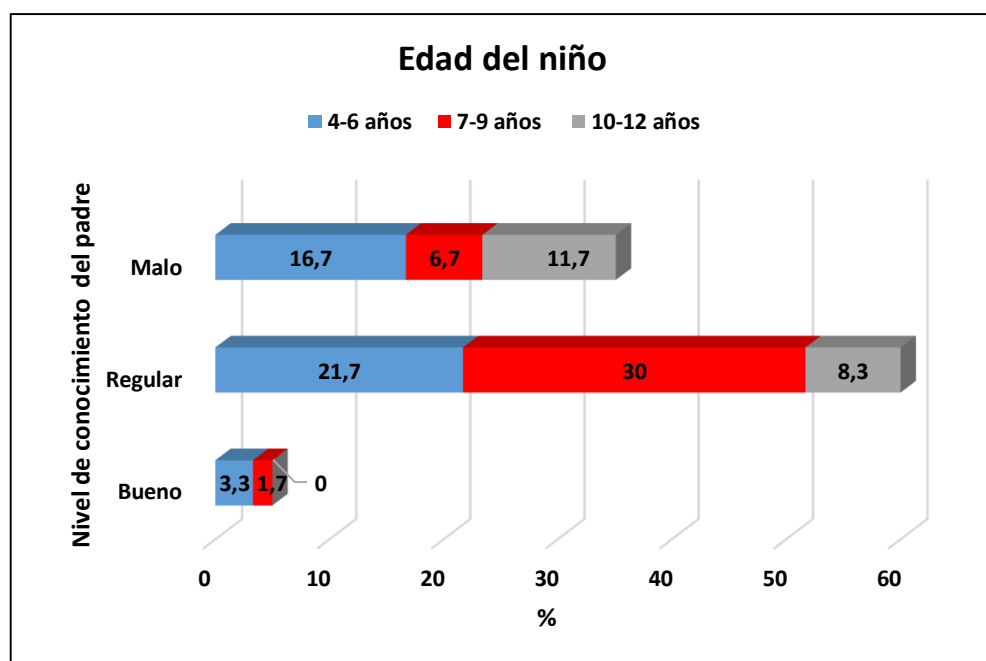
FUENTE: Matriz de datos

Chi cuadrado: 7,370 gl: 4  $p=0,118 > \alpha= 0,05$ . No se encontró relación entre la edad del niño y el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal del padre.

En la tabla N ° 10 se observa que en los padres de niños de 4 -6 años el mayor porcentaje con 21,7 % tiene un nivel de conocimiento en higiene bucal regular y con un menor porcentaje 3,3 % un nivel de conocimiento bueno. En cuanto a los padres de niños de 7-9 años el mayor porcentaje con 30 % tiene un nivel de conocimiento en higiene bucal regular y con un menor porcentaje con 1,7 % un nivel de conocimiento bueno. Y los padres de niños de 10-12 años el mayor porcentaje con 11,7 % tiene un nivel de conocimiento en higiene bucal malo y con un 0% tiene un nivel de conocimiento bueno.

## GRÁFICO Nº 6

Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la edad del niño.



FUENTE: tabla Nº10

**TABLA N° 11**

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y su edad.**

EDAD (PADRE)		NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES			TOTAL
		MALO	REGULAR	BUENO	
20-29	N	5	13	0	<b>18</b>
	%	8,3	21,7	0,0	<b>30,0</b>
30-39	N	12	17	1	<b>30</b>
	%	20,0	28,3	1,7	<b>50,0</b>
40 a más	N	4	6	2	<b>12</b>
	%	6,7	10,0	3,3	<b>20,0</b>
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>35,0</b>	<b>60,0</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>

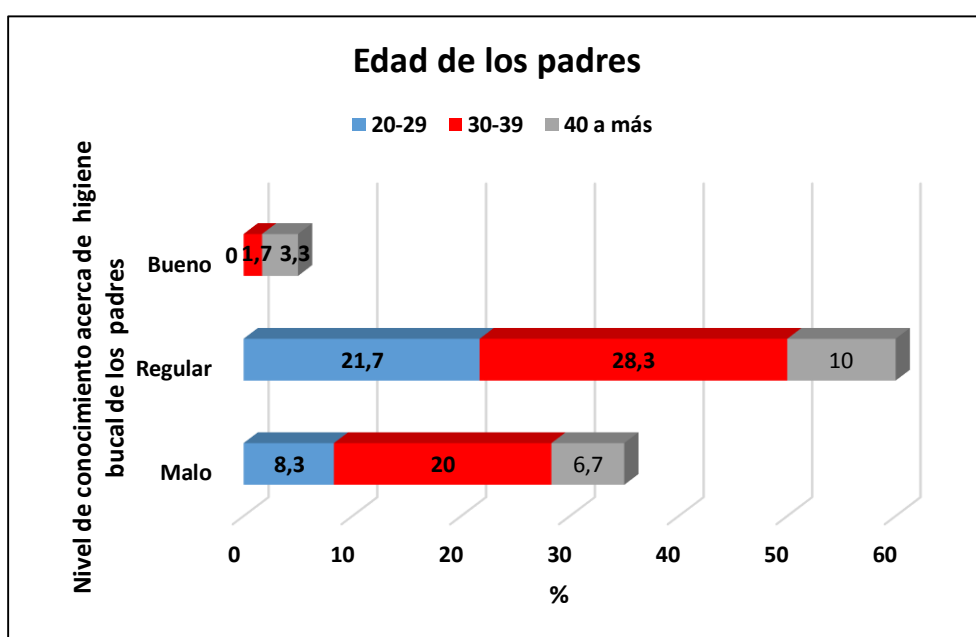
FUENTE: Matriz de datos

Chi cuadrado: 5,529 gl: 4  $p=0,237 > \alpha=0,05$ . No se encontró relación entre la edad del padre y el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres.

En la tabla N ° 11 se observa que, en padres de 20-29 años el mayor porcentaje 21,7 % tiene un nivel de conocimiento en higiene bucal regular y 0% tiene un nivel de conocimiento bueno. En cuanto a los padres de 30-39 años el mayor porcentaje 28,3% tiene un nivel de conocimiento en higiene bucal regular y un menor porcentaje 1,7 %, un nivel de conocimiento bueno. Y los padres de 40 años a más, el mayor porcentaje 10 % tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular y con un menor porcentaje 3,3 % tiene un nivel de conocimiento bueno.

## GRÁFICO N°7

Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y su edad.



FUENTE: tabla N°11

**TABLA N° 12**

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y su grado de instrucción.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN (PADRE)		NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES			TOTAL
		MALO	REGULAR	BUENO	
Primaria Incompleta	N	1	2	0	<b>3</b>
	%	1,7	3,3	0,0	<b>5,0</b>
Primaria Completa	N	3	2	1	<b>6</b>
	%	5,0	3,3	1,7	<b>10,0</b>
Secundaria Incompleta	N	6	4	0	<b>10</b>
	%	10,0	6,7	0,0	<b>16,7</b>
Secundaria Completa	N	8	15	0	<b>23</b>
	%	13,3	25,0	0,0	<b>38,3</b>
Superior técnico	N	2	7	1	<b>10</b>
	%	3,3	11,7	1,7	<b>16,7</b>
Superior Universidad	N	1	6	1	<b>8</b>
	%	1,7	10,0	1,7	<b>13,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>N</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>35,0</b>	<b>60,0</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Matriz de datos

Chi cuadrado: 10,778 gl: 10 p=0,375 >α= 0,05 .No se encontró relación entre el nivel de instrucción del padre y el nivel de conocimiento en higiene bucal de los padres.

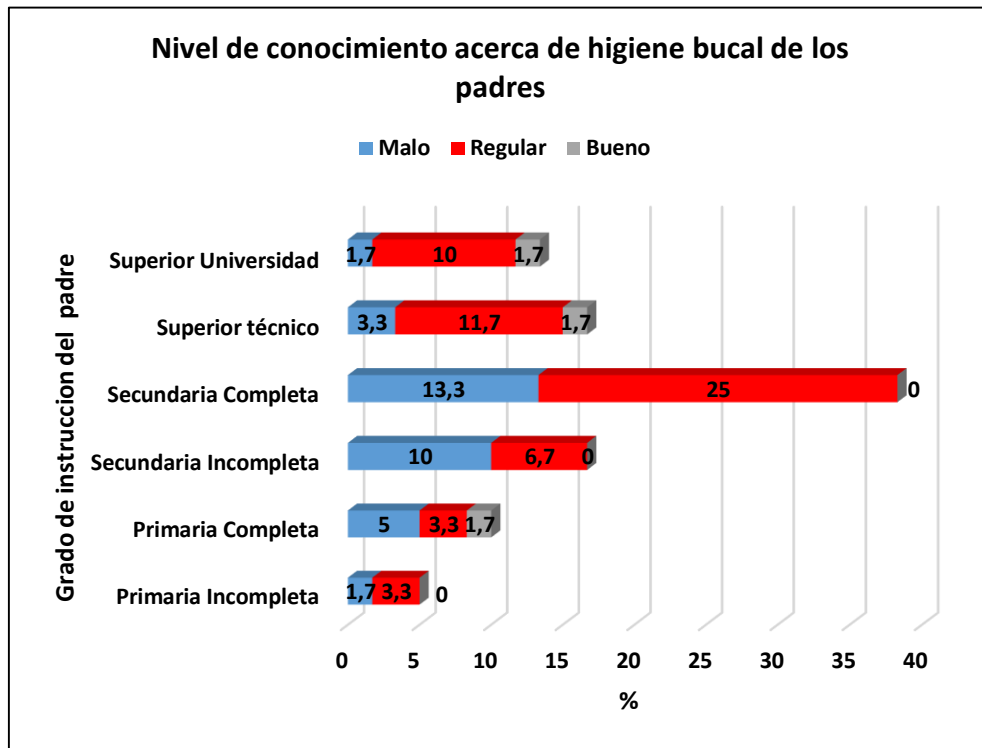
En la tabla N° 12 se observa que en los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal malo, el mayor porcentaje 13,3 % tiene un grado de instrucción de secundaria completa y el menor porcentaje 1,7 % tiene un grado de instrucción de superior universidad, y otro 1,7% tiene primaria incompleta.

En cuanto a los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular el mayor porcentaje 25 % tiene un grado de instrucción de secundaria completa y el menor porcentaje 3,3 % tiene un grado de instrucción de primaria incompleta, así como otro 3,3 % tiene primaria completa.

Y los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal bueno el 1,7 % tienen un grado de instrucción de superior universidad; 1,7%, superior técnico y otro 1,7%, primaria completa respectivamente.

## GRÁFICO N°8

Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y su grado de instrucción.



FUENTE: tabla N°12

**TABLA N°13**

**Distribución de frecuencia y porcentual del nivel de higiene oral de los niños de 4 a 12 años atendidos en Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**

<b>NIVEL DE HIGIENE ORAL DEL NIÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Malo	24	40,0
Regular	35	58,3
Bueno	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

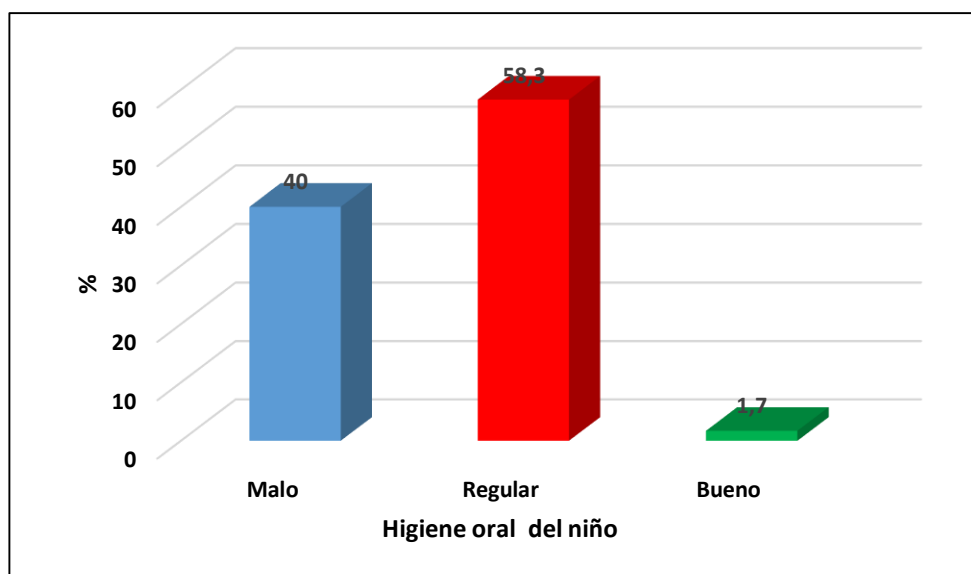
FUENTE: Matriz de datos

En la tabla N° 13 se puede visualizar que en la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de higiene oral de los niños, el mayor porcentaje 58,3% tiene una higiene oral regular, mientras que el menor porcentaje 1,7% tiene una higiene oral bueno.

### GRÁFICO N°9

Distribución porcentual de la higiene oral de los niños de 4 a12 años atendidos en Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Tacna 2015.



FUENTE: tabla N°13

**TABLA N°14**

**Relación entre la higiene oral y la edad de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.**

**Tacna 2015.**

EDAD (NIÑO)	HIGIENE ORAL DEL NIÑO						TOTAL
	BUENO		REGULAR		MALO		
	N	%	N	%	N	%	
4-6	1	1,7	13	21,7	11	18,3	25
7-9	0	0	13	21,7	10	16,7	23
10-12	0	0	9	15	3	5	12
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1,7</b>	<b>35</b>	<b>58,3</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>60</b>

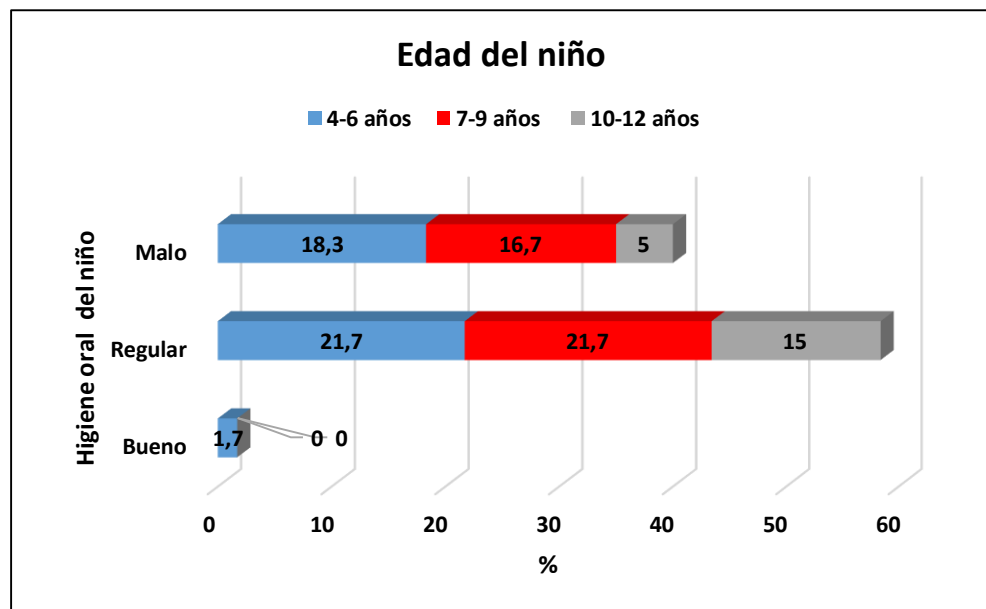
FUENTE: Matriz de datos

Chi cuadrado: 3,001 gl: 4  $p=0,558 > \alpha=0,05$ . No se encontró relación entre la edad del niño y la higiene oral del niño.

En la tabla N° 14 se observa que en niños de 4-6 años el mayor porcentaje 21,7% tiene una higiene oral regular y 1,7 % tiene una higiene oral buena. En cuanto a los niños de 7-9 años el mayor porcentaje 21,7 % tiene una higiene oral regular y 0 % una higiene oral buena. Y los niños de 10-12 años, el mayor porcentaje 15 % tiene una higiene oral regular y 0% un índice higiene oral bueno.

## GRÁFICO N°10

Relación entre la higiene oral y edad de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.



FUENTE: tabla N°14

**TABLA Nº 15**

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad. Tacna 2015.**

HIGIENE ORAL (NIÑOS)	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL (PADRE) N=60			TOTAL
	MALO	REGULAR	BUENO	
MALO N	8	16	0	<b>24</b>
%	13,3	26,7	0,0	<b>40,0</b>
REGULAR N	13	19	3	<b>35</b>
%	21,7	31,7	5,0	<b>58,3</b>
BUENO N	0	1	0	<b>1</b>
%	0,0	1,7	0,0	<b>1,7</b>
<b>TOTAL N</b>	<b>21</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>60</b>
<b>%</b>	<b>35,0</b>	<b>60,0</b>	<b>5,0</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Matriz de datos

Chi cuadrado: 3,193 gl: 4  $p=0,526 > \alpha = 0,05$  se encontró que no hay relación entre la higiene oral del niño y el nivel de conocimiento en higiene bucal del padre.

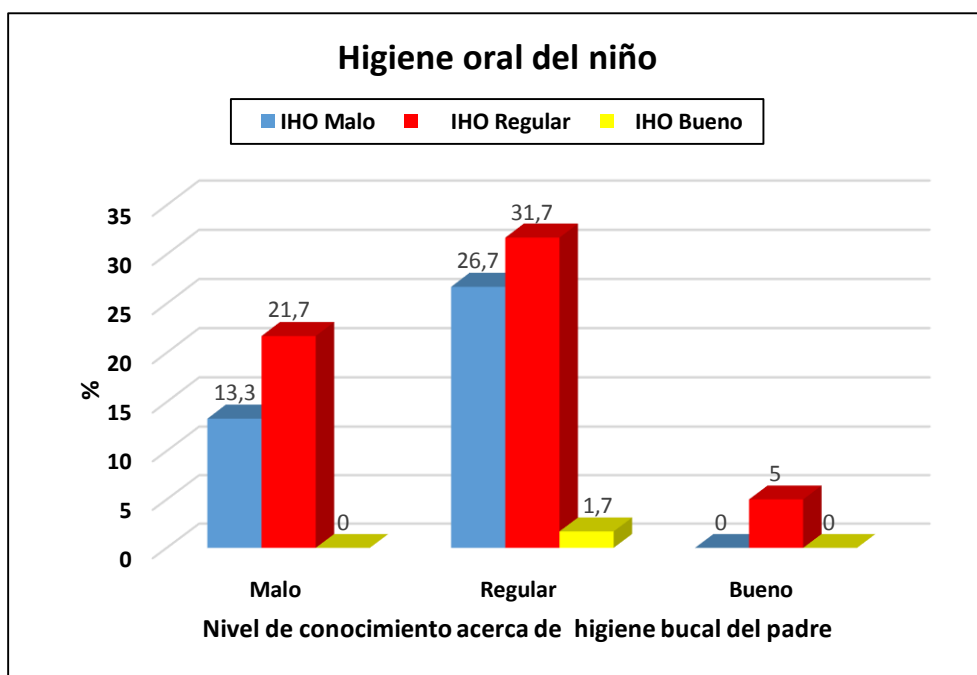
En la tabla N° 15 se observa que en los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal malo el mayor porcentaje 21,7 % tienen hijos con una higiene oral regular y el 0 % tienen hijos con un índice de higiene oral bueno.

En cuanto a los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular el mayor porcentaje 31,7 % tienen hijos con una higiene oral regular y en menor porcentaje 1,7 % tienen hijos con una higiene oral bueno.

Y los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal bueno el 5 % tienen hijos con un índice higiene oral regular.

### GRÁFICO Nº 11

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**



FUENTE: tabla Nº15

**TABLA Nº 16**

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad .Según la edad de los niños.**

EDAD	HIGIENE ORAL EN NIÑOS		NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES				
			MALO	REGULAR	BUENO	TOTAL	
4-6 años	Malo	N	5	6	0	11	Chi cuadrado: 2,878, gl:4, p=0,578> α=0,05 es decir es no significativa
		%	20,0	24,0	0,0	44,0	
	Regular	N	5	6	2	13	
		%	20,0	24,0	8,0	52,0	
	Bueno	N	0	1	0	1	
		%	0,0	4,0	0,0	4,0	
Total	N	10	13	2	25		
	%	40,0	52,0	8,0	100,0		
7-9 años	Malo	N	1	9	0	10	Chi cuadrado: 1,637, gl:4, p=0,441> α=0,05 es decir es no significativa
		%	4,3	39,1	0,0	43,5	
	Regular	N	3	9	1	13	
		%	13,0	39,1	4,3	56,5	
	Bueno	N	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	
Total	N	4	18	1	23		
	%	17,4	78,3	4,3	100		
10-12 años	Malo	N	2	1	0	3	Chi cuadrado: 0,114, gl:4, p=0,735> α=0,05 es decir es no significativa
		%	16,7	8,3	0	25	
	Regular	N	5	4	0	9	
		%	41,7	33,3	0	75	
	Bueno	N	0	0	0	0	
		%	0	0	0	0	
Total	N	7	5	0	12		
	%	58,3	41,7	0	100		

FUENTE: Matriz de datos

En la tabla N° 16 se observa que, en los padres de **niños de 4 a 6 años**, los que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal malo; el 20% tienen hijos con una higiene oral mala, así mismo otro 20 % tienen hijos con una higiene oral regular y un 0% tienen hijos con una higiene oral buena.

En cuanto a los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular; el 24% tienen hijos con una higiene oral regular, así mismo otro 24 % tienen hijos con una higiene oral mala y un menor porcentaje 4% tienen hijos con una higiene oral buena.

Y los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal bueno el 8% tienen hijos con una higiene oral regular.

En padres de **niños de 7 a 9 años**, los que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal malo el 13% tienen hijos con una higiene oral regular y 0 % tienen hijos con una higiene oral buena.

En cuanto a los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular el 39,1% tienen hijos con una de higiene oral regular, así mismo otro 39,1 % tienen hijos con una higiene oral mala y el 0% tienen hijos con una higiene oral buena.

Y los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal bueno el 4,3% tienen hijos con una higiene oral regular.

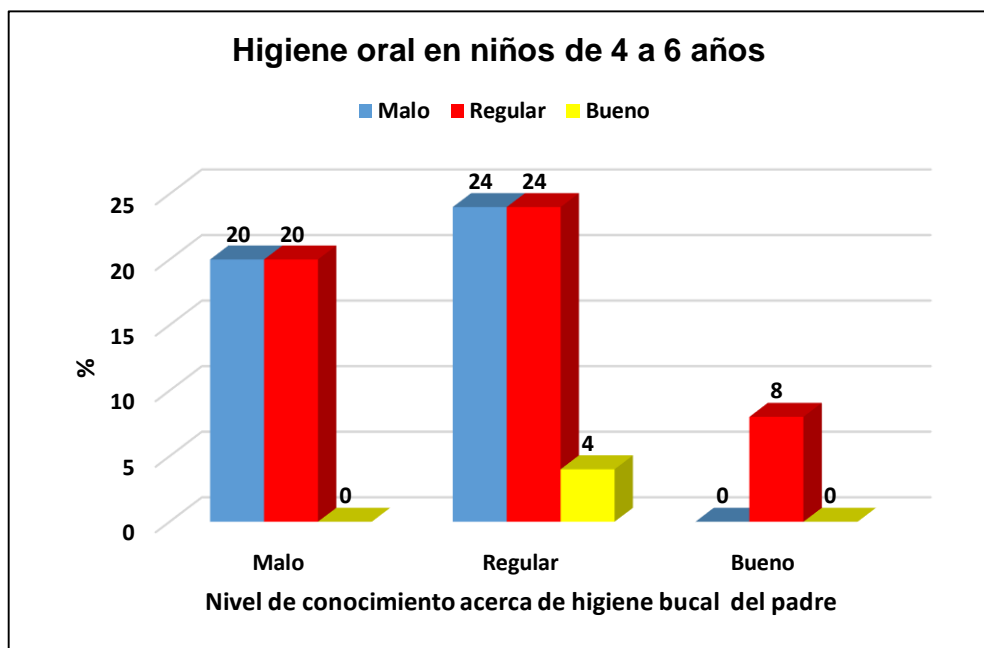
En padres de **niños de 10 a 12 años**, los que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal malo el 41,7 % tienen hijos con una higiene oral regular y el 0 % tienen hijos con una higiene oral buena.

En cuanto a los padres que tienen un nivel de conocimiento en higiene bucal regular el 33,3% tienen hijos con una higiene oral regular y el 0% tienen hijos con una higiene oral buena.

Y no existen padres de niños de 10-12 años que tengan un nivel de conocimiento en higiene bucal bueno.

## GRÁFICO N° 12

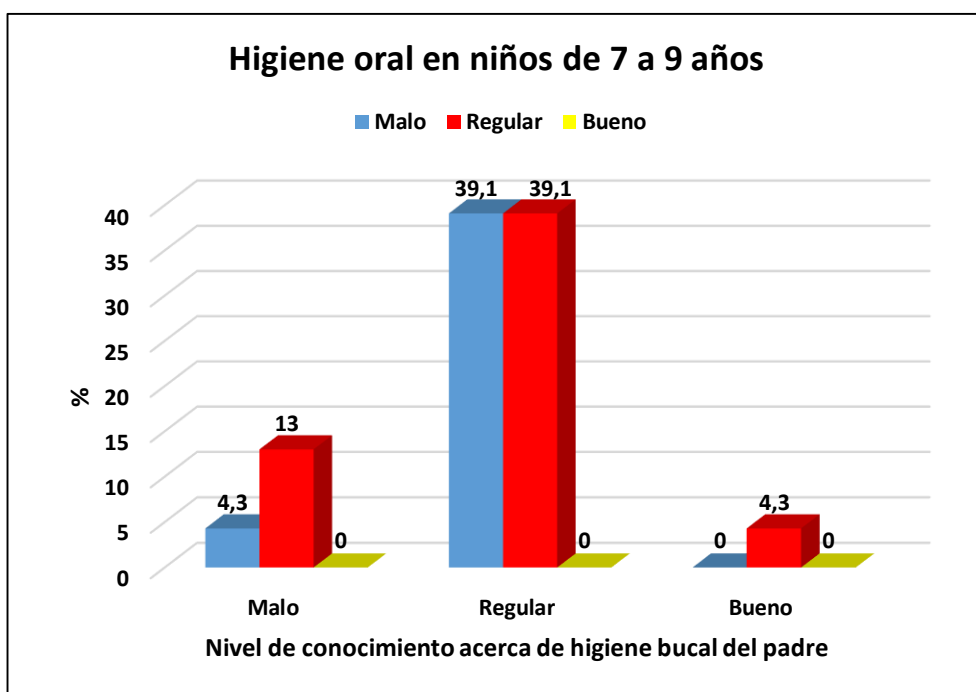
**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de niños de 4 a 6 años.**



FUENTE: tabla N°16

### GRÁFICO Nº 13

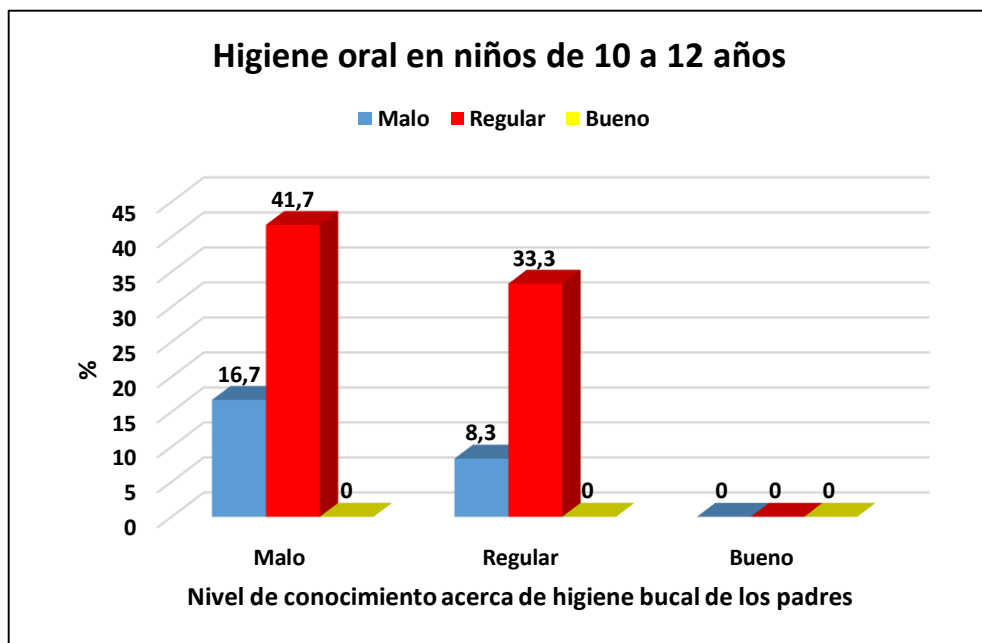
**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de niños de 7 a 9 años.**



FUENTE: tabla Nº16

### GRÁFICO N°14

**Relación entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de niños de 10 a 12 años.**



FUENTE: tabla N°16

**TABLA N °17**

**Correlación de SPEARMAN entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.**

	<b>IHO (niños)</b>	
<b>Puntaje del conocimiento (padre)</b>	Spearman	0,039 P=0,769

FUENTE: matriz de datos

El coeficiente de correlación de spearman es baja (0,039), esta es no significativa  $p=0,769$ ;  $p >0,05$ .

**TABLA N° 18**

**Correlación de SPEARMAN entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños de 4 a 12 años de edad.**

**Según la edad del niño.**

<b>Puntaje del conocimiento (padre)</b>	<b>Higiene oral (niños) de 4-6 años</b>	
	Spearmann	n=25 0,186 P=0.373; p >0,05.  El coeficiente de correlación de spearman es baja, esta es no significativa
	<b>Higiene oral (niños) de 7-9 años</b>	
	Spearmann	n=23 -0.074 P=0.739; p >0,05.  El coeficiente de correlación de spearman es negativa baja, es decir una aumenta y la otra disminuye o viceversa, esta es no significativa
	<b>Higiene oral (niños) de 10-12años</b>	
	Spearmann	n=12 -0.520 P=0.083; p >0,05.  El coeficiente de correlación de spearman es negativa regular, es decir una aumenta y la otra disminuye o viceversa, esta es no significativa

FUENTE: matriz de datos

## 4.2. DISCUSIÓN :

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños de 4 a 12 años, es **regular** en un **60 %**, de esta manera nuestros hallazgos tiene relación con las investigaciones de BENAVENTE LIPA y cols. donde el 68,5 % de madres de niños menores de 5 años tienen un nivel de conocimiento regular ,también con las de VASQUEZ MEJIA y CABELLOS ALFARO donde indica que el nivel de conocimiento en padres de niños con habilidades diferentes fue regular el 46,7 % y el 68,9% , respectivamente.

En la presente investigación se presentó que la higiene oral encontrado en los niños de 4 a 12 años fue en un **58,3 % regular**, de esta manera contradice los resultados de BENAVENTE LIPA y cols. donde indica un índice de higiene oral fue malo en un 60,2 % en niños menores de 5 años lo que se presume, que, si bien las madres poseían un conocimiento regular, estos no eran aplicados adecuadamente. También con la de VASQUEZ MEJIA donde el 71 % de niños con habilidades diferentes no presento buena higiene oral y la de CABELLOS ALFARO donde el índice de higiene oral fue malo en un 88.9 % de niños con habilidades diferentes, esto podría deberse

a la falta de orientación sobre higiene bucal y la necesidad de programas de entrenamiento en padres de niños discapacitados.

Para hacer más completo este trabajo se estudió la relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños . En primer lugar, se realizó un cuestionario sobre higiene bucal a los padres divididos en cuatro partes a tratar.

Al evaluar la primera parte del **cuestionario sobre elementos de higiene bucal**, se consignaron preguntas como **¿El diente es?** Obteniéndose que solo el **20 %** respondió correctamente y el 11,7 % correspondía al grupo de padres de 7 a 9 años. Esto coincidió con CABELLOS ALFARO donde indica que el 20 % de padres de niños con habilidades diferentes respondieron correctamente a esta pregunta.

En la segunda pregunta **¿Cuáles considera Ud. son los elementos de higiene bucal?** Se obtuvo que el **76,7%** respondió correctamente y el 36,7 % corresponde al grupo de padres de niños de 7 a 9 años. Esto no coincidió con CABELLOS ALFARO donde indica que el 54,4% de padres de niños con habilidades diferentes respondieron correctamente a esta pregunta.

Y en la última pregunta de esta parte: **¿Qué características debe tener un cepillo dental?** Se obtuvo que el **20 %** respondió correctamente y el **11.7 %** corresponde al grupo de padres de 7 a 9 años. Esto no tiene relación con CABELLOS ALFARO donde indica que el **33,3%** de padres de niños con habilidades diferentes respondieron correctamente a esta pregunta.

En esta parte del cuestionario se obtiene que el nivel de conocimiento acerca de elementos de higiene bucal es regular y padres de niños de 7 a 9 años son quienes más preguntas correctas obtuvieron. Esto coincidió con CABELLOS ALFARO, quien halló que los padres tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre elementos de higiene bucal.

La segunda parte del cuestionario se refiere a los **hábitos de higiene bucal**, donde se realizó preguntas como **¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?** Obteniendo que el **53,3 %** respondió correctamente y el **23,3 %** corresponde a padres de 4 a 6 años. Esto tienen relación con CABELLOS ALFARO que obtuvo un **57,8 %** de padres de niños con habilidades diferentes respondieron correctamente a esta pregunta. En la pregunta **¿Principalmente cuando Ud. Cree que debe cepillarse los dientes?** El **83,3 %**

respondió correctamente y el 35 % corresponde a padres de niños de 4 a 6 años y otro 35 % a padres de 7 a 9 años. Esto tienen relación con CABELLOS ALFARO que obtuvo un 96.7% respondieron correctamente. Y en la última pregunta **¿Cuántas veces se cepilla al día?** El **43.3%** respondió correctamente y el 18.3 % corresponde a padres de niños de 4 a 6 años. Esto no tienen relación con CABELLOS ALFARO que obtuvo un 71,1 % respondieron correctamente.

En esta parte del cuestionario se obtiene que el nivel de conocimiento acerca de hábitos de higiene bucal es regular y padres de niños de 4 a 6 años son quienes más preguntas correctas obtuvieron. Esto no coincidió con CABELLOS ALFARO, quien halló que los padres tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre hábitos de higiene bucal.

La tercera parte del cuestionario es referido a **patología bucal relacionada a higiene bucal** aquí se consignaron preguntas tales como: **¿Qué es la caries?** Obteniéndose el más bajo porcentaje de todo el cuestionario con un **8,3%** de respuestas correctas donde el 5% corresponden a padres de 10 a 12 años. Esto no coincidió con CABELLOS ALFARO quien obtuvo 12,2 % .Esto nos indica que es

necesario afianzar conocimientos básicos del proceso salud-enfermedad en los padres, en la segunda pregunta **¿Qué es la enfermedad periodontal?** Se obtuvo un **21,7%** de respuestas correctas donde el 13,3% corresponden a padres de 4 a 6 años .Esto tuvo relación con CABELLOS ALFARO quien obtuvo 22,2% y en la tercera pregunta **¿Qué es la placa bacteriana?** Se obtuvo **38,3%** de respuestas correctas donde el 21,7% corresponden a padres de 7 a 9 años .Esto no coincide con CABELLOS ALFARO quien obtuvo 55,6% de respuestas correctas.

En esta parte del cuestionario se obtiene que el nivel de conocimiento acerca de patologías bucal relacionada a la higiene bucal es malo y padres de niños de 7 a 9 años son quienes más preguntas correctas obtuvieron. Esto coincidió con CABELLOS ALFARO, quien halló un nivel de conocimiento malo sobre patología bucal relacionada a la higiene bucal.

En la cuarta parte del cuestionario referido a **técnicas de higiene bucal** se evaluaron las siguientes preguntas: **¿Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado?** Obteniendo un **53,3%** de respuestas correctas y el 23,3 % corresponde a padres de

niños de 4 a 6 años. Esto tuvo relación con CABELLOS ALFARO que obtuvo un 52,2 % de respuestas correctas.

En la segunda pregunta **¿Cuánto tiempo Ud. se demora en cepillarse los dientes?** Un **28.3%** respondió correctamente y el 13,3 % corresponde a padres de niños de 4 a 6 años y otro 13,3% a padres de niños de 7 a 9 años. Esto no coincidió con CABELLOS ALFARO quien obtuvo 36,7%. Y la última pregunta **¿Cada cuánto tiempo, como máximo, debería cambiar su cepillo dental?** Se obtuvo un **78,3%** de respuestas correctas y el 35 % corresponde a padres de niños de 4 a 6 años, esto en relación a CABELLOS ALFARO con 67%. En esta parte del cuestionario se obtiene que el nivel de conocimiento acerca de técnicas de higiene bucal es regular y padres de niños de 4 a 6 años son quienes más preguntas correctas obtuvieron. Esto coincidió con CABELLOS ALFARO, quien en esta parte del cuestionario halló un nivel de conocimiento regular.

Se encontró que padres de niños de 7 a 9 años tuvieron un mayor porcentaje de respuestas correctas en comparación de padres de niños de 10 a 12 años que obtuvieron el menor porcentaje. Esto podría deberse que como padres de niños con más edad están menos prestos en incorporar conocimientos para el cuidado de la salud de sus hijos.

En nuestro estudio sobre nivel de conocimiento de padres y la higiene oral de niños no se encontró una relación estadísticamente significativa, con un  $p > 0,05$ , entre el nivel de conocimiento del padre y la higiene oral del niño.

Esto no coincidió con CABELLOS ALFARO que estableció una relación estadísticamente significativa, con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa regular significativa, es decir a mayor nivel de conocimiento de los padres de niños discapacitados menor índice de higiene oral en los niños. Así mismo no coincidió con VASQUEZ MEJIA quien al relacionar las variables se halló un chi cuadrado de 58.1 para un gl 2 y un  $p < 0.05$  entre el nivel de conocimiento y la presencia o no presencia de buena higiene bucal, por lo que se deduce que existe asociación de variables. Pero si coincidió con BENEVENTE LIPA quien no halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres de familia con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. Esto demuestra que muchas veces los padres dicen una cosa y al momento de observarlas es muy diferente a lo que manifiestan, es decir, no siempre el conocimiento está relacionado con la actitud o prácticas que se realizan.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

No se halló relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento acerca de higiene bucal de los padres y la higiene oral de los niños.

### **SEGUNDA**

Los padres de niños de 4 a 12 años, un 60% tienen un nivel de conocimiento sobre higiene bucal regular; el 35%, malo y el 5%, bueno.

### **TERCERA**

La mayoría de niños, el 58,3% de niños de 4 a 12 años tuvo una higiene oral regular, el 40 % de niños tuvo una higiene oral malo y solo el 1,7 % tuvo una higiene oral buena.

## RECOMENDACIONES

- Es necesario en el área de la investigación, continuar el estudio de factores externos como actitudes, valores y creencias de los padres que impida la traducción del conocimiento en conducta y como afecta esto en la higiene oral de sus niños.
- En la clínica odontológica de la UNJBG se debe trabajar dando mucho énfasis en la educación para la salud a los padres del paciente niño, dando no solo conocimiento sobre higiene bucal sino también instalando conductas positivas hacia el cuidado de la salud bucal; formando, convencenciendo, motivando y fortaleciendo a los padres que participen activa y comprometidamente en el tratamiento de sus hijos. Pudiendo utilizar también medios audiovisuales que se instalen en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de quinto año.
- Se recomienda entrenar al paciente niño para su autocuidado en higiene bucal. El mensaje educativo debe dejar bien claras y definidas las orientaciones sobre qué, porque y como hacer, con un lenguaje muy sencillo, preciso y concreto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Minsa.gob.pe [internet]. Estrategias sanitarias [citado el 1 de mayo del 2016]. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?s  
ub5=13](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?s<br/>ub5=13)
  
- 2) Minsa.gob.pe [internet]. Estrategias sanitarias [citado el 1 de mayo del 2016]. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludbucal.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludbucal.htm)
  
- 3) Anahua Gamarra L ,Paredes Coz G . Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamientos en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001-2002. Oficina general de epidemiologia 5 (5): 17 ,19 [internet].2005. Extraído el 1 de mayo del 2016. Disponible en :  
[http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_caries/prevalencia\\_caries.p  
df](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.p<br/>df)

- 4) Nolasco Torres A. Niveles de conocimiento de salud bucal en gestantes en instituciones hospitalarias del distrito de Chimbote. Artículo original: estomatología. 5 (1):82. [internet] .2014. Extraído el 1 de mayo del 2016.Disponible en : file:///C:/Users/LUIS/Downloads/Dialnet-NivelDeConocimientoDeSaludBucalEnGestantesQueAcude-5127595%20(1).pdf
- 5) Fernandez Guarniz L.programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos de primer grado de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del Distrito de Trujillo. [tesis magistral].Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego Escuela De Postgrado; 2015
- 6) Rita Navas. Salud bucal en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres.scielo. 27(11): 1-3. [Internet]. 2002. Extraído el 01 de diciembre del 2014.Disponible en : [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-18442002001100009](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442002001100009)
- 7) Alvar Spina. “Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista CES

Odontológica .15 (1) [Internet]. 2002. Extraído el 01 de diciembre del 2014. Disponible en :

file:///C:/Users/WIN7/Downloads/584-2014-1-PB.pdf

- 8) Benavente L, Chein S, Campodónico C. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol. Sanmarquina 15(1): 14-18. [Internet]. 2012. Extraído el 01 de diciembre del 2014. Disponible en :

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)

- 9) Vásquez Mejía M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. cop.1(1):5-7. [internet]. 2009. Extraído el 02 de diciembre del 2014. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARISABELVASQUEZMEJIA.pdf>

- 10) Cabellos Alfaro D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. Red iberoamericana de expertos en la

convención de los derechos de las personas con discapacidad. [internet].2006. Extraído el 02 de diciembre del 2014. Disponible en: [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/326/Tes\\_CabellosAlfaroDA\\_RelacionNivelConocimiento\\_2006.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/326/Tes_CabellosAlfaroDA_RelacionNivelConocimiento_2006.pdf?sequence=1)

11) Sitios. itesm [internet]. Calidad académica. [actualizado 24 Feb 2013; citado 30 Abr 2015]. Disponible en: <http://sitios.itesm.mx/va/calidadacademica/files/taxonomia.pdf>

12) sisbib. unmsm [internet]. /bibvirtual. [actualizado 15 Oct 2012; citado 30 Abr 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/human/bustios\\_r\\_p/marco\\_teorico.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/human/bustios_r_p/marco_teorico.htm)

13) Schaff, Adam. Historia y Verdad. D.F Mexico: Grijalbo; 1982. 81-87 p.

14) Domínguez Jara Y. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en multigestas menores de treinta años que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del hospital III – ESSALUD, en el distrito de Chimbote, provincia del santa, departamento de Ancash, junio 2013. Uladech 1(1): 29-30. [ internet].2013. extraído el 01 de diciembre del 2014.

Disponible en:

<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/10/000180/00018020130821072632.pdf>

- 15) Katz, Simon; McDonald, James; Stookey, George. "Odontología Preventiva en acción". México. Médica Panamericana .1990.
  
- 16) Jiménez Romera, María Amelia. "Odontopediatría en atención primaria". España: Publicaciones Vértice SL;2008. 275-278 p.
  
- 17) Encolombia [internet]:Gingivitis en los niños y púberes tempranos [actualizado mayo 2013; citado agosto 2015]Disponible en: <http://encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/gingivitis-en-los-ninos-y-puberes-tempranos/>
  
- 18) Lindhe ,Jan. Periodoncia clínica e implantología odontológica. Buenos Aires: Médica Panamericana;2009.408 p
  
- 19) Carranza, F; Newman, M .Periodoncia Clínica .México: Interamericana 9 ed.2002 .104-105p.

- 20) Rumaire, Raquel; Pena, Milanyela. Estrategias para motivar los hábitos de higiene bucal en los niños(a) del Preescolar Gran Mariscal de Ayacucho. [internet]. Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela [actualizado Feb 2010; citado 30 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos84/habitos-higiene-bucal/habitos-higiene-bucal.shtml>
- 21) Gil F, Aguilar M, Cañamas M, Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. Periodoncia para el higienista dental.15 (1):44-50 [internet] 2005. Extraído el 2 de agosto 2015. Disponible en: [http://sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA\\_PO/pdf-art/15-1\\_03.pdf](http://sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/pdf-art/15-1_03.pdf)
- 22) Heredia Azerrat, Carlos. Odontología Preventiva en el niño y en el adolescente – Manual de procedimientos clínicos.1(1):19 ,47 [internet] Lima, Perú. 2009. Extraído el 30 abril del 2015.Disponible en: <http://odontologiasanitaria1.wikispaces.com/file/view/odontologia+preventiva+del+ni%C3%B1o+y+el+adolescente.pdf>
- 23) Lindhe ,Jan. Periodoncia clínica e implantología odontológica. Buenos Aires: Médica Panamericana;2009.707,711-712 p

- 24) Barrancos Mooney. Operatoria Dental. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006. 376-379,381p
- 25) Carranza, F; Newman, M. Periodoncia Clínica. México: Interamericana 9 ed.2002 .695-698 p.
- 26) Buena salud [internet].Salud:El Pediatra en Casa.La importancia de la salud bucal en niños;[ actualizado septiembre 2009; citado junio 2015].disponible en : <http://www.revistabuenaasalud.cl/la-importancia-de-la-salud-bucal-en-ninos/>
- 27) Salud dental para todos [internet]: ISHO: Índice simplificado de higiene oral; [actualizado Abril 2014; citado julio 2015]Disponible en: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>
- 28) sld.cu [internet]. Salud bucodental: Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades; [actualizada octubre 2010; citado agosto 2015] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**FICHA DE REGISTRO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL**

APELLIDO Y NOMBRES (niño) .....  
EDAD.....

ÍNDICE DE DESECHOS SIMPLIFICADO (DI-S) DE GREENE Y  
VERMILLON.

1.6/5.4	1.1/2.1-5.1/6.1	2.6/6.4
4.6/8.4	4.1/3.1-8.1/7.1	3.6/7.4

I.H.O. =  $\frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Numero de dientes evaluados}}$  = \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

### CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL

#### Instrucciones:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación cuyos resultados obtenidos permitirá evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños atendidos en la clínica odontológica de la UNJBG de Tacna.

La finalidad es mejorar la atención odontológica de su niño por lo que solicito su participación contestando cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (x), eligiendo solo una de las una de las opciones de manera veraz. Estaré muy agradecido por su participación.

Nombre y Apellido del niño.....

Nombre y apellido del Padre o Apoderado.....

Edad del niño:.....Edad del apoderado.....

Grado de instrucción del apoderado

- Primaria Incompleta ( )
- Primaria Completa ( )
- Secundaria Incompleta ( )
- Secundaria Completa ( )
- Superior Técnico ( )
- Superior Universidad ( )

Fecha :.....

- 1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?
- a) dulces, cepillo dental, pasta dental.
  - b) fluor, pasta dental, hilo dental.
  - c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental.
  - d) no sé.

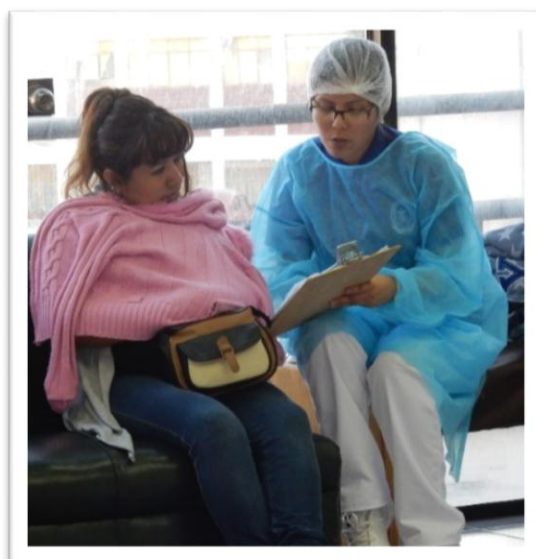
- 2) ¿Cada cuánto tiempo, como máximo, debería cambiar su cepillo dental?
- a) cada 6 meses.
  - b) cada 12 meses
  - c) cada 3 meses.
  - d) no sé.
- 3) El diente es:
- a) Es un elemento en la boca.
  - b) Sirve solamente para masticar los alimentos.
  - c) Es un órgano.
  - d) no sé.
- 4) ¿Principalmente cuando Ud. cree que debe cepillarse los dientes?
- a) antes de las comidas.
  - b) después de las comidas.
  - c) solo al acostarse.
  - d) solo al levantarse.
- 5) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?
- a) al erupcionar el primer diente.
  - b) cuando tenga edad suficiente.
  - c) cuando le duela algún diente.
  - d) cuando le salgan todos sus dientes.
- 6) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?
- a) no sé.
  - b) 30 segundos.
  - c) 1 minuto.
  - d) 2 minutos.
  - e) 3 minutos
- 7) La placa bacteriana es:
- a) restos de dulces y comidas.
  - b) manchas blanquecinas en los dientes.
  - c) restos de alimentos y microorganismos.
  - d) no sé.

- 8) La enfermedad periodontal es:
- a) el dolor de diente.
  - b) la enfermedad de las encías.
  - c) inflamación del labio.
  - d) no sé.
- 9) ¿Qué es la caries?
- a) es una picadura en los dientes.
  - b) es una enfermedad infectocontagiosa.
  - c) es un dolor en la boca.
  - d) no sé.
- 10) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?
- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto.
  - b) Que las cerdas sean duras y de un solo color.
  - c) Que las cerdas sean rectas y el mango también.
  - d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo.
- 11) ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- a) una vez.
  - b) dos veces.
  - c) tres veces.
  - d) ninguna.
- 12) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.
- a) sí.
  - b) no.
  - c) tal vez.

**ANEXO 3:**

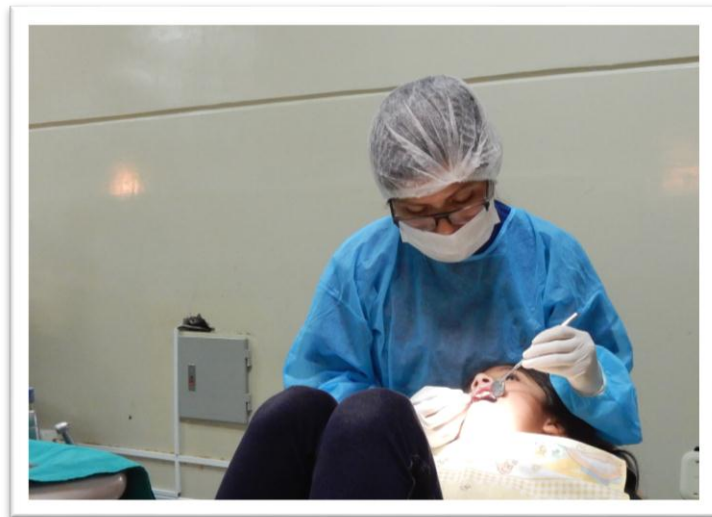
**FOTOGRAFÍAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Fotografía 1:**



Aplicación de cuestionario sobre el nivel de conocimiento en higiene bucal a padres

**Fotografía 2:**



Realización del Índice de Higiene Oral al paciente niño

**Fotografía 3:**



Materiales usados en exámenes bucales realizados al paciente niño.

**ANEXO 4:**

**TABLAS**

**TABLA N° 19**

**Distribución de frecuencia y porcentual de niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .Tacna 2015. Según edad.**

<b>EDAD DEL NIÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
4-6	25	41,7
7-9	23	38,3
10-12	12	20,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: matriz de datos

En la tabla N° 19 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia a la edad del niño, se observa que el mayor porcentaje 41,7% tienen edades entre 4 y 6 años, mientras que el menor porcentaje 20% tienen edades entre 10 y 12 años.

**TABLA N° 20**

**Distribución de frecuencia y porcentual de niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .Tacna 2015.Según sexo.**

<b>SEXO DEL NIÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	31	51,7
Femenino	29	48,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: matriz de datos

En la tabla N° 20 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al sexo del niño, se observa que el mayor porcentaje 51,7% son de sexo masculino, mientras que el menor porcentaje 48,3% son de sexo femenino.

**TABLA N°21**

**Distribución de frecuencia y porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, año 2015. Según edad.**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20-29	18	30,0
30-39	30	50,0
Más de 40	12	20,0
Total	60	100,0

Fuente: matriz de datos

En la tabla N° 21 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia a la edad del apoderado, se observa que el mayor porcentaje 50% tiene edades entre 30 y 39 años, mientras que el menor porcentaje 20% tiene más de 40 años.

**TABLA N°22**

**Distribución de frecuencia y porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, año 2015. Según sexo.**

<b>SEXO DEL APODERADO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	9	15,0
Femenino	51	85,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: matriz de datos

En la tabla N° 22 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al sexo del apoderado, se observa que el mayor porcentaje 85% es de sexo femenino, mientras que el menor porcentaje 15% es de sexo masculino.

**TABLA N°23**

**Distribución de frecuencia y porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.Según grado de instrucción.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Primaria incompleta	3	5,0
Primaria completa	6	10,0
Secundaria incompleta	10	16,7
Secundaria completa	23	38,3
Superior técnico	10	16,7
Superior universidad	8	13,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: matriz de datos

En el cuadro y el gráfico N° 5 se puede visualizar que la distribución de los porcentajes en referencia al grado de instrucción, se observa que el mayor porcentaje 38,3% tienen estudios de secundaria completa, mientras que el menor porcentaje 5 % tienen primaria incompleta.

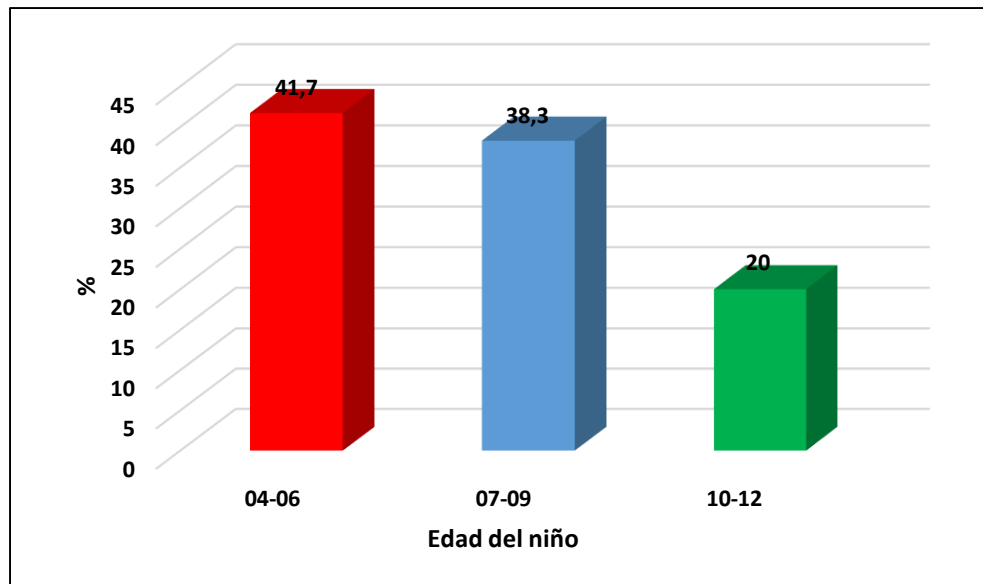
**ANEXO 5:**

**GRÁFICOS**

**GRÁFICO N°15**

**Distribución porcentual de los niños de 4 a 12 años de edad  
atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015.**

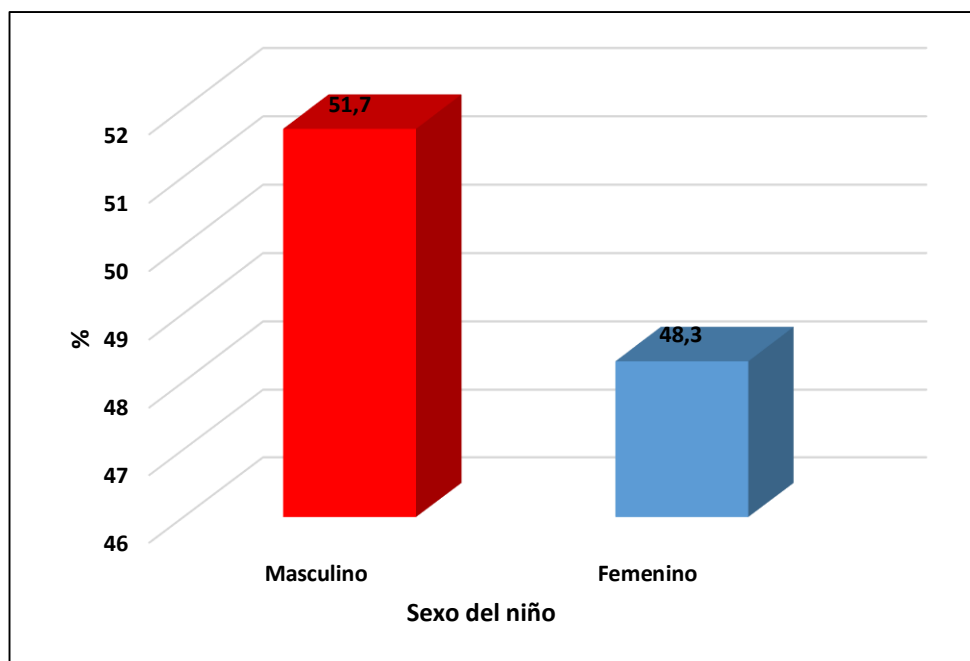
**Según edad.**



Fuente: tabla N°19

### GRÁFICO N°16

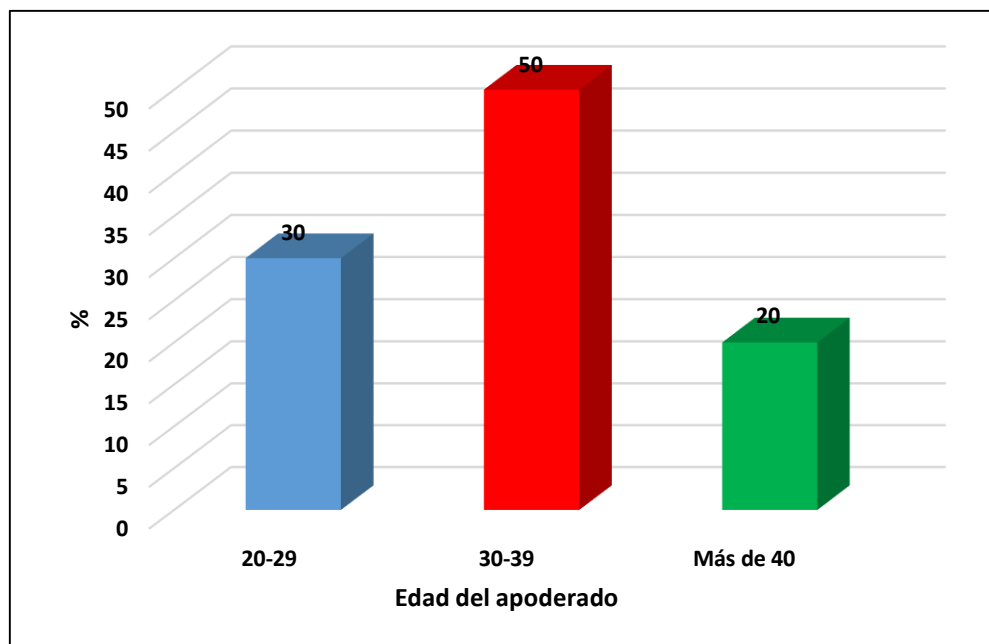
Distribución porcentual de niños de 4 a 12 años de edad  
atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la  
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .Tacna  
2015.Según sexo.



Fuente: tabla N°20

### GRÁFICO N°17

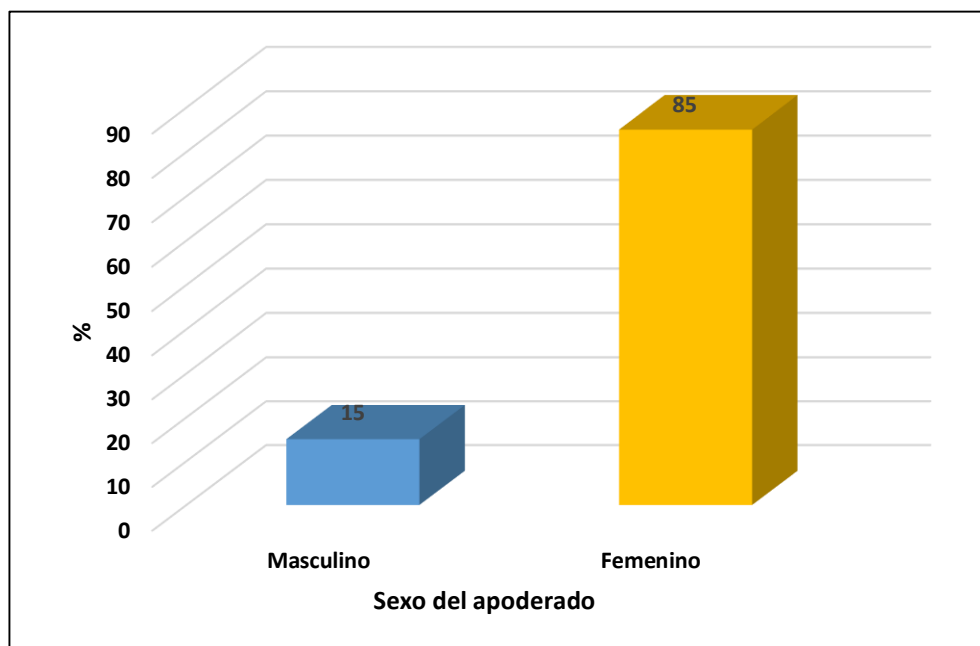
**Distribución porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, año 2015. Según edad.**



Fuente: tabla N°21

### GRÁFICO N°18

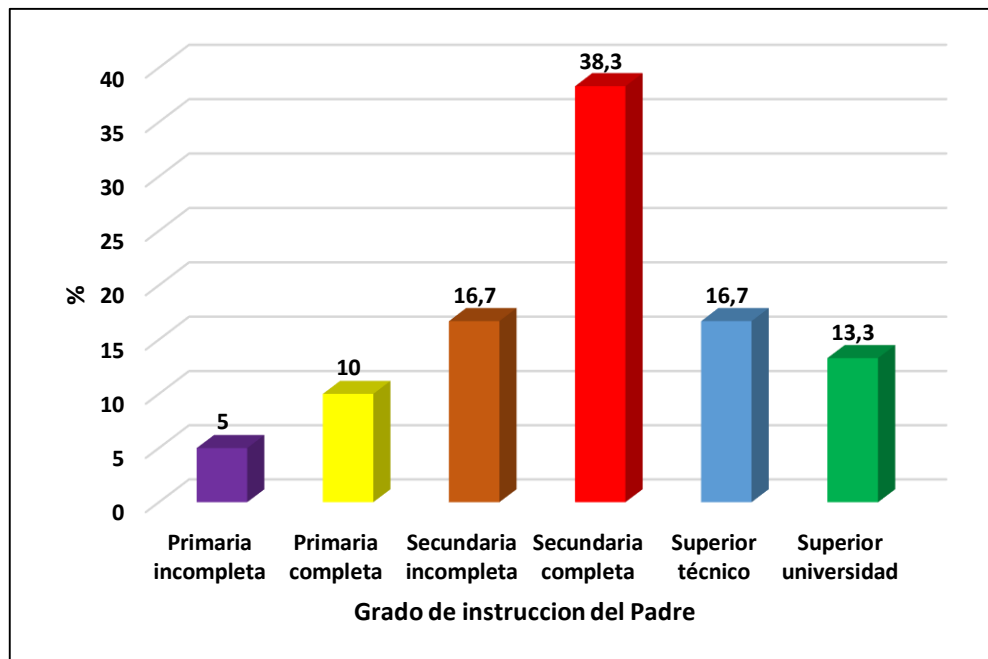
**Distribución porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann .Tacna 2015.Según sexo.**



Fuente: tabla N°22

### GRÁFICO N°19

**Distribución porcentual de los apoderados de los niños de 4 a 12 años atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna 2015. Según grado de instrucción.**



Fuente: tabla N°23

ANEXO 6:

MATRIZ DE DATOS

N	Indod	NS	EP	EPcod	SP	GI	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	puntaje	acti/crto	IHO	ACHO	x	y	z	VAR00001													
6	4-6	Masculin		34	30-40	Masculin	Secundari	Fuor,	pas	Cada	6	me	No	se		despu	s	de	l	erupc	o	Dos	minu	Restos	de	No	se	3	Malo	2.60	Malo	4-6	0	0	4-6				
6	4-6	Femenino		25	20-30	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	6	me	Si	ve	so	la				Al	erupc	o	Tres	minu	Manchas		No	se	5	Regular	2.50	Malo	4-6	0	0	4-6			
6	6-6	Femenino		44	Mas de 40	Femenino	Primari	Cepillo	de	Cada	3	me	Si	ve	so	la				Al	erupc	o	tre	inta		No	se	5	Regular	0.80	Regular	4-6	0	0	4-6				
10	10-12	Femenino		34	30-40	Femenino	Secundari	Fuor,	pas	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	6	Regular	1.50	Regular	0	0	10-12	10-12	
4	4-6	Masculin		35	30-40	Femenino	Superior	Fuor,	pas	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	3	Malo	1.80	Regular	4-6	0	0	4-6	
9	7-9	Masculin		40	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	Dos	minu	Restos	de	No	se	5	Regular	1.10	Regular	0	7-9	0	7-9
7	7-9	Masculin		27	20-30	Femenino	Secundari	Fuor,	pas	Cada	3	me	Si	ve	so	la				Al	erupc	o	Tres	minu	Restos	de	No	se	5	Regular	1.30	Regular	0	7-9	0	7-9			
8	7-9	Masculin		40	30-40	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Si	ve	so	la				Al	erupc	o	Tres	minu	Restos	de	No	se	7	Regular	2.00	Malo	0	7-9	0	7-9			
9	7-9	Masculin		36	30-40	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	7	Regular	2.10	Malo	0	7-9	0	7-9	
5	4-6	Femenino		47	Mas de 40	Masculin	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	10	Bueno	0.83	Regular	4-6	0	0	4-6	
10	10-12	Masculin		33	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	12	m	No	se		Solo	al			Al	erupc	o	tre	inta		No	se	3	Malo	1.50	Regular	0	0	10-12	10-12				
9	7-9	Masculin		47	Mas de 40	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	No	se		despu	s	de	Al	erupc	o	Dos	minu	Manchas		No	se	5	Regular	1.50	Regular	0	7-9	0	7-9				
5	4-6	Masculin		30	20-30	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	Dos	minu	Restos	de	No	se	5	Regular	2.30	Malo	4-6	0	0	4-6
4	4-6	Masculin		44	Mas de 40	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Si	ve	so	la				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	6	Regular	1.00	Regular	4-6	0	0	4-6	
8	7-9	Masculin		40	30-40	Masculin	Superior	Cepillo	de	Cada	12	m	No	se		despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	3	Malo	2.60	Malo	0	7-9	0	7-9					
10	10-12	Masculin		36	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	3	Malo	2.10	Malo	0	0	10-12	10-12	
7	7-9	Femenino		31	30-40	Masculin	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	6	Regular	1.60	Regular	0	7-9	0	7-9	
7	7-9	Femenino		29	20-30	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	6	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	6	Regular	1.10	Regular	0	7-9	0	7-9	
8	7-9	Femenino		34	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	8	Regular	1.60	Regular	0	7-9	0	7-9	
9	7-9	Masculin		33	30-40	Masculin	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	8	Regular	2.00	Malo	0	7-9	0	7-9	
9	7-9	Masculin		27	20-30	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	7	Regular	2.60	Malo	0	7-9	0	7-9	
10	10-12	Femenino		40	30-40	Femenino	Primari	Dulces,	ce	Cada	6	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	Dos	minu	Restos	de	No	se	7	Regular	1.50	Regular	0	0	10-12	10-12
5	4-6	Masculin		34	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	No	se		despu	s	de	Al	erupc	o	Tres	minu	Restos	de	No	se	8	Regular	0.66	Bueno	4-6	0	0	4-6				
6	4-6	Masculin		38	30-40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	7	Regular	1.50	Regular	4-6	0	0	4-6	
10	10-12	Femenino		42	Mas de 40	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	2	Malo	3.00	Malo	0	7-9	0	7-9	
4	4-6	Femenino		35	30-40	Femenino	Primari	Dulces,	ce	Cada	3	me	Si	ve	so	la				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	4	Malo	2.00	Malo	4-6	0	0	4-6	
11	10-12	Femenino		31	30-40	Femenino	Secundari	Fuor,	pas	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	4	Malo	1.80	Regular	0	0	10-12	10-12	
4	4-6	Femenino		67	Mas de 40	Femenino	Primari	Cepillo	de	Cada	3	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	Dos	minu	Restos	de	No	se	10	Bueno	1.10	Regular	4-6	0	0	4-6
6	4-6	Femenino		30	20-30	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	Si	ve	so	la				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	7	Regular	1.80	Regular	4-6	0	0	4-6	
7	7-9	Femenino		52	Mas de 40	Femenino	Secundari	Cepillo	de	Cada	6	me	Es	un	el	er				despu	s	de	Al	erupc	o	tre	inta		No	se	2	Malo	1.80	Regular	4-6	0	0	4-6	
12	10-12	Femenino		28	20-30	Femenino	Superior	Cepillo	de	Cada	3	me	No	se		despu	s	de	Al	erupc	o	Un	minu	Manchas		No	se	7	Regular	1.00	Regular	0	0	10-12	10-12				

7-9	Masculino	31	30-40	Masculino Superior t	Cepillo de Cada 6 me	No se	despues d	Al erupcio	trienta	se Restos de	No se	Es una enf	Que las ce	Dos veces	No	6	Regular	2.60	Malo	0	7-9	0	7-9
4-6	Femenino	27	20-30	Femenino Superior t	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	7	Regular	2.10	Malo	4-6	0	0	4-6
7-9	Masculino	43	Mas de 40	Masculino Primaria	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	1.50	Regular	0	7-9	0	7-9
4-6	Femenino	27	20-30	Femenino Superior t	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	7	Regular	1.10	Regular	4-6	0	0	4-6
4-6	Femenino	32	30-40	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	1.00	Regular	4-6	0	0	4-6
7-9	Femenino	26	20-30	Femenino Secundari	Cepillo de No se	No se	si	si	si	si	si	si	si	si	si	2	Malo	1.50	Regular	0	7-9	0	7-9
10-12	Femenino	34	30-40	Femenino Superior t	Cepillo de Cada 6 me	No se	si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	Malo	1.60	Regular	0	0	10-12	10-12
4-6	Masculino	35	30-40	Femenino Primaria	Cepillo de Cada 6 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	1.50	Regular	4-6	0	0	4-6
4-6	Masculino	24	20-30	Femenino Secundari	No se	No se	si	si	si	si	si	si	si	si	si	2	Malo	1.80	Regular	4-6	0	0	4-6
4-6	Masculino	37	30-40	Masculino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	6	Regular	2.00	Malo	4-6	0	0	4-6
7-9	Masculino	43	Mas de 40	Femenino Primaria	Cepillo de Cada 6 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	1.60	Regular	0	7-9	0	7-9
7-9	Masculino	31	30-40	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	8	Regular	1.50	Regular	0	7-9	0	7-9
10-12	Femenino	32	30-40	Femenino Secundari	Flor, pa	Cada 3 me	No se	si	si	si	si	si	si	si	si	4	Malo	3.00	Malo	0	0	10-12	10-12
10-12	Femenino	32	30-40	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	2.60	Malo	0	0	10-12	10-12
10-12	Femenino	43	Mas de 40	Femenino Superior t	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	8	Regular	1.30	Regular	0	0	10-12	10-12
10-12	Femenino	30	20-30	Femenino Secundari	Flor, pa	Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	1	Malo	1.80	Regular	0	0	10-12	10-12
7-9	Masculino	28	20-30	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	2.50	Malo	0	7-9	0	7-9
7-9	Femenino	35	30-40	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	1.80	Regular	0	7-9	0	7-9
7-9	Femenino	34	30-40	Femenino Superior t	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	8	Regular	2.50	Malo	0	7-9	0	7-9
7-9	Masculino	38	30-40	Masculino Superior t	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	9	Bueno	1.30	Regular	0	7-9	0	7-9
7-9	Masculino	31	30-40	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	2.00	Malo	0	7-9	0	7-9
4-6	Femenino	22	20-30	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	2.50	Malo	4-6	0	0	4-6
4-6	Masculino	27	20-30	Femenino Secundari	Duces, ce	Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	1.30	Regular	4-6	0	0	4-6
4-6	Femenino	84	Mas de 40	Femenino Primaria	Cepillo de Cada 6 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	5	Regular	2.50	Malo	4-6	0	0	4-6
4-6	Femenino	42	Mas de 40	Femenino Secundari	Duces, ce	Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	4	Malo	2.10	Malo	4-6	0	0	4-6
4-6	Masculino	30	20-30	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	2.00	Malo	4-6	0	0	4-6
4-6	Femenino	33	30-40	Femenino Secundari	Flor, pa	Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	3	Malo	2.50	Malo	4-6	0	0	4-6
4-6	Masculino	28	20-30	Femenino Secundari	Cepillo de Cada 3 me	Si	si	si	si	si	si	si	si	si	si	8	Regular	1.80	Regular	4-6	0	0	4-6

## ANEXO 7:

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar una prueba piloto a 20 padres que acompañaban a sus hijos a la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alpha de Combrach.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alpha de Combrach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,831	,832	20

Interpretación de la significancia de  $\alpha = 0.831$ ; lo que significa que los resultados de los 20 padres acerca del nivel de conocimiento en higiene bucal, respecto a los ítems considerados se encuentran correlacionados de manera confiable.

**Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
v1	,33	,492	12
v2	,50	,522	12
v3	,50	,522	12
v4	,50	,522	12
v5	,33	,492	12
v6	,42	,515	12
v7	,42	,515	12
v8	,67	,492	12
v9	,50	,522	12
v10	,92	,289	12
v11	,33	,492	12
v12	,58	,515	12
v13	,42	,515	12
v14	,58	,515	12
v15	,17	,389	12
v16	,25	,452	12
v17	,33	,492	12
v18	,58	,515	12
v19	,75	,452	12
v20	,58	,515	12

**Estadísticos de resumen de los elementos**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/ mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,483	,167	,917	,750	5,500	,031	20
Varianzas de los elementos	,240	,083	,273	,189	3,273	,002	20
Covarianzas inter- elementos	,047	-,121	,227	,348	-1,875	,004	20
Correlaciones inter- elementos	,199	-,500	,845	1,345	-1,690	,075	20

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
v1	9,33	21,879	,145	.	,836
v2	9,17	20,697	,383	.	,825
v3	9,17	20,152	,504	.	,818
v4	9,17	21,606	,187	.	,834
v5	9,33	20,970	,349	.	,826
v6	9,25	20,386	,459	.	,821
v7	9,25	20,023	,543	.	,816
v8	9,00	20,182	,534	.	,817
v9	9,17	19,788	,587	.	,814
v10	8,75	22,023	,252	.	,829
v11	9,33	22,970	-,090	.	,846
v12	9,08	19,538	,656	.	,810
v13	9,25	20,386	,459	.	,821
v14	9,08	21,174	,285	.	,829
v15	9,50	20,455	,620	.	,816
v16	9,42	20,629	,476	.	,820
v17	9,33	22,242	,065	.	,839
v18	9,08	20,265	,487	.	,819
v19	8,92	19,720	,713	.	,809
v20	9,08	19,902	,571	.	,815

**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
9,67	22,788	4,774	20

## ANEXO 8

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento denominado :Cuestionario SOBRE nivel de conocimiento en higiene bucal, para el proyecto de tesis: “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES Y LA HIGIENE ORAL DEL NIÑO MENOR DE 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNJBG, AÑO 2015”; perteneciente a la alumna de sexto año de la Escuela Académico Profesional de Odontología, Liliana Dallana Cauna Flores , han sido revisados y evaluados estadísticamente con un nivel de confiabilidad de 0.831 de alpha de combrach, por lo que queda por expedito para su aplicación.

Tacna, 6 de agosto del 2015



Mgr. Luis López Puycan

## ANEXO 9



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA



### OFICIO N° 059-2015-LAB-ESOD-FACS

Tacna, 19 de agosto de 2015

Señorita:  
Liliana Dallana Cauna Flores  
**Presente.**

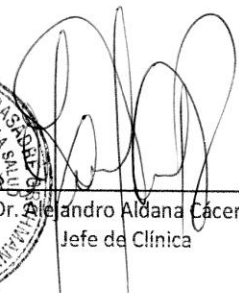
ASUNTO : AUTORIZACION A LOS AMBIENTES DE CLINICA

Mediante el presente lo saludo muy cordialmente y aprovecho la oportunidad para informar a Ud. que se le autoriza al ingreso de los ambientes de la Clínica Docente Asistencial, con el fin de que pueda aplicar la encuesta para su proyecto de tesis titulado "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES Y LA HIGIENE ORAL DEL NIÑO MENOR DE 12 AÑOS ATENDIDO EN LA CLINICA ODONTOLOGICA UNJBG, AÑO 2015".

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



  
Dr. Alejandro Aldana Cáceres  
Jefe de Clínica