



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“CARACTERIZACIÓN DE SALUD ORAL EN ESCOLARES.
SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

Autor: Joselyn Lizeth Minango De La Torre

Tutor: Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

Riobamba – Ecuador

2022

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de sustentación del proyecto de investigación de título: **“CARACTERIZACIÓN DE SALUD ORAL EN ESCOLARES. SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021”**, presentado por **Joselyn Lizeth Minango De La Torre** y dirigido por el **Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado**, 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..... del mes de..... del año.....

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

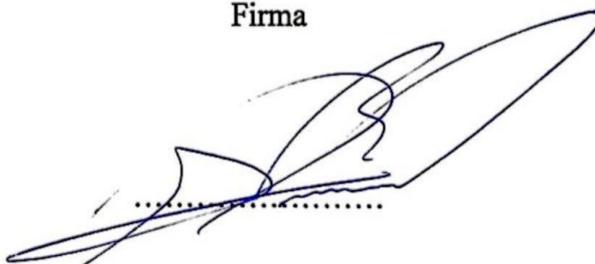
Tutor


.....

Firma

Dr. David Carillo Vaca

Miembro del Tribunal


.....

Firma

Dr. Juan Pablo Nieto Reyes

Miembro del Tribunal


.....

Firma

CERTIFICADO DEL TUTOR

El suscrito docente-tutor de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado CERTIFICA, que la señorita Joselyn Lizeth Minango De La Torre con C.I: 172524576-3, se encuentra apta para la presentación del proyecto de investigación: "CARACTERIZACIÓN DE SALUD ORAL EN ESCOLARES. SECTOR 4. RIOBAMBA, 2021." y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 22 de febrero en la ciudad de Riobamba del año 2021.

Atentamente,

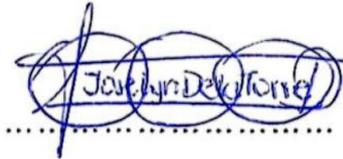
 **Dr. Carlos Albán**
ENDODONCISTA
0502531437

Dr. Carlos Alberto Albán Hurtado

DOCENTE – TUTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORÍA

Yo, Joselyn Lizeth Minango De La Torre, portadora de la cédula de ciudadanía número 172524576-3, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresamente 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.



Joselyn Lizeth Minango De La Torre

C.I. 1725245763

ESTUDIANTE UNACH

AGRADECIMIENTO

Primero agradezco a Dios por darme salud y vida durante este caminar, por no soltarme en ningún momento y darme la oportunidad de culminar mis estudios, ya que gracias a él hoy se cumple uno de mis sueños tan anhelados, a la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme sus puertas y hacerme sentir en mi hogar desde el primer momento que la pise brindándome la oportunidad de formarme como profesional, a cada uno de mis docentes de la carrera de Odontología que hicieron parte de este proceso integral de formación, por la dedicación, paciencia y esfuerzo diario que hicieron para impartir sus conocimientos, experiencias y consejos llenos de sabiduría, formando en mí un mejor ser humano y a la vez una buena profesional, mi respeto y admiración para todos ustedes; un sincero agradecimiento al Mgs. Dennys Tenelanda quien con mucha dedicación supo guiar con excelencia cada uno de los pasos requeridos para la culminación exitosa de este proyecto, de igual manera mi gratitud inmensa a mi tutor Dr. Carlos Albán, quien desde un inicio no dudo en brindarme su apoyo incondicional además de direccionarme con paciencia durante todo el desarrollo del proyecto.

Joselyn Lizeth Minango De La Torre

DEDICATORIA

Este logro cumplido es dedicado a mi mami, Vanessa De La Torre por su apoyo incondicional no solo en este tiempo de estudio universitario sino a lo largo de mi vida, por su esfuerzo diario por mí y mis hermanos, por su guía continua, cariño, oraciones, consejos, amor infinito, motivación, por ser mi ejemplo de profesionalismo, superación y perseverancia. A Klever por ser el apoyo y guía de la familia entera en cada momento.

Para mis queridos hermanos Matheo, Kristoff por ser motivo de mis alegrías y superación constante para su ejemplo, a Mikaela mi hermana por ser mi mejor amiga, mi ancla a tierra, mi compañera de sueños y vida, la que no me deja caer y me dio mucha fuerza en todo momento para terminar este proceso. A mis Abuelitos Miguel y Zoila mis segundos padres, por su cariño inmenso, por su sabiduría, por su preocupación de cada día y apoyo en todo lo que me proponga, a mi familia en general por estar pendientes de mi bienestar, gracias a todos por su confianza hacia mí y respaldo en cada paso que doy.

A Erick por ser mi mejor amigo, compañero y enamorado por no dejarme dar ni un paso atrás, por compartir sus conocimientos conmigo, por ser mi apoyo en momentos difíciles y compartir juntos los felices, pero sobre todo por ser mi mejor equipo en este camino universitario para cumplir esta meta juntos, a mis amigas, amigos y personas bonitas que llegaron a mi vida en estos años por cada momento y experiencias vividas, por convertirse en una segunda familia, gracias por estos años y por la compañía que nos hicimos, siempre los tendré en mi corazón.

Joselyn Lizeth Minango De La Torre

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I	15
MARCO REFERENCIAL.....	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. OBJETIVOS	19
4.1.1 Objetivo general	19
CAPITULO II.....	20
5. MARCO TEÓRICO	20
5.1 Salud	20
5.2 Salud bucodental.....	20
5.2.1 Nivel de conocimiento en Salud Oral	20
5.3 Consideraciones nutricionales del paciente	20
5.3.1 Sistema de orientación alimentaria	20
5.3.2 Patrones dietéticos	21
5.3.3 Malnutrición	21
5.3.4 Subnutrición.....	21
5.3.5 Trastornos alimentarios	21
5.4 Caries Dental	22
5.4.1 Definición	22
5.4.2 Epidemiología	23
5.4.3 Factores etiológicos	23
5.4.3.1 Alimentos.....	24
5.4.4 Índice de Caries	25
5.4.5 Placa Bacteriana.....	25
5.5 Métodos de prevención de caries.....	26

5.5.1 Educación en la Salud Oral.....	27
5.5.2 Fluoruros	27
5.5.3 Sellantes	27
5.5.4 Control mecánico de placa.....	27
5.5.5 Pastas dentales	29
5.6 Mantenedores de Espacio	29
6. METODOLOGÍA	30
6.1 Tipo de Investigación	30
6.2 Diseño de Investigación.....	30
6.3 Población	30
6.4 Muestra	30
6.5 Criterios de Selección	30
6.6 Entorno	30
6.7 Técnicas e Instrumentos	30
6.8 Análisis Estadístico	31
6.10. Operacionalización de variables	33
6.10.1 Variable independiente	33
6.10.2 Variable dependiente	33
7. RESULTADOS	34
8. DISCUSIÓN	47
9. CONCLUSIONES	50
10. RECOMENDACIONES	51
11. BIBLIOGRAFÍA	52
12. ANEXOS	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1. Índice de placa (Permanente) por sexo.	39
Gráfico Nro. 2. Índice de placa (Temporal) por sexo.	40
Gráfico Nro. 3. Índice de placa (Permanente) por edad.	41
Gráfico Nro. 4. Índice de placa (Temporal) por edad.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1. Operacionalización de la variable independiente: Caracterización.....	33
Tabla Nro. 2. Operacionalización de la variable dependiente: Salud oral en estudiantes. ..	33
Tabla Nro. 3. Análisis de las características sociodemográficas	34
Tabla Nro. 4. Estadísticos descriptivos de los índices de salud oral por sexo	35
Tabla Nro. 5. Índices de salud por nivel de estudios de la madre	36
Tabla Nro. 6. Índices de salud por nivel de estudios del padre	37
Tabla Nro. 7. Niveles índice ceo-d y nivel de conocimiento de los estudiantes.	38
Tabla Nro. 8. Índices de placa relacionados al nivel de conocimiento de los estudiantes. .	38
Tabla Nro. 9. Niveles de ceo-d por sexo	39
Tabla Nro. 10. Ceo-d niveles por edad	41
Tabla Nro. 11. Ceo-d niveles por edad	43
Tabla Nro. 12. Prueba Chi cuadrado -Ceo-d niveles por edad	43
Tabla Nro. 13. Ceo-d niveles por sexo	44
Tabla Nro. 14. Prueba Chi cuadrado -Ceo-d niveles por sexo	44
Tabla Nro. 15. Prueba t de student de muestras independientes H3.....	45
Tabla Nro. 16. Prueba t de student de muestras independientes H4.....	46

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía Nro. 1.	Cronograma de recolección de datos.....	31
Fotografía Nro. 2.	Diagnóstico intraoral	32

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de establecer la caracterización de salud oral en escolares del sector 4 de la ciudad de Riobamba año 2021, mediante sus índices de salud oral, sus características sociodemográficas, el conocimiento sobre salud bucal. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional de corte transversal no experimental. La muestra estuvo compuesta por 33 estudiantes con sus respectivos representantes del 2do año de general básica, las técnicas usadas para la recolección de datos fueron la observación y la encuesta, y como instrumentos la historia clínica del Ministerio de Salud Pública y un cuestionario de "Hábitos de higiene oral y dieta" dirigida hacia padres de familia, el cual fue validada por constructo. Este estudio estableció que el índice ceo-d entre sexos se clasificó como alto con índice 5,7 en sexo femenino y 5,4 en masculino, el índice de placa fue deficiente en ambos sexos en dentición temporal y permanente, también existen variables que determinan el nivel de ceo-d y placa dental como: la edad la que estadísticamente obtuvo diferencias significativas ($p=0,034$; $p=0,033$); además, se considera a la edad como un factor que determina el índice de placa dental ya sea temporal o permanente, el nivel de instrucción de los padres tuvo relación con el índice de placa permanente ($p=0,008$); de igual manera se encontró valores que no presentaron significancia ($p=0,609$) estableciendo la no relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo de los niños.

Palabras clave: Salud oral, Índice de placa, Caries dental

ABSTRACT

The present research work was carried out to establish the characterization of oral health in school children of sector 4 of Riobamba in the year 2021 through their oral health indexes, their sociodemographic characteristics, and their knowledge about oral health. The research was descriptive, observational, and non-experimental cross-sectional. The sample was composed of 33 students with their respective representatives in the 2nd year of primary general education. The techniques used for data collection were observation and survey. As instruments, the clinical history of the Ministry of Public Health and a questionnaire on "Oral hygiene habits and diet" were addressed to parents, which was validated by construct. This study established that the DMFT index between sexes was classified as high, with an index of 5.7 in females and 5.4 in males. The plaque index was deficient in both sexes in the primary and permanent dentition. Some variables determine the CEO-d and dental plaque levels, such as age, which statistically obtained a high index of 5.7 in females and 5.4 in males: age which statistically obtained significant differences ($p=0.034$; $p=0.033$). In addition, age is considered a factor was determining the dental plaque index, whether temporary or permanent. The parent's level of education had a relationship with the permanent plaque index ($p=0.008$); likewise, values were found that did not present significance ($p=0.609$), establishing no relationship between the levels of CEO-d caries index and the sex of the children.

Keywords: Oral Health, Plaque index, Dental caries.



Firmado electrónicamente por:
LORENA DEL
PILAR SOLIS
VITERI

Reviewed by:

Mgs. Lorena Solís Viteri

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 0603356783

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es una condición de bienestar en todo nivel ya sea función, estructura, estética y psicosocial, siendo imprescindible para todo el sistema general y la calidad de vida de las personas debido a que es un reflejo de la salud del cuerpo, teniendo mucha importancia en todas las edades ya que su alteración pueden afectar la manera de vivir de la persona que la padece.^{(1) (2)}

El conocimiento de los padres sobre la salud oral es fundamental ya que ayuda a generar una prevención y establecer un buen estado bucal en los niños a futuro, el conocimiento que adquiere el niño depende del conocimiento de los padres o tutores quienes imparten enseñanzas sobre el buen cuidado de su cavidad oral desde edades tempranas lo cual se convierte en buenos hábitos como: el correcto cepillado dental, buena alimentación y visitas constantes al odontólogo beneficiando así no solo la salud oral sino su bienestar general.⁽³⁾⁽⁴⁾

El conocimiento de los padres sobre salud oral tiene una relación directa con los hábitos que adquieren los hijos por lo cual si hay una falta de conocimiento por su parte no solo les afectará a ellos como adultos sino también a sus niños mediante la aparición de patologías bucodentales como la caries que conlleva a pérdidas dentales prematuras y posteriores maloclusiones además que favorecerá a que los niños adquieran malas actitudes que se trasladen a sus generaciones futuras.^{(3) (5)}

El trabajo investigativo ha realizado fue tipo descriptivo, observacional de corte transversal, las técnicas utilizadas fueron observación y encuesta con instrumentos la historia clínica y cuestionario para recolectar los datos respectivamente, este estudio tuvo por objetivo establecer la caracterización de salud oral en escolares del sector 4 ciudad de Riobamba año 2021, determinar los índices de salud oral en relación con sus características sociodemográficas, analizar el conocimiento sobre salud oral de estudiantes además de asociar los índices de salud oral y sus características sociodemográficas. La importancia de esta investigación radica en que los datos obtenidos no solo sirvieron a los participantes sino para que a futuro mediante estos resultados instituciones públicas o privadas logren implementar, fomentar y establecer nuevos además de mejorados programas de promoción y prevención sobre salud bucal, mediante métodos que sean participativos de los cuales la población pueda adquirir nuevos conocimientos para el cuidado de la salud oral no solo de sus hijos sino para su persona misma, cambiando el estilo de vida y controlando uno de los principales factores de las enfermedades bucodentales que es el desconocimiento.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades en la cavidad oral son las principales cargas de los departamentos de salud en diversos países, afectan la vida de las personas y causan dolor, mucho malestar, deformaciones en algunas ocasiones e incluso la muerte en etapas más avanzadas. ⁽⁶⁾

Se conoce que la caries dental tiene un efecto negativo en la calidad de vida de aquella persona que la posea, pero en especial de los niños gracias a que causa dolor, infecciones y mayor probabilidad de hospitalización por complicaciones, además que en los padres también afecta debido a los altos costos de tratamiento cuando la enfermedad ha progresado, noches sin conciliar el sueño, días de trabajo ausentes y angustia por la salud del infante.⁽⁷⁾

La OMS menciona que alrededor de 3.500 millones de personas en el mundo padecen enfermedades bucales. Entre ellas, la incidencia de caries dental en los dientes permanentes es la más alta. Se estima que 2.300 millones de personas en el mundo presentan caries dental en sus dientes permanentes y en los dientes deciduos sobrepasa los 530 millones.⁽⁶⁾

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud menciona que incluso en los países desarrollados, del 60% al 90% de los niños en edad escolar presentan caries dental, ⁽⁸⁾ de igual manera existe información en Latinoamérica la cual se menciona que hay una alta prevalencia de caries en escolares en Chile la prevalencia alcanza un 70,3% en niños de 6 años mientras que en Perú y Colombia sobrepasa el 50% con 85,6 %y 51%, en estudios realizados en Ecuador describen su presencia en 75,6% en la población escolar entre 6 y 15 años de edad.⁽⁹⁾

Una investigación realizada en Quito sobre la 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 en el CIBV Manuela Cañizares halló que los niños tenían una prevalencia de caries del 26,7%, el índice ceo-d medio fue de 1,18; mientras que los padres de familia obtuvieron un promedio de 7,53 en la prueba de conocimientos.⁽¹⁰⁾

En el caso particular de esta investigación la problemática se presentó en el contexto de determinar la caracterización de la salud oral en escolares basado en los datos

sociodemográficos y como estos influyen a la calidad de salud oral en los niños, también determinar los índices de salud oral y establecer el conocimiento de los niños comparándolos uno con otro.

3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la salud oral ha sido uno de los pilares que resguardan la salud general del niño, es un derecho humano imprescindible, contribuye al bienestar físico, mental y social además que tiene un fuerte impacto en la calidad de vida.⁽¹¹⁾

La educación en salud bucal en niños debe empezar a edades muy tempranas reduciendo la aparición de caries y evitando el desarrollo de hábitos perniciosos a nivel oral, este período de edad es el ideal para intervenir y crear hábitos saludables en cada niño con el fin de establecer una conducta para protección de las piezas temporales y perdurar hasta las permanentes dentro de las cuales se ira inculcando un correcto cepillado dental, control de la dieta alta azucres y carbohidratos, complementándola con visitas regulares al odontólogo.⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾

Se ha demostrado que los hábitos y conocimientos sobre salud oral que los padres tengan afectaran ya sea positiva o negativamente al estado bucal del niño ya que son ellos los encargados de transmitir los primeros hábitos de higiene oral preservando así saludable su cavidad oral, lastimosamente no todos tienen el conocimiento ni la información necesaria para poder impartirla sus hijos de una correcta manera lo cual se ve reflejado en las piezas dentales y tejidos adyacentes.⁽¹³⁾

El desconocimiento sobre salud bucal por parte de los padres y profesores que están a cargo de los niños puede causar a futuro diversas apariciones de enfermedades bucales las cuales afecten la calidad de vida de quienes las padecen: como la caries principalmente que provoca un gran impacto en la vida de los niños, por lo cual es muy importante el conocimiento de su prevalencia ya que una persona con problemas bucodentales afecta la económica no solo de la familia que la rodea sino también del estado que debe garantizar su bienestar.⁽¹⁴⁾

Por lo cual el presente proyecto se enfocó en establecer la caracterización de salud oral en escolares del sector 4 en Riobamba y determinar los índices de salud oral en relación con sus características sociodemográficas, analizar el conocimiento sobre salud oral de estudiantes y además asociarlos con los índices orales de los escolares; mediante esta investigación se conoció el estado de salud bucal mediante índice CPO-D, ceo-d y placa para que así los padres pudieran acceder a los datos para así acudir al odontólogo y dar solución a las patologías presentes en la boca del escolar ,de igual manera se conoció las falencias de

padres y profesores con respecto a información del cuidado bucal en los menores que están a su cuidado.

Esta investigación aportara información base al personal de salud área en especial al área de odontología además de futuras investigaciones para implementar nuevos y mejorados programas de promoción y prevención de salud bucal, mediante métodos que sean participativos de los cuales la población pueda adquirir nuevos conocimientos para el cuidado de la salud oral no solo de sus hijos sino en su persona, generando así un efecto autoeducación, un nuevo estilo de vida saludable y controlando uno de los principales factores de las enfermedades bucodentales que es el desconocimiento.

Este estudio fue posible temporalmente ya que se programó para desarrollarse en un periodo de tiempo aproximado de cinco meses, concorde a los fines de graduación, asimismo fue viable económicamente debido a que el total de los gastos que se generaron en el estudio se encontraron dentro de las posibilidades del investigador el cual asumió los mismos.

Por último, este proyecto se pudo ejecutar académicamente ya que se tuvo a la mano diversa información necesaria acerca del tema tratado y de la capacidad intelectual por parte del investigador para efectuarlo, además que se contó con la orientación de un tutor totalmente capacitado para guiar la investigación hasta su culminación.

4. OBJETIVOS

4.1.1 Objetivo general

Establecer la caracterización de salud oral en escolares. Sector 4. Riobamba, 2021.

4.1.2 Objetivos específicos

- Determinar los índices de salud oral en relación con sus características sociodemográficas.
- Analizar las características de conocimiento sobre salud oral de estudiantes.
- Asociar los índices de salud oral y sus características sociodemográficas de los escolares del sector 4.

CAPITULO II

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Salud

La Salud según la OMS es un estado de bienestar físico, psicológico y social completo, no solo refiriéndose así a la carencia de enfermedad o dolor. Este es un derecho fundamental de todo ser humano y está ligada al entorno en el que viven las personas y, sobre todo, a la capacidad del cuerpo para su adaptación e integración en el contexto de sus vidas y enfermedades de nueva aparición.⁽¹⁵⁾

5.2 Salud bucodental

La salud bucodental no solo es la ausencia de enfermedad en la cavidad oral, sino que es parte integral de la salud general además del bienestar psicológico y social, una persona con salud bucodental tiene la capacidad de hablar, sonreír, saborear, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar u alguna patología en el complejo craneofacial. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

5.2.1 Nivel de conocimiento en Salud Oral

El tener conocimiento sobre salud oral es una herramienta de gran importancia para la prevención de la mayoría de las enfermedades en la cavidad bucal y hablando del nivel de conocimiento se refiere a la cantidad de información que una persona posee respecto a la salud bucodental pero más importante aún su comprensión para correcta aplicación en la vida diaria, tener conocimiento es de gran importancia ya que así se puede identificar cuáles son los distintos factores que afectan la salud bucal y evitarlos o modificarlos previniendo enfermedades futuras.⁽¹⁸⁾

5.3 Consideraciones nutricionales del paciente

5.3.1 Sistema de orientación alimentaria

La orientación alimenticia engloba la identificación dietética de cada persona conociendo cuales son aquellos alimentos que están afectando la salud para posteriormente modificarlos y en si mejorar la elección de alimentos y comportamientos dietéticos. La información que es recolectada en la entrevista nutricional ayuda a determinar los factores que contribuyen o aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad a futuro.⁽¹⁹⁾

Ya identificando los factores se modifica la ingesta del alimento y se buscan estrategias para modificar la dieta en la totalidad, empezando así el asesoramiento del paciente al cual se le informe sobre su estado de salud bucal actual, su riesgo de padecer enfermedades bucales y

cómo influyen las elecciones de los alimentos y sus comportamientos dietéticos a todo el entorno de su salud.⁽¹⁹⁾

Es necesaria una orientación alimentaria ya que los hábitos alimenticios, especialmente el consumo de azúcar libre, se consideran un factor de riesgo común para desarrollar enfermedades y es de las mayores preocupaciones en el tiempo actual, la OMS declara que promover una dieta saludable es primordial para garantizar la salud bucal y general en niños y adultos.⁽²⁰⁾

5.3.2 Patrones dietéticos

Los hábitos alimentarios se pueden definir como la cantidad, proporción, tipo o combinación de distintos alimentos y bebidas en la dieta diaria además de la frecuencia con la que son consumidos. ⁽²¹⁾

Hoy en día estos son demasiado importantes desde que los niños tienen una corta edad ya que los patrones dietéticos que se adoptan en la niñez y continúan hasta la adultez y si estos no son saludables causan enfermedades sistémicas y bucodentales, se debe considerar la cantidad y frecuencia de la ingesta de azúcar, ya que existen hallazgos que sugieren que la frecuencia y la textura de los alimentos parecen encajar en lo que actualmente se comprende el mecanismo fisiopatológico de caries. ⁽²²⁾

5.3.3 Malnutrición

La desnutrición se define como una dieta deficiente o desequilibrada resultante de una ingesta insuficiente o excesiva de alimentos. Esta es una de las principales causantes de enfermedad en el mundo, causando más de un tercio de las enfermedades infantiles alrededor del mundo y es principalmente causada por la pobreza.⁽²³⁾

5.3.4 Subnutrición

La OMS define a la desnutrición como una condición de insuficiencia de proteínas causada por el déficit de consumo de alimentos y una ingesta de energía inferior a la necesaria durante un largo período de tiempo. La desnutrición incluye bajo peso respecto a su talla, retraso en el crecimiento y bajo peso en función de la edad.⁽²³⁾⁽²⁴⁾

5.3.5 Trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios son afecciones por el comportamiento caracterizadas por alteraciones graves y frecuentes en los comportamientos alimenticios, pensamientos y

emociones destructivos. Pueden afectar de manera muy negativa a la persona en su función física, psicológica y social. ⁽²⁵⁾

Se puede encontrar dentro de los trastornos alimentarios la anorexia, bulimia, trastorno por atracón y trastorno de evitación, dichos trastornos afectan a millones de personas en el mundo y generalmente a mujeres de entre 12 y 35 años. Por lo general los trastornos alimentarios tienen asociación con la comida, peso, salud o la ansiedad por comer o a su vez la preocupación de las consecuencias que conlleva comer algunos alimentos.⁽²⁵⁾

5.3.5.1 Bulimia

Se la define como un trastorno mental grave que por generalmente se desarrolla en la adolescencia o en la edad adulta temprana lo que da como resultado que las adolescentes se conviertan en el principal objetivo para la prevención de esta enfermedad. Este trastorno se caracteriza por episodios repetitivos de ingerir alimentos en grandes cantidades sin ningún control y posteriormente tener un comportamiento compensatorio inadecuado como los vómitos autoinducidos, uso inadecuado de laxantes, ayunos extensos o ejercicio en exceso sobreestimando en todo momento la forma y el peso de su cuerpo.⁽²⁶⁾

5.3.5.2 Anorexia

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que limita el suministro de energía en el cuerpo en relación con lo normal, la persona empieza a comer menos de lo que necesita y eliminarlo constantemente, lo que resulta en una pérdida de peso significativo. Los pacientes que padecen este trastorno tienen profundo temor a aumentar de peso y una imagen corporal distorsionada con la incapacidad observar y aceptar la gravedad de su peso corporal presente.⁽²⁷⁾

5.4 Caries Dental

5.4.1 Definición

La caries es una biopelícula mediada por el biofilm, multifactorial dinámica, inducida por inducida por azúcar que conduce a la desmineralización del esmalte dental. Es una enfermedad compleja que cambia dependiendo de su entorno y la química local del diente, película y la saliva.⁽²⁸⁾

Según Basso M,L ⁽²⁹⁾ menciona que la caries dental es una patología producto del desequilibrio en la cavidad bucal, que es provocado por una mayor ingesta de carbohidratos fermentables, lo que conduce a un desequilibrio en la composición y actividad del biofilm, y la pérdida de minerales en la pieza dental provocada por el ácido producto de las bacterias.

La caries dental comúnmente es de larga evolución y afecta a los niños, es un problema de salud pública importante en la primera infancia, con consecuencias negativas por el resto de la vida, cuando esta patología no es tratada progresa causando un impacto importante en la salud y el bienestar del niño, incluido el dolor, la capacidad para comer, masticar, el peso corporal, el crecimiento, autoestima y la comunicación. ⁽³⁰⁾

Las lesiones cariosas se manifiestan con lesiones que avanzan de manera lenta que cuando no son tratadas llegan a afectar a la pulpa dental, ocasionando en ella inflamación, dolor y finalmente, muerte pulpar y como desenlace la pérdida del diente, muchas veces estas pérdidas dentales ocurren de manera prematura afectando así a la erupción de las piezas permanentes. Cabe recalcar que esta enfermedad es prevenible y reversible tratada en etapas primarias. ⁽³¹⁾

5.4.2 Epidemiología

La Caries dental tiene mayor efecto epidemiológico a nivel bucal y se considera un problema de salud pública. En la mayoría de los países su prevalencia es alta, lo que genera altos costos a nivel financiero y social en las instituciones médicas. Sin embargo, en los países desarrollados la situación sobre salud oral ha mejorado con el tiempo, pero en países con un nivel socioeconómico más bajo, esto sigue siendo un gran problema. ⁽³²⁾

La OMS menciona que la caries dental es la enfermedad más frecuente en dientes permanentes. Se estima que, en todo el mundo, 2300 millones y más de 530 millones de niños sufren de dicha patología en dientes permanentes y deciduos.⁽⁶⁾ De igual manera en una encuesta realizada por el banco de datos de salud bucal mundial menciona que el rango en la presencia de caries es de 49% al 83% afectando de manera negativa a diversos grupos de personas sin importar la edad. ⁽³³⁾

5.4.3 Factores etiológicos

La caries es una patología con diversos factores etiológicos refiriéndose así a que depende de varios factores para llegar a aparecer en las piezas dentarias, predominantemente el consumo de azúcar fermentable, el huésped además de la presencia de la microflora cariogénica que están dentro de los factores biológicos, también existen factores sociales asociados donde se puede encontrar la baja educación de los representantes, bajo nivel socioeconómico, falta de conciencia sobre la enfermedad y salud dental.⁽³³⁾⁽³⁴⁾

El consumo excesivo de carbohidratos en la dieta diaria conduce a la acumulación de microorganismos que producen ácido y llegan a desmineralizar el tejido duro de diente. La

caries dental es impulsada por el desequilibrio del biofilm dental que esta adherido a la superficie del esmalte.⁽³⁵⁾

5.4.3.1 Alimentos

5.4.3.1.1 Alimentos Cariogénicos

La caries es una patología en la cual bacterias de la cavidad oral producen ácido y este desmineraliza la capa más dura del diente y la dentina en un lugar específico, este ácido mencionado es producido de la fermentación de los carbohidratos de la dieta consumida a diario y dentro de los carbohidratos con riesgo de producir fermentación incluyen azúcares principalmente.⁽¹⁹⁾

Si sabemos que las papas fritas, las galletas saladas y los cereales pueden no contener azúcares, sí tienen oligosacáridos que significa que están compuestos por azúcares simples y maltodextrinas para preservar los alimentos los cuales con él con el tiempo pueden ser fácilmente fermentados por bacterias que se encuentran en la cavidad bucal de igual manera las bebidas elaboradas con azúcares ya sean añadidas o naturales se asocian con un mayor riesgo de caries que los alimentos que tienen azúcar propia en su composición. ⁽¹⁹⁾

En el grupo de los carbohidratos existe un grupo de alimentos que es más fácil fermentable como lo son los monosacáridos que dentro de estos tenemos glucosa y fructosa también los disacáridos que son sacarosa, lactosa y maltosa que poseen una baja masa molecular denominados azúcares. El consumo de sacarosa deja abierto el camino para que las bacterias cariogénicas presentes en la boca usen el azúcar como fuente de energía para promover eventos bioquímicos intracelulares y extracelulares lo cuales afectan a la superficie dental. ⁽²⁰⁾

5.4.3.1.2 Alimentos Protectores

Los microorganismos de la cavidad oral no pueden fermentar las proteínas, grasas o edulcorantes no nutritivos como el aspartamo y la sucralosa. El consumo de varios alimentos se denomina como un factor de alto riesgo de caries, pero dependerá de la composición de carbohidratos y forma como se los consuma, por lo general, los cereales, las verduras, las frutas y los productos lácteos sin azúcar presentan un riesgo bajo de caries además que si hablamos del queso contiene calcio, fosfatos y caseína la cual es una proteína protege a las piezas dentales contra la desmineralización.⁽¹⁹⁾

5.4.4 Índice de Caries

5.4.4.1 Índice CPOD

El índice CPOD fue establecido en 1930 Klein, Palmer y Knutzon y ha sido desde ahí ha sido el más usado en la odontología, dentro de sus características se puede encontrar que gracias a este se ha facilitado la recolección de un importante banco de datos en relación evolución de lo que es la caries dental en dientes permanentes en varios países del mundo.⁽³⁶⁾

Sus siglas significan: dientes (D) caries (C) perdido por caries (P) y obturados (O) la suma de estas tres determinantes da como resultado el índice CPOD de una persona, se debe tomar en cuenta que se calcula el índice tomando en cuenta a 28 piezas dentales que son permanentes y se excluye los terceros molares.⁽³⁶⁾

5.4.4.2 Índice ceod

El índice ceo-d es una variación del índice CPOD pero esta es usada en dientes temporales en los cuales se excluyen los dientes ausentes debido a que es difícil determinar si la ausencia de esa pieza dental fue ocasionada por caries o por exfoliación natural parte del proceso de los dientes temporales sus siglas significan (c) es diente temporal cariado, (e) extracción indicada y (o) diente temporal obturado.⁽³⁶⁾

5.4.5 Placa Bacteriana

Placa Bacteriana es una comunidad de microorganismos ubicada en las superficies dentales que están en contacto con la boca en ella existe una gran diversidad de especies que están densamente empaquetadas e incrustadas en una matriz de origen bacteriano y salival. Es un factor causante de caries dental cuando está en presencia de azúcar y tiempo.⁽³⁷⁾

Una biopelícula está formada por bacterias que se unen entre sí y a la vez se adhieren a una superficie. Las bacterias en la biopelícula de la placa pueden responder a muchos factores, como el reconocimiento celular de sitios de unión específicos o inespecíficos en una superficie y señales nutricionales, dentro de la matriz se puede encontrar al *Streptococcus mutans* bacteria importante dentro de ella y causante de la caries.⁽³⁷⁾

5.4.5.1 Índices de placa bacteriana O' Leary

El índice de placa O'Leary se dio a conocer en 1972, por Timothy J. O'Leary, el índice mide de una forma fácil el nivel de placa presente en las superficies dentales que son lisas de las piezas dentales permitiendo así al odontólogo conocer y tener un registro de la higiene bucal con forma numérica además es muy efectivo funcionado como una guía para el paciente de cómo se va logrando una positiva higiene bucal en el transcurso de las citas, este método de

registro de placa es eficaz respecto a la fidelidad del registro en la evaluación de la higiene bucal.⁽³⁸⁾

En la aplicación del índice O'Leary es importante que se coloque un revelador de placa el cual nos ayude a visibilizar la placa en las caras dentales, para calcular se tiene en cuenta solamente caras lisas: mesial, distal, vestibular y lingual o palatino, las caras que son oclusales en piezas posteriores no serán tomadas en cuenta.⁽³⁸⁾

Una vez colocado el revelador de placa se calcula las caras teñidas dividiendo para el número de caras presentes totales en la cavidad oral, para luego ser multiplicado por cien. Es importante que se cuente con un gráfico dental específico diseñado únicamente para el registro de este índice, de esta manera se podrá mostrar al paciente los datos de cada cita y el avance que está teniendo.⁽³⁸⁾

5.4.5.2 Agentes reveladores de placa

Son sustancias que en sus compuestos contienen tintes o agentes colorantes utilizados para la identificación de placa bacteriana brindando al odontólogo una valiosa ayuda con respecto a la visibilidad y de igual manera en el mantenimiento de una buena bucal oral, dentro de los reveladores de placa podemos encontrar: La eritrosina que tiene toda la aprobación de uso en boca se usa para teñir y visualizar la placa dental en la forma de solución reveladora o tabletas de color violeta o rojo.⁽³⁹⁾

La fluoresceína tiñe la placa dental de color amarillo en las caras del diente y la encía como un color verde. Al exponer a una luz azul los dientes aparecen azules y los tejidos gingivales azul resultando así que la placa se distinga de manera clara de los tejidos que están alrededor en la cavidad oral.⁽³⁹⁾

5.5 Métodos de prevención de caries

La educación en salud bucal para los niños debe comenzar desde una edad temprana, incentivarlos a cepillarse los dientes adecuadamente, controlar el alto contenido de azúcar y carbohidratos en su dieta, además de visitar al dentista con frecuencia, evitando así los hábitos nocivos en la higiene bucal y tener un buen estado de salud oral⁽¹⁰⁾

La prevención de la caries es el papel más importante que se debe tomar en cuenta a nivel de salud pública, la Federación dental internacional menciona que las medidas preventivas son necesarias para mantener las piezas dentales sanas mientras más sea posible, por lo cual

aparte de la información se debe tener una detección temprana y el monitoreo de la caries, en lugar de esperar hasta que se forme una cavidad más grande.⁽³⁵⁾

5.5.1 Educación en la Salud Oral

La educación en salud oral es la causante de que haya reducción de prevalencia de caries ya que se ha notado que el estado bucal de los niños pequeños se ve influenciado por el conocimiento que padres de familia tienen sobre salud oral y las medidas preventivas para evitar enfermedades bucales en las cuales se encontraban buena higiene bucal, una dieta sana y equilibrada y visitas periódicas a la clínica dental en las que se podían obtener aplicaciones tópicas de fluoruro y selladores de fosas y fisuras.⁽⁴⁰⁾

La educación oral que se brinda a los padres y a estudiantes debe incluir orientación dietética e higiénica que detengan o eliminen los factores que están causando caries dental, y al mismo tiempo sean mejorados los tratamientos profilácticos, de igual forma hay que destacar a los padres la gran importancia de las prácticas recomendadas en el primer período de la vida de un niño relacionadas con sus dientes para así crear buenos hábitos orales.⁽⁴¹⁾

5.5.2 Fluoruros

El flúor es un componente que beneficia a niños y adultos de todas las edades, puede presentarse en forma de agua fluorada, pasta de dientes, enjuague bucal y gel y barniz aplicados por profesionales en el consultorio odontológico. El flúor también se encuentra naturalmente en el medio ambiente, su efecto es principalmente tópico: el flúor se incorpora al diente como fluorapatita, reemplazando a la hidroxiapatita, la fluorapatita es mucho más dura que la hidroxiapatita por lo cual el diente es más capaz de resistir la desmineralización por ataques de ácido bacteriano.⁽⁴²⁾

5.5.3 Sellantes

Los selladores son recubrimientos de material plásticos muy delgado que se colocan de manera mecánica y química sobre las superficies oclusales de los órganos dentarios ya sea temporales o permanentes de estructuras morfológicas de las piezas posteriores. Los selladores lisos impiden de manera eficaz la colonización de *Streptococcus mutans* en las superficies oclusales de los dientes estos se aplican en consultorios dentales por un profesional o en programas escolares.⁽⁴²⁾

5.5.4 Control mecánico de placa

El control de la placa bacteriana es la eliminación de la placa acumulada en las superficies de las piezas dentales, sin olvidar la prevención de su acumulación en los dientes y otras

partes de la boca, existen métodos mecánicos de prevención de la placa incluyen el cepillado de los dientes, la higiene bucal y la profilaxis profesional para la limpieza interdental en la actualidad el método más eficaz para controlar la placa es el mecánico.⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

En la actualidad existen avances en el control de placa mecánico como cepillo de dientes eléctrico, cepillos ultrasónicos, cepillos iónicos, cepillos de dientes masticables, Cepillos de dientes con láser, cepillos de dientes con mechones en los extremos, dispositivos de limpieza con hilo dental para el control de la placa interdental y dispositivos de irrigación bucal los cuales hacen que la placa se pueda controlar de forma más fácil, eficaz y precisa en cuestión de poco tiempos.⁽⁴³⁾

5.5.4.1 Técnica de Bass

La cabeza del cepillo se mantiene paralela al plano oclusal, y ella cubriendo de 3 a 4 dientes en la parte distal del arco, las cerdas se colocan a nivel del margen gingival en ángulo 45 grados con respecto al eje largo del diente, se aplica una presión vibratoria suave con movimiento corto delante y atrás para sacar las puntas de las cerdas. Esta técnica de Bass insiste en la eliminación de la placa del área superior y debajo del margen gingival.⁽⁴⁵⁾

5.5.4.2 Técnica de Bass modificada

La cabeza del cepillo se ubica paralela al plano oclusal, y ella cubriendo de 3 a 4 dientes en la parte distal del arco, las cerdas se colocan a nivel del margen gingival en ángulo 45 grados con respecto al eje largo del diente, se aplica una presión con vibración suave con movimiento corto delante y atrás para sacar las puntas de las cerdas.⁽⁴⁵⁾

5.5.4.3 Técnica de Stillman

El cepillo dental con sus filamentos debe ser colocado en un ángulo de 45 grados con respecto al diente como en la técnica de Bass, pero a diferencia los filamentos se colocan la mitad en el surco y la mitad en la encía de ahí se utiliza el mismo movimiento que en la técnica de Bass.⁽⁴⁵⁾

5.5.4.4 Técnica de Fones

El cepillo se coloca sobre un conjunto de dientes y se mueve con movimientos circulares de 4 a 5 veces por cada conjunto de dientes que se esté cepillando esta es indicada para niños pequeños que quieren cepillarse sus dientes pero aún no tienen el desarrollo motor para realizar la técnica.⁽⁴⁵⁾

5.5.4.5 Técnica de Stillman modificada

Las cerdas se colocan en posición apical con un ángulo oblicuo al eje largo del diente y se colocan en parte en las caras cervicales de las piezas dentales y en parte en la encía adherida, las cerdas se activan con movimientos cortos adelante atrás y se mueven simultáneamente en una sola dirección. ⁽⁴⁵⁾

5.5.4.6 Técnica de Chanter

Las cerdas del cepillo dental se colocan en un ángulo de 45 grados con respecto a la encía con las cerdas dirigidas hacia coronal se activan mediante suaves golpes vibratorios con el extremo de la cerda en posición interproximal y está indicado en espacios interdientales abiertos con falta. ⁽⁴⁵⁾

5.5.5 Pastas dentales

Las pastas dentales con flúor se recomiendan desde hace mucho tiempo como parte de las medidas para prevenir la caries dental, existen diversas evidencias recientes que han demostrado que las pastas dentales con altas concentraciones de fluoruro mayor de 1500 ppm, pueden ayudar a prevenir y tratar la caries en niños y adolescentes de alto riesgo. ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾

Los niños menores de 3 años deben usar una cantidad de pasta dental del tamaño de un grano de arroz, los niños mayores de 3 años no deben usar más de una cantidad del tamaño de una arveja que equivale a 0,25 g hasta los 6 años, momento en el que el reflejo de deglución se ha desarrollado lo suficiente. para prevenir la ingestión accidental. ⁽⁴⁶⁾

5.6 Mantenedores de Espacio

Los mantenedores de espacio son aparatos ortodónticos que impiden la pérdida de espacio entre las piezas dental donde haya ocurrido una pérdida prematura de un diente temporal. Se clasifican en fijos y removibles de acuerdo a su retención, para su colocación deben ser tomados en cuenta ciertos factores como son: la edad a la que ocurrió la pérdida, tipo de diente perdido, presencia del diente permanente, análisis del espacio que está disponible y tiempo transcurrido desde la pérdida de la pieza dental. ⁽⁴⁸⁾

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Investigación

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

6.2 Diseño de Investigación

Esta investigación no fue experimental, debido a que no se manipularon las variables de estudio.

6.3 Población

La población de estudio estuvo constituida por todos los niños legalmente matriculados en los paralelos de 2do EGB Y 3ro BGU de cuatro Unidades Educativas de la ciudad de Riobamba.

6.4 Muestra

La muestra de estudio estuvo constituida por 33 historias clínicas de escolares correspondientes al 2do año de EGB del Sector 4 Unidad Educativa “Riobamba” las cuales cuentan con consentimientos informados y firmas de cada representante.

6.5 Criterios de Selección

- Historias Clínicas que tengan firmado el consentimiento informado.
- Historias clínicas bien llenas y odontograma completo
- Padres de familia que acepten voluntariamente responder el cuestionario.
- Niños Legalmente matriculados

6.6 Entorno

Unidad Educativa “Riobamba”

6.7 Técnicas e Instrumentos

Las técnicas utilizadas fueron la observación, un test con la historia clínica y cuestionarios como instrumentos de recolección de datos respectivamente. La primera es la Historia Clínica Única Odontológica instrumento validado por el Ministerio de Salud Pública denominado como Formulario 033. ⁽⁴⁹⁾ El segundo son los instrumentos denominados “Cuestionario de Hábitos de higiene oral y denta dirigida hacia padres de familia”, la cual fue validado por Lorente⁽⁵⁰⁾, “Cuestionario de preferencias alimentarias para niños” validado por Fildes ⁽⁵¹⁾, “Encuesta de conocimiento sobre salud bucal para estudiantes” validado por

Soto Ugalde⁽⁵²⁾, “Encuesta sobre salud oral y hábitos a profesores de educación Inicial” validado por Vaca, Soto, Arriagada y Bustamante.⁽⁵³⁾⁽⁵²⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾

6.8 Análisis Estadístico

Los resultados obtenidos en la investigación fueron analizados e interpretados a través de gráficos y tablas obtenidos mediante el programa estadístico SPSS versión 27.

6.9. Intervenciones

Fase 1: Planificación

Se estableció una reunión entre docentes encargados y padres de familia para así socializar el proyecto y determinar las direcciones de los domicilios, posteriormente se estableció un cronograma aprobado por el tutor, este fue sectorizado para así acudir a la recolección de datos en diferentes días y horas previamente coordinados con los representantes.

Fotografía Nro. 1. Cronograma de recolección de datos

CRONOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS							
INVESTIGADOR		Josefyn Minango					
UNIDAD EDUCATIVA		Unidad Educativa Riobamba					
DOCENTE RESPONSABLE		Msc. Fanny Coloma					
FECHA	HORA	GRADO/ CURSO	LUGAR	ESTUDIANTE	SUPERVISOR DE INVESTIGACION	FIRMA DEL REPRESENTANTE	OBSERVACIONES
12/05/2021	12:00	2º EGB D	Terminal, Calle Aplicachima y Huayna Falcon recto de la salida de los carros a Baños.	SALGADO ALDAZ MARY ANABEL	[Firma]	[Firma]	
12/05/2021	13:15	2º EGB D	Av. Lizarzaburu y 11 de noviembre, diagonal a Kia motors, casa 14	VEGA SALAZAR MAXIMILIANO ANDRÉ	[Firma]	[Firma]	
12/05/2021	14:40	2º EGB D	Diógenes Paredes y Miguel de Santiago	PAGUAY TENEMPAGUAY JHON STEVE	[Firma]	[Firma]	
13/05/2021	10:30	2º EGB D	Calle Cesar Dávila Andrade dos cuadros más arriba de la calle Rio Jama	COLCHA CARRILLO MARILYN BRIGITH	[Firma]	[Firma]	
13/05/2021	12:00	2º EGB D	Calle Cesar Dávila Andrade y Rio Jama	GUACHO GUAMINGA JHOANIN EZAU	[Firma]	[Firma]	
13/05/2021	15:00	2º EGB D	Comunidad Pulingui a 18 kilómetros de la ciudad de Riobamba frente a Unidad Educativa 11 de Noviembre	GAVIN GUZMAN ABDIEL MESIAS	[Firma]	[Firma]	
14/05/2021	10:30	2º EGB D	Mas arriba del Parque ricamba hacia el norte, calle Ignacio Flores	SISLEMA SISA SHIRLY ANAHI	[Firma]	[Firma]	
14/05/2021	12:00	2º EGB D	Av. Pedro Vicente Maldonado y Diego de Covio diagonal a Turbo Diesel turbo parts	ÑAURAY LEMA AILYN VALENTINA	[Firma]	[Firma]	
14/05/2021	13:15	2º EGB D	Lican, Calle Caharis y Ecuador	LOZANO GUASHPA DYLAN MATTEO	[Firma]	[Firma]	Consejo visita y se pospuso para

CRONOGRAMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS							
INVESTIGADOR		Josefyn Minango					
UNIDAD EDUCATIVA		Unidad Educativa Riobamba					
DOCENTE RESPONSABLE		Lic. Elizabeth Cali					
FECHA	HORA	GRADO/ CURSO	LUGAR	ESTUDIANTE	SUPERVISOR DE INVESTIGACION	FIRMA DEL REPRESENTANTE	OBSERVACIONES
17/05/2021	8:00	2º EGB F	Pedro José Arteta y Esmeraldas Sector IESS	DULCE MARIA SUCUY VINUEZA	[Firma]	[Firma]	
17/05/2021	9:15	2º EGB F	Saint Amand Montrond y Av. Sergio Quiroa	SCARLET JULIETH QUINTANILLA BARRENO	[Firma]	[Firma]	
17/05/2021	11:45	2º EGB F	Calle Jaime Roldos Aguilera Sector de la Politecnica	ISABELIA CAROLINA CIFUENTES ANGAMARCA	[Firma]	[Firma]	
17/05/2021	4:00	2º EGB F	Lican detrás del cementerio	KIMBERLY BRIGTH GUARACA RIVERA	[Firma]	[Firma]	
18/05/2021	9:30	2º EGB F	Sector Santa Ana más debajo de cooperativa de Taxis Wilson	IKER ANDRES MELENDRES RODRIGUEZ	[Firma]	[Firma]	
18/05/2021	10:15	2º EGB F	Lizarzaburu y Condor Mirador	HELMER PAIA	[Firma]	[Firma]	
18/05/2021	11:20	2º EGB F	Calle Luciano Andrade Marin y Padre Orozco	JESUS ENRIQUE SAÑAY KASENT	[Firma]	[Firma]	
18/05/2021	12:30	2º EGB F	Calle Agustín Torres y Rafael Vallejo	DAVID ALEJANDRO VERDUGO SALAMEA	[Firma]	[Firma]	
18/05/2021	3:30	2º EGB F	San Andrés Tagualag	BRITANY VALENTINA DUCHI SISA	[Firma]	[Firma]	

[Firma]
 Firma estudiante responsable

[Firma]
 Firma coordinador responsable

Fase 2: Aplicación

Se acudió a los diferentes domicilios, con todas las medidas de bioseguridad para la atención de los estudiantes, se hicieron firmar el consentimiento informado a los padres de familia además de encuestas, con el fin de realizar el diagnóstico a los niños, siguiendo todo lo planteado en el cronograma.

Fase 3: Recopilación de datos

En la recolección de datos se realizó un diagnóstico de la cavidad oral para lo cual se usó revelador de placa y equipo diagnóstico, esta información recogida se la brindo a padres de familia aparte de ser escrita en las historias clínicas donde se obtuvo los valores correspondientes a los índices ceo-d, CPO-D así como índice de placa, también se recolectó información sobre el conocimiento que presentaban los niños mediante una encuesta.

Fotografía Nro. 2. Diagnóstico intraoral



6.10. Operacionalización de variables

6.10.1 Variable independiente

Tabla Nro. 1. Operacionalización de la variable independiente:
Caracterización

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Determinar los atributos y características que determinan un objeto con el fin de definirlo en el ámbito de su análisis descriptivo	Características Atributos	Caracteres sociodemográficos Sexo Edad Parentalidad Nivel de educación Nivel de formación	Encuesta	Cuestionario

6.10.2 Variable dependiente

Tabla Nro. 2. Operacionalización de la variable dependiente: Salud oral en estudiantes.

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial	Funcionalidad Normalidad	Índice CPOD Índice ceod Índice de placa Nivel de conocimiento de salud oral	Observación Encuesta	Historia Clínica Cuestionario

7. RESULTADOS

Tabla Nro. 3. Análisis de las características sociodemográficas

Características sociodemográficas	f	%
Sexo		
Masculino	15	45,5
Femenino	18	54,5
Edad		
6 años	20	60,6
7 años	13	39,4
Nivel de estudios del Padre		
Sin Titulación	3	9,1
Secundaria	8	24,2
Bachillerato	17	51,5
Universitario	5	15,2
Nivel de estudios de la Madre		
Sin Titulación	3	9,1
Secundaria	11	33,3
Bachillerato	13	39,4
Universitario	6	18,2
Número de hermanos		
Ningún hermano	2	6,1
1 hermano	11	33,3
2 hermanos	7	21,2
3 hermanos	10	30,3
4 hermanos	3	9,1
Puesto que ocupa		
Primero	9	27,3
Segundo	10	30,3
Tercero	9	27,3
Cuarto	4	12,1
Quinto	1	3

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Se pudo apreciar que existió un grupo equitativo entre hombres y mujeres, en el que el 54,5% de la población pertenece al sexo femenino y el 45,5% masculino, indicando que mayormente son de sexo femenino, existe dos edades prominentes el 60,6% tienen 6 años y 39,4% 7 años, en los niveles de estudios del padre el 51,5 % tienen educación a nivel de bachillerato mientras que solo el 15,2% universitario y en la secundaria el 24,2%; se observó además que en un porcentaje mínimo el 9,1% no tienen titulación. Con respecto al

nivel de estudios de la madre el 39,4% tenía educación en bachillerato, seguido por la formación en secundaria con un 33,3%, con estudios universitarios se evidenció un 18,2% y de la misma manera que en los padres con 9,1% no contaban con ninguna titulación, los padres tuvieron una tendencia más alta con respecto al estudio de bachillerato mientras que las madres levemente fueron más con respecto a los estudios universitarios. Con relación al número de hermanos el 33,3% y el 30,3% tiene 1 y 3 hermanos respectivamente, el 21,2% contaba con dos hermanos mientras que solo el 9,1% de niños indicaron que tienen cuatro hermanos y 6,1% era hijo único siendo un grupo minoritario, respecto al puesto que ocupa el niño en relación con el seno familiar el 30,3% indican ser segundos hijos, el 27,3% están entre primero y tercer hijo; finalmente, con el 12,1% y 3% que ocupan el quinto o el cuarto puesto siendo este el grupo menor.

Tabla Nro. 4. Estadísticos descriptivos de los índices de salud oral por sexo

Índices de Salud Oral	Descriptivos									
	Media		Mínimo		Máximo		DE		CV	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ceod	5,4	5,77	0	0	13	12	3,22	3,82	0,59	0,66
COPD	0,066	0,1667	0	0	1	1	0,25	0,38	3,78	2,27
Índice de placa (Decidua)	46,44	50,72	7,35	18,75	77,77	84,61	22,33	17,31	0,48	0,34
Índice de placa (Definitiva)	49,03	50,68	12,5	0	93,75	87,5	24,36	26,41	0,496	0,52

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: En el índice ceo-d entre el sexo femenino y masculino se estableció una diferencia no sustancial cuyos valores se clasificaron como altos en relación con los niveles que plantea la OMS, el índice ceo-d en el sexo femenino fue de 5,7; el valor individual más alto fue de 12 mientras que en sexo masculino el ceo-d fue de 5,4 y el valor individual más alto fue de 13. El índice CPOD se lo clasificó como muy bajo sin mayor diferencia entre sexo masculino y femenino con valores de 0,06 y 0,16 respectivamente. El índice de placa en dentición decidua fue deficiente en hombres y mujeres con un porcentaje de 46,44% y 50,72% respectivamente siendo levemente más alto en el sexo femenino, en el índice de placa de dentición definitiva de igual manera se indicó como deficiente con porcentajes de 49,03% en hombres y 50,68% en mujeres los porcentajes se mostraron muy cercanos entre ambos sexos proyectándose de manera mayor en las mujeres.

Tabla Nro. 5. Índices de salud por nivel de estudios de la madre

Índices	Nivel de estudios	Descriptivos					
		Media	Mediana	Mínimo	Máximo	DE	CV
Ceod	Sin titulación	7,66	7	6	10	2,08	0,27
	Secundaria	5,27	5	0	12	3,82	0,72
	Bachillerato	5,46	5	1	13	3,55	0,65
	Universitario	5,5	5,5	0	12	3,88	0,71
CPOD	Sin titulación	0,33	0	0	1	0,57	1,73
	Secundaria	0,09	0	0	1	0,3	3,33
	Bachillerato	0,15	0	0	1	0,37	2,47
	Universitario	0	0	0	0	0	0,00
Índice de placa Permanente	Sin titulación	72,2	67,85	55	93,5	19,73	0,27
	Secundaria	61,55	63,63	16,66	87,5	23,89	0,39
	Bachillerato	38,7	45	12,5	75	20,87	0,54
	Universitario	41,83	45,83	0	71,87	26,18	0,63
Índice de placa Temporal	Sin titulación	55,72	65,62	25	76,56	27,16	0,49
	Secundaria	55,75	54,41	25	77,77	16,37	0,29
	Bachillerato	39,94	44,23	7,35	84,61	19,07	0,48
	Universitario	51,63	51,99	20	73,43	19,82	0,38

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Refiriéndose al índice ceo-d con relación al nivel de estudios de la madre no se pudo observar diferencias importantes en los cuatro niveles académicos, los estudiantes presentaron 7,66 con madres sin titulación siendo este el más alto, 5,27 con madres con preparación secundaria, 5,46 madres con estudios en bachillerato y 5,5 con madres que cuentan con carrera universitaria. En el índice CPOD se pudo observar valores muy bajos según la cuantificación de la OMS debido a que los estudiantes contaban con pocas piezas permanentes por dentición mixta y reflejaron valores como 0,33, 0,09, 0,15, 0 de acuerdo con madres sin titulación, con estudios de secundaria, bachillerato y universitario respectivamente. Con respecto al índice de placa permanente los niños con madres sin titulación se evidencio un alto índice de placa de 72,2% en comparación con las madres de preparación secundaria y universitaria que presentaron 61,55% y 41,83% respectivamente. En el índice de placa temporal se puede apreciar valores semejantes en niños con madres sin titulación y preparación secundaria con valores de 55,72% y 55,75% mientras que en estudiantes con madres con bachillerato y carrera universitaria fueron de 39,94% y 51,99%.

Tabla Nro. 6. Índices de salud por nivel de estudios del padre

Índices	Nivel de estudios	Descriptivos					
		Media	Mediana	Mínimo	Máximo	DE	CV
Ceod	Sin titulación	9,66	10	7	12	2,51	0,26
	Secundaria	4,12	5	0	6	2,23	0,54
	Bachillerato	4,82	4	0	13	3,43	0,71
	Universitario	8,2	6	5	12	3,49	0,43
CPOD	Sin titulación	0	0	0	0	0	0,00
	Secundaria	0,25	0	0	1	0,46	1,84
	Bachillerato	0,11	0	0	1	0,33	3,00
	Universitario	0	0	0	0	0	0,00
Índice de placa Permanente	Sin titulación	78,37	86,36	55	93,75	20,57	0,26
	Secundaria	61,08	73,5	16,66	87,5	26,75	0,44
	Bachillerato	41,42	45,83	12,5	75	20,31	0,49
	Universitario	43,95	50	0	71,87	26,94	0,61
Índice de placa Temporal	Sin titulación	59,37	76,56	25	76,56	29,76	0,50
	Secundaria	55,32	57,25	25	77,77	17,97	0,32
	Bachillerato	41,04	46,42	7,35	84,61	18,18	0,44
	Universitario	58,24	58,33	42,1	73,43	13,8	0,24

Elaborado por: Joselyn Minango

Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: En el índice ceo-d con relación al nivel de estudios del padre se pudo observar que los niños con padres sin titulación presentaron el índice más alto de los cuatro con 9,66, los estudiantes con padres que tienen estudios de secundaria, bachillerato y universitario presentaron valores menores en relación con los que no presentaban preparación académica. Respecto al índice CPOD se pudo observar valores muy bajos según la cuantificación de la OMS debido a que los estudiantes contaban con pocas piezas permanentes por dentición mixta y reflejaron valores menores a cero. Con respecto al índice de placa permanente los niños con padres sin titulación mostraron un alto índice de placa de 78,37% en comparación con los padres de preparación secundaria y universitaria que presentaron 61,08% y 43,95% respectivamente. En el índice de placa temporal mostró en niños con padres sin titulación el porcentaje más alto en el índice de placa con 59,37% en relación con los estudiantes con padres de estudios en secundaria, bachillerato y universitario el cual fue en descenso.

Tabla Nro. 7. Niveles índice ceo-d y nivel de conocimiento de los estudiantes.

Nivel de conocimiento de los estudiantes		Ceo-d Niveles				Total
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	
Malo	f	1	2	3	8	14
	%	33,30%	50,00%	60,00%	38,10%	42,40%
Regular	f	2	2	2	13	19
	%	66,70%	50,00%	40,00%	61,90%	57,60%
Total	f	3	4	5	21	33
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Con respecto al nivel de conocimiento de los estudiantes se puede apreciar que estuvo entre malo con 42,40% y regular con 57,60% del total de la muestra siendo en su mayoría de nivel regular, el índice ceo-d en relación con el conocimiento se presentó en niveles de muy bajo, bajo, moderado y alto, siendo el ceo-d alto de más relevancia con 21 niños donde el 61,90% corresponde a niños con conocimiento regular y 38,10% con un nivel malo de conocimiento y alto de índice de ceo-d.

Tabla Nro. 8. Índices de placa relacionados al nivel de conocimiento de los estudiantes.

Índices de placa	Nivel de conocimiento	Descriptivos					
		Media	Mediana	Mínimo	Máximo	DE	CV
Permanente	Malo	42,59	45,93	12,5	75	20,96	0,49
	Regular	55,34	54,16	0	93,75	27,05	0,49
Temporal	Malo	45,08	46,73	18,75	84,61	18,37	0,41
	Regular	51,49	51,56	7,35	77,77	20,42	0,40

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Correspondiente a los índices de placa se pudo apreciar que el índice permanente presentó un valor de 42,59% en niños con un nivel malo de conocimiento y un 55,34% siendo este el sobresaliente en la dentición permanente y clasificando ambos valores como deficientes, en el índice temporal se pudo apreciar porcentajes de placa de 45,08% en niños con un nivel de conocimiento malo y 51,49% con un conocimiento regular siendo de la misma manera el índice deficiente en nivel de conocimiento regular el que más sobresalió de los dos, dichos índices de placa se los puede clasificar como un alto riesgo de poseer enfermedades bucales, principalmente caries dental.

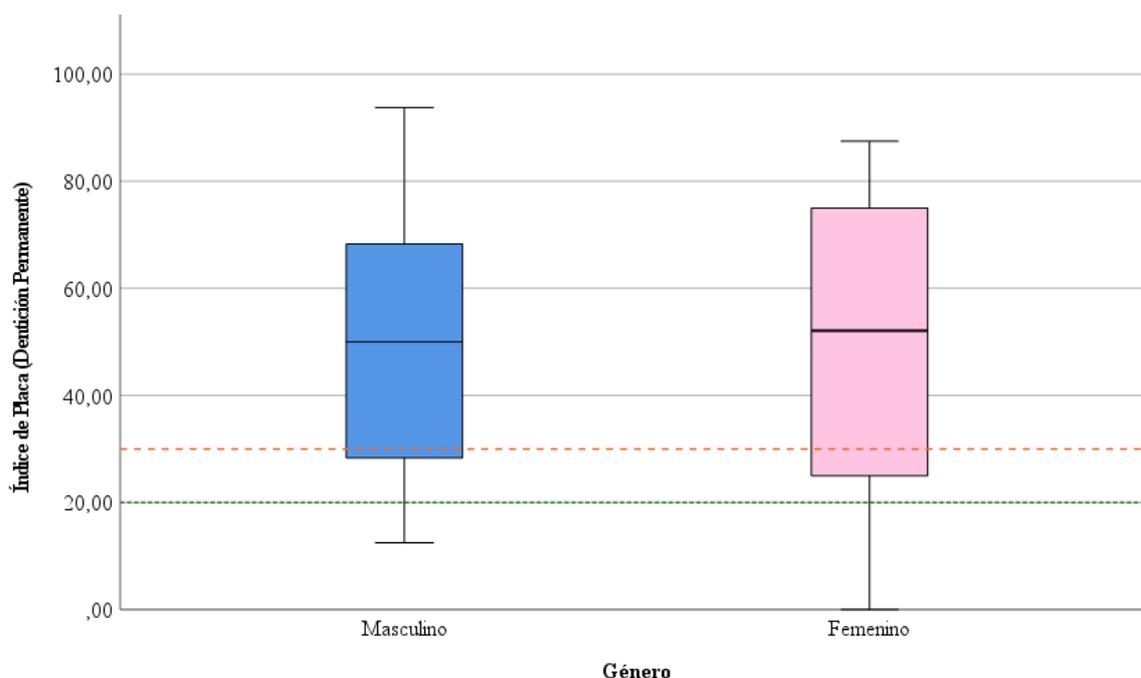
Tabla Nro. 9. Niveles de ceo-d por sexo

Ceo-d Niveles		Sexo		
		Masculino	Femenino	Total
Muy bajo	f	2	1	3
	%	13,30%	5,60%	9,10%
Bajo	f	1	3	4
	%	6,70%	16,70%	12,10%
Moderado	f	1	4	5
	%	6,70%	22,20%	15,20%
Alto	f	11	10	21
	%	73,30%	55,60%	63,60%
Total	f	15	18	33
	%	100,00%	100,00%	100,00%

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Referente al Nivel ceo-d con relación al sexo se puede observar que en el nivel Muy bajo presenta un 13,30% corresponde al sexo masculino y 5,60% al femenino, en el Bajo 6,70% pertenece al sexo masculino mientras 16,70% al femenino, Moderado un 6,70% sexo masculino y 22,20% al femenino mientras que el nivel Alto siendo el 63,60% del total de la muestra con 73,30% perteneció al sexo masculino presentando niveles altos de índice ceo-d y 55,60% al femenino, siendo el sexo masculino el sobresaliente en el nivel alto.

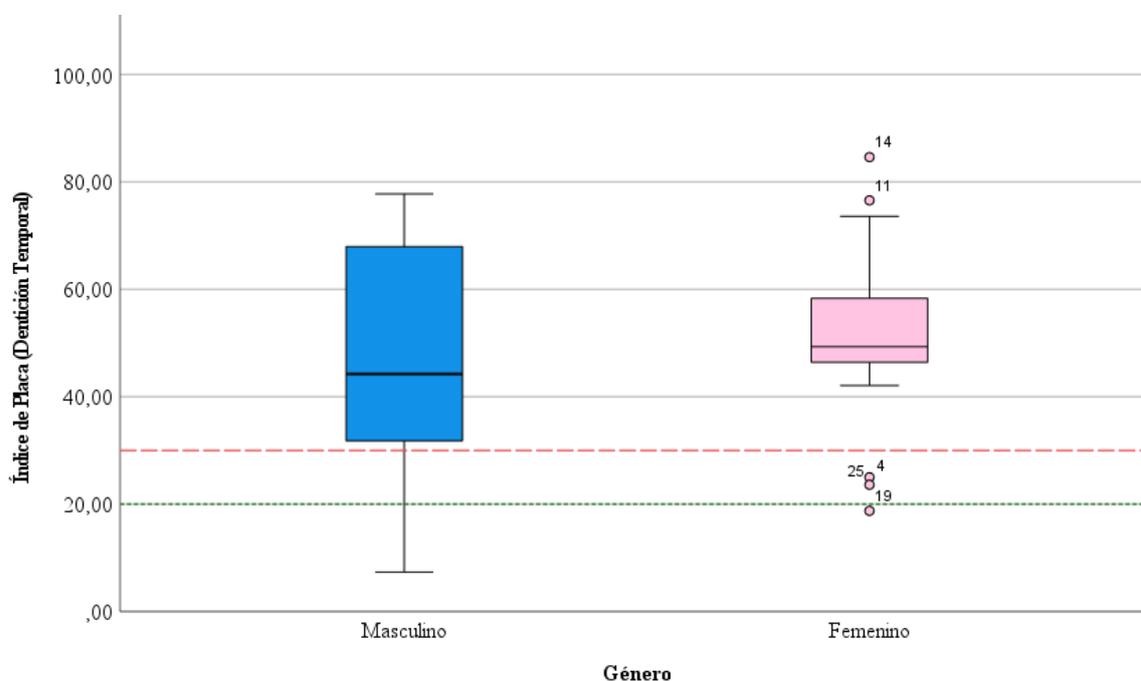
Gráfico Nro. 1. Índice de placa (Permanente) por sexo.



Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Se puede observar que aproximadamente el 25% de la población masculina se encuentra entre un índice de placa aceptable y cuestionable mientras que el 75% de la se encontró en nivel deficiente con porcentajes que van pasados el 30% hasta casi llegar al 100%, en caso del sexo femenino se puede observar que existe una mayor variabilidad entre los porcentajes de placa donde en su mayoría igual que en el sexo masculino pertenecen al índice deficiente, lo que nos da a conocer que en ambos sexos la higiene dental en piezas definitivas es deficiente.

Gráfico Nro. 2. Índice de placa (Temporal) por sexo.



Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Se puede notar que la mayoría de los estudiantes de sexo masculino y femenino se mantienen en nivel deficiente mayor a 30% respecto al índice de placa temporal siendo el grupo femenino el de valores más altos y similares, sin embargo, se observó estudiantes de sexo femenino que se alejaron del grupo presentando niveles aceptables y cuestionables mientras que en su extremo existió niñas con porcentajes deficientes sumamente altos.

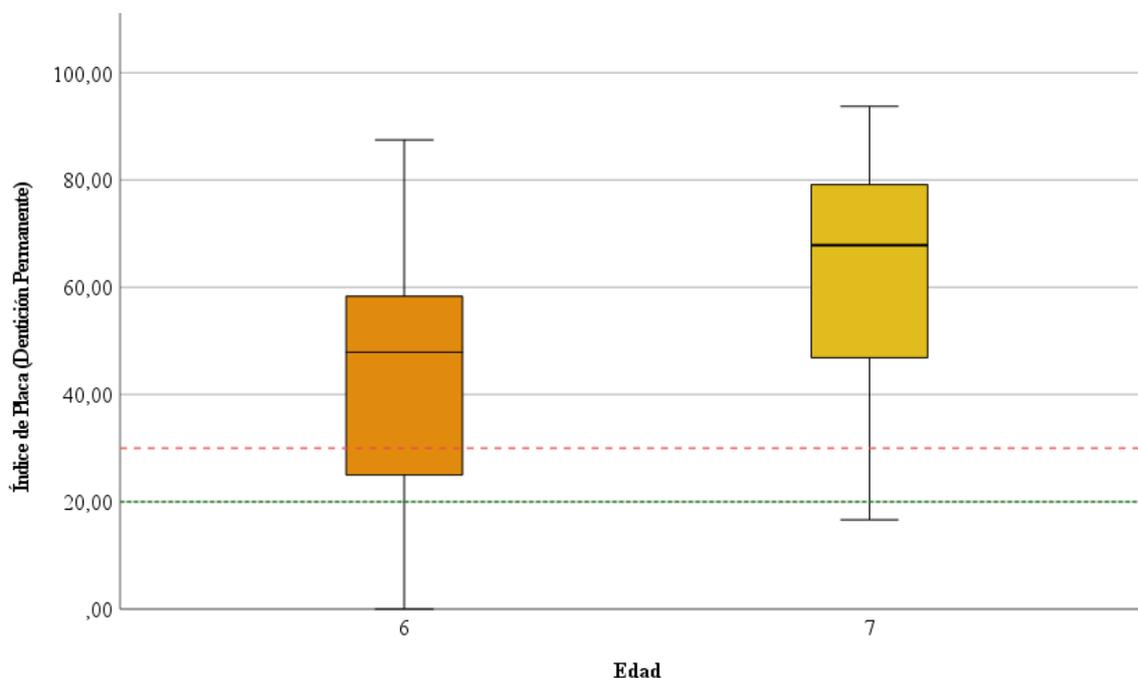
Tabla Nro. 10. Ceo-d niveles por edad

Edad	Ceo-d Niveles					Total
	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto		
6 años	f	2	3	4	11	20
	%	66,70%	75,00%	80,00%	52,40%	60,60%
7 años	f	1	1	1	10	13
	%	33,30%	25,00%	20,00%	47,60%	39,40%
Total	f	3	4	5	21	33
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: Referente al índice ceo-d por edad se observa un 60,60% (20 estudiantes) con 6 años y 39,40% (13 estudiantes) de 7 años, en los niveles Muy bajo, Bajo y Moderado se aprecia una pequeña cantidad de estudiantes pertenecientes a los mismos con 3,4 y 5 niños respectivamente, mientras que el nivel de predominio fue el alto con 52,40% y 47,60% siendo la edad de 6 años la de mayor porcentaje comparada con el grupo de 7 años.

Gráfico Nro. 3. Índice de placa (Permanente) por edad.

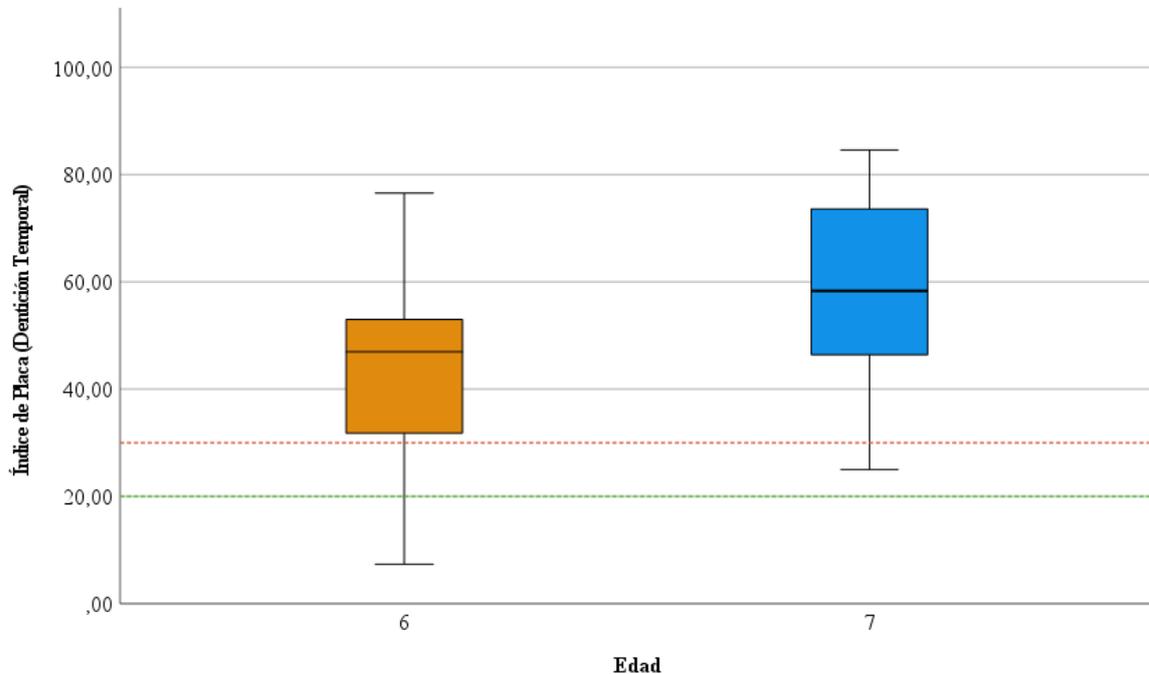


Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: En relación al índice de placa por edad se puede apreciar que en el grupo de 6 años un aproximado del 25% se encuentra en índice aceptable y cuestionable menor a 20 % y hasta 30% mientras que el restante y en su mayoría es deficiente siendo mayor a 30%, en el

grupo de 7 años existe una menor cantidad de estudiantes con índice aceptable y cuestionable siendo en su mayoría deficiente y más alto que en el grupo de 6 años, detectando que en el grupo de 6 años los porcentajes de placa era menores que en el grupo de 7 años.

Gráfico Nro. 4. Índice de placa (Temporal) por edad



Elaborado por: Joselyn Minango
Fuente: Lista de cotejo procesada en SPSS v.27.

Análisis: En relación al índice de placa temporal por edad se puede apreciar que en el grupo de 6 años un aproximado del 25% se encuentra en índice aceptable y cuestionable menor a 20% y hasta 30% mientras que el 75% restante es deficiente siendo mayor a 30% de placa, en el grupo de 7 años existe una mínima cantidad de estudiantes con índice cuestionable siendo en su mayoría deficiente sobrepasando el 80% de placa siendo así más alto que el grupo de 6 años, dando a conocer que la tendencia de menor porcentaje de placa se dio en este grupo en comparación con el de 7 años.

Análisis de significancia

Hipótesis 1 (H1)

H_0 = No existe relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y la edad de los pacientes.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla Nro. 11. Ceo-d niveles por edad

Edad	Nivel ceod		Total
	Aceptable	No aceptable	
6 años	5	15	20
7 años	2	11	13
Total	7	26	33

Tabla Nro. 12. Prueba Chi cuadrado -Ceo-d niveles por edad

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,436a	1	0,509		
Corrección de continuidad ^b	0,05	1	0,822		
Razón de verosimilitud	0,45	1	0,502		
Prueba exacta de Fisher				0,676	0,419
Asociación lineal por lineal	0,423	1	0,516		
N de casos válidos	33				

a 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,76.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: el valor de significancia denotó un valor mayor a 0,05 ($p=0,419$) por tanto se acepta H_0 y se concluye que no existe relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y la edad de los pacientes.

Hipótesis 2 (H2)

H_0 = No existe relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo de los pacientes.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla Nro. 13. Ceo-d niveles por sexo

Sexo	Nivel ceo-d		Total
	Aceptable	No aceptable	
Masculino	3	12	15
Femenino	4	14	18
Total	7	26	33

Tabla Nro. 14. Prueba Chi cuadrado -Ceo-d niveles por sexo

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,024a	1	0,876		
Corrección de continuidadb	0	1	1		
Razón de verosimilitud	0,024	1	0,876		
Prueba exacta de Fisher				1	0,609
Asociación lineal por lineal	0,023	1	0,878		
N de casos válidos	33				

a 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,18.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: el valor de significancia denotó un valor mayor a 0,05 ($p=0,609$) por tanto se acepta H_0 y se concluye que no existe relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo de los pacientes.

Hipótesis 3 (H3)

Para el conjunto de datos de las variables cuantitativas se aplicó las pruebas de normalidad, por lo que para la variable cuantitativa (índice de placa) se encontró un valor de $p=0,387 - p=0,629$; por tanto, se asume una distribución normal; para este efecto se realizará pruebas paramétricas para contrastar las hipótesis.

H_0 = No existe diferencias estadísticamente significativas entre los índices de placa y edad de los pacientes.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla Nro. 15. Prueba t de student de muestras independientes H3.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl				Inferior	Superior
Índice de Placa (Dentición Permanente)	Se asumen varianzas iguales	0,155	0,696	-2,215	31	0,034	-18,71362	8,44922	-35,94591	-1,48132
	No se asumen varianzas iguales			-2,261	27,543	0,032	-18,71362	8,27501	-35,67689	-1,75034
Índice de Placa (Dentición Temporal)	Se asumen varianzas iguales	0,25	0,621	-2,23	31	0,033	-14,65119	6,56959	-28,04995	-1,25243
	No se asumen varianzas iguales			-2,19	24,201	0,038	-14,65119	6,69096	-28,45458	-0,8478

Conclusión: el valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,034$; $p=0,033$) por tanto se rechaza H_0 ; por tanto, se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los índices de placa y la edad de los pacientes.

Hipótesis 4 (H4)

H_0 = No existe diferencias estadísticamente significativas entre los índices de placa y el nivel de estudios de los padres.

IC=95%

Error=5%

Decisión: Si p es menor 0,05 se rechaza la H_0

Prueba

Tabla Nro. 16. Prueba t de student de muestras independientes H4.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl				Inferior	Superior
Índice de Placa (Dentición Permanente)	Se asumen varianzas iguales	0,491	0,489	2,833	31	0,008	23,79773	8,40044	6,66491	40,93055
	No se asumen varianzas iguales					2,664	17,195	0,016	23,79773	8,93339
Índice de Placa (Dentición Temporal)	Se asumen varianzas iguales	0,537	0,469	1,63	31	0,113	11,47773	7,03985	-2,88015	25,8356
	No se asumen varianzas iguales					1,583	18,624	0,13	11,47773	7,25054

Conclusión: el valor de significancia fue menor a 0,05 en el caso del índice placa de dentición permanente ($p=0,008$) por tanto se rechaza H_0 ; por tanto se concluye que existe diferencias estadísticamente significativas entre los índices de placa y el nivel de estudio de los padres; respecto al índice de placa temporal el valor de significación fue mayor a 0,05 ($p=0,113$) por tanto se acepta H_0 y se concluye que no existe diferencias estadísticamente significativas entre los índices de placa temporal y el nivel de estudio de los padres.

8. DISCUSIÓN

Con respecto al índice ceo-d entre el sexo femenino y masculino se obtuvo valores que no mostraron mayor diferencia entre ellos; mismos que se clasificaron como altos con un índice ceo-d en el sexo femenino de 5,7 y en sexo masculino de 5,4 resultados que se mostraron similares a los del autor Vélez⁽⁵⁶⁾ que en su estudio indicó no tener una amplia diferencia entre sexos en este índice presentando valores de entre 4,5 y 4,9 respectivamente; de igual manera son congruentes con el estudio de Hatkehlouei⁽⁵⁷⁾ mismo que realizó un análisis en niños de primer grado en el que el ceo-d total de todos ellos fue de 4,08, no hubo una gran diferencia entre hombres y mujeres con 4,15 y 4,01 de índice ceo-d.

Se pudo apreciar una diferencia sustancial en los niños con madres sin titulación notándose un alto índice de caries y placa dental con relación a las madres que tienen estudios de secundaria bachillerato y carrera universitaria, en el cual los índices fueron en descenso; dicho resultado es congruente con los estudios de Bashirian⁽⁵⁸⁾, Garcia⁽⁵⁹⁾ y Viteri⁽⁹⁾ donde se menciona que a mayor nivel educativo de la madre se refirió menor proporción de dientes cariados y por lo tanto menos problemas de salud bucal; mientras que en niños con madres de bajo nivel educativo se observó mayor riesgo de salud oral. Estos datos en los padres se diferenciaron al encontrar que los índices eran muy similares entre todas las categorías, lo indicaría que no existió ninguna tendencia respecto al nivel de educativo de los mismos.

El nivel de conocimiento de los estudiantes en este estudio mostró un nivel entre malo con 42,40% y regular con 57,60% del total de la muestra, siendo en su mayoría regular congruente con los resultados de Oliveira & Salazar⁽⁶⁰⁾ que mencionan que el 49.2% presentó un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular, el 47.8% con un nivel malo mostró semejanzas con el estudio de Fornaris⁽⁶¹⁾ en el cual se evidenció que el nivel de conocimiento que predominó en la población fue el regular con 43,2 % del total.

Referente al índice ceo-d fue alto siendo mayor en niños con un conocimiento de nivel regular con el 61,90% contraponiéndose con el autor Morel⁽⁶²⁾ que menciona que en su estudio el índice de caries fue clasificado como bajo con un conocimiento malo con el 54,30% de la población.

Sobre los índices de placa temporal y permanente se encontró valores clasificados como deficientes los cuales poseen un alto riesgo de aparición de enfermedades bucodentales resultados que son concomitantes con el estudio de Barrios⁽⁶³⁾ donde el 66% de los niños del

grupo de investigación presentaban un control de placa deficiente asemejándose de la misma manera a los resultados de Sánchez⁽⁶⁴⁾ siendo el promedio del índice de O'Leary de 61,3% determinado como deficiente traduciéndose como riesgo alto de caries y enfermedades asociadas a placa bacteriana.

Respecto a los resultados del nivel Ceo-d con respecto al sexo se encontró un nivel alto con el 73,30% perteneciente al sexo masculino siendo preponderante en este nivel asemejándose al estudio de Sathiyakumar⁽⁶⁵⁾ donde se encontró que los niños varones tenían una mayor prevalencia de dientes cariados y difiriendo a los resultados de Franco⁽⁶⁶⁾ el cual menciona que el mayor índice de caries fue en el sexo femenino con 52% igualmente con los resultados de Muñoz⁽⁶⁷⁾ donde la prevalencia de índice de caries fue de 95.3% para el sexo femenino siendo este el más relevante del grupo.

Sobre los resultados del índice de placa por sexo en dentición temporal y definitiva se conoció que ambos sexos presentan una higiene dental deficiente por encima del 30% de placa, los mismos que se asemejan a los resultados de Ramos & Ramírez⁽⁶⁸⁾ donde los hombres y mujeres presentan un índice O'Leary deficiente, de la misma manera concuerdan con el estudio de Gouveia⁽⁶⁹⁾ donde el sexo femenino presentó un índice O'Leary muy alto al igual que en el sexo masculino, sin embargo con la investigación de Lara⁽⁷⁰⁾ hubo discrepancia ya que menciona que en los niños se encontró el mayor porcentaje placa es decir deficiente higiene oral en comparación con las niñas, igualmente Taboada⁽⁷¹⁾ menciona que en su estudio el grupo de sexo masculino posee el porcentaje de placa más alto.

Referente al índice ceo-d por edad se observó un índice alto con 52,40% en edades de 6 años el cual es semejante al resultado de García⁽⁷²⁾ donde mayor índice de caries dental según edades se observó en la edad descrita con un 70.8%, también hubo similitud con el estudio de Cabrera⁽⁷³⁾ donde se encontró que la mayor prevalencia de ceo-d es mayor en el grupo de 6 años, concordando además con Vásquez⁽⁷⁴⁾ donde este grupo y menor tiene un índice ceo-d alto en comparación con el índice ceo-d de los niños con 7 años y mayores a 7.

En el análisis de significancia se observó que entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo el valor de significancia denotó un valor mayor a 0,05 ($p=0,609$) lo que indicaría la no relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo de los pacientes resultados similares al estudio de Maldonado⁽⁷⁵⁾ en el que la relación del índice de caries ceo-d y el sexo fue $p=0,080$ y por tanto no existió relación entre estas variables, por el contrario autores

como: Nieto⁽⁷⁶⁾, Bahamonde⁽⁷⁷⁾ y Barrientos⁽⁷⁸⁾ encontraron relaciones estadísticamente significativas entre estos dos indicadores ($p=0,015$, $p=0,00$, $p=0,000$).

En relación a las variables del índice de placa permanente y temporal con la edad el valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,034$; $p=0,033$) por tanto se afirmó que existieron diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables, como los resultados de Davidovich⁽⁷⁹⁾ donde la edad contribuyó al aumento de la placa, siendo la edad un factor estadísticamente significativo ($p = 0,012$) y de la misma manera con Bashirian⁽⁵⁸⁾ en que la variable edad se correlacionó significativamente con la placa dental, de modo que el índice de placa iba aumentando al igual que esta ($p=0,001$).

Sobre el índice de placa en dentición permanente y el nivel de instrucción de los padres se obtuvo que el valor de significancia fue menor a 0,05 ($p=0,008$) por tanto existieron diferencias estadísticamente significativas entre las dos variables al igual que en el estudio de Analuisa⁽⁸⁰⁾ donde se demostró que existe diferencia estadísticamente entre la variable enfocada al nivel de instrucción de los padres y el índice de placa siendo ($p =0,000$).

9. CONCLUSIONES

Se determinó que los índices de salud oral relacionados al sexo masculino y femenino no mostraron una gran diferencia entre los mismos; mientras que se pudo apreciar una diferencia sustancial en los índices de salud oral en niños con madres sin titulación siendo más altos que con madres que poseen estudios secundarios, de bachillerato o universitarios.

Se analizó que el nivel de conocimiento en los estudiantes se encontró entre malo y regular siendo en su mayoría de nivel regular; sobre los aspectos del conocimiento en relación a los índices de salud oral se pudo observar que a mayor conocimiento no habría una disminución en valores de índices por el contrario presentaron los niveles más altos.

Se asoció los índices de salud oral y sus características sociodemográficas donde se pudo apreciar que existió un índice Ceo-d alto en ambos sexos con mayor prevalencia en el sexo masculino, en los índices de placa temporal y definitivo se obtuvo porcentajes deficientes en ambos sexos mientras que solo una menor cantidad de estudiantes con porcentajes aceptables, en relación al índice de placa temporal y permanente en relación a la edad se detectó que en el grupo de 6 años los porcentajes de placa era menores que en el grupo de 7 años y con respecto al índice ceo-d la edad de 6 años presentó un mayor porcentaje de índice alto en caries en comparación a los niños de 7 años.

Se estableció que existen variables que determinan el nivel de ceo-d y placa dental como: la edad donde estadísticamente se obtuvo diferencias significativas ($p=0,034$; $p=0,033$); además, se puede considerar a la edad como un factor que determina el índice de placa dental ya sea temporal o permanente, el nivel de instrucción de los padres tuvo relación con el índice de placa permanente ($p=0,008$); de igual manera se encontró valores que no presentaron significancia como el sexo de los estudiantes ($p=0,609$) estableciendo la no relación entre los niveles de índice de caries ceo-d y el sexo de los niños.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda que sin importar el nivel socioeconómico que presenten los padres deben ser concientizados mediante diversas campañas de salud oral las cuales brinden orientación de buena higiene, dieta alimenticia e importancia de citas odontológicas buscando fomentar buenos hábitos orales en niños y padres de familia, reduciendo así los índices de salud oral.

Es recomendable orientar práctica y teóricamente a los estudiantes de las unidades educativas sobre salud oral para que así se pueda lograr cambios y actitudes positivas para el desarrollo de conductas saludables que ayuden a disminuir los índices de alto riesgo causantes de enfermedades bucodentales.

Es necesario indicar a los padres de familia y adultos responsables la supervisión de la limpieza bucal hasta que el niño tenga la habilidad motriz de realizarlo solo, además del control de placa en todas las edades buscando así la buena instrucción en la técnica de cepillado, lo que permita mejorar la higiene bucal y disminuir los índices de placa presentes en la actualidad.

Se recomienda el incentivar a padres mediante charlas sobre el control y adecuado cepillado dental en todas las edades escolares además de la importancia de no tener placa dental en dientes temporales y definitivos, igualmente fomentar la asistencia al odontólogo periódicamente buscando disminuir la placa dental y posteriores enfermedades causadas por la acumulación de la misma.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. World Dental Federation. Aprender a lo largo de toda la vida. FDI. 2017;0(36):91–107.
2. American Dental Association. Salud Oral [Internet]. Mouth Healthv. 2021. Available from: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/o/oral-health>
3. Hamasha AA-H, Rasheed SJ, Aldosari MM, Rajion Z. Parents Knowledge and Awareness of their Children's Oral Health in Riyadh, Saudi Arabia. Open Dent J. 2019;13(1):236–41.
4. Babu Kotha S, Rawan Abdulaali A, Dahy WT, Rashed Alkhaibari Y. The Influence of Oral Health Knowledge on Parental Practices among the Saudi Parents of Children Aged 2–6 Years in Riyadh City, Saudi Arabia. J Int Soc Prev Community Dent. 2018;8(6):567–71.
5. Khodadadi E, Niknahad A, Mehdi M, Sistani N, Motalebnejad M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status Effat. 2016;(December):3421–5.
6. OMS. Salud bucodental [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
7. Munayco-Pantoja E, Pereyra-Zaldívar H, Cadillo-Ibarra M. Oral health-related quality of life in Peruvian children with severe early childhood caries. Odontoestomatología. 2020;22(36):4–14.
8. Pan American Health Organization. Oral health is vital for overall health. Paho/Who [Internet]. 2020;1–6. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=en
9. Viteri-García A, Parise-Vasco J, Cabrera-Dávila, Maria Jose Zambrano-Bonilla M, Ordonez-Romero, Ingrid Maridueña-León MG, Caiza-Rennella, Andrea Zambrano-Mendoza, Andrea Ponce-Faula C, Pérez-Granja M, et al. Prevalence and incidence of dental caries associated with the effect of tooth brushing and fluoride varnishing in schoolchildren at Galapagos Islands, Ecuador: Protocol of the EESO-Gal study. Med Wave [Internet]. 2020;20(6). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32759891/>

10. Narváez Chávez AM, 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. *Odontol (Habana)*. 2017;19(1):5–21.
11. Jiang CM, Chu CH, Duangthip D, Ettinger RL, Hugo FN, Kettratad-Pruksapong M, et al. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. *Front Oral Heal*. 2021;2(August):1–13.
12. Nota A, Darvizeh A, Primožič J, Onida F, Bosco F, Gherlone EF, et al. Prevalence of caries and associated risk factors in a representative group of preschool children from an urban area with high income in Milan province, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10).
13. Rachmawati YL, Rahardjo A, Maharani DA. Assessment of parents' and children's oral health-related behavior. *J Stomatol*. 2018;71(4):344–9.
14. Narváez Chávez AM, 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. *Odontol (Habana)*. 2017;19(1):5–21.
15. Rovesti M, Fioranelli M, Petrelli P, Satolli F, Rocchia MG, Gianfaldoni S, et al. Health and illness in history, science and society. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(1):163–5.
16. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):915–7.
17. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *J Clin Diagnostic Res*. 2017;11(6):ZE21–6.
18. Marquez-Arrico C, Almerich-Silla J, Montiel-Company J. Oral health knowledge in relation to educational level in an adult population in Spain. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(12):0–0.
19. Marshall TA. The Impact of Diet and Nutrition On Oral Health - Dimensions of Dental Hygiene. *J Prof Excell Dimens Dent Hyg [Internet]*. 2016 Apr [cited 2021 Aug 6];14(4):48–51. Available from: <https://dimensionsofdentalhygiene.com/article/the->

impact-of-diet-and-nutrition-on-oral-health/#

20. Leal SC, Takeshita EM. Pediatric restorative dentistry. *Pediatr Restor Dent*. 2018;(January):1–221.
21. Schulze MB, Martínez-González MA, Fung TT, Lichtenstein AH, Forouhi NG. Food based dietary patterns and chronic disease prevention. *BMJ*. 2018;361:1–6.
22. Silva C, Gaviña S, Vilela S, Rodrigues R, Conceição M, Severo M, et al. Dietary Patterns and Oral Health Behaviours Associated with Caries Development from 4 to 7 Years of Age. 2021;1–12.
23. Fonseca Z, Quesada AJ, Meireles MY, Cabrera E, Boada AM. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial TT - Malnutrition; World-wide public health problem TT - Desnutrição; Problema de saúde pública em todo o mundo. *Multimed (Granma)* [Internet]. 2020;24(1):237–46. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1629>
24. OMS. Malnutrición [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
25. Angela Guarda. What Are Eating Disorders? [Internet]. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría . 2021 [cited 2021 Jul 31]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
26. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;Volume 9:11–6.
27. Moore CA, Bokor BR. Anorexia Nervosa. *StatPearls* [Internet]. 2021 Jun 23 [cited 2021 Aug 1]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/>
28. Arotiba GT, Loto AO, Ijarogbe O, Umesi D, Menakaya I, Awotile A, et al. Implementing Mercury Free Dentistry (Minimum Intervention Dentistry) in Dental Education in Africa and Developing Economies. *Oral Heal Dent Sci*. 2020;4(2):1–9.
29. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. 2019;107(1):25–32.
30. Dickson-Swift V, Kenny A, Gussy M, McCarthy C, Bracksley-O’Grady S. The knowledge and practice of pediatricians in children’s oral health: A scoping review.

- BMC Oral Health. 2020;20(1):1–10.
31. A A. Early Childhood Caries: A Review. J Contemp Dent Pract [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2021 Aug 1];18(8):732–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28816199/>
 32. Tahir L, Nazir R. Dental Caries, Etiology, and Remedy through Natural Resources. Dent Caries - Diagnosis, Prev Manag [Internet]. 2018 Nov 5 [cited 2021 Aug 1]; Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/60503>
 33. Rathee Manu, Amit Sapra. Dental Caries - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551699/>
 34. Moses J, Arunachalam SK. Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11(4):338–43.
 35. Oh DH, Chen X, Daliri EBM, Kim N, Kim JR, Yoo D. Microbial etiology and prevention of dental caries: Exploiting natural products to inhibit cariogenic biofilms. Pathogens. 2020;9(7):1–15.
 36. Bueno Alegría JA, Gutiérrez Rojo JF, Guerrero Castellón MP, García Rivera RN. Índice CPOD y ceo-d de estudiantes de una escuela primaria de la ciudad de Tepic, Nayarit. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 6];17. Available from: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-17/#>
 37. Yu OY, Zhao IS, Mei ML, Lo ECM, Chu CH. Dental biofilm and laboratory microbial culture models for cariology research. Vol. 5, Dentistry Journal. 2017.
 38. Chaple Gil AM, Gispert Abreu EÁ. The o’leary index, a.K.a. the “love” index, “Amar” el índice de o’leary. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019;56(4):1–6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-85077628008&partnerID=MN8TOARS>
 39. Keerthana R, Jeevanandan G. Recent developments in dental plaque. Drug Invent Today. 2018;10(Special Issue 1):2769–72.
 40. AlSadhan SA, Darwish AG, Al-Harbi N, Al-Azman A, Al-Anazi H. Cross-sectional study of preventive dental knowledge among adult patients seeking dental care in

- Riyadh, Saudi Arabia. Saudi J Dent Res [Internet]. 2017;8(1–2):52–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjdr.2016.04.005>
41. Olczak-Kowalczyk D, Gozdowski D, Turska-Szybka A. Protective Factors for Early Childhood Caries in 3-Year-Old Children in Poland. *Front Pediatr*. 2021;9(March):1–10.
 42. CAPT Christine Heng, DDS, MPH U. Tooth Decay Is the Most Prevalent Disease. *Fed Pract*. 2016;33(10):31–3.
 43. Mandal A, Singh D, Siddiqui H, D D, Dey A. New Dimensions in Mechanical Plaque Control: An Overview. *Indian J Dent Sci*. 2017;9(2):133–9.
 44. Vyas T, Bhatt G, Gaur A, Sharma C, Sharma A, Nagi R. Chemical plaque control - A brief review. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2021;10(4):1562–8. Available from: <http://www.jfmprc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>
 45. Suhasini J, Valiathan M. Brushing techniques. *Eur J Mol Clin Med*. 2020;7(2):6601–11.
 46. Thornton-Evans G, Junger ML, Lin M, Wei L, Espinoza L, Beltran-Aguilar E. Use of Toothpaste and Toothbrushing Patterns Among Children and Adolescents — United States, 2013–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(4):87–90.
 47. Acosta de Camargo MG, Palencia L, Santaella J, Suárez L. The use of fluorides in children under 5 years old . Evidence . Bibliographic review . *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2021;82–92.
 48. Rivero N, Medina AC, Martínez MG, Prieto M del C. Utilización de mantenedores de espacio en pacientes con pérdidas prematuras de dientes primarios Utilizaçõo de mantenedores de espaço em pacientes con perdas prematuras de dentes decíduos Original article Space maintenance after premature loss of primary. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2012;2(2):52–64.
 49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Área de Salud Bucal. Manual de Uso del Formulario 033 Historio Clínica Única de Odontología. Pagina web Minist Salud Pública del Ecuador [Internet]. 2014;38. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/>

50. Lorente AA, Jordana MC. Caries dental: influencia de los hábitos de higiene bucodental y de alimentación en niños en edad escolar. *Acta Pediatr España*. 2020;74(10):1–6.
51. Fildes A, Van Jaarsveld CHM, Llewellyn CH, Fisher A, Cooke L, Wardle J. Nature and nurture in children's food preferences. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(4):911–7.
52. Soto Ugalde A, Sexto Delgado NM, Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros TT - Oral Health Educational Intervention for Children and Teachers. *Medisur* [Internet]. 2014;12(1):24–34. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100004%0Ahttp://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571/1395
53. 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.” *Repos Inst - ULADECH* [Internet]. 2017; Available from: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/220>
54. Arriagada-Monsálves V. Conocimientos en salud bucal de los educadores de preescolares y escolares de tres establecimientos educacionales de la Comuna de Cochrane , XI Región de. 2017;
55. Bustamante Campoverde WH. Evaluación del nivel de conocimiento en salud oral de docentes preescolares y escolares del cantón Déleg de la provincia del Cañar. 2018;85p. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14365>
56. Eleonor V, Liliana E, Fernández MJ, Grecia S. Prevalencia de caries según índice CEO-D en escolares de 6 años Cuenca- Ecuador. *Kiru*. 2019;16(1):27–31.
57. Hatkehlouei MB, Tari H, HosseinGoudarzian A, Hali H. Decayed, Missing, and Filled Teeth (DMFT) index among first-grade elementary students in Mazandaran Province, Northern Iran. *Int J Pediatr*. 2017;5(6):5069–77.
58. Bashirian S, Shirahmadi S, Seyedzadeh-Sabounchi S, Soltanian AR, Karimi-shahanjarini A, Vahdatinia F. Association of caries experience and dental plaque with sociodemographic characteristics in elementary school-aged children: A cross-

- sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1–12.
59. García Pérez A, González-Aragón Pineda AE, Rosales Ibáñez R, Rodríguez Chávez JA, Cuevas-González JC, Pérez Pérez NG, et al. Association between sociodemographic factors and noncavitated and cavitated caries lesions in 8- to 12-year-old Mexican schoolchildren. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(25):e26435.
 60. Olivera B, Salazar M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de estudiantes en etapa de adolescencia media de la Institución Educativa Emblemática Nicolás la Torre-Chiclayo, 2018. 2019;1–55.
 61. Fornaris Hernández A, Rivera Ledesma E, Guerrero Marín E, Marrero Marrero M, Abreu Carter IC. Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Secundaria Básica: Antonio Maceo. 2016. *Rev medica electron*. 2018;40(4):978–88.
 62. Morel Barrios M, Díaz Reissner C, Quintana Molinas ME. Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela de Pirayú, Paraguay. *Pediatría (Asunción)*. 2019;45(3):212–6.
 63. Barrios A. “Nivel de Conocimiento y Actitud sobre prevención en salud bucal de las madres relacionado al estado de Salud Bucal de los niños de 5 años de la I.E.I. N° 225 niños héroes en la Ciudad de Tacna.” 2017;76. Available from: <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/182/1/Barrios-Chambilla-Alina.pdf>
 64. Sánchez-Peña MK, Galvis-Aricapa JA, Álzate-Urrea S, Lema-Agudelo D, Lobón-Córdoba LM, Quintero-García Y, et al. Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Univ y Salud*. 2018;21(1):27–37.
 65. Sathiyakumar T, Vasireddy D, Mondal S. Impact of Sociodemographic Factors on Dental Caries in Children and Availing Fluoride Treatment: A Study Based on National Survey of Children’s Health (NSCH) Data 2016-2019. *Cureus*. 2021;13(9).
 66. Franco-Valdivieso JF, Naranjo-Cárdenas SE, Proaño-Yela PA, Peñafiel-Sulca SE. Índice de caries en escolares de 6 – 12 años de la Escuela Garabatos de la ciudad de Milagro. 2018. *Polo del Conoc*. 2018;3(12):252.
 67. Muñoz Mora JE, Quinapanta García TP. Prevalencia de caries en preescolares con

- sobrepeso y obesidad de escuelas de la parroquia Celiano Monge – Ambato. Uce. 2019;126(1):1–7.
68. Ramos O. CA, Ramirez M. Efectividad De Diferentes Técnicas Educativas Odontológicas En El Control De La Placa Bacteriana En Escolares. Rev Salut. 2018;1(1):52–78.
 69. Gouveia MJ De, Pantet N, Albertil Y, López L. Riesgo de caries dental en niños de 9 a 11 años : Escuela Bilingüe El Ocaso , Panamá Dental caries risk in scholars age 9 to 11 years old : Escuela Bilingüe. Rev Iniciación Científica, [Internet]. 2020;6. Available from: <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/ric/article/view/3163/3770>
 70. Lara P. Caries Dental Asociada Al Índice De Higiene Oral En Niños De La I.E.I. Mis Angelitos N° 1582 Del Distrito Victor Larco, Trujillo-2017. 2017;1–37. Available from: http://200.62.226.186/bitstream/20.500.12759/4365/1/RE_ESTO_PROSPERO.LAR_A_CARIES.DENTAL_DATOS.pdf
 71. Taboada-Aranza O, Rodríguez-Nieto K. Prevalence of plaque and dental decay in the first permanent molar in a school population of south Mexico city. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018;75(2):113–8.
 72. García Escalante AS, García Viera SB, Leiva JJ. Asociación entre el estado nutricional y la prevalencia de caries dental en niños y niñas de 4 a 6 años que asisten a centros de educación parvularia san Benito y Hugo lindo TT - Association between the nutritional status and the prevalence of dental car. 2015;65. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/76t8n>
 73. Cabrera Campoverde DB. Índice de c.e.o. en niños de 6 a 11 años de la Escuela Fiscal Mixta "Pedro Carbo" sección matutina en el periodo 2015 - 2016. 2016;1–90.
 74. Vázquez Rodríguez SB, Bayardo González RA, Alcalá Sánchez JA, Maldonado MA. Prevalencia y severidad de caries dental en niños de 0 a 12 años. RevisTame. 2016;5(13):1–4.
 75. Maldonado C, Pavkovic C. Historia De Caries Dental En Niños De Dos a Cinco. 2018;
 76. Nieto González AG. Prevalencia de caries y clases sociales en un grupo de niños

- menores de 6 años del sur de Chile. *Medisur*. 2020;18(2):223–32.
77. Bahamonde Morales HP. Prevalencia de caries en niños y niñas de 5 a 11 años en escuelas del cantón Pangua, provincia de Cotopaxi. Universidad Central Del Ecuador. 2019. 105 p.
78. Barrientos Chávez PM, Hurtado Lalangui GS. Experiencia de caries dental en preescolares de una institución de educación inicial, Piura 2020. *Odontol (Habana)* [Internet]. 2020;91. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. abr-jun; 13(2).
79. Davidovich E, Grender J, Zini A. Factors associated with dental plaque, gingivitis, and caries in a pediatric population: A records-based cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):1–11.
80. Analuisa MA. GRADO DE CONOCIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA SOBRE CONTROL DE PLACA BACTERIANA EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA LUXEMBURGO 2016. 2017;

12. ANEXOS

Anexo N°1 Autorización para realización de Proyecto por parte de distrito de educación Chambo-Riobamba

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

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_nº_unach-fcs-dco-2021-162-tt;_dr_carlos_albán_hurtado.pdf

lv/ot

Anexo N°2 Autorización para realización del proyecto en Unidad Educativa Riobamba.

Riobamba, 05 de mayo de 2021

Magister

Karina Maribel Borja Carrión

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "RIOBAMBA"

Presente



De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en las funciones que desempeña en favor de su institución educativa. Con el antecedente que mediante Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O, remitido por el director del Distrito de Educación 06D01 - Chambo Riobamba, se autoriza la ejecución del proyecto de investigación denominado **"Programa educativo para la promoción de la salud bucodental"**. Yo, MINANGO DE LA TORRE JOSELYN LIZETH, con cédula de identificación: 1725245763 estudiante de la carrera de ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional De Chimborazo, por medio de la presente me dirijo a usted con el afán de 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 "Caracterización de salud oral en escolares. Sector 4. Riobamba, 2021".

Cabe recalcar que antes de recolectar los datos necesarios, se realizará reuniones previas con los docentes encargados y padres de familia vía telemática, con el fin de socializar las actividades que se realizarán y coordinar la manera más adecuada sin poner en riesgo la salud de los participantes.

Por su atención, mi agradecimiento;

Atentamente;

Joselyn Lizeth Minango De La Torre

CI.1725245763

Correo electrónico: jlminango.fso@unach.edu.ec

Teléfono móvil: 0996748198

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

Resolución de aprobación de tema de tesis

- Convenir al Jefe de Oficina que coordino.

P
05.05.2021



Anexo N°3 Autorización para realización del proyecto en Unidad Educativa Yaruquies.

Riobamba, 17 de junio de 2021

Lic.

Esthin Merly Valdivieso Zhunio

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "YARUQUIES"

Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en las funciones que desempeña en favor de su institución educativa. Con el antecedente que mediante Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O, remitido por el director del Distrito de Educación 06D01 - Chambo Riobamba, se autoriza la ejecución del proyecto de investigación denominado "**Programa educativo para la promoción de la salud bucodental**". Los señores:

- MINANGO DE LA TORRE JOSELYN LIZETH, 1725245763
- GUAMAN BUÑAY DANNY ALEXANDER, 0604029439

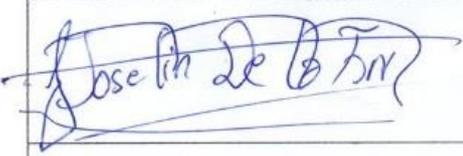
Estudiantes de la carrera de ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional De Chimborazo, por medio de la presente nos dirigimos a usted con el afán de solicitar muy comedidamente se digne a otorgarnos la **AUTORIZACIÓN** para coordinar con padres de familia y estudiantes de **Segundo y Tercer Año de Bachillerato**, la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución de los micro proyectos titulados:

- "Caracterización de salud oral en escolares. Sector 4. Riobamba, 2021".
- "Influencia sociofamiliar y conocimiento personal en el estado de salud oral de escolares. Sector 4. Riobamba, 2021".

Cabe recalcar que antes de recolectar los datos necesarios, se realizará reuniones previas con los docentes encargados y padres de familia vía telemática, con el fin de socializar las actividades que se realizarán y coordinar la manera más adecuada sin poner en riesgo la salud de los participantes.

Por su atención, mi agradecimiento;

Atentamente;

	
<p>JOSELYN LIZETH MINANGO DE LA TORRE CI. 1725245763 Correo: jlminango.fso@unach.edu.ec</p>	<p>GUAMAN BUÑAY DANNY ALEXANDER 0604029439 Correo: daguaman.fso@unach.edu.ec</p>

Adjunto. - Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O - Resolución de aprobación de tema de tesis

UNIDAD EDUCATIVA "YARUQUIES"
RECIBIDO
Riobamba 06-17
Autorizado


Anexo N°4 Autorización para realización del proyecto en Unidad Educativa Milton Reyes.

Riobamba 2 de junio de 2021

Mgs.

Guillermo Cepeda

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MILTÓN REYES"

Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en la funciones que desempeña en favor de su institución educativa. Con el antecedente que mediante Oficio Nro. MINEDUC-CZ3-06D01-2021-0538-O, remitido por el director del Distrito de Educación 06D01 - Chambo Riobamba, se autoriza la ejecución del proyecto de investigación denominado **"Programa educativo para la promoción de la salud bucodental"**. Las señoritas:

- MINANGO DE LA TORRE JOSELYN LIZETH, 1725245763
- ZAMBRANO CARDENAS VERONICA ALEXANDRA, 0604441741.
- KAREN ANDREA BUENAÑO VIDAL 2100721873

Estudiantes de la carrera de ODONTOLOGÍA de la Universidad Nacional De Chimborazo, por medio de la presente nos dirigimos a usted con el afán de solicitar muy comedidamente se digne a otorgarnos la **AUTORIZACIÓN** para coordinar con padres de familia y estudiantes de **Segundo , Octavo año de educación básica y Tercer Año de Bachillerato** , la recolección voluntaria de información (apertura de historias clínicas odontológicas y cuestionarios de hábitos) para la ejecución de los micro proyectos titulados

- "Caracterización de salud oral en escolares. Sector 4. Riobamba, 2021".
- "Conocimiento personal e influencia sociofamiliar en el estado de salud oral de escolares. Sector 3. Riobamba, 2021
- "Conocimiento personal e influencia sociofamiliar en el estado de salud oral de escolares. Sector 5. Riobamba, 2021".

Cabe recalcar que antes de recolectar los datos necesarios, se realizará reuniones previas con los docentes encargados y padres de familia vía telemática, con el fin de socializar las actividades que se realizarán y coordinar la manera más adecuada sin poner en riesgo la salud de los participantes.

Por su atención, mi agradecimiento;

Atentamente;

Máster Dennis Tenelanda

Director General del Proyecto de Investigación

LUCIANO
[Firma]
03-06-2021
10459

Anexo N°5 Modelo Historia Clínica

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M/F)		EDAD		N° HISTORIA CLÍNICA	
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, SIGNOS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

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

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA MOTIVANDO 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

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

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

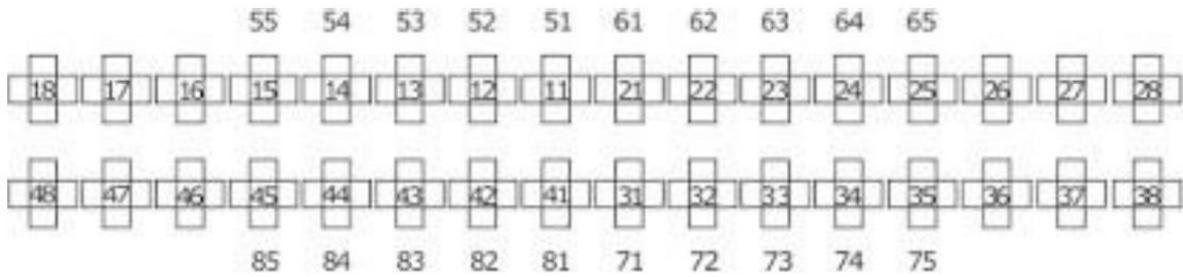
	C	P	O	TOTAL
D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

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

ÍNDICE DE PLACA O'LEARY

ODONTOGRAMA



ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY DENTICIÓN TEMPORAL	O'Leary = $\frac{\text{SUPERFICIES TENDIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
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 = $\frac{\text{SUPERFICIES TENDIDAS}}{\text{TOTAL DE SUPERFICIES}} \times 100$
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	

INSTITUCION DEL SISTEMA UNACH	UNIDAD OPERATIVA CLINICA INTEGRAL	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLINICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

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 ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA

PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	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 SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANA	FIRMA
--------------------------------	------------	----------	---------------------	-------

Anexo N°6 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLÓGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____ FECHA: _____

Yo:....., representante del niño/a con número de cédula: _____

1.- Por medio del presente documento, informo que mi representado ha accedido a la apertura de su historia clínica odontológica. Aclarando, que, de ser el caso, cualquier otra intervención a parte de diagnóstico será solicitada o autorizada nuevamente por escrito su ejecución.

2.- Para todos los fines legales pertinentes declaro que de igual manera manifiesto y autorizo que mi representado y mi persona hemos proporcionado información por medio de las respuestas de cuestionarios aplicados.

3.- Consiento que la información de mi representado que se encuentra en la Historia Clínica Odontológica y los cuestionarios pueda ser utilizadas para fines educativos, investigativos o para publicaciones científicas, siempre y cuando se maneje la respectiva codificación para mantener el anonimato.

4.- Finalmente declaro que el texto anterior, me ha sido explicado detalladamente en su contenido.

Para constancia libre y voluntariamente firmo.

FIRMA: _____

C.C: _____

Anexo N°7 Modelo Encuesta padres de familia.

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

1.Sexo	F		M		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 que tiene su hijo:

8.- Puesto que ocupa su hijo:

Las siguientes preguntas son relacionadas a su hijo

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 al día 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.- ¿Utiliza su hijo 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.- ¿Quién supervisa el cepillado? a) Hermano b) Padre c) Lo realiza solo

17.- Cuantas veces visita su hijo 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.- Recibió su hijo lactancia Materna: a) Si/ Hasta que edad..... b)No

20.- Utilizó biberones nocturnos o mientras duerme el niño: a) Si b) No

21.- ¿Ha utilizado chupón? a) Si/ Hasta que edad..... b) No

22.- Utilizó chupón con sustancia azucarada (miel, leche condensada, azúcar, etc.) a) Si b) No

23.- ¿Se chupa el dedo? a) Si / Hasta que edad: b) No

- 24.- ¿Se muerde las uñas? a) Si/Hasta que edad: b) No
- 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.- ¿Come 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, donas, 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.- ¿Cómo consume habitualmente los medicamentos?:
a) Inhaladores b)Jarabes c)Masticables
- 39.- ¿Realiza limpieza oral luego de tomar medicamentos?: a)Si b)No

Anexo N°8 Modelo encuesta profesores.

ENCUESTAS SOBRE SALUD ORAL Y HÁBITOS A PROFESORES DE EDUCACIÓN INICIAL.

I. DATOS GENERALES:

Edad				Distrito donde vive			Curso y paralelo	
Género	M		F	Tiempo de experiencia (años)		Unidad Educativa		

II.- CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUDBUCAL.

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. ()

1. ¿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. ()

- 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 ()

SECCIÓN #2:

1. ¿Está en su programa de trabajo impartir a los niños y niñas educación para la salud?

- a. Sí, 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 ()

SECCIÓN #3

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

- ✓ 0 años (). ✓ 3 años (). ✓ 6 años ().
- ✓ 1 año (). ✓ 4 años (). ✓ 7 años ().
- ✓ 2 años (). ✓ 5 años (). ✓ Otra edad (.....).

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

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

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

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

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

- ✓ 10 () 20 () 24 () No sé ()

SECCIÓN #4

Expresa lo que entiendes por:

I. Salud

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 ().

2. 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

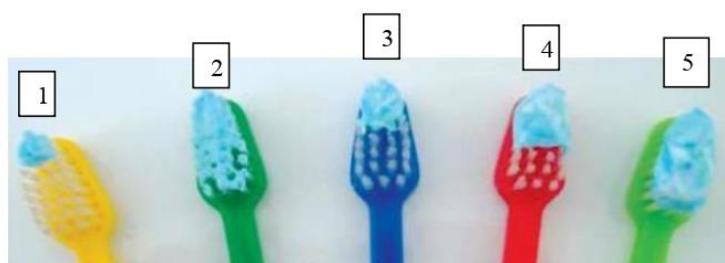
I. Mala Alimentación ()

II. Mala posición dentaria ()

III. Falta de Higiene ()

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

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



Anexo N°9 Modelo encuesta Estudiantes.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL PARA ESTUDIANTES

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).

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 pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

2. Hamburguesas de carne

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

3. Cordero

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

4. Cerdo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

5. Pollo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

6. Nuggets de pollo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

7. Pavo

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

8. Tocino

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

9. Jamón

Nunca lo ha probado ()	Ni me gusta, ni me	Me gusta mucho()
No me gusta mucho ()	disgusta ()	
No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()	

10. Salchichas

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

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

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

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

Nunca lo ha probado ()	No me gusta pero como un poco ()	Me gusta un poco ()
No me gusta mucho ()	Ni me gusta, ni disgusta()	Me gusta mucho()

- 13. Atún en lata**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 14. Huevos: hervidos, escalfados**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 15. Huevos: revueltos**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 16. Pan blanco**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 17. Pan moreno**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 18. Aperitivos salados, galletas de queso p. ej. Chedders, Tuc**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 19. Queso (procesado) por ejemplo, cadenas de queso**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 20. Queso (duro) por ejemplo, queso cheddar**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 21. Queso (crema) por ejemplo, Filadelfia**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 22. Gachas de avena o Ready Brek**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() 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 pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()
- 24. Papas fritas**
 Nunca lo ha probado () No me gusta pero como un poco () Me gusta un poco ()
 No me gusta mucho () Ni me gusta, ni disgusta() Me gusta mucho()

25. Brócoli

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

26. Repollo

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

27. Coliflor

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

28. Judías verdes o vainitas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

29. Hongos

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

30. Cebollas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

31. Chirivías o zanahoria blanca

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

32. Chícharos o arvejas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

33. Ensaladas verdes por ejemplo, lechuga

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

34. Patatas dulces

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

35. Maíz dulce

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

36. Coles

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

37. Pepino

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

38. Zanahorias (crudas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

39. Zanahorias (cocidas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

40. Pimientos, rojos / verdes (crudos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

41. Pimientos, rojos / verdes (cocidos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

42. Tomates (frescos)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

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 pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

44. Manzanas (horneadas o en puré)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

45. Manzanas (crudas)

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

46. Plátanos

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

47. Naranjas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

48. Mandarinas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

49. Uvas

Nunca lo ha probado ()

No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()

Me gusta mucho()

50. Melón

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

51. Melocotones, nectarinas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

52. Peras

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

53. Ciruelas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

54. Fresas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

55. Frambuesas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

56. Arándanos

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

57. Mango

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

58. Fruta de kiwi

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

59. Piña

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

60. Mantequilla

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

61. Margarina

Nunca lo ha probado ()

No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()

Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()

Me gusta mucho()

62. Crema

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

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 pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

64. Galletas de chocolate

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

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 pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

66. Tortas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

67. Helado

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

68. Paletas de hielo

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

69. Postres lácteos por ejemplo, mousse

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

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 pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

71. Patatas fritas

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

72. Chocolate

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

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 pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

74. Arroz

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()

75. Pasta

Nunca lo ha probado ()
No me gusta mucho ()

No me gusta pero como un poco ()
Ni me gusta, ni disgusta()

Me gusta un poco ()
Me gusta mucho()