



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PROFESORES,
PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES. SECTOR 1. RIOBAMBA,
2021**

Trabajo de titulación para optar el título de Odontóloga

Autora:

Diana Carolina Reinoso Cobos

Tutora:

Dra. María Mercedes Calderón Paz

Riobamba, Ecuador. 2022

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de sustentación del proyecto de investigación de título **CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PROFESORES, PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES. SECTOR 1, RIOBAMBA, 2021**, presentado por la estudiante **Diana Carolina Reinoso Cobos** y dirigida por la **Dra. María Mercedes Calderón Paz**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH, para constancia de lo expuesto firman:

A los 15 días del mes de diciembre del año 2021.

Dra. María Mercedes Calderón Paz
DOCENTE TUTOR



Dr. Jorge Raciél Sánchez Sánchez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dr. Carlos Gafas González
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



CERTIFICADO DEL TUTOR

La suscrita docente-tutora de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dra. María Mercedes Calderón Paz CERTIFICA, que la señorita Diana Carolina Reinoso Cobos con C.I. 050407093-9, se encuentra apto para la presentación del proyecto de investigación: **CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PROFESORES, PADRES DE FAMILIA Y ESCOLARES. SECTOR 1. RIOBAMBA, 2021** y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 23 de noviembre en la ciudad de Riobamba en el año 2021.

Atentamente,



Dra. María Mercedes Calderón Paz

DOCENTE - TUTOR

AUTORÍA

Yo, Diana Carolina Reinoso Cobos, portadora de la cédula de ciudadanía número 050407093-9, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresarme a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de esta. De igual manera, autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Atentamente,



Diana Carolina Reinoso Cobos

C.I. 050407093-9

ESTUDIANTE UNACH

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo que me abrió sus puertas para poder llevar a cabo este sueño tan anhelado de convertirme en una profesional, a los docentes quienes me impartieron sus conocimientos y valores, demostrando verdadera vocación. Finalmente, a mí querida tutora Dra. María Mercedes Calderón Paz y miembros del tribunal Dr. Carlos Gafas González y Dr. Jorge Raciél Sánchez Sánchez por saberme orientar con paciencia y profesionalismo durante este proceso.

Diana Carolina Reinoso Cobos

DEDICATORIA

La culminación de mis estudios se la dedico en primer lugar a Dios por ser el pilar fundamental, mi guía y amigo fiel en el transcurso de mi carrera universitaria. A mis padres Bayardo Reinoso y Lorena Cobos, las personas más importantes de mi vida, por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme que para conseguir algo en la vida hay que esforzarse y sobre todo actuar con transparencia; son y serán el motivo por el cual aspire grandes éxitos en la vida, sus consejos y educación que inculcaron en mi han formado una mujer capaz de conseguir lo que se propone siempre y cuando lo encomiende en las manos de nuestro Creador Supremo. A mis hermanos Katherine Reinoso y Andrés Reinoso, por ser una de mis inspiraciones para salir adelante, segura de que seremos el orgullo de nuestros padres y no los defraudaremos. A mis abuelitos, tíos y primos tanto paternos como maternos ya que siempre me han apoyado tanto económica como emocionalmente en mi trayecto universitario. A mi enamorado Luis Miguel Proaño Velasteguí, una persona muy especial en mi vida, que me motivó a confiar en mis capacidades y estuvo conmigo en las buenas y malas en esta hermosa etapa de mi vida. Gracias a todos quienes hicieron posible que este sueño se haga realidad.

Diana Carolina Reinoso Cobos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Salud.....	8
1.2 Salud bucodental.....	8
1.2.1 Nivel de conocimiento en salud oral.....	8
1.3 Consideraciones nutricionales del paciente.....	8
1.3.1 Sistema de orientación alimentaria.....	8
1.3.2 Patrones dietéticos.....	9
1.3.3 Malnutrición.....	9
1.3.4 Subnutrición.....	9
1.3.5 Trastornos alimentarios.....	9
1.3.5.1 Bulimia.....	10
1.3.5.2 Anorexia.....	10
1.4 Caries dental.....	10
1.4.1 Definición.....	10
1.4.2 Epidemiología.....	11
1.4.3 Factores etiológicos.....	11
1.4.4 Alimentos.....	11
1.4.4.1 Alimentos cariogénicos.....	11
1.4.4.2 Alimentos protectores.....	12
1.4.5 Índices de Caries.....	12
1.4.5.1 Índice CPOD.....	12
1.4.5.2 Índice ceod.....	13
1.5 Placa bacteriana.....	13

1.5.1	Índices de placa bacteriana O'Leary	14
1.5.2	Agentes reveladores de placa	14
1.6	Métodos de prevención de caries	15
1.6.1	Educación en salud oral.....	15
1.6.2	Fluoruros	15
1.6.3	Sellantes	16
1.6.4	Control mecánico de la placa	17
1.6.5	Técnicas de cepillado	17
1.6.6	Pastas dentales.....	18
1.6.7	Mantenedores de espacio	19
CAPÍTULO III.....		20
METODOLOGÍA.....		20
2.1	Tipo de Investigación.....	20
2.2	Diseño de Investigación.....	20
2.3	Población	20
2.4	Criterios de Selección	20
2.5	Entorno.....	21
2.6	Recursos.....	21
2.6.1	Humanos.....	21
2.6.2	Materiales	21
2.7	Técnicas e instrumentos.....	22
2.8	Análisis estadístico	22
2.9	Operacionalización de las Variables.....	22
2.9.1	Variable Independiente	23
2.9.2	Variable Dependiente.....	23
CAPÍTULO IV.....		24
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		24
DISCUSIÓN		38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		43
ANEXOS.....		50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de conocimiento de profesores, padres de familia y escolares sobre salud oral	23
Tabla 2. Estado de salud oral de los niños	23
Tabla 3. Nivel de conocimiento de estudiantes de acuerdo al género	24
Tabla 4. Nivel de conocimiento de profesores de acuerdo al género	24
Tabla 5. Recibió su hijo lactancia materna	33
Tabla 6. Tendencia central.....	34
Tabla 7. Distribución de la muestra en función del índice ceo-d y CPO-D y género.....	35
Tabla 8. Distribución de la muestra en función del índice de placa y género.....	36
Tabla 9. Prueba de Chi – cuadrado	36
Tabla 10. Correlación de Rho de Spearman	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. ¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?	25
Gráfico 2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?.....	26
Gráfico 5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?	26
Gráfico 3. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?.....	27
Gráfico 4. El cepillado correcto se realiza:	28
Gráfico 5. El cepillado basta con realizarlo:	28
Gráfico 6. El hilo dental se usa para:.....	29
Gráfico 7. Las encías se enferman por:.....	30
Gráfico 8. Las encías están enfermas cuando:.....	30
Gráfico 9. Las malas posiciones pueden ser provocadas por:	31
Gráfico 10. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan por:	32
Gráfico 11. Utilizó chupón con sustancia azucarada.....	32
Gráfico 12. Aprieta los dientes cuando duerme.....	33

RESUMEN

El conocimiento sobre salud bucal resulta de suma importancia para prevenir enfermedades orales. La presente investigación se realizó con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares, en la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.” El trabajo investigativo fue de tipo observacional, descriptivo, correlacional de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 100 estudiantes del segundo año de educación básica, 100 padres de familia y 4 docentes. Las técnicas que se utilizaron fueron observación, test y encuesta; y como instrumentos historia clínica y cuestionarios; los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22. Los resultados mostraron que el 60 % de los estudiantes tuvo un nivel de conocimiento regular sobre salud oral y los profesores un nivel bueno y regular. El índice de caries comunitario de los estudiantes fue de 8. Se concluyó que existieron asociaciones significativas entre el índice ceo-d y CPO-D con las variables de los ítems 22 y 25 del cuestionario dirigido a padres de familia; y de los ítems 8 y 11 de la encuesta realizada a los escolares. El índice de placa dental dio como resultado un nivel deficiente (52,10 %), demostrando correlaciones específicas con las variables de los ítems 19 de la encuesta dirigida a padres de familia e ítems 9 y 20 del cuestionario de preferencias alimentarias. Se recomienda promover una mejor instrucción sobre salud oral a los beneficiarios con la finalidad de reducir el riesgo de caries dental.

Palabras clave: Conocimiento, salud bucal, caries, placa dental

ABSTRACT

The Knowledge about oral health is essential to prevent oral diseases. The present research was carried out with the objective of analyzing the level of knowledge about oral health of professors, parents and children, in the Unidad Educativa "Capitán Edmundo Chiriboga G." The research work was observational, descriptive, cross-sectional correlational. The population consisted of 100 students of the second year of basic education, 100 parents and 4 professors. The techniques were observation, test and survey; and as instruments clinical history and questionnaires; the data processed in the statistical program SPSS version 22. The results showed that 60% of the students had a fair level of knowledge about oral health and the professors had a good and fair level. The community dental cavities' index of the students was 8. The dental plaque index resulted in a deficient level (52.10%), showing specific correlations with the variables of items 19 of the survey directed to parents and items 9 and 20 of the food preferences questionnaires. It recommended to promote better oral health instruction to beneficiaries to reduce the risk of dental cavities.

Key words: knowledge, oral health, dental cavities, dental plaque



REVISOR RESPONSABLE DE:
MARITZA DE LOYOLA
CHAVEZ AGUAGALLO

Reviewed by:

Mgs. Maritza Chávez Aguagallo

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 0602232324

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre salud oral en padres de familia, docentes y escolares es de vital importancia para prevenir enfermedades bucodentales, lo cual se lograría con la implementación de programas de salud más efectivos que contribuyan a difundir información entre la población, reforzar los conocimientos existentes, incrementar los deficientes y promover el cumplimiento de medidas preventivas con estrategias de motivación para la población, ya que gracias a la intervención temprana se pueden evitar enfermedades; de la misma manera la aplicación de métodos que garanticen una educación dental idónea y acciones preventivas a través del accionar de instituciones de salud y educativas.¹

La Federación Dental Internacional (FDI) define a la salud oral como polifacética que abarca entre otros aspectos la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones mediante expresiones faciales con seguridad, ausencia de dolor, incomodidad y exento de las enfermedades del complejo craneofacial.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como una conspiración de oportunidades de aprendizaje que proporciona cambios de conducta espontáneos que conllevan a una mejoría en la salud.³

La mayoría de enfermedades bucodentales se vincula a determinados factores de riesgo como la falta de higiene oral, alimentación y educación inadecuada, por tal razón, es necesaria una visión integral sobre salud oral, en donde se involucre al personal odontológico, padres de familia, docentes y escolares, de tal manera que se puedan evitar las principales enfermedades orales como son la caries y enfermedad periodontal.¹ Por otro lado resulta fundamental la visita al odontólogo a edades tempranas, tal como lo recomienda la Asociación Dental Americana (ADA), iniciar el cuidado dental a los 12 meses de edad en conjunto con la educación dirigida a los padres en relación a la prevención de caries en la infancia temprana.⁴

En la carrera de Odontología de la Unach es importante que los estudiantes implementen programas de promoción y prevención innovadores para lograr un buen nivel de conocimiento sobre salud oral de los estudiantes, padres de familia y profesores de

manera tal que se mejore los hábitos de higiene oral y se disminuya el riesgo de caries dental. Por interés profesional es necesario que los pacientes tengan un conocimiento aceptable sobre salud oral para que se pueda garantizar la efectividad y durabilidad de los diferentes tratamientos que se ejecuten.

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, correlacional de corte transversal; la población estuvo constituida por 100 estudiantes legalmente matriculados en el segundo año de educación general básica paralelos A, B, C, D la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”, 100 padres de familia y 4 docentes. Las técnicas que se emplearon fueron la observación, el test y la encuesta con sus respectivos instrumentos la historia clínica^{5,6} y cuestionarios⁷⁻¹³ para la recolección de datos.

La presente investigación tuvo como fin analizar el nivel de conocimiento sobre salud oral, preferencias alimentarias y hábitos de higiene bucal de la población de estudio. Esto proporcionó una visión general acerca del tema en cuestión para proponer alternativas que promuevan una mejor instrucción a los beneficiarios con la finalidad de prevenir enfermedades bucodentales, además servirá como un aporte bibliográfico para futuras investigaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la salud oral es indispensable para una buena calidad de vida y bienestar en el transcurso de la vida; además con buenos hábitos y chequeos regulares se podrían prevenir la mayoría de problemas de la salud oral, lo cual se facilitaría si las personas conocieran a fondo la importancia de la salud bucodental.¹⁴

Las enfermedades bucales constituyen un problema de salud pública considerable, causando dolor, molestias, restricción y detrimento social y funcional, al igual que su repercusión en la calidad de vida. Dentro de las causas de las dos enfermedades dentales con mayor prevalencia (caries y enfermedad periodontal) se destacan la falta de higiene, alimentación y malos hábitos; por lo cual resulta trascendental aplicar un enfoque centrado en los factores de riesgo frecuentes para la promoción de la salud oral; un escaso conocimiento sobre medidas preventivas, encaminadas al uso racional de los productos con azúcar, fluorización, higiene oral eficiente, disminución del consumo de tabaco y alcohol, prevención de traumatismos y uso apropiado de servicios dentales; dificulta su aplicación por la falta de cultura de la población acerca del tema en cuestión.¹⁵

La información acerca de cómo aportar a la salud oral proviene de varias vías, entre las cuales se encuentran los padres de familia, profesores, medios de difusión de programas de promoción y prevención para la salud bucal, sin embargo, en nuestra cultura los padres de familia son los que con más frecuencia direccionan las conductas de salud bucal de sus hijos, es por ello que el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral¹⁶ contempla actividades a desarrollar para la salud bucal de la población tales como: el interrogatorio a la madre y al hijo sobre hábitos, costumbres y conocimientos relacionados con la salud bucal, dirigido concretamente hacia la alimentación, higiene y hábitos inadecuados, para así obtener un diagnóstico que posibilite en lo posterior la elaboración de acciones educativas.¹⁷

Liontou y otros¹⁸, realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar el conocimiento de los docentes de preescolar de la prefectura de Ática sobre salud bucal en la primera infancia y su asociación con características demográficas y educativas, así como con los hábitos y actitudes personales de salud bucal. La población muestral estuvo constituida por 594 maestros de niños en edad preescolar, los cuales completaron un cuestionario con

40 preguntas. Con base en los resultados de este estudio, hubo una falta de conocimiento de los profesores de preescolar en temas importantes de salud oral para dicha edad.

Flores¹⁹ realizó un estudio descriptivo, transversal y analítico con una muestra aleatoria simple para determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene bucal para sus hijos. Se realizaron encuestas al Jardín de niños del Colegio Anglo Español, ubicado en el municipio de Monterrey - México. El número total de los encuestados fue 232. Obteniendo que el 37,84 % tienen un nivel de conocimiento aceptable, mientras que el 29,79 % obtuvo un conocimiento regular y el 32,7 % malo.

Peláez²⁰ realizó una investigación que se basa en un diseño observacional, transversal y prospectivo. Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de alumnos de nivel inicial de la Institución Educativa “Santísima Niña María”, Víctor Larco, Trujillo - Perú. La población muestral de la investigación estuvo constituida por 72 padres de familia de alumnos de la sección vespertina. Los resultados obtenidos indicaron que el nivel de conocimiento sobre salud bucal, es regular, con un 46 %. Se evaluó cada dimensión estudiada, en primer lugar, sobre el conocimiento de las medidas de prevención en salud oral. En la segunda categoría que se refiere al conocimiento de los padres respecto a las principales enfermedades bucales, como caries y enfermedad periodontales. Finalmente, en la tercera categoría, acerca del conocimiento sobre el desarrollo dental.

Vega y otros.²¹ realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal que tienen los profesores de educación básica de instituciones escolares de la ciudad de Quito y de la Isla San Cristóbal en Galápagos, Ecuador. Se aplicó un cuestionario auto diligenciado a 61 docentes sobre conocimientos, prácticas y actitudes en salud bucal; basado en 20 preguntas; obteniendo como resultado que el conocimiento en salud oral de los docentes de las dos instituciones educativas fue regular. La media de la puntuación obtenida en evaluación total de los 61 docentes fue de 11,97; los docentes de la escuela de Quito obtuvieron una media de 12,06, mientras que los de Galápagos una media de 11,29.

El cuidado de la salud oral depende de un equipo interdisciplinario, el mismo que debe constar de padres de familia, docentes y profesional de la salud bucal, los cuales deben proveer de información necesaria, a fin de inculcar en el niño hábitos de higiene oral que serán aplicados durante toda su vida.

JUSTIFICACIÓN

La educación en la salud oral, es una de las estrategias fundamentales del sistema de salud, puesto que permitirá al individuo lograr cambios de conducta que mejoren su estilo de vida.²² Esta investigación es necesaria para dar a conocer la importancia de poseer un buen nivel de conocimiento acerca de salud bucodental, hábitos alimenticios e higiénicos porque contribuirá a reducir los factores causales que producen enfermedades bucales. Esto depende, entre otros aspectos, de la educación que transmiten los padres a sus hijos desde tempranas edades, así como de las actividades de promoción y prevención de salud que lleva a cabo el personal que brinda atención estomatológica integral en entornos infantiles, instituciones y en la comunidad.²³

Los padres de familia están al tanto de consideraciones generales sobre la salud oral de sus hijos, tales como, que el consumo de alimentos con altos contenidos de azúcar es el causante de lesiones de caries y sobre la correcta higiene de los dientes; pero en temas específicos como el origen bacteriano de la caries, importancia del uso de dentífrico fluorado, la supervisión del cepillado y la necesidad de la visita odontológica desde edades tempranas; se observan conocimientos deficientes, por tal razón, siendo los principales responsables del cuidado de la salud oral de los infantes, resulta trascendental fomentar la promoción de la salud.²⁴

De la misma manera el docente debe ser un ejemplo por la influencia educativa que ejerce sobre sus estudiantes, para lo cual, es de suma importancia que tenga la suficiente preparación científico-metodológica en cuanto a salud oral para promover el aprendizaje y mantener hábitos de higiene bucal en sus alumnos.²³

En cuanto a los escolares debido a que se encuentran en proceso de aprendizaje les resulta comprender con facilidad las normas y reglas para su cumplimiento diario, mismas que en lo posterior, logran responsabilizarles de su propia salud y prepararlos a modo que, al integrarse a la comunidad adopten estilos de vida más saludables.²⁵

Las actividades de promoción y educación para la salud oral son la base para obtener cambios en la situación de salud estomatológica, lo cual comprende la prevención primaria de caries dental, tratamiento temprano de traumatismos dentales, prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dental. En relación a las medidas de

prevención, dentro de los procedimientos más eficaces se encuentran el empleo de flúor, higiene bucodental, medidas dietéticas y tratamiento de las lesiones activas.²⁶

La presente investigación benefició directamente a profesores, padres de familia y escolares de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”, puesto que se obtuvieron datos reales de su estado de salud oral, y por medio de cuestionarios y encuestas de hábitos de higiene y preferencias dietéticas se evaluó su respectivo conocimiento, a partir de los cuales se podrá iniciar con la aplicación de programas de promoción y prevención. Indirectamente benefició a estudiantes y personal docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo ya que contarán con este recurso bibliográfico para futuros proyectos e investigaciones.

El presente estudio fue factible puesto que el estudiante contó con los recursos tanto humanos, materiales e intelectuales que estuvieron a su alcance para llevar a cabo el proyecto; el tiempo estimado para su ejecución fue de aproximadamente seis meses, además contó con la guía del docente tutor y miembros del tribunal.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el conocimiento que en relación a la salud oral poseen profesores, padres de familia y escolares del segundo año de educación general básica paralelos A, B, C, D de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”. Sector 1. Riobamba, 2021.

Objetivos Específicos

- Clasificar el nivel de conocimiento que sobre salud oral poseen estudiantes y profesores del contexto de estudio.
- Identificar, en padres de familias, los hábitos que estos consideran deben practicar sus hijos para el mantenimiento de la salud oral.
- Establecer el índice de caries comunitario (ceo-d y CPO-D) en los estudiantes incluidos en el estudio.
- Relacionar el nivel de conocimientos de los estudiantes y profesores con los resultados del índice de caries comunitario determinado en los estudiantes.
- Cuantificar el índice comunitario de placa bacteriana en los estudiantes y asociar con el conocimiento que sobre salud oral poseen alumnos y padres de familia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Salud

La salud es una condición de bienestar que resulta de la interacción entre el potencial, las necesidades vitales y los determinantes sociales y ambientales de un individuo.²⁷

El concepto de salud se integra en la necesidad del individuo de poseer buenas condiciones de salud, derecho a una alta calidad de vida y acceso a servicios que le aseguren el desarrollo de las capacidades humanas básicas, tales como: salud e integridad corporal, sentidos, emociones, razón práctica, interacción social, recreación, control sobre el entorno propio, entre otras.²⁸

1.2 Salud bucodental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud oral como la ausencia de dolor orofacial, infecciones, lesiones de caries, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, entre otras enfermedades y trastornos que condicionan las funciones del aparato estomatognático tales como masticar, sonreír y hablar, influyendo así en el estilo de vida de las personas afectadas.²⁹

1.2.1 Nivel de conocimiento en salud oral

El conocimiento apropiado sobre higiene oral es el pilar fundamental para evitar enfermedades bucales en los niños. Esto depende, entre otros aspectos, de la educación que transmiten los padres a sus hijos desde tempranas edades, así como de las actividades de promoción y prevención de salud que lleva a cabo el personal que brinda atención estomatológica integral en entornos infantiles, instituciones y en la comunidad.³⁰

1.3 Consideraciones nutricionales del paciente

1.3.1 Sistema de orientación alimentaria

La alimentación es una labor formativa que se encuentra relacionada con la educación para la salud; se puede valorar como una estrategia de formación básica para una vida sana que se encamina a capacitar a la persona para un consumo responsable de los alimentos.³¹

Para fomentar una conducta alimentaria sana resulta necesaria la implementación de programas de educación alimentaria en los diferentes ámbitos sociales y que el sistema educativo ejecute en sus contenidos procedimientos que guíen a la persona a realizar elecciones saludables en lo que respecta a nutrición.³² Educar sobre la importancia de una adecuada alimentación involucra encontrar y erradicar creencias, mitos y comportamientos erróneos; fomentando un mayor grado de consciencia acerca de las diversas funciones que cumple la alimentación en las esferas de la vida.³³

1.3.2 Patrones dietéticos

El rol de la dieta en la etiología de la caries dental se encuentra bien definido; la dieta afecta la integridad del órgano dental, al producir modificaciones en el nivel de pH y composición de la saliva.³⁴ La sacarosa es considerada el azúcar más cariogénico, ya que tiene la capacidad de formar glucano, una sustancia que promueve una mayor adhesión de bacterias a las superficies de los dientes y facilita la propagación de ácido y los buffers en la placa. Entre las características de los alimentos que pueden intervenir en el potencial cariogénico, se encuentran, la concentración de sacarosa, consistencia, aclaración oral, combinación de alimentos, secuencia y frecuencia de ingestión y pH de los alimentos.³⁴

1.3.3 Malnutrición

La malnutrición se define como la nutrición precaria cuya causa es una dieta pobre o desmedida; es una de las condiciones que contribuyen con más frecuencia a la carga mundial de la morbilidad, puesto que más de una tercera parte de las enfermedades infantiles a nivel mundial se deben a la desnutrición, donde una de las principales causas es la pobreza.³⁵

1.3.4 Subnutrición

La palabra subnutrición indica toda disminución anormal de peso del individuo, desde la más leve hasta la más grave.³⁶ Los principales factores que perjudican la seguridad alimentaria y que delimitan que la desnutrición se instituya en un problema social y de salud se pueden estructurar en medioambientales (por causas naturales), socio-culturales-económicos (asociados a la pobreza y desigualdad) y político-institucionales.³⁷

1.3.5 Trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria conforman alteraciones críticas en la ingesta de alimentos, en individuos que muestran patrones distorsionados al momento de comer en reacción a un impulso psíquico, más no por una necesidad biológica o metabólica.³⁸

1.3.5.1 Bulimia

La bulimia es un trastorno psiquiátrico, donde la persona muestra episodios de ingesta compulsiva y abundante de alimentos acompañados de vómito provocado, ante el miedo de subir de peso.³⁹

Los pacientes con bulimia, se clasifican en dos tipos:

a) Purgativo: es aquel grupo que empieza con un cuadro de repudio a su imagen física por lo que concurre a optar por dietas y ejercicio extremo y al no conseguir los resultados propuestos acude a una reacción voluntaria de vómito.³⁹

b) No purgativo: este grupo al no encontrar respuesta a sus estrictas dietas, comienza a consumir laxantes que ocasionen un metabolismo rápido, lo cual causa problemas gastrointestinales en lo posterior.³⁹

1.3.5.2 Anorexia

Se considera a la anorexia nerviosa como un síndrome particular, cuyas características principales son el rechazo a conservar el peso corporal dentro de los rangos normales, miedo a aumentar de peso, desconcierto con percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Por lo regular estos pacientes empiezan con una decadencia de la ingesta, en especial de alimentos con alto contenido calórico como son los hidratos de carbono y grasa, incluso la mayoría termina adoptando una dieta muy estricta que incluye el ayuno. Además, realizan ejercicio físico extremo sin reconocer el cansancio para así conseguir su objetivo que es la extrema delgadez.⁴⁰

1.4 Caries dental

1.4.1 Definición

La caries dental es una enfermedad de etiología multifactorial, de origen infeccioso que afecta a los órganos dentales, ocasionando la destrucción progresiva de los tejidos duros.

Involucra la interacción de factores como el tiempo de exposición de una superficie dental, microorganismos, y alimentos cariogénicos.⁴¹

1.4.2 Epidemiología

Se ha encontrado información referente a la prevalencia de caries dental en Ecuador correspondiente a junio del 2014, donde se evidenció que en niños de 3 a 11 años de edad existe una prevalencia de 62,39 % y en individuos de 12 a 19 años de edad una prevalencia de 31,28 %. En Ecuador existe un programa que tuvo su inicio en año 2013, denominado “Plan Nacional del Buen Vivir”, donde participa el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, cuyo objetivo es establecer el perfil epidemiológico de la población. Se puede deducir que todavía existe una significativa prevalencia de caries dental en América Latina, por tal razón se sugiere controlar y llevar a cabo programas de promoción y prevención de salud oral, especialmente en grupos vulnerables.⁴²

1.4.3 Factores etiológicos

Se considera a la caries dental como una enfermedad multifactorial limitada tanto en su ubicación y tamaño, como en su propagación por componentes, como son: las condiciones del huésped (diente), la presencia de bacterias (microorganismos) y el sustrato (carbohidratos procesados), en los cuales influye el tiempo en una determinada medida. La agrupación de los mismos resulta en un sistema donde cada elemento puede ser un factor de riesgo para desencadenar la enfermedad, o a su vez, transformarse en un componente de control y prevención.⁴³

1.4.4 Alimentos

1.4.4.1 Alimentos cariogénicos

Los principales azúcares de la dieta son: sacarosa, glucosa y fructosa, una elevada frecuencia de exposición del diente a los azúcares incrementa el riesgo de caries.⁴⁴

- Las frutas y frutos secos tienen un alto potencial cariogénico si se consumen frecuentemente.⁴⁴
- Los alimentos que contienen almidón, como el arroz, papas y pan, tienen un bajo potencial cariogénico; no obstante, cuando son cocidos e ingeridos frecuentemente pueden promover el desarrollo de caries dental.⁴⁴

- Kashket y otros⁴⁵ descubrieron que las partículas de alimentos con elevado contenido de almidón, como galletas rellenas con crema y papas fritas, se retienen mucho más en las superficies dentales que los que contienen almidón en pequeñas cantidades como la leche chocolatada y caramelos.

1.4.4.2 Alimentos protectores

Existen alimentos que pueden tener efectos cariostáticos:

- Las comidas con alto contenido en grasas, proteínas, calcio y flúor actúan como protección frente a la caries; las grasas disminuyen la retención de los azúcares y placa dentobacteriana, además, pueden tener efectos tóxicos sobre las bacterias.⁴⁶
- Las proteínas potencializan la capacidad tampón de la saliva y tienen efecto protector sobre el esmalte dental.⁴⁶
- Los chicles sin azúcar, como el xilitol, a través de su masticación, estimulan el flujo salival favoreciendo la remineralización del esmalte.⁴⁶
- Los alimentos que contienen fibra estimulan la secreción salival.⁴⁶
- Jensen y Wefel⁴⁷ demostraron que el queso es cariostático, debido a que su mecanismo de acción se basa en: aumentar el flujo salival, inhibir la placa bacteriana, disminuir la desmineralización y aumentar de la remineralización ya que contiene calcio, fosfato y caseína.

1.4.5 Índices de Caries

1.4.5.1 Índice CPO-D

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson a lo largo de un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento para niños que asistían a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EE. UU., en 1935.⁴⁸

Es el indicador de caries dental más empleado y propagado, el cual se obtiene de la sumatoria de los órganos dentales permanentes con lesiones de caries, extraídos o que requieren extracción y restaurados.⁴⁹

En cuanto a su utilización existen algunas consideraciones especiales:

- Cuando el mismo diente está restaurado y con lesión de caries, se considera el diagnóstico más severo, es decir, caries.

- Se considera como órgano dental ausente aquel que no se encuentra en cavidad bucal después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El tercer molar se valora como ausente después de los 25 años, en caso de no existir confirmación de su extracción.
- La rehabilitación por medio de corona se considera como pieza dental obturada.
- La presencia de restos radiculares se considera como pieza cariada.
- La presencia de sellantes no se contabiliza.
- Se consideran sólo 28 dientes para su cuantificación.⁴⁹

1.4.5.2 Índice ceo-d

El índice para dientes temporales es una adecuación del índice CPOD a la dentición temporal, fue planteado por Gruebbel y se obtiene de igual manera por la sumatoria de dientes temporales cariados con extracciones indicadas y obturados.⁵⁰

En cuanto a su utilización existen algunas consideraciones especiales:

- No se consideran en este índice los dientes extraídos con anterioridad, sino únicamente aquellos que están presentes en boca.
- La extracción indicada es por caries solamente, más no por otra causa.
- La rehabilitación por medio de una corona se considera diente obturado.
- Cuando el mismo diente esta restaurado y cariado, se considera el diagnóstico más grave.
- La presencia de sellantes no se contabiliza.^{50,51}

1.5 Placa bacteriana

Se define como una congregación microbiana que se adhiere a la superficie dental, construyendo una biopelícula embebida en una matriz de polímeros de procedencia bacteriana y salival. Está presente en la cavidad bucal de personas sanas y enfermos, y es el agente etiológico de las patologías orales más predominantes como son la caries y enfermedad periodontal.⁵² La formación de la biopelícula se puede dividir en tres fases:

- Formación de la película adquirida: Es la fase inicial del desarrollo de la biopelícula, está conformada por componentes salivales y líquido gingival, desechos, productos bacterianos y células del tejido dental.⁵³

- Colonización primaria: Transcurridas unas horas, surgen las bacterias en la película dental; los primeros colonizadores son los microorganismos grampositivos facultativos *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis*, los cuales se fijan a la película mediante adhesinas, en lo posterior, la biomasa madura mediante el crecimiento de especies adheridas, y se produce la colonización de otras especies.⁵³
- Colonización secundaria y maduración: Los microorganismos residentes cambian el ambiente, de modo que, ellos mismos pueden ser remplazados por otros que se adaptan mejor al hábitat modificado. Dentro de los colonizadores se encuentran: *Prevotella intermedia*, *Prevotella loescheii*, especies de *Capnocytophaga*, *Fusobacterium nucleatum* y *Porphyromonas gingivalis*.⁵³

1.5.1 Índices de placa bacteriana O'Leary

El índice de O'Leary fue revelado a la sociedad científica estomatológica en enero del año 1972, por el doctor *Timothy J. O'Leary*. Mide el nivel de placa dentobacteriana en las superficies lisas de las piezas dentales. Para llevar a cabo la valoración de este índice es necesario colocar un revelador de placa dentobacteriana en las superficies dentales. Únicamente se tomarán en cuenta las superficies lisas de los dientes como son: mesial, distal, vestibular, palatino o lingual; las superficies oclusales de premolares y molares no se tomarán en cuenta. Posterior a ello contabiliza el número de superficies teñidas dividido para el número de superficies presentes y se multiplica por cien.⁶

Una vez realizado los respectivos cálculos con la fórmula indicada se procede a la interpretación de acuerdo a la cantidad calculada; si el valor es menor a 20 % se considera aceptable, de 20,1 a 30 % cuestionable y mayor a 30,1 a 100 % deficiente.⁶

1.5.2 Agentes reveladores de placa

Los reveladores de placa son utilizados para teñir la placa dentobacteriana localizando las superficies dentales en donde está concentrada, y de esta manera facilitar su eliminación y prevención de patologías que son originadas por acumulación de biofilm.⁵⁴

Existen algunas formas de presentación de los reveladores de placa, tales como:

- *Pastillas masticables dos tonos*: tiñen de color azul la placa madura (es decir con más de 48 horas en boca), y de color rojo o lila la reciente.⁵⁵

- *Gel*: identifica la placa bacteriana mediante tres tonos: de color rojo la reciente, de color azul o violeta la madura y azul claro la placa ácida.⁵⁵
- *Líquido*: su aplicación se realiza colocando 2 o 3 gotas del producto en la cara dorsal de la lengua e ir dispersando sobre las superficies dentales; se distingue la placa mediante dos tonos: de color azul la placa madura y de color rojo la placa reciente.⁵⁵
- *Enjuague*: tiñe la placa dentobacteriana de un solo color facilitando su localización y posterior eliminación.⁵⁵

1.6 Métodos de prevención de caries

1.6.1 Educación en salud oral

La educación de salud oral en Odontología es una mezcla de experiencias de instrucción-aprendizaje que conllevan a mejorar y preservar la salud bucodental. Guían a la persona a conservar y valorar sus estructuras bucales a través de la comprensión, interiorización y aplicación de hábitos adecuados, evitando así comportamientos que pongan en riesgo la salud oral.^{56,57}

1.6.2 Fluoruros

El flúor es un elemento químico perteneciente al grupo de los halógenos de bajo peso atómico y electronegativo, es un mineral que se encuentra en el agua y tierra, también en alimentos en diferentes concentraciones.⁵⁸ Posee doble mecanismo de acción:

1. Transforma la hidroxiapatita del esmalte en fluorapatita aumentando la resistencia del mismo a la descalcificación, es decir, favorece a la remineralización.⁵⁹
2. Inhibe la desmineralización del esmalte impidiendo las reacciones de glucólisis bacteriana de la placa dental.⁵⁹

Vías de administración del flúor

El flúor puede llegar a la estructura dental mediante dos vías:

a. Por vía sistémica:

Los fluoruros son ingeridos y transportados a través del torrente sanguíneo depositándose en gran medida a nivel óseo y en menores cantidades en los dientes.⁶⁰

Métodos de aplicación

- ✓ Fluoración de agua de consumo público: La dosis adecuada, según establece la OMS, oscila alrededor de 1,5 ppm.⁶⁰
- ✓ Aguas embotelladas con flúor⁶⁰
- ✓ Suplementos fluorados en la dieta tales como: sal, leche, harina o cereales. Su dosificación oscila entre los 200-250 mg por kg.⁶⁰
- ✓ Preparaciones vitamínicas⁶⁰

b. Por vía tópica:

Es de uso post eruptivo ya que el fluoruro se aplica directamente en la superficie del diente.⁶⁰

Métodos de aplicación

- ✓ Barnices y geles: contienen una alta concentración de flúor; en cuanto a los geles poseen entre 5.000 y 12.500 ppm y barnices entre 1.000 y 56.300 ppm, por tal razón, su aplicación está restringida únicamente al profesional.⁶⁰
- ✓ Flúor fosfato acidulado: tiene una concentración de 1,2 % que equivale a 12.300 ppm.⁶⁰
- ✓ Fluoruro de sodio: presenta una concentración del 0,9 % que equivale una proporción de flúor de 9.040 ppm.⁶⁰
- ✓ Dentífricos: se recomienda en edades de 6 años en adelante una concentración de 1000ppm y máximo de 1500ppm.⁶⁰
- ✓ Colutorios: Los de uso diario tienen una concentración de fluoruro de sodio al 0,05 % lo que equivale a 225 ppm.⁶⁰

La Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD)⁶¹ manifiesta que el efecto cariostático de los fluoruros es más eficiente por su acción tópica que por su acción sistémica, efecto que aumenta si se adopta buenos hábitos de higiene oral.

1.6.3 Sellantes

Actualmente, la prevención de caries es de suma importancia en el área odontológica, y

entre los tratamientos de elección se hallan los sellantes de fosas y fisuras que actúan como una barrera física eliminando las irregularidades de las superficies dentales, lo que impide la adhesión bacteriana y favorece la higiene bucal.⁶²

Existen dos tipos de sellantes: en base a resina y en base a ionómero de vidrio, caracterizándose entre sí por su mecanismo de polimerización y adhesión a la superficie dental.⁶³

Edades determinadas para su aplicación

Las edades indicadas son entre los 6 a 8 años de edad debido a la erupción de los primeros molares permanentes y niños entre los 11 y 13 años de edad por la erupción de premolares y segundos molares permanentes. Sin embargo, está indicado para todas las edades siempre y cuando las superficies dentales estén libres de caries.⁶³

1.6.4 Control mecánico de la placa

Los métodos de higiene oral mecánica son el pilar fundamental en la prevención y mantenimiento de las dos enfermedades bucales más predominantes, la caries y la enfermedad periodontal. El cepillado manual controla la placa dental en las superficies libres y en una mínima cantidad en la zona interdental, es por ello que, resulta necesario el empleo de seda dental, de esta manera se evita el desarrollo de caries interproximal, gingivitis papilar y periodontitis interdental.⁶⁴

1.6.5 Técnicas de cepillado

Una buena higiene oral es indispensable para mantener sanos los dientes y las encías; para lo cual es de suma importancia conocer las técnicas de cepillado dental adecuadas.⁶⁵

Técnica de Bass

El cepillo más apropiado para esta técnica es el de cerdas planas. La limpieza de las caras vestibulares y palatinas/linguales se lleva a cabo con una inclinación del cepillo en un ángulo de 45° con movimientos vibratorios seguidos de movimientos de barrido hacia la corona dentaria, procurando que las cerdas ingresen al interior del surco gingival; las caras oclusales se limpian con movimientos circulares.⁶⁵

Técnica de Bass Modificada

Para llevar a cabo esta técnica se coloca el cepillo con una inclinación de 45° con respecto al eje axial de los dientes y se realiza una ligera presión contra el surco gingival.⁶⁵

Técnica de Stillman Modificada

Es la técnica que presenta un mayor nivel de dificultad para el paciente. Los cepillos más adecuados para esta técnica son los de cerdas extra suaves. El cepillo debe con las cerdas dirigiéndose hacia el ápice radicular, por consiguiente, se ejerce un poco de presión y se hace girar el cepillo para que las cerdas penetren en los espacios interproximales. Finalmente se realizan movimientos vibratorios suaves y un movimiento de barrido hacia la corona dentaria.⁶⁵

Técnica de Charters

El cepillo se coloca a 45° respecto del eje longitudinal del diente y las cerdas se dirigen hacia la superficie oclusal de los dientes, a la vez, se fuerzan para que penetren en los espacios interdentes con un ligero movimiento rotatorio desde la superficie de masticación hacia la encía.⁶⁵

Técnica Horizontal o de Fones

El uso de esta técnica se recomienda para niños pequeños o para personas con habilidades manuales disminuidas. Las cerdas del cepillo se inclinan a una angulación de 90° con respecto al eje longitudinal del diente y se realiza movimientos de atrás hacia delante.⁶⁵

1.6.6 Pastas dentales

Los dentífricos están compuestos por diversos ingredientes, además de diferentes sales de fluoruro como agentes terapéuticos. Para que una pasta dental posea efecto anticaries, es necesario que contenga por lo menos 1000 ppm de fluoruro. Por lo general, los fabricantes añaden 1500 ppm para contrarrestar la cantidad de fluoruro que podría inactivarse por su mezcla con el abrasivo a lo largo del almacenamiento del producto.⁶⁶

Composición

- Fluoruro de sodio: estimula la remineralización del esmalte descalcificado, interrumpiendo la proliferación de bacterias de la placa dental.⁶⁷

- Humectante: se utilizan humectantes como: sorbitol, xilitol, polietilenglicoles de bajo peso molecular y propilenglicol, los cuales impiden el secado y endurecimiento del producto.⁶⁷
- Detergentes o espumantes: permiten una limpieza efectiva creando una suspensión fija del abrasivo en cavidad bucal.⁶⁷
- Conservantes: se añaden para preservar el dentífrico del efecto de microorganismos: benzoato sódico, metilparabeno, metilparabeno sódico, propilparabeno sódico, mezcla de parabenos y formalina.⁶⁷
- Edulcolorantes: confieren el sabor a la pasta dental; como edulcorantes se emplean: sacarina sódica, ciclamato sódico, xilitol, glicirrato aniónico, esencias de menta piperita, hierbabuena, eucalipto, canela, badiana, mentol, aromas frutales, cola.⁶⁷
- Aglutinantes o espesantes: aumentan la viscosidad de la pasta y conservan unidas las partículas del abrasivo. Los más empleados son: alginatos, carregenatos, goma xantana, hidroxietilcelulosa sílice, carboximetilcelulosas, sílicas.⁶⁷

1.6.7 Mantenedores de espacio

Se denomina mantenedor de espacio a aquel dispositivo, ya sea fijo o removible, destinado a impedir que se cierre el espacio que han dejado una o varias piezas dentales, siempre y cuando su aplicación esté demostrada mediante el análisis del espacio.⁶⁸

Para su aplicación se deben tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

- Conservar el espacio proximal deseado.
- No debe obstaculizar en la erupción del diente sucesor permanente.
- No debe interferir en el diente antagonista.
- Debe facilitar espacio mesiodistal necesario para la alineación de dientes permanentes en erupción.
- No debe interferir en la fonación, masticación o movimiento mandibular funcional.
- Deben ser de diseño sencillo.
- Deben tener facilidad de higienizar.⁶⁹

También presentan contraindicaciones:

- Cuando no hay hueso alveolar que revista la corona del diente en erupción y hay espacio suficiente.
- Cuando el espacio disponible es mayor a la dimensión mesiodistal requerida para la erupción.⁶⁹

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo investigativo fue de tipo observacional, descriptivo, correlacional de corte transversal.

Observacional: Debido que mediante la aplicación de encuestas y cuestionarios de evaluación se observó el nivel de conocimiento sobre salud oral, así como hábitos de higiene oral y preferencias alimentarias de profesores, padres de familia y escolares.

Descriptivo: Porque describió las características del objeto de estudio, por lo que trató de evidenciar el nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares.

Correlacional: Se evaluó relaciones estadísticas entre las variables de estudio.

Transversal: Se realizó en un período de tiempo corto.

2.2 Diseño de Investigación

El diseño que se empleó fue no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio.

2.3 Población

Se trabajó con la totalidad de la población de estudio, conformada por 100 estudiantes matriculados en los paralelos A, B, C y D del segundo año de educación general básica, 100 padres de familia y 4 docentes (tutores de los paralelos mencionados) de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.” de la ciudad de Riobamba.

2.4 Criterios de Selección

- Estudiantes legalmente matriculados en las Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.” de la ciudad de Riobamba.
- Docentes que laboren en las Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.” de la ciudad de Riobamba y que además aceptaron voluntariamente participar en este estudio.
- Padres de familia y familiares cercanos que aceptaron voluntariamente participar en este estudio

2.5 Entorno

La presente investigación se realizó en la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.” de la ciudad de Riobamba.

2.6 Recursos

2.6.1 Humanos

Tutor	Dra. María Mercedes Calderón Paz
Investigador	Diana Carolina Reinoso Cobos
Población de estudio	Profesores, padres de familia y estudiantes del segundo año de educación general básica paralelos A, B, C, D de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”

2.6.2 Materiales

Bienes y Servicios	Costo
Impresiones y copias	\$80.00
Empastado	\$10.00
Esferos y lápices	\$5.00
Internet	\$45.00

Transporte	\$300.00
Alimentación	\$200.00
TOTAL	\$640.00

2.7 Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron en este estudio fueron la observación, el test y la encuesta con sus respectivos instrumentos la historia clínica y cuestionarios. El primero corresponde al Formato 033 (Historia Clínica Odontológica) validado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador⁵ el cual fue empleado para determinar el índice de caries comunitario de los estudiantes, ceo-d para dentición decidua y CPO-D para dentición definitiva; además se adjuntó un esquema para medir el índice de placa O'Leary validado por Chaple.⁶ Como segundo instrumento se utilizó cuestionarios aplicados a los docentes, siendo éstos: “Cuestionario de nivel de conocimiento de docentes sobre salud bucal” validado por Huamanchumo.⁷ “Encuesta dirigida a los maestros” validada por Alain.⁸ “Evaluación de conocimiento de educadores y asistentes de la educación sobre salud bucal” validada por Arriagada⁹ y Bustamante.¹⁰ Adicionalmente a los estudiantes se les aplicó el cuestionario denominado “Encuesta de conocimientos sobre salud bucal para estudiantes del 6to grado” validada por Soto¹¹ así como, el “Cuestionario de preferencias alimentarias para niños” validado por Fildes.¹² Finalmente, la encuesta aplicada a los padres de familia “Cuestionario de hábitos de higiene oral y de dieta dirigido hacia padres de familia” validada por Alcaina.¹³

2.8 Análisis estadístico

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22 IBM. Se emplearon los estadísticos descriptivos y para la comparación entre las variables de estudio se utilizó la prueba Chi-Cuadrado de Homogeneidad con un nivel de significancia de p igual o inferior a 0,05; y la prueba de Rho de Spearman para medir el grado de correlación entre las variables.

2.9 Operacionalización de las Variables

2.9.1 Variable Independiente

Tabla 1. Nivel de conocimiento de profesores, padres de familia y escolares sobre salud oral

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Conocimiento sobre salud bucodental, indispensable para una buena calidad de vida.	Conocimiento de profesores	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 	Observación Encuesta Test	Cuestionarios
	Conocimiento de padres de familia	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 		
	Conocimiento de escolares	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 		

2.9.2 Variable Dependiente

Tabla 2. Estado de salud oral de los niños

Caracterización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
La salud oral es un estado exento de enfermedades bucodentales, que permite el correcto desarrollo del individuo, como parte integral del complejo craneofacial, que participa en funciones vitales como la alimentación, comunicación, afecto y autoestima.	Salud oral	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Bueno - Malo 	Observación Encuesta Test	Cuestionarios
	Hábitos de higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Bueno - Malo 		
	Hábitos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente - Bueno - Malo 		

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizaron los datos recolectados de las 100 historias clínicas de los estudiantes de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”; y cuestionarios aplicados a profesores, padres de familia y estudiantes, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 3. Nivel de conocimiento de estudiantes de acuerdo al género

Género	Nivel de conocimiento			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Masculino	45,1 %	51,0 %	3,9 %	100,0 %
Femenino	26,5 %	69,4 %	4,1 %	100,0 %
Total	36,0 %	60,0 %	4,0 %	100,0 %

bueno 9-11, regular 6-8, malo 1-5

Análisis: El 60 % de los estudiantes resultó tener un nivel de conocimiento regular sobre salud oral; el género femenino demostró tener un conocimiento regular con un 69,4 %, malo con un 26,5 % y bueno tan solo el 4,1 %. Mientras que el género masculino tuvo un conocimiento regular con un 51 %; malo el 45,1 % y bueno el 3,9 %.

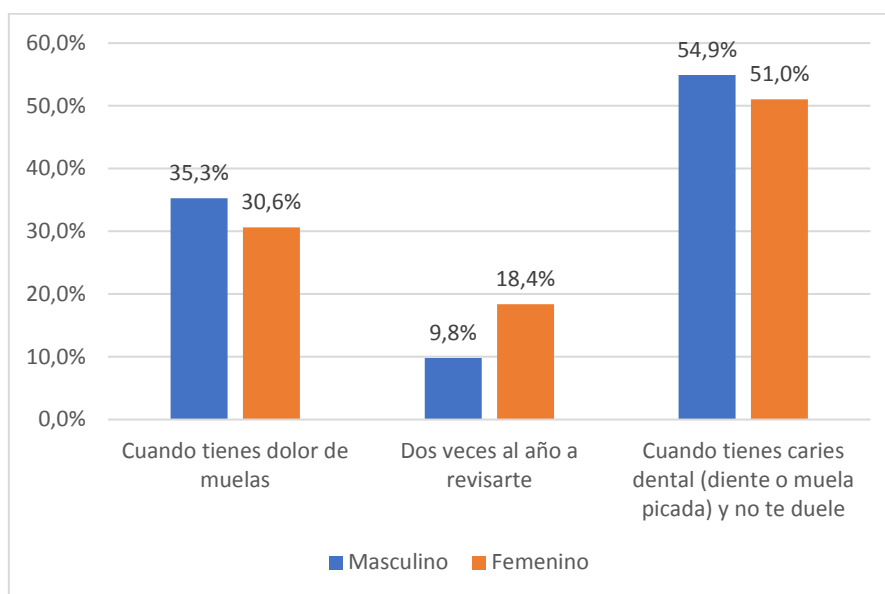
Tabla 4. Nivel de conocimiento de profesores de acuerdo al género

Género	Nivel de conocimiento		Total
	Regular	Bueno	
Femenino	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Total	50,0 %	50,0 %	100,0 %

bueno 23-32, regular 16-22, malo 0-15

Análisis: La encuesta de conocimientos sobre salud oral realizada a las profesoras del Segundo Grado de Educación General Básica paralelos A, B, C y D, consideró una escala de Bueno (23-32) Regular (16-22) y Malo (0-15). De un total de 4 profesoras, 2 (50 %) demostraron tener un nivel de conocimientos bueno, mientras que las otras 2 un conocimiento regular.

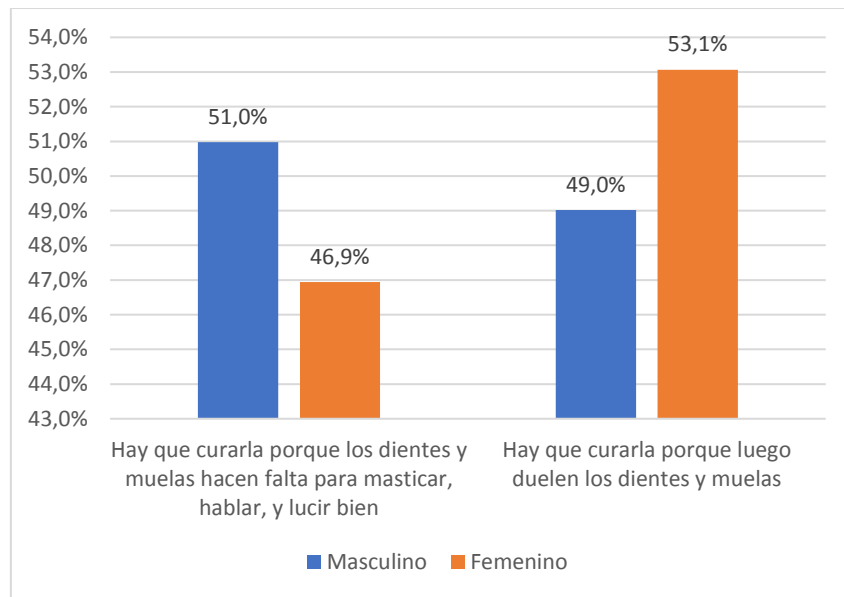
Gráfico 1. ¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?



Análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos, de un total de 100 estudiantes, el 54,9 % de niños y el 51 % de niñas afirman que es necesario acudir al odontólogo cuando se tiene caries dental. Por otra parte, el 35,3 % de alumnos y el 30,6 % de alumnas creen que es necesario asistir al odontólogo cuando se tiene dolor de muelas. Mientras que tan solo un 9,8 % de hombres y 18,4 % de mujeres aciertan que es necesario acudir al odontólogo dos veces al año.

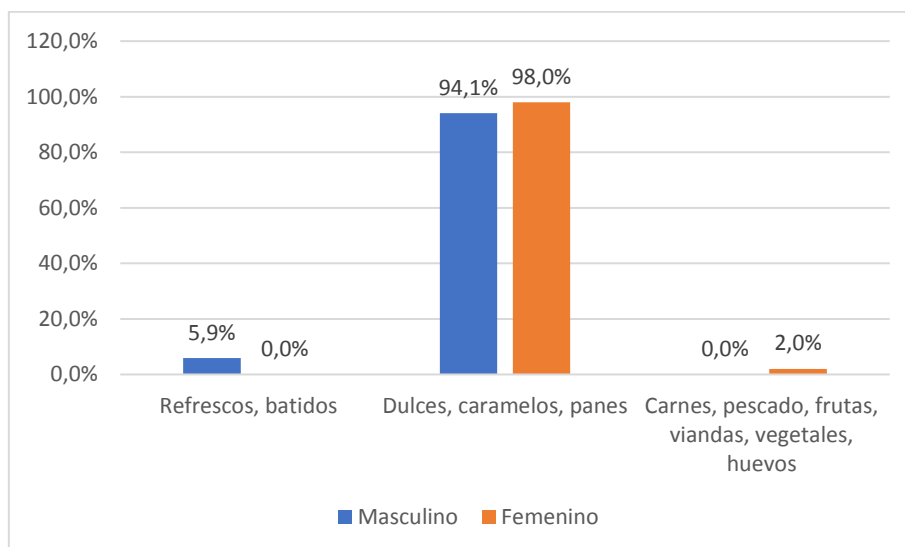
Gráfico 2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?



Análisis:

El 51 % de los dicentes que corresponden al 49 % de niños y 53,1 % de niñas, concuerdan que hay que curar la caries dental porque luego duelen los dientes y muelas. Por otro lado, un 49 % de la población de estudio que corresponde al 51 % de alumnos y 46,9 % de alumnas consideran que hay que curar la caries dental porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, hablar, y lucir bien.

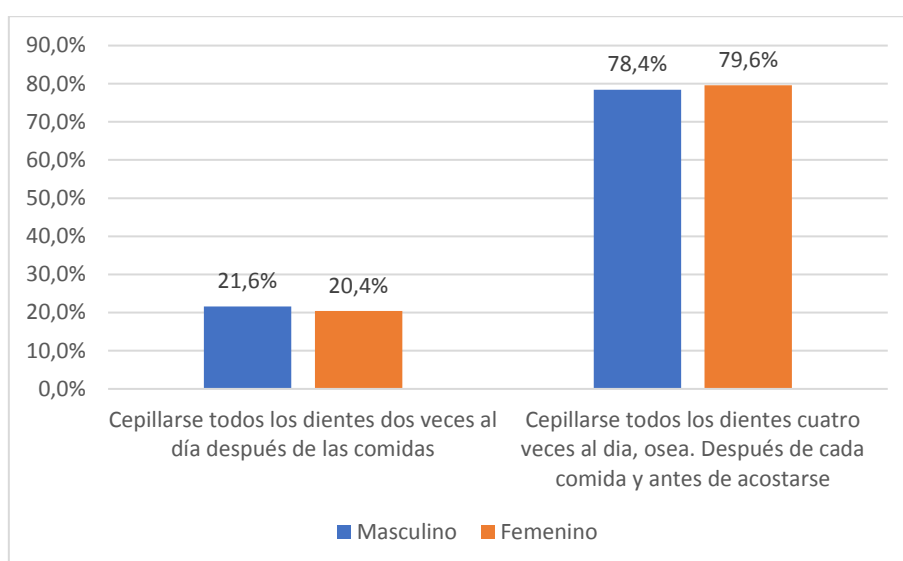
Gráfico 5. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?



Análisis:

El 96 % de la población de estudio que corresponde al 94,1 % de niños y 98 % de niñas responden que los dulces, caramelos y panes son los alimentos que favorecen la aparición de la caries dental; el 3 % que pertenece al 5,9 % de alumnos consideran que los refrescos y batidos son los alimentos que producen la caries dental; sin embargo, tan solo el 1 % de las estudiantes que corresponde al 2 % piensa que las carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales y huevos provocan caries dental.

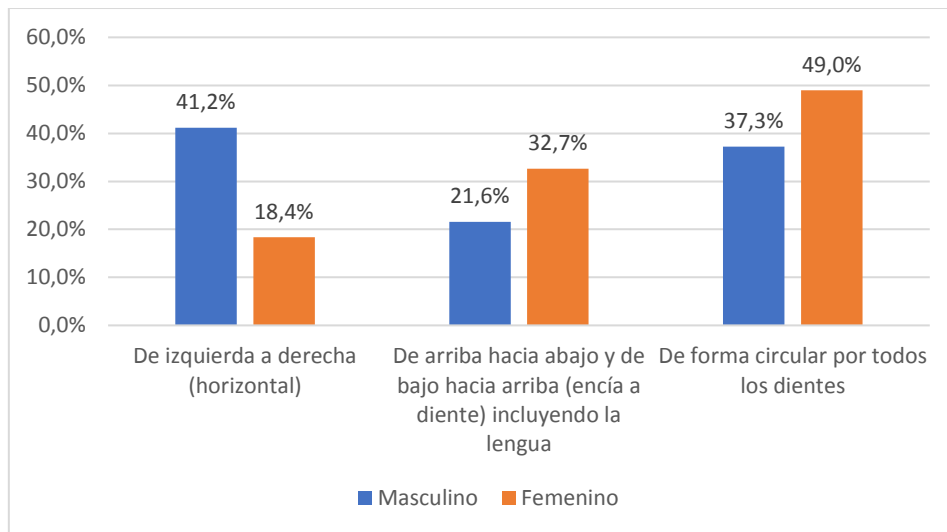
Gráfico 3. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?



Análisis:

El 79 % de los dicentes, dentro de los cuales el 78,4 % de alumnos y 79,6 % de alumnas aciertan que para evitar la caries dental la medida más eficaz es cepillarse los dientes cuatro veces al día, es decir, después de cada comida y antes de acostarse. Mientras que el 21,6 % de niños y 20,4 % de niñas consideran que hay que cepillarse los dientes dos veces al día después de las comidas para evitar la aparición de caries dental.

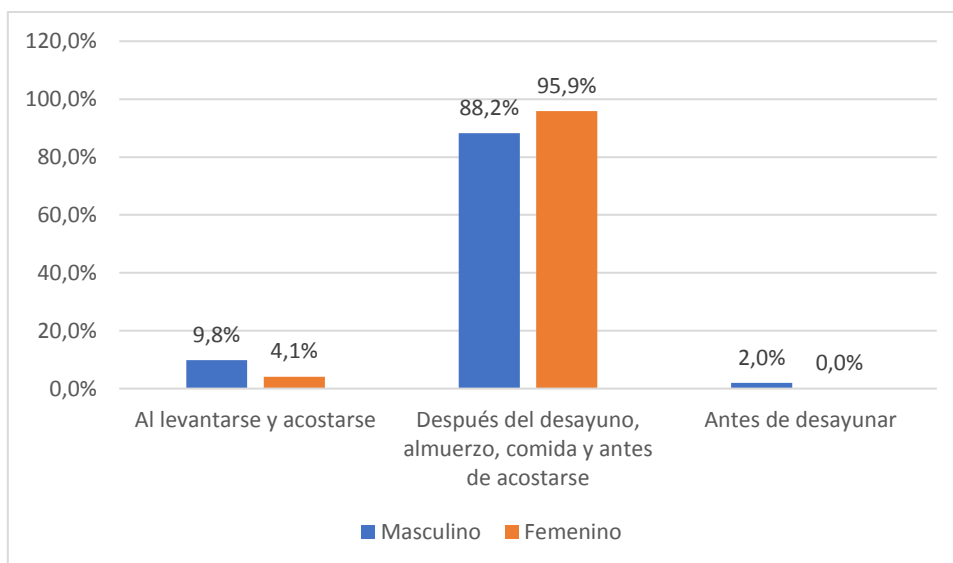
Gráfico 4. El cepillado correcto se realiza:



Análisis:

Los datos demuestran que el género masculino en un 37,3 % y femenino en un 49 % piensan que el cepillado correcto se realiza de forma circular por todos los dientes. El 41,2 % de niños y 18,4 % de niñas creen que el cepillado correcto se realiza de forma horizontal de izquierda a derecha. Por último, el 37,3 % de alumnas y 49 % de alumnos concuerdan que el cepillado correcto se realiza de arriba hacia abajo y viceversa incluyendo la lengua.

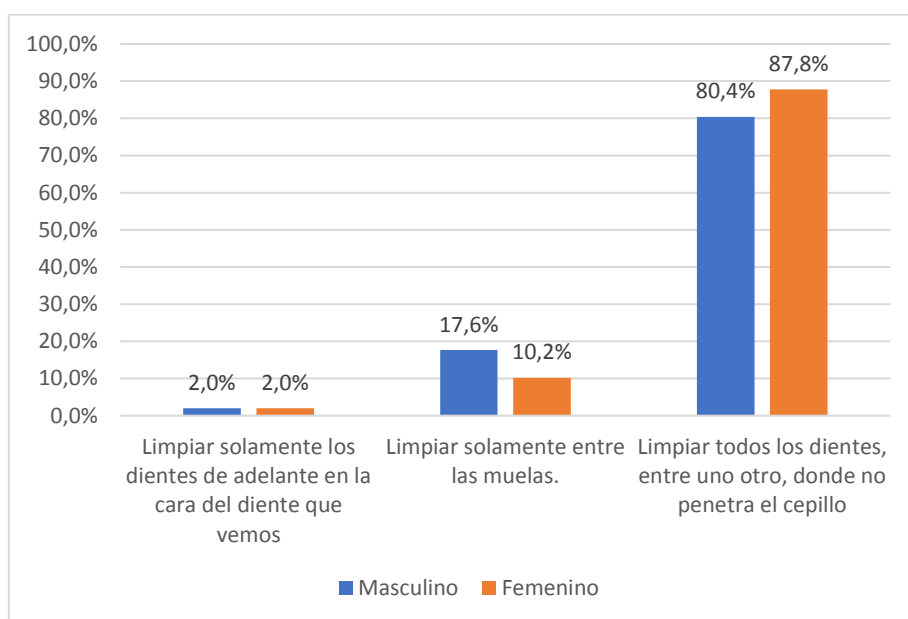
Gráfico 5. El cepillado basta con realizarlo:



Análisis:

El 92 % de los estudiantes correspondiente a 88,2 % de alumnos y 95,9 % de alumnas mencionan que el cepillado dental basta con realizarlo después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse; el 7 % que respecta al 9,8 % de niños y 4,1 % de niñas afirman que el cepillado dental basta con realizarlo al levantarse y acostarse y tan solo el 1 % de hombres cree que el cepillado dental basta con realizarlo antes de desayunar.

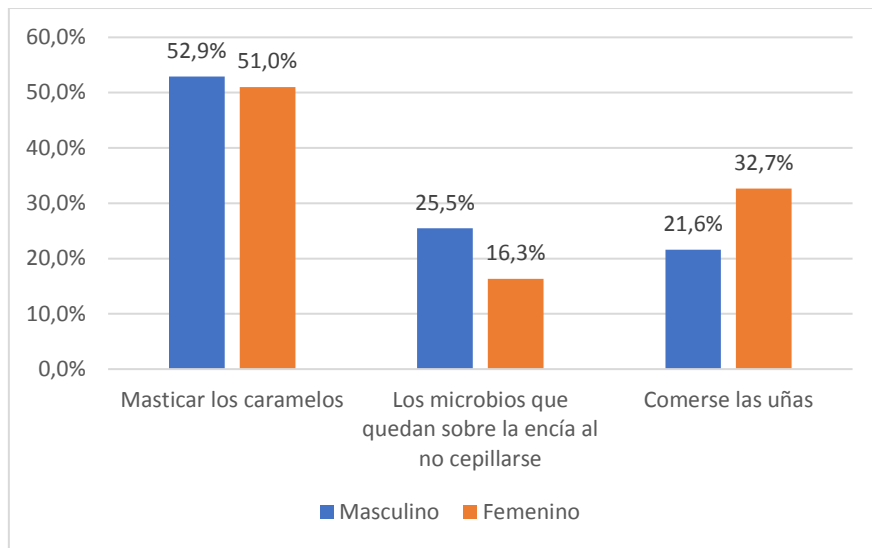
Gráfico 6. El hilo dental se usa para:



Análisis:

Los datos demuestran que el 80,4 % de estudiantes de género masculino y el 87,8 % de género femenino creen que el hilo dental se usa para limpiar todos los dientes, entre uno y otro, donde no penetra el cepillo. El 17,6 % de niños y 10,2 % de niñas piensan que el hilo dental se usa para limpiar solamente entre las muelas. Por otro lado, tan solo un 2 % de alumnos y alumnas responden que el hilo dental se usa para limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos.

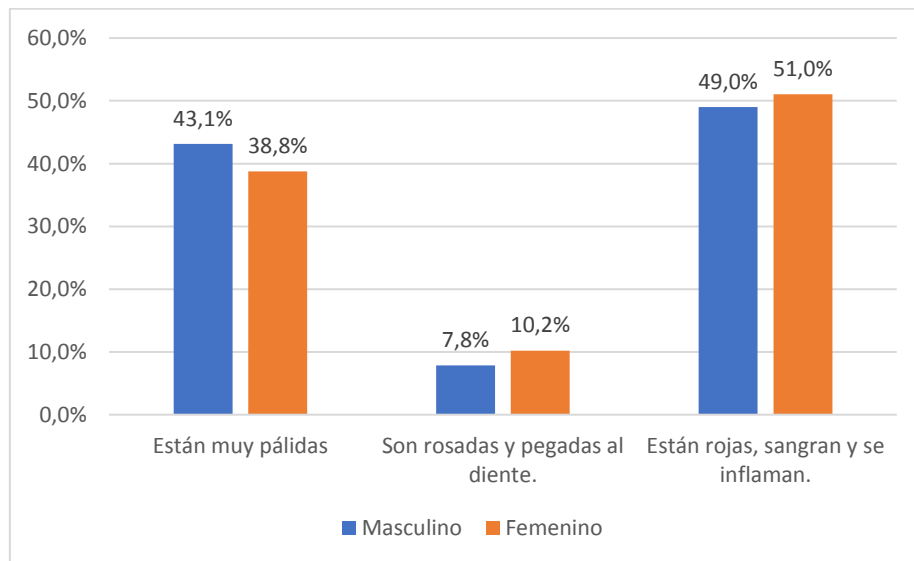
Gráfico 7. Las encías se enferman por:



Análisis:

El 52 % de dientes que corresponde al 52,9 % de niños y 51 % de niñas afirman que las encías se enferman por masticar caramelos; el 27% que respecta al 21,6 % de alumnos y 32,7 % de alumnas mencionan que las encías se enferman por comerse las uñas; mientras que el 21 % que pertenece al género masculino en un 25,5 % y 16,3 % al femenino creen que las encías se enferman porque los microbios permanecen en ésta al no cepillarse.

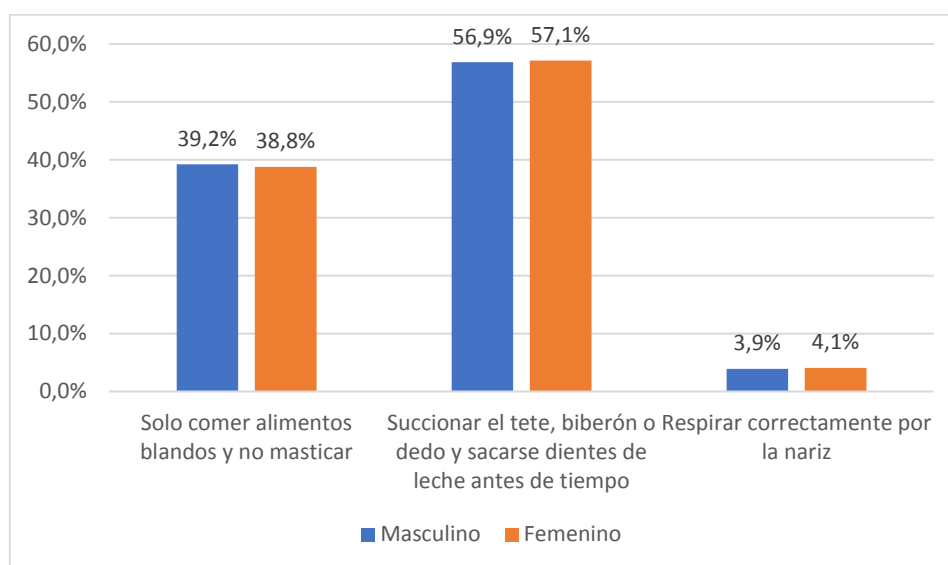
Gráfico 8. Las encías están enfermas cuando:



Análisis:

De un total de 100 estudiantes el 50 % que corresponde al 49 % de hombres 51 % de mujeres piensan que las encías enfermas son de color rojo, sangran y se inflaman; el 41% que respecta al 43,1 % de niños y 38,8 % de niñas creen que las encías enfermas son pálidas; por otro lado, tan solo el 9 % que pertenece al 7,8 % de alumnos y 10,2 % de alumnas señalan que las encías enfermas son rosadas y adheridas a la superficie dental.

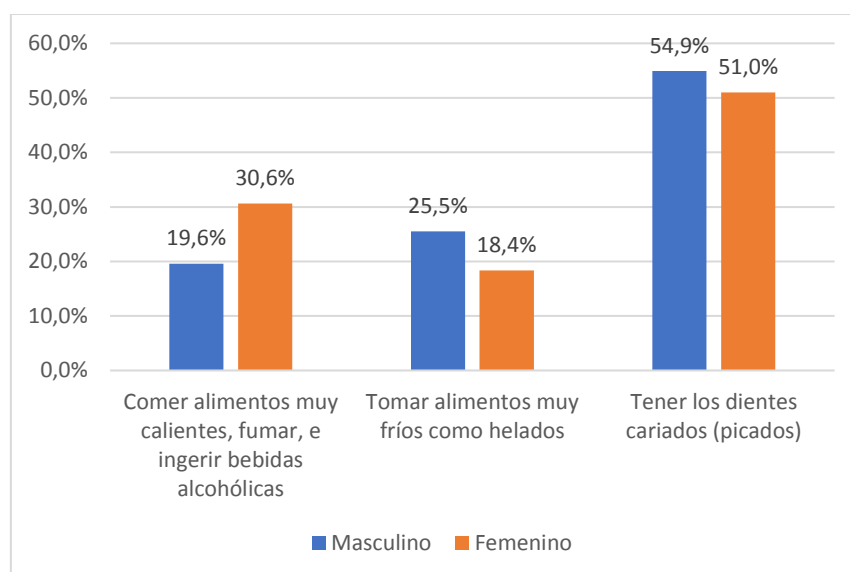
Gráfico 9. Las malas posiciones pueden ser provocadas por:



Análisis:

El 57 % de la población de estudio que corresponde al 56,9 % de niños y 57,1 % de niñas piensan que las malas posiciones dentales son provocadas por succionar el biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo; un 39 % que pertenece al 39,2 % de alumnos y 38,8 % de alumnas creen que las malas posiciones dentales son provocadas por comer alimentos blandos y no masticar; y el 4 % de los estudiantes que respecta al 3,9 % de hombres y 4,1 % de mujeres concuerdan que las malas posiciones dentales son provocadas por respirar correctamente por la nariz.

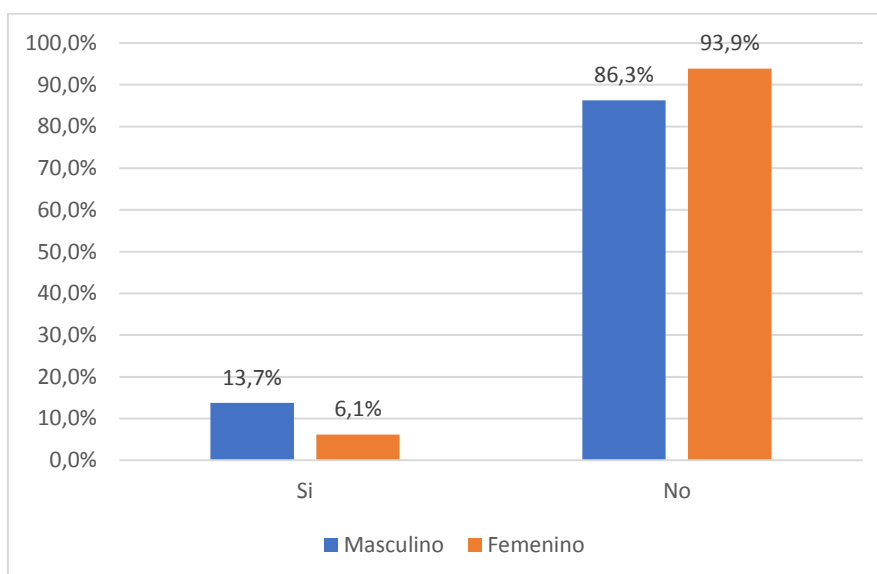
Gráfico 10. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan por:



Análisis:

El 54,9 % de niños y 51 % de niñas consideran que los tejidos de la boca se irritan por tener los dientes cariados; el 19,6 % de alumnos y 30,6 % de alumnas piensan que los tejidos de la boca se irritan por comer alimentos muy calientes, fumar e ingerir bebidas alcohólicas; por otro lado, el 25,5 % de hombres y 18,4 % de mujeres consideran que los tejidos de la boca se irritan por tomar alimentos muy fríos, como helados.

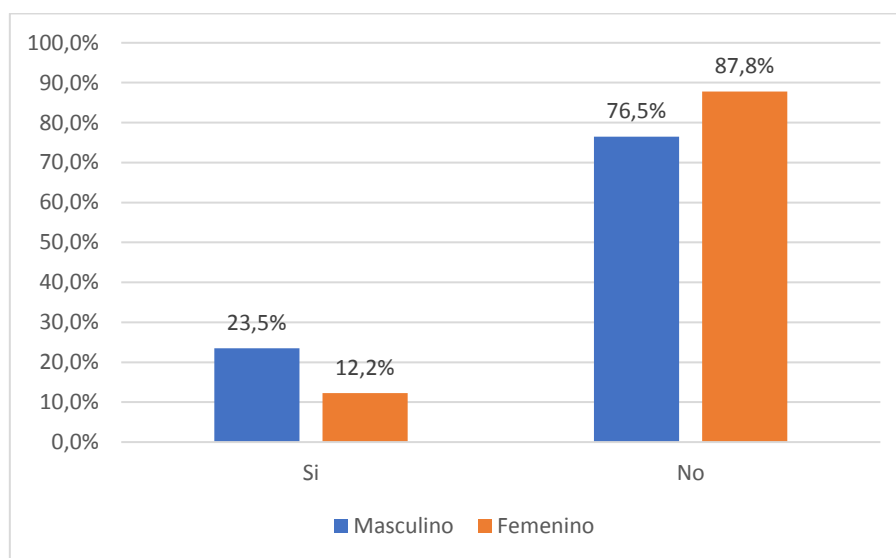
Gráfico 11. Utilizó chupón con sustancia azucarada



Análisis:

El 86,3 % de los padres de familia de los niños y el 93,9 % de las niñas mencionan que sus hijos no utilizaron chupón con sustancia azucarada (miel, leche condensada, azúcar, etc.) mientras que el 13,7 % de los padres de los alumnos y el 6,1 % de las alumnas respondieron que sus hijos si utilizaron la variable anteriormente descrita.

Gráfico 12. Aprieta los dientes cuando duerme



Análisis:

El 76,5 % de los padres de familia de los niños y el 87,8 % de las niñas manifiestan que sus hijos aprietan los dientes mientras duermen; por el contrario, el 23,5 % de los padres de los alumnos y el 12,2 % de las alumnas mencionan que no.

Tabla 5. Recibió su hijo lactancia materna

Género	No	Si, hasta 3 meses	Si hasta 12 meses	Si hasta 18 meses	Si hasta 24 meses	Si hasta 30 meses	Si hasta 36 meses o más	Total
Masculino	13,7 %	5,9 %	23,5 %	27,5 %	25,5 %	2,0 %	2,0 %	100,0 %
Femenino	4,1 %	4,1 %	34,7 %	26,5 %	26,5 %	0,0 %	4,1 %	100,0 %
Total	9,0 %	5,0 %	29,0 %	27,0 %	26,0 %	1,0 %	3,0 %	100,0 %

Análisis:

El 29 % de los padres de los estudiantes manifestaron que sus hijos recibieron lactancia materna hasta los 12 meses de edad, el 27 % hasta los 18 meses, el 26 % hasta los 24 meses, el 5 % hasta los 3 meses, el 3 % hasta los 36 meses o más, el 1 % hasta los 30 meses. Por otro lado, el 9 % mencionó que sus hijos no recibieron lactancia materna.

Tabla 6. Tendencia central

	N		Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
	Válido	Perdidos					
Edad	100	627	6,65	7,00	7	6	8
CARIADOS	100	627	,36	0,00	0	0	6
PERDIDOS	100	627	0,00	0,00	0	0	0
OBTURADOS	100	627	,17	0,00	0	0	5
Cariados	100	627	6,03	6,50	9	0	13
Extraídos	100	627	,13	0,00	0	0	4
Obturados	100	627	1,31	0,00	0	0	8
Índice de Placa (Dentición Permanente)	100	627	52,5600	50,0000	50,00	0,00	100,00
Índice de Placa (Dentición Temporal)	100	627	51,6419	55,7550	25,00	14,00	98,33
Edad del Padre Familia	100	627	33,85	32,00	30	20	66
Resultados encuesta profesores	4	723	22,00	22,00	20 ^a	20	24
Resultados encuesta estudiantes 1	100	627	6,00	6,00	6	3	9

Análisis:

En la tabla Nro.6 de acuerdo a los resultados obtenidos en estudiantes entre los 6 y 8 años de edad, en cuanto al índice de CPO-D el máximo de piezas dentales cariadas es 6 con una media de 0,37 % del total de la población de estudio, ninguna pieza dental perdida y un máximo de 5 dientes obturados con una media de 0,17. En cuanto al índice de ceo-d, existe un máximo de 13 piezas dentales cariadas, una moda de 9 y una media es 6,03. Un máximo de 4 órganos dentales extraídos con una media de 0,13. Y por último un máximo de 8 piezas dentales obturadas con una media de 1,31.

Respecto al Índice de placa de la dentición permanente el porcentaje que más prevaleció en la población de estudio fue 50 % resultando este deficiente; una media de 52,56 % y

un máximo de 100 %. Por otra parte, la media del índice de placa en la dentición temporal fue de 51,64 % siendo de igual manera deficiente, una moda de 25 % siendo regular; un mínimo de 14 % y un máximo de 98,33 %.

En cuanto a la edad de los padres de familia el mayor tiene 66 años y el menor 20 años. Respecto a la encuesta realizada a profesores se obtuvo una media de 22 siendo un resultado bueno; mientras que, en la encuesta realizada a estudiantes se adquirió una media de 6 resultando regular, la máxima calificación fue 9 resultando ser buena y la mínima 3 resultando ser mala y la calificación que más se repitió en toda la población de estudio fue 6 que se encuentra en el rango regular.

Tabla 7. Distribución de la muestra en función del índice ceo-d y CPO-D y género

Género	Índice ceo-d y CPO-D			Total
	Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo	
Masculino	19,6 %	23,5 %	56,9 %	100,0 %
Femenino	30,6 %	22,4 %	46,9 %	100,0 %
Total	25,0 %	23,0 %	52,0 %	100,0 %

Índice Comunitario ceo-d y CPO-D	8
---	---

bajo < 2.6, mediano 2.7 - 4.4, alto > 4.5

Análisis:

Los resultados obtenidos de los 100 estudiantes evidenciaron que el 52 % presenta un alto riesgo de caries (56,9 % niños y 46,9 % niñas). El 23 % tiene un mediano riesgo, (23,5 % hombres y 22,4 % mujeres). El 25 % indican un bajo riesgo (19,6 % alumnos y 30,6 % alumnas). En relación con el índice comunitario ceo-d y CPO-D se obtuvo un resultado de 8, lo cual evidenció que los estudiantes presentaron un alto riesgo de lesiones de caries en términos generales.

Tabla 8. Distribución de la muestra en función del índice de placa y género

Género	INDICE DE PLACA			Total
	Aceptable	Cuestionable	Deficiente	
Masculino	3,9 %	17,6 %	78,4 %	100,0 %
Femenino	2,0 %	6,1 %	91,8 %	100,0 %
Total	3,0 %	12,0 %	85,0 %	100,0 %
Índice de Placa	52,10 %			
aceptable >20 %, cuestionable 20,1 % - 30 %, deficiente <30,1 %				

Análisis:

De un total de 100 estudiantes el 85 % (78,4 % masculino y 91,8 % femenino) presentan un índice de placa deficiente, el 12 % (17,6 % niños y 6,1 % niñas) muestran un nivel cuestionable y tan solo el 3 % (3,9 % hombres y 2 % mujeres) tienen un nivel aceptable. En relación con el índice de placa comunitario se obtuvo un valor de 52,10 % resultando ser deficiente.

Tabla 9. Prueba de Chi – cuadrado

	Nivel ceo-d y CPOD
Utilización del chupón con sustancia azucarada	0,036*
Aprieta los dientes cuando duerme	0,042*
Las encías se enferman	0,05*
Los tejidos de la boca se irritan	0,036*

Análisis:

Se evidencia relaciones estadísticamente significativas entre el nivel ceo-d y CPO-D con los ítems 22 ($p=0,036$) y 25 ($p=0,042$) de la encuesta dirigida a los padres de familia; y con los ítems 8 ($p=0,05$) y 11 ($0,036$) de la encuesta realizada a los estudiantes. Lo que indica la incidencia de una variable en la otra desde el punto de vista estadístico.

Tabla 10. Correlación de Rho de Spearman

	Nivel índice de placa	Nivel ceo-d y CPO-D
Recibió su hijo lactancia materna >12 meses	0,047*	0,012*

Análisis:

Se encontró una significancia entre el nivel del índice de placa y ceo-d, CPO-D con el ítem 19 del cuestionario dirigido a padres de familia ($p=0,047$) ($p=0,012$) respectivamente, demostrando una correlación baja y positiva, lo cual significa que a mayor tiempo de lactancia materna que recibió el estudiante, mayor es el nivel de placa dental e índice ceo-d, CPO-D.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación determinaron que el 60% de los estudiantes tienen un conocimiento regular sobre salud oral, de los cuales el género femenino predomina con un 69,4 % mientras que el masculino corresponde al 51%. Resultados similares a los obtenidos por Adame⁷⁰ un estudio realizado en México, en el cual de una muestra de 258 adolescentes el 79,1 % se evidenció un conocimiento regular sobre salud oral, siendo las mujeres las que prevalecen con un 41,1 % y los hombres representan el 38 %. En relación al género, se contraponen con los resultados obtenidos por Ávalos y cols⁷¹ investigación llevada a cabo en Perú, en donde se demuestra que la mayor parte de la población presentó un conocimiento regular sobre salud oral con un 72,4 %, siendo los hombres los de mayor frecuencia con un 75,7 % a diferencia de las mujeres con un 69,2 %.

Sin embargo, otras investigaciones arrojaron resultados distintos, tales como, los obtenidos por Rodríguez et al⁷² estudio realizado en México, en donde el 58% de la población encuestada se situó en el nivel bueno. Así como también, un estudio realizado por Ponce⁷³ en Manta – Ecuador, donde el 87 % de los participantes obtuvieron un conocimiento malo.

En relación al nivel de conocimiento sobre salud oral de los profesores los resultados del presente estudio demuestran que obtuvieron un conocimiento bueno y regular en un 50% respectivamente. Estudios con resultados similares realizado por Tailco⁷⁴ una investigación efectuada en Brasil, evaluó el nivel de conocimiento sobre salud oral, utilizando una muestra de 30 profesores de educación primaria, a los cuales se les hicieron preguntas sobre medidas de prevención, enfermedades bucales y conocimientos sobre salud bucal, obteniendo como resultado que un 50 % de profesores tiene un nivel de conocimiento regular, un 12 % alto y un 10 % bajo. De igual manera un estudio publicado por Shodan y otros⁷⁵ en la India demostraron que el 35,6 % de los profesores de su muestra contaban con un nivel de conocimiento aceptable y el 42,4 % un conocimiento regular. Por otro lado, difiere de la investigación realizada por Bustamante⁷⁶ en la provincia del Cañar, donde los resultados de las encuestas realizadas a los docentes de preescolar y escolar evidenciaron que el 80% de los docentes poseen un alto conocimiento y un 20% posee conocimiento medio sobre salud oral y las medidas de prevención para evitar enfermedades bucodentales.

La población de estudio que formó parte de esta investigación reflejó un índice comunitario de ceo-d y CPO-D de 8 (alto riesgo de caries), este resultado es muy similar al obtenido por Contreras⁷⁷ en donde el 94,76 % de los individuos presentó antecedentes de caries con una media global de 6,87. De la misma manera en México⁷⁸ se reportó un promedio de 7.3 sobre estudiantes DMFT entre 13 y 16 años lo cual se asemeja al valor encontrado en este estudio. Sin embargo, nuestro índice (8) al ser de alto riesgo se contrapone con los resultados encontrados por Vélez y cols.⁷⁹ en donde se estudiaron a 118 escolares de 11 y 12 años; seleccionados de manera aleatoria estratificada en los centros educativos de la parroquia Machángara de Cuenca Ecuador, el valor de CPOD comunitario encontrado en esta población fue de 3,89 (mediano riesgo de caries). Otro estudio realizado en Colombia por Ramírez⁸⁰ reportó 1,6 (bajo riesgo) de CPOD comunitario, lo que tampoco coincide con los datos hallados en el presente estudio, lo cual puede deberse a que el sistema de salud colombiano consta con una larga tradición de promoción y prevención de la salud.

El índice de placa de la población del presente estudio dio como resultado 52,10 % lo cual denota un nivel deficiente, datos que concuerdan con los hallados por Taboada y Rodríguez⁸¹ en su investigación realizada en México, donde el valor del índice O'Leary para la población escolar fue del 48,1 % (deficiente). De la misma manera, un estudio realizado en Venezuela por Agreda y cols.⁸² brindó datos semejantes en donde se reportó un índice de O'Leary del 43,1 % en niños en edad escolar, cual es un factor de riesgo para presentar caries dental.

De acuerdo con Silvina⁸³ en su estudio realizado en Argentina, el 87,9 % de los participantes consideran que el consumo de azúcar es un factor que puede favorecer la formación de caries dental, este resultado coincide con los datos obtenidos en la presente investigación donde el 96 % de la población concuerda que los dulces, caramelos y panes son los alimentos que favorecen la aparición de la caries dental.

Se relacionó la utilización de chupón con sustancia azucarada con el nivel de ceo-d y CPO-D, donde se demostró una significancia de ($p=0,036$). Datos que concuerdan con los obtenidos por Alcaina y cols.⁸⁴ en un estudio llevado a cabo en Murcia, donde se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el uso del chupón con azúcar y la prevalencia de caries dental ($p=0,015$). Navarro⁸⁵ menciona que el factor predominante en la aparición de caries de biberón es el uso del chupete impregnado en

sustancias azucaradas como la miel, mermelada o leche condensada; pudiendo relacionarse también con lactantes alimentados al pecho que han prolongado los hábitos de alimentación.

En el presente estudio se demostró una correlación baja y positiva ($p=0,012$) entre la lactancia materna y el índice de caries dental, lo cual denota que a mayor tiempo de lactancia materna que recibió el estudiante, mayor es el nivel de caries. Resultado similar al presentado por Cui y cols⁸⁶ en cuyo estudio se da a conocer que los niños amamantados con leche materna ≥ 12 meses aumentaron significativamente el riesgo de caries de infancia temprana en comparación con los amamantados <12 meses ($p=0,001$). Otro estudio realizado por Chaffee⁸⁷ demuestra que la lactancia materna a los 24 meses o más se asoció con la prevalencia caries dental ($p=0,45$; IC del 95 %) en comparación con la lactancia materna de menos de 6 meses ($p=0,22$). Estos resultados discrepan al obtenido por Maldonado y cols⁸⁸ en donde se determinó una correlación fuertemente positiva entre el grupo de lactancia materna e individuos libres de caries ($p=.000$). Señalando además que la lactancia materna durante los primeros meses de vida parece brindar una protección contra la caries dental.

CONCLUSIONES

- Los estudiantes resultaron tener un nivel de conocimiento regular sobre temas de salud oral; en base a las calificaciones obtenidas se presenta en el siguiente orden: regular, malo y bueno, siendo el género femenino el que posee un mejor nivel, en cuanto a los profesores obtuvieron un nivel de conocimiento bueno y regular, considerando que todas pertenecen al género femenino.
- Se identificó relaciones estadísticamente significativas entre los hábitos orales de los estudiantes (ítems 22 y 25) con el índice de ceo-d y CPO-D de los estudiantes incluidos en el estudio.
- El índice de caries comunitario ceo-d y CPO-D de los estudiantes fue de 8 encontrándose en la categoría de alto riesgo de caries. Adicionalmente, los parámetros individuales del índice ceo-d determinó que existe más prevalencia de piezas cariadas, seguido de obturadas y extraídas al igual que el índice CPO-D más porcentaje de piezas cariadas, obturadas y perdidas.
- Se obtuvo una asociación significativa entre el índice de caries comunitario de los estudiantes con los ítems 8 y 11 de la encuesta dirigida a los alumnos, dando a conocer la repercusión de una variable con otra simultáneamente.
- El índice comunitario de placa bacteriana de la población de estudio dio como resultado un nivel deficiente. Se demostraron correlaciones específicas con las variables de los ítems: 19 de la encuesta dirigida a padres de familia; 9 y 20 de preferencias alimentarias.

RECOMENDACIONES

- Fomentar una educación continua sobre salud oral con información actualizada, creando programas masivos de promoción y prevención en la Institución Educativa con el objetivo de prevenir enfermedades bucales.
- Realizar mayor labor preventiva dirigida a los padres de familia, proporcionando charlas de conocimientos básicos sobre salud bucal.
- Debido a que se llevó a cabo una investigación de campo en plena pandemia, resultaría de gran aporte la previsión de una base de datos de la población de estudio por parte de la institución para disminuir el riesgo de contagio.
- Se sugiere la implementación de instrumentos de calibración intraestudio como un “explorador de referencia” para una recolección de datos más precisa.
- Para estudios futuros se sugiere recolectar información con un grupo de estudio más amplio, con la finalidad de obtener un mayor número de correlaciones entre las variables de investigación.
- Se recomienda investigar distintas bibliografías para así tener un amplio conocimiento del tema y poder validar la información en fuentes confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca, M; Rocha, M; González, A. Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. 2017;74(2):64–8.
2. Godínez, A. La salud oral hoy. Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. Revista ADM. 2016
3. World Health Organization. Prevention of oral diseases. WHO Offset Publication n.103. Geneva: World Health Organization, 1987.
4. Brown A, Lowe E, Zimmerman B, Crall J, Foley M, Nehring M. Preventing early childhood caries: lessons from the field. *Pediatr Dent*. 2006; 28 (6): 553-560
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de uso del formulario 033. Historia clínica única de odontología. Recuperado de: [file:///c:/users/hp/downloads/historia%20cl%C3%8Dnica%20%C3%9Anica%20de%20salud%20bucal%20\(1\).pdf](file:///c:/users/hp/downloads/historia%20cl%C3%8Dnica%20%C3%9Anica%20de%20salud%20bucal%20(1).pdf)
6. Chaple, A. Gispert, E. “Amar” el índice de O’Leary Rev Cubana Estomatol vol.56 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2019 Epub 15-Feb-2020
7. Huamanchumo Vaca LN. “Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación primaria del colegio la cantera del distrito la esperanza - la libertad, abril 2015” [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Chimbote – Perú: Universidad Católica de los Ángeles Chimbote; 2019.
8. Alain Soto U, Sexto Delgado N, Gontán Quintana. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*. 2014 Febrero; 12(1).
9. Arriagada Monsálvez V. Conocimientos en salud bucal de los educadores de preescolares y escolares de tres establecimientos educacionales de la Comuna de Cochrane, XI Región de Aysén. Chile. [Magister]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2017.
10. Bustamante Campoverde WH. Evaluación del nivel de conocimiento en salud oral de docentes preescolares y escolares del cantón Déleg de la provincia del Cañar. [Tesis para la obtención de título de odontólogo]. Quito – Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018.
11. Soto Ugalde, A., Sexto Delgado, N., & Gontán Quintana, N. (2013). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 24-34.

12. Fildes. Food preference questionnaire for children. Recuperado de: <https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology-health-care/files/FPQ-child.pdf>
13. Alcaina Lorente, O. Cortez Lillo, M.D. Galera Sánchez, S. Guzmán, Pina, M. Canteras Jordana. Caries dental: Influencia de los hábitos de higiene bucodental y alimentación en niños de edad escolar. *Acta Pediatr Esp.* [Internet] 2016 [29 de febrero de 2021]; 74 (10): 246- 252.
14. Pan American Health Organization. 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, United States of America
15. Honkala, E. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. *RCOE vol.7 no.5 sep./oct. 2002*
16. Rodríguez-Calzadilla A, Delgado-Méndez L. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. *Rev Cubana Estomatol.*1995;32(1):60-76
17. Fernández M; Gispert E. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. *Rev. Cubana Estomatol. vol.52. supl.1. Ciudad de la Habana 2015*
18. Liontou, V., Agouropoulos, A., Gizani, S. *et al.* Knowledge of preschool teachers in the prefecture of Attica of early childhood oral health. Association with their demographic and personal characteristics. *Eur Arch Paediatr Dent* 17, 467–474 (2016).
19. Flores, A. Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. México: Universidad Autónoma Nuevo León; 2011
20. Peláez, P. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de alumnos de nivel inicial de la I.E. 211 “Santísima Niña María”, Víctor Larco, Trujillo-Perú, 2015.
21. Vega, A; García, A; Castillo, L; Suárez, A. Conocimientos y prácticas sobre salud bucal en profesores de dos escuelas: Quito y San Cristóbal (Galápagos), Ecuador. *KIRU.* 2020; ene-mar 17(1): 16-22
22. Domínguez, G. Hernández, Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. Artículo de revisión. *MEDISAN vol.15 no.10 Santiago de Cuba oct. 2011*
23. Bustamante, W. Evaluación del nivel de conocimiento en salud oral de docentes preescolares y escolares del cantón Déleg de la Provincia del Cañar. Quito, febrero 2018.

24. Narváez, A; Tello, G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. Artículo científico. Revista "Odontología" Vol. 19, N° 1, Enero – Julio 2017 pp. 5-21
25. Márquez, J; Castillo, N; Picasso, M; Omori, E; Gallardo, A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Artículo Original. KIRU. 2015 ene-jun;12(1):61-5
26. Miñana, V. Promoción de la Salud Bucodental. Revista Pediatría Atención Primaria vol.13 no.51 Madrid jul./sep. 2011
27. Bircher J, Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. J Public Health Pol. 2014; 35:363-386
28. Arango, A. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 63 - 78
29. Organizations WH. World Oral Health Report 2003.
30. Secretaría distrital de salud. Institución Universitaria Colegios de Colombia, UNICOC - Colegio Odontológico. Guía de práctica clínica en salud oral. Bogotá, D.C. 2010
31. Perea Quesada, Rogelia. Orientaciones educativas para la salud alimentaria. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, vol. 21, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 529-538 Asociación Española de Orientación y Psicopedagogía Madrid, España
32. Elías, E. La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. Paradigma vol.36 no.1 Maracay jun. 2015
33. Barbosa, J. Jimeno, F. Castelblanque, V. Bellet, L. La importancia de la dieta en la prevención de la caries. Gaceta dental 181, mayo 2007.
34. González, A. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. vol.28 supl.4 Madrid jul. 2013
35. Zulin, F. y cols. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. Artículo de revisión. Multimed vol.24 no.1 Granma ene.-feb. 2020
36. Gómez, F. Desnutrición. Salud pública Méx vol.45 supl.4 Cuernavaca ene. 2003
37. Méndez, J. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.65 no.6 México nov./dic. 2008

38. Fassino S, Daga GA, Pieró A, Delsedime N. Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med.* 2007; 28:141-68.
39. Grupo Zarina Prevención. Guía práctica de prevención de los trastornos de conducta alimentaria, Bulimia, Anorexia. 2^{da} edición. Gobierno de Aragón. 2010:5-47.
40. Bravo, M. y cols. Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Rev Cubana Pediatr* v.72 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2000
41. Miranda, L; González, W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Rev. Estomatol. Herediana* vol.29 no.1 Lima ene./mar. 2019
42. Paiva, S. Epidemiología de la caries dental en america latina. São Paulo 2014
43. Catalá, M. Cortés, O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. Departamento de Estomatología. Universidad de Valencia. España. *An Pediatr Contin.* 2014;12(3):147-51
44. González, A. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutr. Hosp.* vol.28 supl.4 Madrid jul. 2013
45. Kashket S, Van Houte J, Lopez LR, Stocks S. Lack of correlation between food retention on the human dentition and consumer perception of food stickiness. *J Dent Res* 2011; 70: 1314- 9.
46. Barbosa, J. Jimeno, F. Castelblanque, V. Bellet, L. La importancia de la dieta en la prevención de la caries. *Gaceta dental* 181, mayo 2007.
47. Jensen ME, Wefel JS. Effects of processed cheese on human plaque pH and demineralization and remineralization. *Am J Dent* 1990; 3(25): 217-23
48. Hidalgo, I; Duque, J; Pérez, J. La caries dental. Algunos de los factores relacionados con su formación en niños. *Rev Cubana Estomatol* v.45 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar 2008
49. Colectivo de autores. Guías Prácticas. Cap. 8. Indicadores epidemiológicos. MINSAP. 2004.
50. González-Mora, Stephanie; Arguedas-Madrigal, Ana Victoria; Montero-Aguilar, Mauricio “Estudio comparativo de los métodos dientes perdidos obturados y cariados, sistema internacional de diagnóstico y detección de caries y el método snyder en la detección de caries en niños de 7 a 12 años” Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica San José, Costa Rica. *Revista Científica Odontológica*, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 13-19

51. Iruretagoyena, A. Indicadores epidemiológicos. Wilde Provincia de Buenos Aires. Argentina. Junio 2020.
52. Pérez Luyo, Ada G. La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental Revista Estomatológica Herediana. Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú. vol. 15, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 82-85
53. Bermúdez, L. González, M. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Medicentro Electrónica vol.20 no.3 Santa Clara jul.-set. 2016
54. Hernández, S. y cols. Necesidad de tratamiento periodontal e higiene oral en pacientes Garantías Explícitas en Salud de 60 años ~ de Punta Arenas. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016; 9 (1): 79-83
55. Muñoz, L. Reveladores de placa. World's Hygienist. Colegio profesional de higienistas dentales de madrid. Septiembre del 2017.
56. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. 2011
57. Inocente, D, Pachas, M. Educación para la Salud en Odontología Revista Estomatológica Herediana, vol. 22, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 232-241 Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú
58. Merlo, O. Flúor: actualización para el pediatra. Artículo de revisión. *Pediatr Py*, Vol.31;Nº2;2004
59. García, M. El flúor, pros y contras. *Gaceta dental*. septiembre, 2011
60. OMS. Fluoruros y Salud. Serie de monografías 59- 1ª ed- Ginebra- OMS 1972.
61. Documento de Consenso de la European Academy of Pediatric Dentistry con la Sociedad Española de Odontopediatría 2010.
62. Faleiro, S. y cols. Uso de los sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en la población infanto-juvenil: Revisión Metodológica de Ensayos Clínicos. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 6(1); 14-19, 2013
63. Barrancos M. *Operatoria dental-integración clínica*. Editorial Médica Panamericana, cuarta edición, 2006; 1603.
64. Manau, C. Zabalegui, I. Noguero, B. Control de placa e higiene bucodental. *Rcoe* vol.9 no.2 mar./abr. 2004
65. Kortemeyer, B. Técnicas de cepillado y ámbitos de aplicación. *ELSEVIER. Quintessenz Team-Journal*. 2012;40:441-5
66. Contreras, J. De la Cruz, D. Castillo, I. Arteaga, M. Dentífricos fluorurados: composición. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 17(2):114-119, 2014.

67. Viscasillas A, Juvé J, Pozo AD. Pastas en cosmética: conceptos generales y elementos para su formulación. *Aula de la farmacia*. 2007; 3(34): 68-73.
68. Echevarría-Mendieta S, Romero-Velarde M, Villena Sarmiento R. Mantenedor de Espacio Estético - Funcional en Odontopediatría: Reporte de caso. *KIRU*. 2019; 16(2): 81 - 91. <https://doi.org/10.24265/kiru.2019.v16n2.05>
69. Laing E., Ashley P., Farhad BN., Daljit SG. 2009. Space maintenance. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 19:155–162.
70. Adame, J. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de monterrey, n. L., México. Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Odontología, Enero,2012.
71. Ávalos, J. y cols. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Kiru*. 2015 ene-jun;12(1):61-5
72. Rodríguez C. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7.º y 8.º básico de la ciudad de Santiago [Tesis para optar el título de cirujano-dentista]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Odontología; 2005
73. Ponce-Andrade Richard E., Carlos E. Veliz-Vela, Carlos A. Delgado-Delgado. Conocimiento de salud bucal en pacientes mayores de 15 años en Manta, Ecuador. Vol. 4, núm. 1, enero, 2018, pp. 473-482.
74. Tailco MCF. Nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores en educación primaria. 2018.
75. Shodan, M., Prasad, K. and Javali, S., 2011. School teachers' knowledge of oral disease prevention: a survey from Dharwad, India. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 3(1).
76. Bustamante, W. Evaluación del nivel de conocimiento en salud oral de docentes preescolares y escolares del cantón Déleg de la provincia del Cañar, 2018.
77. Contreras I, Contreras E, Araneda P & Solís B. Oral health status in 12 to 17-year-old school children from Valle Nonguén, Concepción, 2013. *J Oral Res* 2013; 2(3): 109-113.
78. Ortega-Maldonado M, Mota-Sanhua V, López-Vivanco J. Estado de Salud Bucal en Adolescentes de la Ciudad de México. *Rev Salud Públ*. 2007; 9(3): 380-387
79. Vélez y cols. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Rev. Estomatol. Herediana* vol.29 no.3 Lima jul./sep 2019

80. Ramírez-Puerta B, Molina-Ochoa H, Álvarez-Sánchez L. Fluorosis dental en niños de 12 y 15 años del municipio de Andes. *Rev CES Odont.* 2013;26(2):11–21.
81. Taboada, O. Rodríguez, K. Prevalencia de placa dentobacteriana y caries dental en el primer molar permanente en una población escolar del sur de la Ciudad de México. Artículo de Investigación. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2018;75:113-118
82. Agreda M, Hernández M, Salinas P, Acevedo J, Acostai G, Chacón C, et al. Presencia de placa dental en alumnos de quinto grado de la Escuela Básica “Eloy Paredes”. Mérida, Venezuela. *MedULA.* 2008;17:95-9
83. Dho MS. Consumo de alimentos cariogénicos en adultos de la Ciudad de Corrientes, Argentina. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(2): 90-101.
84. Alcaina, A. y cols. Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de la alimentación en niños en edad escolar. *Acta Pediátrica Española.* 2016; 74(10): 246-252.
85. Navarro AB, González A, Javier Gil F, Rioboo R. Caries del biberón. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 1999;1:607-622..
86. Cui L, Li X, Tian Y, Bao J, Wang L, Xu D, et al. Breastfeeding and early childhood caries: A metaanalysis of observational studies. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017;26(5):867–80.
87. Chaffee BW, Feldens CA, Vítolo MR. Association of long-duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models. *Ann Epidemiol [Internet].* 2014;24(6):448–54.
88. Maldonado Ramírez, M. A. González Hernández, A. Huitzil Muñoz, E. E. Isassi Hernández, H. & Reyes Flores, R. (2021). Lactancia materna y caries de la infancia temprana. *Revista De Odontopediatría Latinoamericana,* 6(2).

ANEXOS

Anexo 1: Autorización de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga G.”



Unidad Educativa
“CAPITÁN EDMUNDO CHIRIBOGA G.”
Estudio, Trabajo y Disciplina
Riobamba – Ecuador



Oficio N° 64 R-UECECH
Riobamba, 04 de mayo del 2021

Señorita
Diana Carolina Reinoso Cobos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Presente.

De mi consideración:

A nombre de la Unidad Educativa “Capitán Edmundo Chiriboga” reciba un cordial y atento saludo, a su vez me permito informar que en respuesta al oficio sin número con fecha 4 de mayo del 2021 dirigido hacia mi persona y que en su parte central manifiesta “(...) *solicitar muy comedidamente se digne en otorgarme la **AUTORIZACIÓN** para coordinar con padres de familia y estudiantes de Segundo Año de Educación General Básica, la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución del micro proyecto titulado “Nivel de conocimiento sobre salud oral de profesores, padres de familia y escolares. Sector 1. Riobamba, 2021” (...)*”. Al respecto en calidad de Rector (E) de la Institución se **AUTORIZA** su solicitud tomando en cuenta el **Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O** con fecha 31 de marzo firmado por Mgs. Wilson Antonio Molina Machado Director Distrital de Educación 06D01 – Chambo Riobamba, ruego coordinar con las compañeras tutoras de **SEGUNDO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA PARALELO A, B, C y D**, grados con los cuales se desarrollará dicha actividad recomendando cuidar de no afectar el desenvolvimiento normal de clases.

Particular que comunicó a Usted para los fines consiguientes.

Atentamente;

MSc. Joe Guamán
RECTOR



Anexo 2: Autorización del Distrito

MINISTERIO DE EDUCACION

Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O

Riobamba, 31 de marzo de 2021

Asunto: COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación.

Señor Odontólogo
Carlos Alberto Alban Hurtado
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E, COMPROMISO CIUDADANO; Of. N°. UNACH-FCS-DCO-2021-162-TT; Dr. Carlos Albán Hurtado; Director de Carrera de la UNACH; solicitando la autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación. Al respecto este Distrito Educativo 06D01 Chambo Riobamba, comunica que luego de haber revisado el documento, **autoriza** su solicitud, para que de una manera coordinada con las autoridades institucionales se pueda llevar a cabo dicha actividad, al tiempo de indicar que se debe cuidar de interrumpir el normal desenvolvimiento del horario de clases, de manera significativa.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Wilson Antonio Molina Machado

DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACIÓN 06D01 - CHAMBO RIOBAMBA

Referencias:

- MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0600-E

Anexos:

- of_n°_unach-fcs-dco-2021-162-tt_dr_carlos_albán_hurtado.pdf

hv/ot

Dirección: Av. Amazonas N34-451 y Av. Atahualpa.
Código postal: 170507 / Quito-Ecuador
Teléfono: 593-2-396-1300 - www.educacion.gob.ec

* Documento generado por Uupux



Anexo 3: Historia Clínica

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		Nº HISTORIA CLINICA	
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS		EMBARAZADA			

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS, CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMOFRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENFERMEDAD CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA <small>min.</small>	TEMPERATURA <small>°C</small>	F. RESPIRATORIA <small>min.</small>
------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

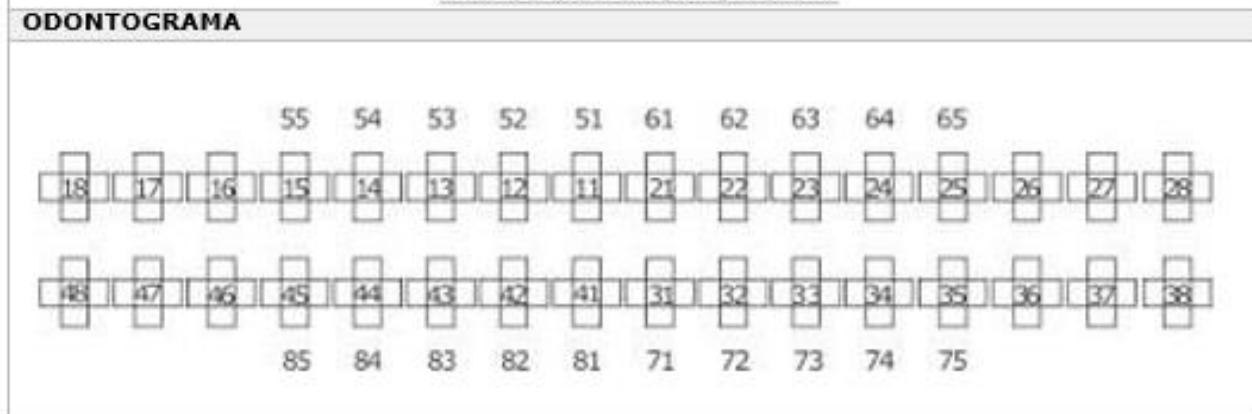
* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	— PRÓTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X _{rojo} EXTRACCIÓN INDICADA	□ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X _{azul} PÉRDIDA POR CARIES	(—) PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008

ODONTOLOGÍA (1)

52

ÍNDICE DE PLACA O'LEARY



ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN TEMPORAL	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIES TENDIAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
íPO= _____ x 100 = _	



ÍNDICE DE PLACA DENTICIÓN TEMPORAL.		
ÍNDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN PERMANENTE	$O'Leary = \frac{\text{SUPERFICIES TENDIAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
íPO= _____ x 100 = _	



ÍNDICE DE PLACA DENTICIÓN PERMANENTE		
ÍNDICE DE O'LEARY	INTERPRETACIÓN	CANTIDAD
Menor 20%	Aceptable	
20.1% a 30%	Cuestionable	
Mayor 30.1% a 100%	Deficiente	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE	
UNACH		CLINICA INTEGRAL				PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD										
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO										
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS					
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA										
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS					
NOMBRE DEL CIRUJANO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA										
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA					
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS					
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO		FIRMA	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE										
									FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD										
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD										
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD										
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA										
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS										
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO										
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)										
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.										
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMSIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO										
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL										
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANA		FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 4: Cuestionario dirigido a padres de familia

**CUESTIONARIO DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y DE DIETA DIRIGIDO
HACIA PADRES DE FAMILIA**

1.-Sexo:

- a) Varón
- b) Mujer

2.- Edad:

3.- Curso:

4.- Lugar de Nacimiento:

5.- Nivel de estudios del padre:

- a) Sin titulación
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Universitario

6.- Nivel de estudios de la madre:

- a) Sin titulación
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Universitario

7.-Número de Hermanos:

8.- Puesto que ocupa:

Higiene Oral

9.- ¿A qué edad empezó a cepillarse su hijo los dientes?

.....

10.- Tipo de cepillo que utiliza:

- a) Manual
- b) Eléctrico

11.- ¿Cuántas veces se cepilla su hijo los dientes?

- a) No todos los días
- b) A diario
- c) 1 vez
- d) 2 veces
- e) 3 veces o más

12.- ¿Cuánto tiempo se cepilla su hijo los dientes (minutos)?

- a) 0-1
- b) 1-2
- c) Más de 2

13.- ¿Usa pasta dental?

- a) Si
- b) No

14.- Enjuagues con flúor

- a) Diarios
- b) Semanales
- c) Quincenales
- d) No realiza

15.- ¿Utiliza algún método para el control de la placa bacteriana?

- a) Seda Dental
- b) Revelador de placa
- c) Colutorios
- d) No usa

16.- Supervisión del cepillado

- a) Hermano
- b) Padres
- c) Lo realiza solo

17.- Visitas al dentista

- a) 1 vez al año
- b) 2 o más veces al año

18.- Acuden regularmente los padres al dentista?

- a) Si
- b) No

19.- Lactancia Materna

- a) Si
- b) No/ Hasta que edad:

20.- Utilización de biberones nocturnos o mientras duerme el niño

- a) Si
- b) No

21.- ¿Ha utilizado chupete?

- a) Si
- b) No/ Hasta que edad:

22.- Utilización del chupete impregnado en sustancia azucarada (miel, leche condensada, azúcar, etc.)

- a) Si
- b) No

23.- ¿Se chupa el dedo?

- a) Si
- b) No/ Hasta que edad:

24.- ¿Se muerde las uñas?

- a) Si
- b) No /Hasta que edad:

25.- ¿Aprieta los dientes por la noche?

- a) Si
- b) No

26.- ¿Se despierta por la noche?

- a) Si
- b) No

27.- ¿Ronca por la noche?

- a) Si
- b) No

Hábitos alimentarios

28.- Número de comidas diarias

- a) 3
- b) 4
- c) 5

29.- ¿Picotea entre horas?

- a) Si
- b) No

30.- Consumo de golosinas

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

31.- Consumo de chicles

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

32.- Consumo de bollería (galletas, donuts, huesitos, etc.)

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

33.- Consumo de snacks (patatas fritas, gusanitos de goma, etc.)

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

34.- Consumo de fruta

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

35.- Consumo de refrescos azucarados y zumos envasados

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

36.- Consumo de Agua

- a) 2 vasos al día
- b) 3-4 vasos al día
- c) 4-6 vasos al día

37.-Consumo de lácteos/ probióticos

- a) A diario
- b) 2-4 días a la semana
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

38.- Consumo habitual de medicamentos

- a) Inhaladores
- b) Jarabes
- c) Masticables

39.- Limpieza oral luego de tomar medicamentos

- a) Si
- b) No

Referencia:

1. Alcaina Lorente, O. Cortez Lillo, M.D. Galera Sánchez, S. Guzmán, Pina, M. Canteras Jordana. Caries dental: Influencia de los hábitos de higiene bucodental y alimentación en niños de edad escolar. Acta Pediatr Esp. [Internet] 2016 [29 de febrero de 2021]; 74 (10): 246- 252. Disponible en:
file:///C:/Users/Anah%C3%AD%20Buitr%C3%B3n/Downloads/Original_Caries_dental.pdf

Anexo 5: Encuesta dirigida a profesores

-Encuestas sobre salud oral y hábitos a profesores de educación inicial.

CUESTIONARIO PRINCIPAL:

I. DATOS GENERALES:

Edad: ----- años.

Distrito donde vive:

Género: -----

Tiempo de experiencia ----- años.

II.- CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL.

Instrucciones: Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

1.- ¿Cuáles son los medios auxiliares de higiene bucal?

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) Flúor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental ()
- d) palillos, cepillo dental, enjuague bucal. ()

2. ¿Cuándo debo cepillarme los dientes?:

- a) Antes del desayuno. ()
- b) Después del desayuno. ()
- c) Antes de acostarme. ()

d) Después de todas las comidas. ()

3.- ¿Por qué características se debería cambiar el cepillo dental?

a) En cuanto sienta que me lastima las encías ()

b) En cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. ()

c) solo a y b ()

d) En cuanto haya transcurrido unos 2 meses ()

4.- ¿Para qué sirve el flúor dental en gel aplicado por vía tópica?

a) Para cambiar de color a los dientes ()

b) Para enjuagarse la boca ()

c) Para darle más resistencia al esmalte de los dientes ()

d) Para aumentar la saliva ()

5.- ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

a) Si ()

b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor. ()

c) No, porque les pica mucho y no les gusta. ()

d) No, porque inflama las encías. ()

6. ¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?

a) Al erupcionar el primer diente ()

b) Desde que nace ()

c) Cuando le duela algún diente ()

d) Cuando le salgan todos sus dientes ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES

BUCALES 7. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de dulces y comida ()
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) Manchas amarronadas en los dientes. ()

8. ¿Qué es la caries de biberón?

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta a los dientes de leche ()
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) todos ()

9. ¿Considera, a la caries una enfermedad contagiosa?

- a) si, porque es transmitida por medio de la saliva por tener la costumbre de besar a los hijos en la boca. ()
- b) si, porque es producida por la concurrencia de bacterias específicas ()
- c) No, porque el diente cariado es el afectado y éste no contagia a los demás. ()
- d) sólo a y b.

10. ¿Qué es la gingivitis?

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de los dientes ()
- c) Inflamación del labio ()
- d) Inflamación de las encías ()

11. ¿Qué es la enfermedad periodontal?

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los tejidos de soporte del diente ()

- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) Es relativamente frecuente en jóvenes y adolescentes ()

12. ¿Por qué considera principalmente que a una persona le sangran las encías espontáneamente?

- a) Porque se cepilla varias veces. ()
- b) Porque la encía esta inflamada. ()
- c) Porque no visita al dentista. ()
- d) Porque se lastima al cepillarse. ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

13. ¿Cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?

- a) A las 6 semanas de gestación ()
- b) Al segundo trimestre de gestación ()
- c) Al segundo trimestre de nacido ()
- d) Al primer trimestre de gestación ()

14. ¿Cuántos tipos de dentición tienen los niños de 8 años?

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) 3 ()
- d) 4 ()

15. ¿Cuántos dientes de leche tienen los niños?

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 24 ()

d) 15 ()

16 ¿Cuándo aproximadamente aparecen en boca los dientes de un bebé?

a) A los 3 meses de nacido ()

b) A los 6 meses de nacido ()

c) A los 8 meses de nacido ()

d) Al año de nacido. ()

17. ¿Son importantes los dientes de leche?

a) Sí, porque sirven para la masticación ()

b) Sí, porque guardan el espacio a los dientes del adulto ()

c) No, porque al final se van a caer ()

d) a y b ()

18.- ¿Un diente de leche con caries afecta al diente que va a salir después?

a) Si afecta, salen con malformaciones, manchas a nivel del esmalte de los dientes permanentes ()

b) No afecta, ya que son dientes de leche y se mudan ()

c) No afecta a los dientes permanentes si se trata a tiempo. ()

d) solo a y c ()

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El cuestionario consta de 18 preguntas (respuestas múltiples) sobre conocimientos de salud bucal, a cada respuesta correcta se le asignó el valor de un punto. El cuestionario contiene los ítems necesarios para lograr los objetivos de esta investigación: Conocimiento sobre medidas preventivas (6 preguntas), conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas) y conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (6 preguntas).

Para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación primaria, se elaboró la siguiente escala valorativa:

- Alto (13-18 puntos)
- Regular (7-12 puntos)
- Bajo (0-6 puntos)

Referencia:

Huamanchumo Vaca LN. “Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación primaria del colegio la cantera del distrito la esperanza - la libertad, abril 2015” [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Chimbote – Perú: Universidad Católica de los Ángeles Chimbote; 2019.

PREGUNTAS ADICIONALES:

ENCUESTA #2:

- 1. ¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud?**
 - a. Si, es muy importante.
 - b. No, eso es parte de otra área.
 - c. Solo como partes de dinámicas.
 - d. Cuando amerite la situación o pregunte el niño.
- 2. En su opinión las acciones odontológicas deben ser:**
 - ----- Principalmente curativas.
 - ----- Principalmente preventivas.
- 3. ¿Considera importante hacer promoción de salud bucal en la escuela?**
 - SI ()
 - NO ()
- 4. ¿Los malos hábitos orales están relacionados con otras enfermedades del niño?**
 - SI ()

- NO ()

5. En nuestro medio la enfermedad bucal más común es la caries:

- SI ()
- NO ()

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

A cada cuestionario de preguntas aplicadas a maestros, se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base de 10 puntos, se evaluó: bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta. El resultado del cuestionario se calificó de la siguiente forma: (1).

○ Bien: 7 – 10 (más del 70 %)

○ Regular: 5 – 6 (de 51 % a 69 %)

○ Mal: 1-4 (menos del 50 %)

REFERENCIA:

1. Alain Soto U, Sexto Delgado N, Gontán Quintana.
Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros.
Medisur Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2014
Febrero; 12(1).

ENCUESTA #3

1. ¿A que edad debe utilizarse pasta dental en el cepillado del niño?

- ✓ 0 años ().
- ✓ 1 año ().
- ✓ 2 años ().

- ✓ 3 años ().
- ✓ 4 años ().
- ✓ 5 años ().
- ✓ 6 años ().
- ✓ 7 años ().
- ✓ Otra edad ().

2. ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad caries dental?

- ✓ Queso y leche ().
- ✓ Verduras ().
- ✓ Pescado y mariscos ().
- ✓ Todas ().
- ✓ No sabe ().

3. ¿Usted sabe si las pastas dentales contienen flúor?

- ✓ Si, si contienen ().
- ✓ Si, no contienen ().
- ✓ No, no sabe ().

4. ¿Sabe cuantos dientes de leche tiene un niño?

- ✓ 10 ()
- ✓ 20 ()
- ✓ 24 ()
- ✓ No sé.

REFERENCIA:

Arriagada Monsálvez V. Conocimientos en salud bucal de los educadores de preescolares y escolares de tres establecimientos educacionales de la Comuna de Cochrane, XI Región de Aysén. Chile. [Magister]. Chile: Universidad Andrés Bello; 2017.

ENCUESTA #4

Expresa lo que entiende por:

1. Salud

I. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social ().

II. Condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar netamente físico ().

III. Crear condiciones más favorables para resistir la enfermedad y evitar la presencia de la enfermedad ().

Enfermedad

I. Actividad en el campo social que incluye a la población como un todo, que depende de la participación del público ().

II. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes ().

III. Falta o limitación de alguna facultad física que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona ().

3. Promoción

I. Conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles para otros ().

II. Medios que posibilitan la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca ().

III. Intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales ().

4. La causa fundamental de la aparición de las caries y enfermedad de la encía es

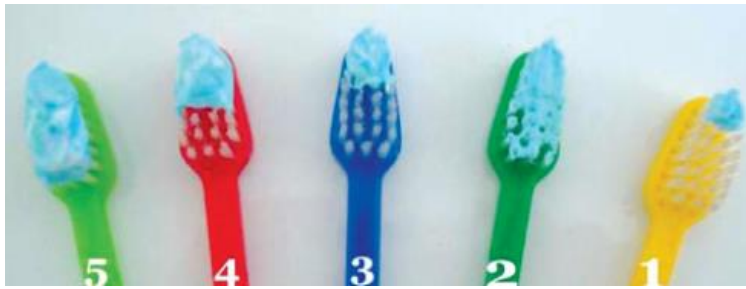
I. Mala Alimentación ()

II. Mal posición dentaria ()

III. Falta de Higiene ()

5. ¿Qué cantidad de pasta dental coloca en el cepillo de los niños?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()



REFERENCIA:

Bustamante Campoverde WH. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL DE DOCENTES PREESCOLARES Y ESCOLARES DEL CANTÓN DÉLEG DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR. [Tesis para la obtención de título de odontólogo]. Quito – Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018.

Anexo 6: Encuesta dirigida a estudiantes

Artículo: Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros

Encuesta de conocimientos sobre salud bucal para estudiantes del 6to grado

Querido amiguito, necesitamos que contestes las siguientes preguntas que nos permitirán conocer lo que sabes sobre tu salud bucal y así poder enseñarte como mantener saludables tus dientes y otras partes de la boca. Marca con una cruz la respuesta que consideres correcta (solo una)

Gracias.

1. ¿Cuándo crees que es necesario asistir al odontólogo o dentista?

- Cuando tienes dolor de muelas.
- Dos veces al año a revisarte.
- Cuando tienes caries dental (diente o muela picada) y no te duele.

2. ¿Por qué hay que curar la caries dental (diente o muela picada)?

- Hay que curarla porque los dientes y muelas hacen falta para masticar, hablar, y lucir bien.
- No importa curarla porque luego te sacas la muela.
- Hay que curarla porque luego duelen los dientes y muelas.

3. ¿Cuáles de los siguientes alimentos favorecen la aparición de la caries dental (diente o muela picada)?

- Refrescos, batidos.
- Dulces, caramelos, panes.
- Carnes, pescado, frutas, viandas, vegetales, huevos.

4. ¿Cuál de las siguientes medidas es más útil para evitar la caries dental (diente o muela picada)?

- Cepillarse todos los dientes dos veces al día después de las comidas.
- Cepillarse todos los dientes cuatro veces al día, o sea. Después de cada comida y antes de acostarse.
- Masticar chicles.

5. El cepillado correcto se realiza:

- De izquierda a derecha (horizontal).
- De arriba hacia abajo y de bajo hacia arriba (encía a diente) incluyendo la lengua.

----- De forma circular por todos los dientes.

6. El cepillado basta con realizarlo:

----- Al levantarse y acostarse.

----- Después del desayuno, almuerzo, comida y antes de acostarse.

----- Antes de desayunar.

7. El hilo dental se usa para:

----- Limpiar solamente los dientes de adelante en la cara del diente que vemos.

----- Limpiar solamente entre las muelas.

----- Limpiar todos los dientes, entre uno otro, donde no penetra el cepillo.

8. Las encías se enferman por:

----- Masticar los caramelos.

----- Los microbios que quedan sobre la encía al no cepillarse.

----- Comerse las uñas.

9. Las encías están enfermas cuando:

----- Están muy pálidas.

----- Son rosadas y pegadas al diente.

----- Están rojas, sangran y se inflaman.

10. Las malas posiciones (dientes botados) o malas oclusiones pueden ser provocadas por:

----- Solo comer alimentos blandos y no masticar.

----- Succionar el tete, biberón o dedo y sacarse dientes de leche antes de tiempo.

----- Respirar correctamente por la nariz.

11. Los tejidos de la boca se dañan o se irritan (se forman llaguitas) por:

----- Comer alimentos muy calientes, fumar, e ingerir bebidas alcohólicas.

----- Tomar alimentos muy fríos como helados.

----- Tener los dientes cariados (picados).

INTERPRETACIÓN:

La intervención propiamente dicha, consistió en la aplicación de un programa educativo mediante juegos didácticos y el software educativo Quiero sonreír. El objetivo principal fue desarrollar en el niño conocimientos, habilidades y hábitos para proteger su salud bucal y ejercer el autocuidado. Estuvo conformada por tres temas fundamentales: Cuido mi salud bucal, Viajemos por la boca y Cuando la boca no está bien. Estos fueron desarrollados mediante la consulta del software educativo Quiero sonreír situado en las computadoras de la escuela.

La evaluación de los resultados obtenidos luego de la intervención mediante la aplicación del programa educativo para la salud bucal, se desarrolló de diferentes formas: a través del desempeño de los niños durante la participación en los diferentes juegos didácticos, a través del módulo de comprobación del software educativo, en las actividades prácticas para mejorar el IHB y con la aplicación de la encuesta inicial una vez más. También el IHB fue calculado después de aplicar el programa. A cada cuestionario de preguntas aplicadas a los niños y a maestros, se le estableció una clave de respuestas y de acuerdo con el resultado de su puntuación sobre la base de 10 puntos, se evaluó de: bien, regular y mal. Este valor se obtuvo del resultado de la sumatoria de las respuestas de cada pregunta. El resultado del cuestionario se calificó de la siguiente forma:

- Bien: 7 – 10 (más del 70 %)
- Regular: 5 – 6 (de 51 % a 69 %)
- Mal: 1-4 (menos del 50 %)

También se evaluó el grado de satisfacción de los niños (dos grupos de diez niños cada uno) con respecto al programa, lo cual se desarrolló mediante el instrumento grupo focal. Para el análisis e interpretación de los resultados, se empleó el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas. Se aplicó la Prueba de Wilcoxon a muestras pareadas. Para determinar si existían diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos, se aplicó el Test de Mc Nemar, fijando un margen de error en 0,05.

LINK: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571/1395>

REFERENCIA:

Soto Ugalde, A., Sexto Delgado, N., & Gontán Quintana, N. (2013). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 24-34. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>

Anexo 7: Cuestionario preferencias alimentarias

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS ALIMENTARIAS PARA NIÑOS

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto le gustan y le disgustan los diferentes alimentos a su hijo. Si su hijo nunca comido un alimento, marque "Nunca lo ha probado".

1. Carne de vaca

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

2. Hamburguesas de carne

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

3. Cordero

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

4. Cerdo

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

5. Pollo

- Nunca lo ha probado

- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

6. Nuggets de pollo

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

7. Pavo

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

8. Tocino

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

9. Jamón

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

10. Salchichas

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco

- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

11. Pescado frito rebozado o pan rallado por ejemplo, dedos de pescado

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

12. Pescado blanco simple por ejemplo, bacalao, eglefino, pargo

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

13. Atún en lata

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

14. Huevos: hervidos, escalfados

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

15. Huevos: revueltos

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco

- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

16. Pan blanco

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

17. Pan moreno

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

18. Aperitivos salados, galletas de queso p. ej. Chedders, Tuc

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

19. Queso (procesado) por ejemplo, Dairylea, Kraft, cadenas de queso

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

20. Queso (duro) por ejemplo, queso cheddar

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

21. Queso (crema) por ejemplo, Filadelfia

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

22. Gachas de avena o Ready Brek

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

23. Cereales (sin escarcha ni con alto contenido de azúcar) por ejemplo, Weetabix, Cornflakes, Bran Flakes

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

24. Papas fritas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

25. Brócoli

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

26. Repollo

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

27. Coliflor

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

28. Judías verdes

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

29. Hongos

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

30. Cebollas

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

31. Chirivías

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

32. Chícharos

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

33. Ensaladas verdes por ejemplo, lechuga

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

34. Patatas dulces

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

35. Maíz dulce

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

36. Coles

----- Nunca lo ha probado

- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

37. Pepino

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

38. Zanahorias (crudas)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

39. Zanahorias (cocidas)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

40. Pimientos, rojos / verdes (crudos)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

41. Pimientos, rojos / verdes (cocidos)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco

- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

42. Tomates (frescos)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

43. Tomates (enlatados, como salsa para pasta)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

44. Manzanas (horneadas o en puré)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

45. Manzanas (crudas)

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

46. Plátanos

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

47. Naranjas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

48. Mandarinas, satsumas, clementinas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

49. Uvas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

50. Melón

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

51. Melocotones, nectarinas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

52. Peras

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

53. Ciruelas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

54. Fresas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

55. Frambuesas

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

56. Arándanos

----- Nunca lo ha probado
----- No me gusta mucho
----- No me gusta un poco
----- Ni me gusta, ni no me gusta
----- Me gusta un poco
----- Me gusta mucho

57. Mango

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

58. Fruta de kiwi

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

59. Piña

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

60. Mantequilla

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

61. Margarina

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

62. Crema

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho

- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

63. Galletas dulces (simples) por ejemplo, té rico, digestivos

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

64. Galletas de chocolate

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

65. Bollos, pasteles por ejemplo bollos, pasteles daneses

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

66. Tortas

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

67. Helado

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

68. Paletas de hielo

----- Nunca lo ha probado

----- No me gusta mucho

----- No me gusta un poco

----- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

69. Postres lácteos por ejemplo, mousse

----- Nunca lo ha probado

----- No me gusta mucho

----- No me gusta un poco

----- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

70. Yogur, queso fresco por ejemplo, Muller, Petits Filous

----- Nunca lo ha probado

----- No me gusta mucho

----- No me gusta un poco

----- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

71. Patatas fritas

----- Nunca lo ha probado

----- No me gusta mucho

----- No me gusta un poco

----- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

72. Chocolate

----- Nunca lo ha probado

----- No me gusta mucho

----- No me gusta un poco

----- Ni me gusta, ni no me gusta

----- Me gusta un poco

----- Me gusta mucho

73. Dulces por ejemplo, pastillas de frutas, Starburst

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

74. Arroz

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

75. Pasta

- Nunca lo ha probado
- No me gusta mucho
- No me gusta un poco
- Ni me gusta, ni no me gusta
- Me gusta un poco
- Me gusta mucho

INTERPRETACIÓN

Los datos sobre preferencias alimentarias se recopilaron con un cuestionario de informe de los padres de 114 elementos que se basó en listas de alimentos utilizadas en los análisis TEDS y un estudio de patrones de desarrollo de preferencias . Se preguntó a los padres sobre el gusto de cada niño por cada alimento, con 6 opciones de respuesta de la siguiente manera: me gusta mucho, me gusta, ni me gusta ni no me gusta, no le gusta, no le gusta mucho y nunca lo probó, lo cual se recodificó como perdido. Las respuestas se puntuaron 2 2, 2 1, 0, 1 y 2; por lo tanto, una puntuación de 0 indicaba una opinión neutral, los valores negativos indicaban desagrado y los valores positivos indicaban agrado

LINK:

<https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology-health-care/files/FPQ-child.pdf>

<https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology-health-care/files/Fildes-development-paper-FPQ-C.pdf>

