

Carátula



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TÍTULO**

**“Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja 2018-2019”**

**Tesis previa a la obtención del título de Odontólogo**

**AUTOR:**

*Jhon Leonardo Benítez Marizaca*

**DIRECTORA:**

*Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.*

**LOJA – ECUADOR**  
**2019**



## Certificación

**Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.**

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICO:**

Que el trabajo de investigación denominado: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK EN NIÑOS DE LA ESCUELA GUSTAVO DARQUEA TERÁN DE LA CIUDAD DE LOJA 2018-2019”**; autoría del Sr. Jhon Leonardo Benítez Marizaca, egresado de la carrera de Odontología modalidad presencial, ha sido asesorado y revisado en todo su proceso, por lo que autorizo su presentación a las autoridades competentes para que continúe con los trámites legales para la defensa pública.

Loja, 14 de octubre del 2019

**Atentamente,**



.....  
**Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.**

**DIRECTORA DE TESIS**

## Autoría

Yo, Jhon Leonardo Benítez Marizaca, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Jhon Leonardo Benítez Marizaca



**Firma:** .....

**Cédula:** 1104552896.

**Fecha:** 14 de Octubre del 2019


### Carta de Autorización

Yo, Jhon Leonardo Benítez Marizaca, declaro ser autor de la tesis titulada: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK EN NIÑOS DE LA ESCUELA GUSTAVO DARQUEA TERÁN DE LA CIUDAD DE LOJA 2018-2019”**, como requisito para obtener el título de Odontólogo; autorizó al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de Octubre de dos mil diecinueve, firma el autor



**Firma:** .....

**Autor:** Jhon Leonardo Benítez Marizaca.

**Cedula:** 1104552896

**Dirección:** Av. Salvador Bustamante Celi y calle s/n

**Correo Electrónico:** jhonbenitez2013@hotmail.com

**Celular:** 0986508094

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de Tesis:** Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.

**Tribunal de Grado**

**Presidente:** Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

**Primer vocal:** Odt. Esp. Diana Ivanova Gahona Carrión

**Segundo vocal:** Odt. Esp. Tatiana Isabel Luna Salinas

## **Dedicatoria**

Con cariño especial a mis padres, hermanos, familiares por su inmenso apoyo paciencia, comprensión y acompañamiento en mis tareas académicas.

A mi esposa e hijas, Lizbeth, Nathaly, Solangs, por su motivación para continuar luchando día a día en la vida y llegar a cumplir mis aspiraciones.

*Jhon Leonardo Benítez Marizaca.*

## **Agradecimiento**

A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja de la Facultad de la Salud Humana, y a los Docentes de la Carrera de Odontología, por haber transmitido sus conocimientos y experiencias a través de la enseñanza.

De manera especial, mi sincero agradecimiento a la Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc, por la asesoría y dirección de tesis en todo su proceso de ejecución.

A la Dra. Susana Campoverde, Líder Educativa de la escuela Gustavo Darquea Terán, por la autorización para realizar el trabajo de campo, a los niños y niñas de la institución por su gentil colaboración.

*Jhon Leonardo Benítez Marizaca*

## Índice

Carátula.....	i
Certificación .....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice .....	vii
Índice de tablas .....	x
Índice de figuras .....	x
Índice de gráficos.....	x
1. Título .....	1
2. Resumen.....	2
Summary.....	3
3. Introducción .....	4
4. Revisión de literatura .....	6
Capítulo 1 .....	6
4.1. Promoción de salud oral .....	6
4.1.1. Salud oral.....	6
4.1.2. Desarrollo de salud bucodental. ....	6
4.1.2.1. Nuevo enfoque de la salud oral. ....	7
4.1.2.2. Odontología preventiva. ....	7
4.1.2.3. Cuidados orales. ....	8
4.1.2.4. Promoción de salud basada en conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal. ....	8
Capítulo 2 .....	9
4.2. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal .....	9
4.2.1.1. Actitudes.....	9
4.2.1.2. Prácticas.....	10
4.2.1.3. La educación como estrategia para la promoción de la salud. ....	10
4.2.1.4. La educación para la salud oral. ....	11
4.2.1.5. Proyección de programas comunitarios desde la academia.....	12

4.2.1.6. Estrategias básicas para la prevención de enfermedades bucales.....	13
4.2.1.7. Cepillado.....	13
4.2.1.8. Importancia del cepillado .....	14
4.2.1.9. Técnicas de cepillado.....	14
4.2.1.10. Técnicas recomendadas para niños.....	16
4.2.1.11. Cepillado de la lengua y frecuencia.....	17
4.2.1.12. Uso de hilo dental.....	17
4.2.1.13. Pasta dental fluorada.....	18
4.2.1.14. Recomendaciones de la cantidad de pasta para niños. ....	18
4.2.1.15. Disminución de azúcares.....	19
4.2.1.16. Visita al odontólogo. ....	19
4.2.2. Principales enfermedades bucodentales.....	20
4.2.2.1. Placa bacteriana y caries dental.....	20
4.2.2.2. Caries Dental.....	20
4.2.2.3. Factores productores de caries.....	21
4.2.2.4. Factores protectores para evitar la caries.....	21
4.2.3. Enfermedad gingival.....	22
4.2.3.2. Prevención de la gingivitis y periodontitis.....	22
4.2.4 Halitosis.....	23
Capítulo 3 .....	24
4.3. Feedback .....	24
4.3.1. Definición de feedback.....	24
4.3.2. Importancia del feedback.....	24
4.3.3. Cuando intervenir con el feedback.....	24
4.3.4. Cuando funciona el feedback y cuando no.....	25
4.3.5. Conducta.....	26
4.3.5.1. Modificación de la conducta.....	27
4.3.5.2. Características de la conducta.....	27
4.3.5.3. Conductas saludables.....	28
4.3.5.4. La medición de la conducta y el cambio conductual.....	29
4.3.5.5. Procedimiento para establecer nuevas conductas.....	29



4.3.5.6. Procedimientos para reducir las conductas no deseadas y aumentar las deseadas.....	30
5. Materiales y métodos .....	31
5.1. Criterios de inclusión .....	31
5.2. Criterios de exclusión .....	31
5.3. Técnica para recolectar información.....	31
5.4. Procedimiento .....	32
5.5. Análisis estadístico .....	33
6. Resultados .....	34
7. Discusión.....	45
8. Conclusiones .....	49
9. Recomendaciones.....	50
10. Bibliografía.....	51
11. Anexos.....	56

### Índice de tablas

Tabla 1. Prueba de Normalidad .....	34
Tabla 2. Estadísticos al inicio del tratamiento .....	37
Tabla 3. Conocimientos, actitudes y prácticas previas a la intervención educativa.....	39
Tabla 4. Conocimientos, actitudes y prácticas posteriores a la intervención educativa.....	40
Tabla 5. Estadísticas de muestras emparejadas .....	41
Tabla 6. Prueba de t para muestras emparejadas .....	42

### Índice de figuras

Figura 1. <i>Técnica de Bass</i> (17) .....	14
Figura 2. <i>Técnica de Stillman modificada</i> (18) .....	15
Figura 3. <i>Técnica vibratoria de Charters</i> (17).....	15
Figura 4. <i>Técnica de Fones</i> (19) .....	16
Figura 5. <i>Técnica horizontal de Scrub</i> (17) .....	17
Figura 6. <i>Uso de hilo dental</i> (22).....	17

### Índice de gráficos

Gráfico 1. Prueba de normalidad.....	35
Gráfico 2. Línea base al inicio del tratamiento.....	37
Gráfico 3. Dispersión de datos, pre test y post test.....	43

## **1. Título**

**“Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja 2018-2019”**

## 2. Resumen

La educación como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, es por ello que la intervención educativa en salud bucal en niños y niñas, desarrolla actitudes y prácticas favorables. De ahí la importancia de potencializar la promoción en salud oral, aplicando insumos (feedback) que permitan el refuerzo de conocimientos actitudes y practicas en edades tempranas dejando en un segundo plano el enfoque curativo. Objetivo: “Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la Escuela “Gustavo Darquea Terán”. Materiales y Métodos: Estudio evaluativo de corte longitudinal, con una muestra de 40 niños/as en edades de 7 a 12 años, a quienes se aplicó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal reforzándose estos mediante técnica feedback entre los intervalos de evaluación. Resultados: Se pudo establecer que no existe normalidad en los datos, tanto en los resultados de las pruebas de conocimientos post test, actitudes pre test y prácticas pre test, pues, el p valor es  $< 0,05$  (0,023; 0,028; y, 0,033 respectivamente). Significando que los niños/as mejoraron sus conocimientos y actitudes en salud oral más no sus prácticas significativamente. Conclusiones: se estableció que no existe diferencia estadística significativa entre la educación bucal antes y después del refuerzo positivo, en los niños y niñas participantes del presente estudio.

**Palabras Clave Palabras:** Cuidados orales, Odontología preventiva, Conducta, Enfermedad dental.

## Summary

Education as a strategy in health promotion has become a form of education, which aims to lead the individual and the community to a process of attitude and behavior change, that is why the educational intervention in oral health in children develops favorable attitudes and practices. For this, it is important to promote oral health promotion, applying inputs (feedback) that allow the reinforcement of knowledge, attitudes, and practices at an early age leaving the curative approach in the background. Objective: "Assess the knowledge, attitudes, and practices of oral health through feedback techniques in children of the School" Gustavo Darquea Terán ". Materials and Methods: Longitudinal section evaluative study, with a sample of 40 children aged 7 to 12 years, to whom the questionnaire of knowledge, attitudes, and practices of oral health were applied, reinforcing these through feedback technique between the evaluation intervals. Results: It was established that there is no normality in the data, both in the results of the post-test knowledge tests, pre-test attitudes and pre-test practices, therefore, the p-value is  $<0.05$  (0.023; 0.028; and, 0.033 respectively). This means that the children improved their knowledge and attitudes in oral health but not their practices significantly. Conclusions: it was established that there is no significant statistical difference between oral education before and after positive reinforcement, in the children participating in this study.

**Keywords Words:** Oral care, Preventive dentistry, Behavior, Dental disease.

### 3. Introducción

La estomatología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida mediante programas preventivos de salud oral, particularmente en la implementación de hábitos saludables mediante conocimientos actitudes y prácticas de higiene bucodental adecuados, los mismos que son un conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad (1).

Sin embargo estos programas son deficientes a nivel mundial por que se han enfocado, más en curar enfermedades dentales que en realizar prevención. Producto de esto encontramos enfermedades dentales frecuentes como caries dental y enfermedad periodontal que afecta a nivel mundial al 60% y el 90% de los niños en edad escolar a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. (2) También se conocen estudios internacionales de salud oral en España, Brasil, México, Colombia, Argentina y Chile presentan varias cifras de enfermedades dentales altas y se limitan solo a la intervención curativa y no a la promoción de salud para modificar conocimientos actitudes y prácticas de salud oral. Todas estas situaciones que atraviesan los países ameritan una estrategia en la promoción de salud oral para el control de las enfermedades dentales en Iberoamérica (1). Por otro lado, a nivel Nacional el Ministerio de salud pública del Ecuador de acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex- Dirección Nacional de Estomatología, revela que el 88.2% de los escolares presentan enfermedades dentales como caries y enfermedad periodontal, el 15, 9% han perdido las piezas dentales (3) ; y el 60% de niños con discapacidad padece de enfermedades bucodentales (4). Evidenciándose de esta manera la gravedad del problema y la necesidad e importancia de implementar un programa de conocimientos actitudes y prácticas adecuadas de higiene oral en escolares (60). Con estos antecedentes nos podemos dar cuenta que la mayoría de países a nivel mundial y específicamente nuestro país maneja programas de promoción y prevención los mismos que a pesar de estar siempre presentes siguen siendo ineficientes e irrelevantes para los profesionales dedicándose con mayor prioridad al aspecto curativo y no preventivo. Ante esta situación se evidencia que la promoción de salud no da los resultados eficaces deseados, además; no existen estudios enfocados a la modificación de conductas dentro de lo que a hábitos de higiene bucodental se refiere, especialmente en la población

de niños escolares que al ser un grupo de fácil modificación de conducta; se podría incentivar la higiene oral adecuada mediante la aplicación de técnicas y estrategias como el feedback dirigidas a mejorar el comportamiento de los niños logrando excelentes resultados en cuanto al mejoramiento de sus hábitos saludables y el cuidado de la cavidad bucal.

Por este motivo, en el presente estudio se realizó intervenciones en promoción de salud bucal en niños/as, durante diez semanas con el fin de promover y fomentar conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral adecuados, generando hábitos saludables para mejorar su calidad de vida, los mismos que se los implemento mediante cinco talleres prácticos con los temas: 1. Mis dientes 2: Cepillado de los dientes 3: Mis dientes no deben enfermar; Caries dental y enfermedades de las encías. 4: Cuidado a mis dientes; El flúor y su función en la prevención de la caries; Dieta cariogénica y su control. 5: Mis dientes parte importante de mi belleza (6); de esta manera se promovió la disminución de la gravedad de enfermedades dentales, poniendo énfasis a la estomatología preventiva sobre la curativa, además se utilizó la técnica de feedback en el proceso educativo, con el fin de modificar la conducta inadecuada de higiene oral de los niños y niñas, motivándolos mediante refuerzos positivos por su buena disposición.

Ante esta realidad se consideró pertinente formular el problema de investigación ¿La promoción de la salud bucal mediante técnica de feedback influye en el mejoramiento de conocimientos actitudes y prácticas en los niños/as de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja? Planteándonos como objetivo general “Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la Escuela Gustavo Darquea Terán” y como objetivos específicos se consideró. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as previo a la intervención educativa de salud bucal, e incentivar a los niños/as de la escuela mediante técnicas de Feedback, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal, y finalmente evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” posterior a la intervención educativa de salud bucal, mediante técnica de Feedback.

## 4. Revisión de literatura

### Capítulo 1

#### 4.1. Promoción de salud oral

La promoción de salud oral incluye promover hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene: Esta estrategia busca incorporar hábitos saludables de higiene bucal y alimentación en las actividades diarias de niños y niñas en establecimientos de educación básica, promoviendo el cepillado de dientes supervisado en espacios adecuados, el consumo de una alimentación saludable y de agua potable fluorada. Para ello es fundamental la transferencia de conocimientos sobre salud bucal desde el odontólogo hacia el equipo educativo y también del equipo educativo al equipo de salud, respecto a metodologías educativas, dada sus competencias para planificar y realizar experiencias de aprendizaje efectivas (5).

**4.1.1. Salud oral.** La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, saborear, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, sin incomodidad ni enfermedad del complejo cráneo facial (6). La Salud oral y la educación están mutuamente interrelacionadas. Uno de los principales determinantes de la salud oral es el nivel educativo, y una buena salud oral en cómo se relaciona con la consecución de mejores resultados educativos (Suhrcke y De Paz Nieves, 2011 citado en (4)). La salud oral es importante para la vida diaria ya que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas, y la promoción de la salud que se dirige a aumentar el control sobre los determinantes de la salud. Por tanto, el bienestar de la comunidad educativa se relaciona con sentirse bien con uno mismo, con los demás y con el entorno (4) .

**4.1.2. Desarrollo de salud bucodental.** La salud oral ha tenido desarrollos importantes frente a los temas clínicos. Es muy interesante ver cómo cada vez se crean y comercializan nuevos materiales para la restauración de dientes perdidos por accidentes y enfermedades de las encías, entre otras causas. También se mejoran materiales, colores, texturas y técnicas para la restauración de las estructuras dentarias perdidas por caries o por pequeños traumatismos. Asimismo, en las diferentes especialidades de la odontología, se han tenido avances no sólo tecnológicos, sino conceptuales, que le han dado a esta disciplina una



connotación artística y que así es entendida e identificada por otras profesiones del área de la salud (7).

**4.1.2.1. Nuevo enfoque de la salud oral.** La salud es el resultado de un bienestar físico, mental, social y en una relación armónica con el medio. A partir de esto, es importante señalar que las prácticas promovidas desde el núcleo familiar son una variable importante para llevar a cabo acciones que favorezcan la salud, pues la adopción de comportamientos que promuevan la salud desde una edad temprana influyen de manera definitiva en los estilos de vida y que a largo plazo permiten mantener la salud. Existen muchas tareas, pero la primera es comenzar a ver la profesión odontológica desde otro punto de vista, no sólo desde el área clínica curativa. De igual manera, se deben identificar y desarrollar nuevas habilidades para el desarrollo progresivo e integral de la odontología como disciplina científica que tenga como fin promover la salud y afectar de manera positiva los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad, viendo asimismo el papel tan importante que se puede cumplir en la construcción de comunidades y su desarrollo sostenible. Es importante evidenciar en este punto de comprensión de la generación de salud que definitivamente la información y la educación que reciban las comunidades deben estar en consonancia con sus necesidades y representaciones sociales, y no sólo desde la mirada científica impositiva. Por lo tanto, son prioritarios programas de promoción de prácticas que favorezcan la salud oral, que integren no sólo al individuo objeto de la intervención, sino también a la familia (7).

**4.1.2.2. Odontología preventiva.** Prevenir las enfermedades orales antes que comiencen, es el modo ideal de asegurar una buena salud para todos los pacientes. Un programa efectivo de prevención odontológica es importante en niños y adolescentes por factores predisponentes que hacen que la odontología restauradora sea más difícil de realizar cuando se necesita. Además, los que llevan a cabo visitas preventivas tendrán menos necesidades imprevistas (8). El diagnóstico y el plan de tratamiento dentales requieren un historial actualizado en cada visita, donde el dentista deberá determinar las necesidades del paciente, asumir la responsabilidad de elaborar un programa individual para el niño y comunicar correctamente a los padres y al paciente como se va a desarrollar dicho programa. Para el éxito de la prevención, es esencial que todos los implicados en el tratamiento del niño/a tengan una percepción clara de la situación; es vital una comunicación correcta entre todos (9).

**4.1.2.3. Cuidados orales.** La educación odontológica de los padres/tutores/cuidadores es importante para asegurar que los niños no pongan en peligro su salud en general al descuidar su salud oral. Los padres son inicialmente los responsables de establecer una correcta higiene oral en el hogar. Se refuerzan los buenos cuidados orales en el hogar a través de los medios de comunicación (p.ej., periódicos, radio, televisión e internet), relación con otras personas y de actividades en la escuela (p.ej., formación en salud, encuentros entre padres y profesores y el seguimiento de las jornadas anuales de salud oral). Este apoyo suplementario libera al dentista de ser el único responsable de explicar la necesidad de los cuidados orales en el hogar y refuerza la receptividad de los padres y de los niños sobre cuidados orales. El dentista es responsable de consultar con la persona que atiende directamente al niño cuando aparecen problemas continuados de salud oral. El seguimiento y supervisión periódicos a domicilio y en la clínica dental es esencial para un desarrollo efectivo del plan de tratamiento preventivo dental. Los cuidadores orales domiciliarios deberían entrenar a los padres al limpiar suavemente los dientes con una gasa o cepillo dental infantil. En los niños mayores que están poco dispuestos de cooperar, el dentista debería entrenar a los padres en la limpieza de los dientes tres veces al día con una correcta técnica de cepillado dental (9).

**4.1.2.4. Promoción de salud basada en conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal.** La OMS, en su definición de promoción en salud oral, involucra directamente el contexto social de la salud (10). En donde la promoción a la salud consiste en incentivar y motivar a los diferentes grupos de nivel social a un cambio conductual, mejorando y ejerciendo un mayor control de la salud. Uno de los puntos importantes en promoción a la salud bucal es el cuidado individual, es decir, el individuo toma medidas y acciones (actitudes y prácticas de salud oral) para mantener su estado de salud, para de esta manera prevenir y diagnosticar a tiempo impidiendo el desarrollo de enfermedades (11)

La información clara y precisa ayuda a la persona en su conducta y prevención de la enfermedad, es decir, provee el entendimiento del vínculo productor que causa su conducta, apoyando la innovación de la situación social, y originando nuevos estilos de vida (Cabrera López L, 1999 citado en (12).

## Capítulo 2

### 4.2. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal

Los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de las comunidades son afectados por la cultura, la educación y la condición social, y pueden variar a lo largo de la vida. Es por ello que las principales enfermedades orales pueden disminuirse ostensiblemente, si se articulan adecuadamente los esfuerzos de los gobiernos, los sistemas y servicios de salud, los profesionales y las comunidades, construyendo capacidades para la solución mancomunada de los problemas, migrando de un enfoque curativo hacia un enfoque de promoción de la salud oral y general (13).

**4.2.1. Conocimientos.** Los conocimientos de salud bucal, se refieren a los aspectos cognitivos y perceptivos que tienen las personas en relación con su salud oral, significados que poseen debido a la educación e información que han recibido en su hogar, institución educativa y sociedad (10). La educación en salud bucal es una excelente intervención para elevar el nivel de conocimientos de los niños/as, básicamente esto permite conducirlos hasta la edad adulta sin enfermedades dentales complejas, y con un buen adiestramiento necesario en técnicas de cepillado, higiene bucal, educación nutricional y corrección de hábitos perjudiciales para la cavidad oral (13)

Los conocimientos acerca del cepillado dental, como evitar las caries, importancia de los dientes deciduos, razones para cuidar los dientes, importancia de la pasta dental, son métodos eficaces para la eliminación de la placa dentobacteriana, y la prevención de caries y las enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal. Diversos autores demuestran que la alta prevalencia en caries y enfermedades bucales son debidas a la elevada presencia de dieta cariogénica y mala higiene bucal por falta de conocimientos de salud oral.

**4.2.1.1. Actitudes.** Las actitudes de la salud bucal, como el cepillado de los dientes y asistencia al control odontológico, son hábitos que intervienen de manera decisiva en la prevención o aparición y el desarrollo de las enfermedades bucodentales. Su modificación a una actitud adecuada de cepillado, uso de hilo dental y asistencia al control odontológico son estrategias fundamentales en la prevención y control de los problemas de salud bucal, con el fin de reducir las intervenciones irreversibles a aquellas situaciones estrictamente necesarias, y siempre que se hayan agotado las medidas preventivas (14).

En la estructura de las actitudes de salud bucal, se distinguen tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual, este último es el componente activo de la actitud (14). Permitiendo determinar el estado de salud bucal en los niños y niñas manteniendo una correcta higiene que es primordial para la prevención de las principales y más frecuentes enfermedades bucales. La información sistemática sobre las actitudes de salud bucal es necesaria para apoyar la planificación y evaluación de los servicios de salud y para el diseño, elaboración y aplicación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucodentales (11).

**4.2.1.2. Prácticas.** Se refiere a las actividades que llevan a cabo las personas para proteger, o mantener la salud dental, como por ejemplo asistiendo al odontólogo para la revisión, control o prevención bucal, cepillado de los dientes, utilización de la pasta dental, y evitando el consumo de alimentos azucarados, con estas prácticas adecuadas se puede prevenir las enfermedades bucodentales (Matignon, 2013).

Las prácticas más influyentes para el cuidado de la salud oral son el uso de cepillo, tipo de pasta de dientes, tiempo y duración del cepillado dental, momento del día se realiza el cepillado, frecuencia de recambio del cepillo de dientes y técnica de cepillado (4). Con esto podemos determinar que las prácticas adecuadas de la salud oral, son acciones que involucran a los niños, niñas, adolescentes y padres de familia a propiciar cambios de comportamientos y actitudes frente a la salud oral; refuerza conductas positivas a nivel colectivo e individual; y reconoce la necesidad particular de planificar y definir estrategias aplicables a su estilo de vida (4).

**4.2.1.3. La educación como estrategia para la promoción de la salud.** La educación en salud se define como un conjunto de oportunidades para el aprendizaje, desarrollado a partir de estrategias de comunicación e información sobre temas de salud que buscan el desarrollo de habilidades que permitan el mantenimiento de una salud individual y colectiva, a fin de propiciar que las personas busquen y deseen estar sanas. En el ámbito comunitario, las intervenciones educativas en salud deben considerar la participación de todos los actores que componen el círculo social, donde el saber académico y científico, frente a otros saberes y conocimientos, no se tome como la única realidad, ya que podría impedir una comunicación recíproca entre el profesional de la salud y la comunidad. Este

saber académico, construido desde el individuo y que trasciende a su grupo social, impactará directamente en la vida y en el bienestar de la persona misma y del grupo social al que pertenece. De acuerdo con González, 2012 citado en (7), educar a los menores para la adopción de hábitos saludables es importante, a fin de que tengan una buena salud general y bucal, ya que en la infancia es cuando se establecen hábitos que se van a repetir a lo largo de la vida del individuo; adicionalmente, en esta época se presentan condiciones de exposición capaces de afectar la salud oral. La escuela, por lo tanto, es un escenario social que puede favorecer la promoción de conductas protectoras para la salud de los escolares y la de su comunidad. De manera similar, Kwan y colaboradores, 2005 citado en (7) sostienen que los espacios escolares son determinantes en la vida de los infantes, para el desarrollo de actitudes y aptitudes favorables para la salud, los cuales pueden reforzarse permanentemente a lo largo de su formación escolar. En este contexto, Martínez y colaboradores, 2011 destacan también el papel importante que desempeñan los padres de familia en la promoción de la salud (PS) oral de los escolares; ellos se consideran, junto con los maestros, la fuente primaria de la educación temprana en los menores escolarizados (7).

**4.2.1.4. La educación para la salud oral.** Mundialmente se promulga que la boca es el reflejo de la salud y el bienestar, individual y colectivo. La salud bucal refuerza conductas positivas y promueve cambios de comportamiento frente al uso de los servicios de salud. Para la construcción de argumentos que relacionan la salud bucal con la educación, se han realizado estudios como el de Litt y colaboradores 1995 citado en (7), en el cual hallaron que la falta de conocimiento y autocuidado de los padres está asociada con un incremento en las tasas de caries en niños en edad preescolar. Dado que los padres son la principal fuerza social que influye en el desarrollo del niño en la primera infancia, se deduce que las intervenciones dirigidas a modificar los conocimientos actitudes y prácticas asociadas con la caries de la infancia temprana pueden ser beneficiosas. En un estudio realizado por Navas y colaboradores 2002 citado en (7) se encontró que entre más alto es el nivel educativo de los padres, mejores son las condiciones de salud oral de los niños; igualmente, una mejor actitud por parte de los padres hacia la salud, después de procesos educativos, también se correlaciona positivamente con las condiciones de salud. Este estudio concluyó que existe la necesidad de desarrollar programas estratégicos preventivos de salud bucal que promuevan la participación de los padres en la adquisición de hábitos

de higiene bucal en niños desde la edad de preescolar. Según Martínez y colaboradores, 2011 citado en (7) hoy en día el número de padres que trabaja fuera del hogar va en incremento, por lo que los niños pasan una cantidad considerable de tiempo en las instituciones educativas. Así, se podría esperar que el personal que labora en estos espacios se involucre en la higiene general y el cuidado de la salud oral de los escolares. Una conveniente educación sobre higiene bucodental en niños desde los primeros años de vida les permite adquirir hábitos saludables. La experiencia y la investigación muestran que los niños captan favorablemente y aprenden más rápido y eficazmente si la enseñanza es interesante y amena; por ello se debe procurar que los mismos escolares participen activamente en el proceso de aprendizaje de manera gradual, aceptable, selectiva y continua, para que de esta forma se logren cambios y se establezcan prácticas permanentes (Crespo Mafran, 2010 citado en (7)). Sin embargo, a partir del estudio de Martínez y colaboradores, 2011 citado en (7) se puede inferir que las intervenciones que promuevan la salud oral deben diseñarse desde diferentes enfoques, ya que muchas veces, a pesar de lograrse buenos resultados en los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores en relación con la salud oral, la caries continúa presentando una alta prevalencia. Entonces, es insuficiente el uso de un solo enfoque diagnóstico e instruccional para tomar decisiones preventivas o terapéuticas dentro de un grupo de individuos Jackson, 2011 citado en (7).

**4.2.1.5. Proyección de programas comunitarios desde la academia.** La formación de los profesionales en el ámbito clínico y comunitario debe proyectar un profesional que logre aportar al bienestar de la población. Desde el pregrado, la formación en odontología se ha orientado al desarrollo habilidades para “curar”, bajo un enfoque de atención en salud, basado en el modelo biomédico (Galitesi C, 2012 citado en (7)). La educación de profesionales para la atención en salud oral debe tener como perspectiva la salud de la población; esto incluye comprender los sistemas y tendencias de salud, y tener conocimiento para el desarrollo de estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de salud, entendiendo la salud como un “sistema complejo adaptativo” (Toro, palacio 2012 citado en (7)). Un desafío clave en la incorporación de la salud oral de la población en el plan de estudios es desafiar los límites tradicionales del currículo; para ello se debe, entre otras cosas, crear sinergias entre los educadores y los proveedores de servicios de salud con el beneficio último de producir un profesional de salud oral reflexivo, que entienda la salud como resultado de una producción social. Hay desafíos,

pero es importante formar profesionales con actitudes y prácticas clínicas con un sólido conocimiento de la salud oral de la población Moyses Sj, 2012 citado en (7)

**4.2.1.6. Estrategias básicas para la prevención de enfermedades bucales.** El cepillado dental, el uso del hilo dental son las principales armas para evitar las enfermedades bucales. Sin embargo, cuando un individuo no tiene conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral apropiada, se transforma en una tarea compleja. Sin una adecuada higiene bucal, la persona es vulnerable a la caries y a la gingivitis entre otras enfermedades orales. Los profesionales dentales deben conocer y enseñar las técnicas de cepillado dental incluyendo las diferentes posiciones para llevarla a cabo. La pasta dental debe tener una alta concentración en fluoruro, el cepillado debe ser tres veces al día. Los cepillos dentales pueden ser modificados para el uso, y los cepillos dentales eléctricos cumplen mejor con el objetivo, el cual es eliminar la placa dentobacteriana sin dañar los tejidos periodontales. El uso del hilo dental diario es útil para prevenir la acumulación de placa; Otros instrumentos de prevención son los selladores, ya que reducen el riesgo de caries en áreas susceptibles de dientes primarios y permanentes; el fluoruro tópico a través de gel, enjuague bucal, barniz o aplicación profesional; restauraciones temporales con ionómeros que liberan fluoruro también son útiles como tratamientos preventivos o terapéuticos principalmente para aparatología de ortopedia y ortodoncia; y en casos de gingivitis o periodontitis, los enjuagues bucales con clorhexidina son útiles (15).

**4.2.1.7. Cepillado.** El cepillado dental se considera un comportamiento fundamental de autocuidado para el mantenimiento de la salud oral y la mayoría de dentistas y organizaciones profesionales lo recomiendan como método de prevención de caries y gingivitis. En lo que respecta a la frecuencia del cepillado dental, una revisión sistemática reciente de 33 estudios con meta-análisis, constata que las personas que se cepillan los dientes  $< 2$  veces al día tienen mayor incidencia e incremento de lesiones de caries (versus los que cepillan los dientes  $\geq 2$  veces al día) (16)., se recomienda cepillarse tres veces al día para lograr un control de placa de manera aceptable, cuando el cepillado es excesivo y el cepillo tenga cerdas duras, se puede presentar abrasión del tejido dental, recesión gingival y aumento de la sensibilidad (17). Con el advenimiento de nuevas tecnologías llegaron al mercado cepillos dentales eléctricos los cuales han demostrado tener una alta energía y fuerzas de cizallamiento suficientes capaces de remover una

significante cantidad de bacterias en la cavidad oral, como también han demostrado ser más eficientes que la técnica de Bass en cuanto a la remoción de placa, demostrando una mejoría en las técnicas utilizadas, pues para las personas que no presentan la capacidad ni la habilidad motora de realizar correctamente la técnica de cepillado, esto puede ser de gran utilidad. Además, el estudio de Grazyna Smiech y Joanna Jabloska (2013) citado en (17), demostró que estos cepillos eléctricos ofrecen tan buenos resultados como cuando se usa un cepillo tradicional junto con la seda dental (17).

**4.2.1.8. Importancia del cepillado.** Independientemente de la técnica del cepillado, se ha demostrado que una buena higiene oral comienza desde la educación en promoción de la salud, la adopción de hábitos y la realización de la técnica que se emplee, la cual debe ser la indicada para la situación clínica de cada paciente. Además del cepillado como método principal utilizado para obtener buenos resultados al realizar la higiene bucal que permite remover de forma mecánica las bacterias, restos alimenticios de la cavidad oral, hay otros factores que influyen en ella como los complementos utilizados para realizarla, como la seda dental, la pasta dentífrica y enjuagues bucales. Estos últimos, se han desarrollado para prevenir la colonización y establecimiento de microorganismos denominados cariogénicos, como *Streptococcus mutans* en la cavidad bucal disminuyendo la actividad de la caries y los recuentos microbianos (17).

**4.2.1.9. Técnicas de cepillado.**

- **La técnica Bass modificada** (Dr. Charles 1950). Es elegida por varios odontólogos como la técnica ideal para enseñar a los pacientes como realizar su cepillado, probando su validez y aplicación para la remoción de placa bacteriana de manera adecuada, inclusive en pacientes usuarios de aparatología ortodóntica. La técnica modificada de Bass además de tener una angulación adecuada para llegar correctamente los espacios interproximales propone el uso de seda dental como complemento para un óptimo resultado, siendo esta necesaria para llegar a las zonas a las que el cepillo de dientes no puede alcanzar (17).



**Figura 1.** Técnica de Bass (17)



Para la técnica de Bass modificada se recomienda un cepillo de cerdas suaves, el mismo que se coloca en un ángulo de 45 grados (Figura a) con respecto al eje longitudinal del diente (teniendo en cuenta que las cerdas van hacia la parte apical del diente); los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal (Figura b). Posteriormente se realiza la limpieza de las superficies oclusales.

- **La técnica de cepillado de Stillman modificada.** Está indicada en pacientes adultos que no tienen enfermedad periodontal, es igual a la técnica de Bass pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival, es decir, encima de la encía adherida. Se realiza a presión hasta observar la palidez de los márgenes gingivales, la vibración se mantiene por 15 segundos por cada dos dientes y al finalizarla se realiza movimiento hacia oclusal de barrido (18).



*Figura 2. Técnica de Stillman modificada (18)*

- **La técnica vibratoria de Charters.** Es la menos recomendada, fue descrita por Charters en 1928 y está indicada en pacientes adultos con enfermedades periodontales; el objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal. Para realizarla, se debe ubicar el cepillo formando un ángulo de 45 grados con respecto al eje dental pero dirigido hacia el borde incisal, y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías (17).



*Figura 3. Técnica vibratoria de Charters (17)*

La descripción anterior acerca de las técnicas de cepillado indica que hay una para la situación clínica que presente cada paciente, pero más que determinar cuál es la que ofrece mejores resultados, lo importante es realizarla de manera adecuada y minuciosa; ya si hay un caso especial que necesite el empleo de una, se debe enseñar al paciente de qué forma realizarla (3).

#### **4.2.1.10. Técnicas recomendadas para niños.**

- **La técnica de Fones.** Está indicada para las superficies vestibulares; para llevarla a cabo, los dientes deben estar en oclusión o en posición de reposo, y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie bucal del diente. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realizan 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. En las caras oclusales, se realizan movimientos circulares y en las caras linguo - palatinas se coloca el cepillo en posición vertical y se realizan movimientos rotatorios; está indicada en niños por la facilidad para aprenderla, en comparación con la técnica de Bass (19).



*Figura 4. Técnica de Fones (19)*

- **La técnica horizontal de Scrub.** Consiste en que los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular, linguo - palatina y oclusal de los dientes. Se realiza una serie de movimientos repetidos de atrás para adelante sobre toda la arcada, la cavidad oral se divide en sextantes y se realizan 20 movimientos por cada sextante; se ha demostrado que es el método de elección en niños en edad preescolar, porque ellos tienen menor habilidad para llevar a cabo otros métodos de cepillado y se encuentran en la edad en la que están desarrollando sus capacidades motoras, pero a la vez, se ha observado que las técnicas de cepillado horizontal aumentan la abrasión del esmalte (17).



**Figura 5. Técnica horizontal de Scrub (17)**

**4.2.1.11. Cepillado de la lengua y frecuencia.** La lengua es un órgano móvil, musculoso, situado en la cavidad oral propiamente dicha y aplanado de arriba abajo en su extremidad anterior, donde radica el sentido del gusto y se le consideran dos caras, dos bordes, una base y un vértice. La lengua se debe cepillar desde adentro hacia afuera y con movimientos circulares su frecuencia debe ser al igual que el cepillado de tres veces al día. Para examinar el cepillado correcto de la lengua y si existe alguna anomalía el primer paso en la exploración es la inspección del dorso de la lengua que debe ser de apariencia húmeda, color rosado y superficie aterciopelada que le confiere la presencia de las papilas; se debe observar si existe presencia de ulceraciones, edema, cambios en su coloración (20).

**4.2.1.12. Uso de hilo dental.** Es un conjunto de finos filamentos de nylon o plástico usado para retirar placa dental de proximal de los dientes y pequeños trozos de comida. El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía (21). La seda dental es un instrumento imprescindible en la limpieza de los dientes. Solo con la seda dental pueden limpiarse los espacios interproximales a los que no llega el cepillo de dientes. Ningún otro medio puede sustituir a la seda dental, su uso solo puede complementarse con enjuagues bucales o colutorios.

<p>Utilice unos 45 cm (18") de hilo dental, dejando 3 ó 5 cm (1 ó 2") para trabajar (22)</p>	<p>Siga suavemente las curvas de sus dientes (22).</p>	<p>Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma (22).</p>

**Figura 6. Uso de hilo dental (22)**

**4.2.1.13. Pasta dental fluorada.** La evidencia científica indica que el flúor en la pasta dental ha sido el responsable de la disminución de la caries dental a escala mundial, con una reducción de alrededor del 24%. La pasta, junto con el cepillo, hacen parte de un importante hábito de higiene bucal que ofrece muchos beneficios para la salud dental y gingival como es la remineralización del diente de la caries y la prevención de la aparición de la gingivitis provocada por la placa dental (3).

En las últimas décadas se han establecido una gran variedad de cambios en la composición de las pastas dentales. Uno de los principales cambios es la utilización de la pasta de dientes como un sistema de administración de agentes terapéuticos a la cavidad oral, entre las que se encuentran las empleadas para la prevención de caries, las cuales tienen una amplia gama de ingredientes, además de diversas sales de fluoruro como agentes anticaries (23).

**4.2.1.14. Recomendaciones de la cantidad de pasta para niños.** La Organización Panamericana de la Salud, (PAHO) y la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), recomienda utilizar una cantidad de crema equivalente a 0,25 gr sobre el cepillo dental, esto corresponde al tamaño de una arveja. (La cantidad de pasta dental fluorada para un niño menor de 3 años equivale a un “granito de arroz” y para mayores de 3 años equivale a una “alverjita”). Por esta razón se hace necesario hacer conocer a la población que se debe aplicar 0,25 gr de pasta dental y usar una buena técnica de cepillado (24).

En el campo de la prevención, la salud bucal es un área que merece especial atención, fundamentalmente de una de las enfermedades de mayor prevalencia en la población, la caries dental. El conocimiento sobre la caries dental ha llevado a la creación de diversos métodos y procedimientos preventivos, siendo considerado el uso de la pasta dental con flúor uno de los más eficaces en la lucha masiva contra la caries. Sin embargo la ingestión de niños y adultos puede causar intoxicación y muerte con solo ingerir la cantidad de 1 gramo. Produciendo diversos daños en la salud y causando las manifestaciones clínicas como Náuseas, vómitos, dolor abdominal a los 30-60 minutos de la ingesta. Las manifestaciones sistémicas graves (excepcionales) pueden ser: debilidad muscular, contracciones tetánicas, debilidad de músculos respiratorios y aparato respiratorio. Este elemento además tiene la capacidad de inducir: Hipocalcemia, y daños cerebrales (29). Antes una situación de emergencia se recomienda asistencia

médica o la administración de carbón activado que viene en presentaciones en tabletas la misma que debe disolverse en 200cc de agua por cada 25 g de carbón activado para que el paciente beba o el personal de enfermería la administra por sonda nasogástrica (30). Sin embargo se recomienda asistencia médica especializada.

**4.2.1.15. Disminución de azúcares.** La dieta desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la caries dental, especialmente en personas de riesgo. No obstante, son muchos los estudios epidemiológicos que correlacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de caries y en los que se demuestra una clara asociación entre frecuencia de consumo, la ingesta entre comidas y el desarrollo de caries dental. Por otra parte, son varias las características de los alimentos que pueden influir en el potencial cariogénico de estos, como por ejemplo concentración de sacarosa, consistencia, combinación de alimentos, secuencia y frecuencia de ingestión y pH de los alimentos (25). En realidad cada vez que se ingiere azúcar, los ácidos atacan el esmalte dentario por un tiempo aproximado de 20 minutos, por lo que el ataque ácido es proporcional al tiempo que haya presencia de azúcar, lo que explica que es la frecuencia y no la cantidad de azúcar ingerida lo que provoca la caries dental (26).

**4.2.1.16. Visita al odontólogo.** La Academia Americana de Odontopediatría recomienda que el primer chequeo dental del niño ocurra antes de los 12 meses de edad, en el momento de la erupción del primer diente. Esta primera visita debería incluir: examen oral, evaluación del riesgo de caries del niño e información a los padres sobre guías de prevención y hábitos de salud bucodental. La detección temprana y manejo de las condiciones orales pueden mejorar la salud bucal del niño, su salud general y su bienestar. Un retardo en el diagnóstico de la enfermedad puede resultar en la exacerbación de los problemas que pueden llevar a una atención más compleja y costosa. Una de las razones del escaso conocimiento de la edad de la primera visita es el no haber recibido las recomendaciones de los profesionales de salud para ello. En un estudio realizado en Colombia, se encuentra que solo el 53,0% de médicos generales y pediatras consideran que los niños deben visitar al odontólogo durante el primer año de vida. En contraste, otro estudio realizado en Estados Unidos, reporta que el 40% de los médicos de familia y el 63% de los pediatras recomiendan la primera visita dental alrededor del tercer

cumpleaños, para un niño de bajo riesgo de caries, mientras que para un niño de alto riesgo recomiendan que la visita dental sea de inmediato (18).

**4.2.2. Principales enfermedades bucodentales.** Las enfermedades orales más comunes son la caries dental, la gingivitis y la periodontitis crónica. Las enfermedades orales afectan a 3,9 billones de personas, siendo la caries no tratada (35%) la más prevalente globalmente. La gingivitis puede afectar entre el 30% al 100% de la población. La periodontitis crónica puede afectar entre un 30% al 50% de los adultos, y su prevalencia se incrementa con el aumento de la población y la expectativa de vida (9).

**4.2.2.1. Placa bacteriana y caries dental.** Placa bacteriana se define como una comunidad microbiana que se encuentra en la superficie dental embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. La placa dental se desarrolla naturalmente, pero también está asociada con dos de las enfermedades más prevalentes (caries dental y enfermedad periodontal) (27).

Según la relación que tiene la Placa Bacteriana con el margen gingival se clasifica en:

**Placa Supragingival.** Es la que se encuentra coronal al margen gingival. Se divide en dos categorías: la coronal que está en contacto solo con la superficie dentaria y la placa marginal, que se relaciona con la superficie dentaria y el margen gingival.

**Placa subgingival.** Es la placa que se organiza ocupando la luz del surco gingival o del saco periodontal. Según la maduración y acumulación de la placa ocurren cambios inflamatorios que modifican las relaciones anatómicas del margen gingival y del diente dando un ambiente protegido por el medio supragingival y bañado con el líquido del surco gingival(27).

**4.2.2.2. Caries Dental.** es un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. Se clasifica como una enfermedad transmisible e irreversible. Fejerskov

define la lesión cariosa como un mecanismo dinámico de desmineralización y remineralización como resultado del metabolismo microbiano agregado sobre la superficie dentaria, en la cual con el tiempo, puede resultar una pérdida neta de mineral y es posible que posteriormente se forme una cavidad (28).

**4.2.2.3. Factores productores de caries.** Los factores de riesgo son características que le confieren al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de la salud. Son factores asociados a los hábitos incorrectos y uso prolongado de la lactancia materna o del biberón, sustancias azucaradas en las fórmulas lácteas, líquidos o alimentos como jugos de frutas, papillas y refrescos. Cuando existe una higiene bucal deficiente, permanecen sustancias acidogénicas sobre las superficies dentarias que brindan un ambiente altamente cariogénico y son un excelente medio de cultivo para los microorganismos patógenos en la cavidad bucal, como el *Estreptococo mutans*, lactobacilos y *Streptococo sobrinus*. Otros factores de riesgo son el nivel socioeconómico bajo, uso de medicamentos pediátricos líquidos o masticables, agradables al paladar por la acción de sacarosa, glucosa o fructosa. La enfermedad es multifactorial y se necesita la presencia simultánea de tres factores: un huésped susceptible (diente), la flora bucal cariogénica (microorganismos) y sustrato de carbohidratos fermentables en la dieta (13).

**4.2.2.4. Factores protectores para evitar la caries.** Los hábitos higiénicos actúan como factores protectores al controlar el desarrollo de la placa bacteriana por métodos mecánicos. A su vez, la adición de pasta dental fluorada al cepillado, actúa como agentes remineralizadores de las piezas dentarias, confiriendo mayor resistencia al ataque ácido, y disminuyendo la solubilidad del esmalte e interfiriendo en el metabolismo bacteriano. Asimismo, se recomienda que un adulto supervise la actividad para asegurar su correcta realización (13). Además La autólisis ejercida por la saliva les protege por ser una solución saturada de calcio y fosfato que contiene flúor, proteínas, inmunoglobulinas y glicoproteínas con función antibacteriana, amortiguadora del descenso del pH y la de promoción de mineralización y remineralización.

Son factores protectores la lactancia materna, la higiene bucal, uso de flúor y visitar al odontopediatra antes del año de vida; ayuda reducir la alimentación cariogénica y evitar hábitos como compartir cucharas, limpiar el chupón con la saliva, soplar sobre la comida o besar la boca del bebé (19).

**4.2.3. Enfermedad gingival.** La gingivitis es una enfermedad inflamatoria que comienza su desarrollo por el sangrado en las encías, generalmente tras el cepillado; las encías aparecen con una coloración rojiza brillante y son sensibles al tacto; además se producen ulceraciones bucales con facilidad (29). Es decir las características clínicas de la gingivitis son eritema, edema, sangrado en el sondaje y exudado purulento (pus). Para reconocer la hinchazón o el edema gingival, el clínico ha de tener una imagen mental clara de la forma y la textura de la encía sana. La encía sana es firme y resistente, mientras que los tejidos edematosos suelen estar engrosados y blandos. Si hay alguna duda sobre la presencia o ausencia de edema gingival, a veces es útil presionar suavemente la sonda periodontal contra el tejido durante unos segundos y luego retirarla. En los sitios edematosos a menudo queda la huella de la sonda periodontal, mientras que en los sitios sin edema acusado no se observara huella. Reconocer la presencia o ausencia de edema gingival ayudará al clínico a determinar si los tejidos están sanos o enfermos. Además, sirve para otro propósito importante: prever la respuesta al tratamiento. El edema gingival y el enrojecimiento asociado a menudo desaparecen poco después del raspado y alisado radicular (8).

**4.2.3.2. Prevención de la gingivitis y periodontitis.** Para prevenir las enfermedades más comunes como la gingivitis, periodontitis hay que tomar en consideración varias pautas importantes que permitirán conservar la higiene oral de la mejor manera entre ellas tenemos, cepillar correctamente los dientes y la lengua después de cada comida durante, al menos 5 minutos. Cambiar el cepillo de dientes cada 3 meses.

Utilizar colutorios como complemento del cepillado. Emplear hilo/seda dental y cepillos interdentes para limpiar las zonas inaccesibles al cepillo. Recurrir al flúor como medida preventiva, bien por vía sistémica (incorporación de flúor al agua potable y sal común, suplemento oral o en gotas) o por vía tópica, a través de dentífricos y colutorios.

Seguir una dieta variada y equilibrada. Una dieta con déficit de vitamina C y ácido fólico está relacionada con la severidad de la gingivitis. La malnutrición que conduce a una alteración del sistema de defensa está relacionada con la periodontitis. Se ha demostrado que el déficit nutricional de ácido ascórbico, hierro, folato y zinc se relacionan con la integridad del epitelio gingival. Controlar la escasez de saliva, debida en ocasiones a la administración de ciertos fármacos, enfermedades sistémicas, infecciones crónicas (30).



**4.2.4 Halitosis.** La halitosis ha sido definida como un olor ofensivo y fétido en el aliento producido por factores como: mala higiene oral, infecciones dentales u orales y/o la ingestión de ciertos alimentos. La halitosis no es una enfermedad sino un síntoma o signo de posibles enfermedades que afecta al 30% de la población. Su etiología es multifactorial, y principalmente ocurre como consecuencia del metabolismo de las bacterias. Las bacterias anaerobias de la cavidad oral degradan sustancias orgánicas denominadas compuestos volátiles de azufre (CVS). En estudios experimentales se ha demostrado que entre el 80% al 90% del mal aliento tiene su origen en los CVS. La halitosis también puede ser extraoral (aproximadamente el 4%) por patologías en oído, nariz y garganta, por enfermedades metabólicas, insuficiencia renal o hepática, cambios hormonales, enfermedades bronquiales y/o pulmonares y patologías gástricas. Las decisiones con respecto al diagnóstico y tratamiento de la halitosis requiere de un equipo multidisciplinario que investigue las posibles causas que puedan contribuir al mal olor bucal. La necesidad de tratamiento para la halitosis patológica extraoral. NT-3 incluye una remisión a un médico especialista de acuerdo a la sospecha que se tenga. El tratamiento para la pseudo-halitosis NT-4 es responsabilidad del odontólogo (instrucción profesional, la educación y la tranquilidad al paciente). Los dos tratamientos más utilizados y tradicionales para el control de la halitosis son el control mecánico de la lengua saburral y el uso de agentes antimicrobianos (31).

Sin embargo el tratamiento de la halitosis debe comenzar con la identificación y eliminación de causas obvias de la halitosis como: Enfermedades periodontales, caries, restauraciones defectuosas. Se debe hacer una educación en higiene oral incluyendo la higiene de la lengua y se puede implementar el uso de agentes antisépticos como la clorhexidina 0.12% adjuntos. Se ha propuesto con poca evidencia el uso de metronidazol (31).

## Capítulo 3

### 4.3. Feedback

**4.3.1. Definición de feedback.** Es una de las herramientas fundamentales en el proceso de formar hábitos y actitudes, así como en el aprendizaje de destrezas, especialmente en el ámbito odontológico. El término feedback o retroalimentación, se refiere a la entrega de información a los niños acerca de su desempeño con el propósito de mejorar éste en el futuro. Es de gran importancia reconocer los dos componentes mencionados en la definición: no basta con informar a un niño acerca de su desempeño, sino que la información debe ser entregada de forma tal que haga posible una mejoría durante el aprendizaje (32).

Para cualquier persona que esté adquiriendo conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal es útil conocer durante el proceso si está logrando adecuadamente los objetivos, así como los aspectos específicos en que debe mejorar. En este sentido, el feedback puede compararse a un espejo que devuelve al aprendiz una imagen de lo que está haciendo, lo que le permite perfeccionarse y corregirse durante el proceso de aprendizaje. El alumno no sólo debe recibir retroalimentación negativa, que tiene el propósito de corregir las conductas inadecuadas, sino también una retroalimentación positiva, con el objeto de tomar conciencia que una conducta específica es adecuada, lo que tiende a reforzarla (33).

**4.3.2. Importancia del feedback.** El Feedback es una importante herramienta porque permite que el odontólogo, y a los niños/as sentirse parte de un equipo. La intervención debe ser oportuna y esperada, debe basarse la enseñanza de higiene oral en observaciones efectuadas personalmente por el odontólogo. El Feedback debe referirse a conductas susceptibles de cambio como cepillado dental, uso de hilo dental, enjuague bucal visita al odontólogo para control odontológico. Es una herramienta descriptiva y no evaluativa, se refiere a situaciones concretas y no a generalizaciones, además el Feedback se refiere a decisiones y actos de higiene oral y no a intenciones o interpretaciones, y permite negociar con los niños/as el decidir cuándo y dónde efectuar el feedback (33).

**4.3.3. Cuando intervenir con el feedback.** El mejor momento para entregar el feedback es inmediato a la detección del problema. Sin embargo, en el trabajo con

pacientes o con grupos de niños y niñas, la entrega inmediata de feedback negativo suele ser inadecuada, puesto que tiende a menoscabar las técnicas inadecuadas de higiene oral que tiene el niño ante sus compañeros. En estas circunstancias es preferible posponerla hasta que se den condiciones más adecuadas. Esta demora, además, puede servir para que se sosieguen aquellos niños o niñas que han sido afectados negativamente por una situación determinada, como por ejemplo las técnicas de higiene oral inadecuadas lo que hace posible que la retroalimentación cumpla mejor su propósito (34).

Debe ser efectuada en un ambiente adecuado. El odontólogo debe llevar al niño/os a una sala o los cita especialmente para este propósito, el acto adquiere el grado de formalidad que ayudará a producir el efecto deseado. Asegurarse que el niño/a comprendió la instrucción. Es necesario constatar que el niño percibió claramente el problema y, mejor aún, pedirle que describa el cambio necesario para solucionarlo. En algunas ocasiones puede ser útil, además, solicitar una opinión acerca de cómo percibió el niño la entrega feedback, lo que es especialmente importante cuando el Odontólogo no ha presenciado personalmente el problema y sólo ha sido informado por otros miembros del equipo de salud (33).

**4.3.4. Cuando funciona el feedback y cuando no.** El feedback funciona cuando se convierte en un proceso claro y específico que afirma a quien lo da, conoce el objetivo que tiene la otra persona, es decir: que resultados que queremos tener como el caso que el odontólogo desea lograr con los niños y niñas respecto a los hábitos de higiene oral. El motivo, quien da feedback lo hace sobre aspectos que la otra persona definió como sus objetivos a lograr, por lo tanto, el motivo (el para qué) de la conversación siempre estará centrado en cómo, quien da el feedback, puede ayudar a quien lo recibe a mejorar la efectividad en la consecución de “sus” objetivos (35).

**La pertinencia.** A los seres humanos nos cuesta escuchar nuestros errores o lo que otras personas tengan para decirnos respecto de nuestro comportamiento. Es por ello que la persona que recibe el feedback debe primero que nada, querer recibirlo y estar dispuesta a escuchar. Sino toda la conversación es inútil y probablemente resentirá la relación (36).

**Efectividad.** Cuando hablamos de efectividad en la consecución de objetivos no solo nos referimos a los aspectos relacionados a tareas concretas, sino también a como se consiguen esos resultados (rumbos elegidos), como quedan las relaciones con las personas (el equipo) con las que se interactuó para conseguir los mismos y que se aprendió del todo el proceso (36).

**Libertad.** El desafío de quien da feedback, es realizar la conversación de forma tal que quien lo reciba “pueda elegir” si da por válidas y útiles las opiniones y observaciones que recibe y si las aplica para corregir su rumbo (36).

El Feedback no funciona, si no se entrega a tiempo y de forma adecuada, se hace notar al paciente sobre los errores en los conocimientos actitudes y prácticas de salud oral, y las posibles secuelas que se presenten; éstos no serán corregidos o la corrección se hará lenta e ineficientemente, en la medida que el niño tome conciencia de ellos a través de las consecuencias de los malos hábitos de higiene oral que desencadena dolor, entonces el feedback no funciona. Además depende del odontólogo, la forma que se exprese y haga que el receptor niño/a de importancia a los hábitos de salud bucal explicándole las consecuencias y ventajas del cuidado correcto de su salud oral (37).

**4.3.5. Conducta.** Son todas las acciones de los niños/as son susceptibles a ser analizadas mediante: anamnesis, examen físico, interpretación de datos, formulación de hipótesis diagnósticas, planes de tratamiento, ejecución de procedimientos etc. por ej., conducta de los niños/as con respecto a los hábitos de higiene oral.

La conducta de los hábitos de la salud oral se refiere a las formas de manifestación por acción, esto es, cuando el niño despliega alguna actividad física como el cepillado de los dientes, o por omisión, cuando la inactividad o quietud del niño, en presencia de un deber o forma contractual de actuar, genera de forma directa no lo realiza; como, sabiendo que debe cepillarse los dientes después de cada comida no lo hace (34).

La conducta se refiere a las acciones de las personas en relación con su entorno o con su mundo de estímulos. La conducta o el comportamiento del ser humano, al ser una manifestación de un organismo pensante, de una persona genéticamente estructurada para hacer una manifestación de actos ante la sociedad y los estímulos, lo hace a través de cómo

este estructurada su personalidad. La personalidad es la que va hacer que una persona se comporte de una u otra forma (35).

La personalidad está compuesta por un conjunto de cualidades físico - químicas que distinguen a un ser de otro, además de ser un individuo con un complejo organismo con función sensorio-motriz, es la imagen que da de sí mismo. La personalidad es la forma de responder ante los estímulos y circunstancias de la vida, donde se ve como unas cualidades destacan sobre otras, siendo estas las que caracterizan el sujeto. La personalidad integra el conjunto de funciones psíquicas y da como resultado “el comportamiento”, está constituida por aquel conjunto de elementos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que muestran un sello peculiar, un estilo propio, una manera de ser, es decir, un perfil de personalidad (35).

**4.3.5.1. Modificación de la conducta.** La conducta se aprende en la interacción del sujeto en un medio social. El objetivo de la modificación de la conducta es el cambio de la conducta desadaptada y alternativamente la implantación de conductas adecuadas a través de la modificación de la conducta objetiva (fisiológica, motor y/o cognitiva) y/o de los antecedentes y consecuentes que la mantienen y cuya finalidad última es establecer la conducta deseada por sus consecuencias positivas (34).

**4.3.5.2. Características de la conducta.**

**Superioridad:** El énfasis se coloca en la conducta o lo que las personas realizan, y se evalúa como se siente la persona, como piensa y como la nueva conducta la ha llevado a solucionar sus problemas específicos. Por ejemplo los niños/as que presentan mal olor en la cavidad oral por falta de higiene, al modificar la conducta de higiene oral se sienten mejor y crean el hábito porque les favorece tener los dientes limpios y sanos (34).

**Aprendizaje:** La conducta puede cambiarse al proporcionar nuevas experiencias de aprendizaje. Al utilizar el aprendizaje como un punto de partida, los tratamientos conductuales proporcionan experiencias especiales de aprendizaje para modificar la conducta desadaptada, para incrementar la conducta adaptativa en la vida cotidiana. Los postulantes de la modificación de la conducta no necesariamente se adhieren a la opinión de que todas las conductas son aprendidas y pueden cambiarse a través del aprendizaje. Diversos factores conductuales, sociales culturales y otros, influyen sobre la conducta (35).

**Tratamientos activos y directivos:** las técnicas de modificación de conducta se apoyan en tratamientos activos y directivos, esto significa que los niños que se les brinda el tratamiento se les da instrucciones específicas para los procedimientos que se van a realizar; las acciones o actividades para ayudar a lograr cambios deseados con frecuencia se extraen durante las sesiones de tratamiento. A menudo, tales acciones o actividades también se asignan a las personas como tareas (38).

**Importancia de la evaluación y valoración:** Una característica central de la modificación conductual es el compromiso con la evaluación y la valoración del tratamiento.

**Primero,** se evalúa las conductas a modificar, la observación directa de cómo se desenvuelve la persona en la escuela y en la casa, evaluaciones hechas por otras personas significativas (padres, docentes, compañeros, odontólogo).

**Segundo,** las metas y medios para alcanzarlas generalmente están bien especificados. Antes de la intervención de la promoción de salud, el odontólogo efectúa una prueba piloto para identificar en nuestro caso los conocimientos actitudes y prácticas de salud oral. Una vez que el problema ha sido identificado y evaluado se puede especificar las procedimientos y metas hacia las que se dirigirán.

**Tercero,** se evalúan los efectos de la promoción de salud para determinar si se han obtenido los resultados deseados (35).

**Utilización de personas en la vida diaria:** Las técnicas conductuales o instrucciones de higiene oral se extraen de la planificación del odontólogo. Con frecuencia se llevan a cabo aplicaciones en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Las personas responsables del cuidado, y educación de los niños, como padres, maestros a menudo se emplean para ayudar con el programa de cambio conductual (34).

**4.3.5.3. Conductas saludables.** Es el conjunto de operaciones fisiológicas, motrices, verbales y mentales por las cuales un organismo en situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades.

**Profilaxis bucal:** Es el conjunto de acciones encaminadas a prevenir daños de la cavidad oral mediante la eliminación de factores de riesgo relacionados con los tejidos periodontales y los dientes, detectados en la anamnesis y el exámen físico. El control de placa dentobacteriana debe ser realizado en el hogar por la persona y por el odontólogo previo tratamiento en atención primaria. La detección de hábitos inadecuados de salud oral exigirá la ejecución de acciones para su modificación o eliminación (11).

**Corrección de hábitos nocivos para la cavidad oral:** Corregir a los niños/as que lleven objetos a la boca, entre estos lápices, borradores esferos pueden ocasionar un trauma dental, esta situación es una tarea compleja y la corrección se debe llevar acabo con paciencia y plena vigilancia para que el niño/a reflexione y se dé cuenta de las consecuencias negativas que le ocasiona los hábitos nocivos especialmente el llevarse objetos a la cavidad oral (11). Si se consigue erradicar esta situación se podrá evitar traumas dentales y mal posición dental a causa de los hábitos nocivos de la cavidad oral.

**4.3.5.4. La medición de la conducta y el cambio conductual.** El aprendizaje continúa ocupando un papel central en la modificación de la conducta. Existe varias técnicas para la medición y cambio conductual. Entre ellos “El modelamiento” el que consiste en: el observador ve al modelo ejecutar la conducta. Para hacer más claros los efectos del modelamiento, es importante distinguir el aprendizaje del desempeño. El requisito para aprender mediante modelamiento es la observación de un modelo, se supone que la respuesta modelada la adquiere el observador a través de la codificación cognoscitiva o cubierta de los eventos observados (34).

Se ha utilizado el modelamiento en la modificación conductual para alterar una variedad de conductas. En muchas aplicaciones se han tratado de manera efectiva problemas como la falta de habilidades de higiene oral en los niños. En la mayoría se emplea el modelamiento junto con otros procesos conductuales. Aunque siempre es importante complementarla con la técnica del Feedback (32).

**4.3.5.5. Procedimiento para establecer nuevas conductas.** Se refiere a la mayoría de las conductas aplicadas en la vida diaria pueden conceptuarse como operantes. Es decir, las nuevas conductas se establecen sobre el ambiente y tienen consecuencias que afectan la probabilidad de que se desempeñen en el futuro. Como ejemplo incluye conductas de

hábitos de salud bucodental de niños, adolescentes y personas mayores que buscan el ejercicio y hábito de salud bucal adecuada. Tales conductas pueden modificarse. Por ejemplo con un elogio por cepillarse los dientes tres veces al día puede incrementar el desempeño en la escuela, y en el hogar mediante el refuerzo positivo (36).

#### ***4.3.5.6. Procedimientos para reducir las conductas no deseadas y aumentar las deseadas.***

**Los reforzadores positivos** son eventos que se presentan después de una respuesta desempeñada y que incrementan la frecuencia de la conducta a la que siguen. Un reforzador positivo se define por su efecto sobre la conducta. En contraste, las recompensas se definen como algo que se da o recibe a cambio de hacer algo. Las recompensas como premios por lo común, tienen un valor pero no necesariamente incrementa la probabilidad de ocurrencia de las respuestas a las que proceden. La diferencia entre recompensas y reforzadores juega un papel importante en el desarrollo de un programa de tratamiento efectivo. Ejemplo de reforzador positivo cepillarse los dientes puede reforzarse cuando el niño/a obtiene una buena salud oral y es felicitado por sus padres (34). Para identificar reforzadores positivos es importante tener en mente dos consideraciones. Primera, un evento (por ejemplo una palmadita en la espalda) pueden ser reforzadores positivos para una persona, pero no para otra; aunque algunos eventos poseen una amplia generalidad para servir como reforzadores, como dinero o la comida. Segunda, un evento puede ser reforzador para una persona bajo ciertas circunstancias pero no en otras (32).

**Los reforzadores negativos:** son estímulos negativos que incrementan la conducta deseada y retiran la conducta inadecuada. Es importante hacer notar que el reforzamiento negativo o positivo siempre se refiere a un incremento de conducta. En la vida diaria abundan ejemplos de reforzamiento negativo, como por ejemplo el hecho de que un padre regañe puede incrementar que el niño se lave los dientes. El evento adversivo (regañó del padre) se termina con la ejecución de la conducta. En términos estrictos podemos decir que en el ejemplo anterior el reforzamiento negativo sucede sólo si se incrementa la conducta que termina con el estado indeseable (32).



## 5. Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación fue de tipo evaluativo de corte longitudinal, el mismo que se caracteriza por implicar dos mediciones al principio y al final del seguimiento del estudio, usado especialmente en investigaciones médicas y epidemiológicas con el fin de comparar los resultados obtenidos.

**Universo y Muestra:** 40 niños/as en edades de 7 a 12 años, a quienes se aplicó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal reforzándose estos mediante técnica feedback entre los intervalos de evaluación.

### 5.1. Criterios de inclusión

- Niños y niñas de 7 a 12 años.
- Niños que cuentan con una autorización de los padres para realizar la investigación y firmaron el consentimiento informado
- Niños que en el momento de la aplicación en el cuestionario de conocimientos actitudes y prácticas estuvieron presentes.

### 5.2. Criterios de exclusión

- Niños y niñas menores de 7 años y mayores de 12 años
- niños cuyos padres no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación;
- Niños que en el momento de la aplicación del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas no estuvieron presentes;
- Niños que en el proceso de investigación abandonaron el grupo de estudio.

### 5.3. Técnica para recolectar información

**Observación directa;** permitió realizar el diagnóstico mediante la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral mediante la aplicación del pretest validado previamente en el grupo de estudio.

**Análisis Documental:** consintió en la revisión de la literatura sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal y la necesidad de modificar estas conductas con el fin que sean las adecuadas.

Se construyó un instrumento en base al instrumento de conocimientos actitudes y prácticas de diseño experimental de las autoras Vivian Manzano y Lisney Rincón; el mismo que fue modificado y validado de acuerdo a las necesidades del estudio.

**Fiabilidad del cuestionario de conocimientos actitudes y prácticas:** permitió determinar la fiabilidad de consistencia interna del mismo para lo cual se determinó el coeficiente Alfa de Cronbach luego de implementar una prueba piloto a una muestra de población con características similares a la muestra de estudio; dándonos un resultado en el valor calculado en el SPSS v 22 fue de 0633 el cual se interpreta como aceptable recomendándose su uso en el proceso correspondiente (Anexo en la Pág. 111.)

**Planificador de Feedback:** se usó para reforzar o cambiar conductas, y realizar el seguimiento de los investigados y evaluar el trabajo realizado. Para la recolección de información y sistematización verídica de información se utilizó la aplicación de instrumentos, uso de técnicas y codificación de datos (anexo Pág. 112).

#### **5.4. Procedimiento**

Para la obtención de la respectiva autorización tanto de la Institución educativa como por parte de los padres de familia se solicitó el permiso respectivo y la colaboración de los estudiantes para el desarrollo de la investigación con el compromiso de devolver los resultados en un acto de socialización de los mismos.

Todo este trabajo de campo se realizó en diez semanas con grupos de 10 niños y niñas según planificación, con el fin de conseguir la modificación de conductas actitudes y prácticas de higiene oral de los investigados; se trabajó con los niños que asistieron al aplicar el cuestionario en la primera etapa que corresponde a la primera semana que se realizó la aplicación cuestionario de conocimiento compuesta por 12 preguntas, actitudes 9 y prácticas 18, con el fin de conocer la realidad en cuanto al tema planteado de los investigados.

La segunda etapa se realizó en cuatro semanas mediante cinco talleres prácticos tomados de Limonta, Elena y Araujo, Teresita 2000, que se socializaron de la siguiente manera: Tema 1. Mis dientes; Dentición; Cepillado de los dientes. Tema 2: Dentición; Cepillado de los dientes; Su importancia. Tema 3: Mis dientes no deben enfermar; Caries dental y

enfermedades de las encías. Tema 4: Cuidado a mis dientes; El flúor y su función en la prevención de la caries; Dieta cariogénica y su control. Tema 5: Mis dientes parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal (39).

La tercera etapa se la realizó en tres semanas donde se aplicó la técnica de feedback mediante la identificación de conductas actuales, descripción y análisis, descripción de impactos, consecuencias y alternativas de solución, seguimiento y acompañamiento a los investigados sobre higiene oral para obtener los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal adecuadas.

La cuarta etapa se desarrolló en dos semanas; posterior a la intervención de motivación en salud bucal, se aplicó la evaluación de los conocimientos actitudes y práctica de higiene oral, mediante la aplicación del cuestionario establecido y mediante la observación directa y registro en la ficha del feedback.

### **5.5. Análisis estadístico**

Se utilizó la estadística descriptiva, media aritmética, desviación estándar tablas de frecuencia, y porcentajes. Los datos se procesaron con ayuda informática de Excel, office 2013, SPSS 22 también se realizó tablas para resumir los datos cualitativos y cuantitativos.

## 6. Resultados

El presente estudio tuvo como propósito “*Valorar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnicas de Feedback, en niños de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja 2018-2019*”; el proceso de investigación consistió de un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal.

### Aplicación de la prueba de normalidad

**Tabla 1.**

#### *Prueba de Normalidad*

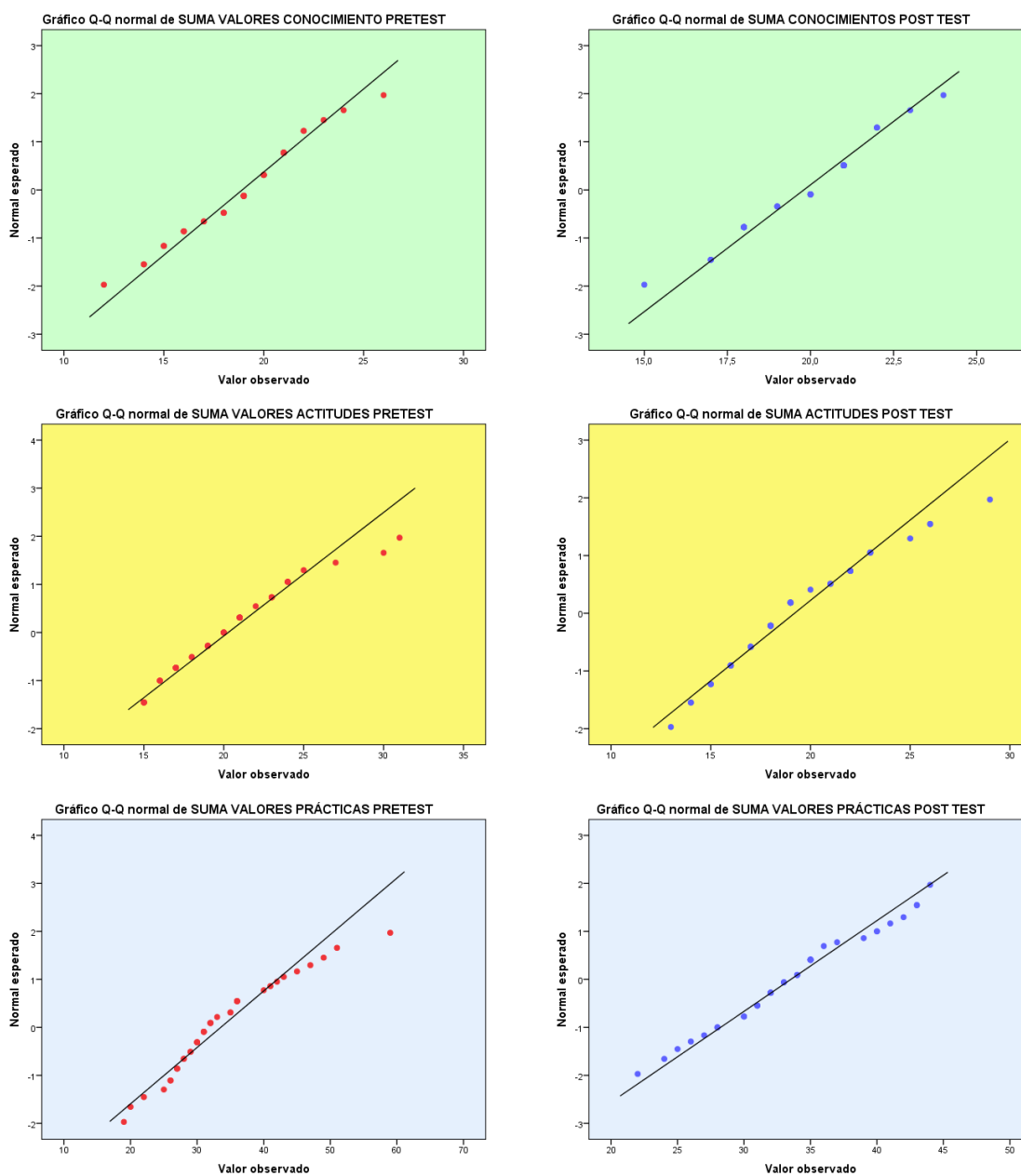
CATEGORIAS	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	0,160	40	0,011	0,972	40	0,403
SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST	0,211	40	0,000	0,935	40	<b>0,023</b>
SUMA VALORES ACTITUDES PRETEST	0,126	40	0,109	0,937	40	<b>0,028</b>
SUMA ACTITUDES POST TEST	0,172	40	0,004	0,956	40	0,123
SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST	0,162	40	0,010	0,939	40	<b>0,033</b>
SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST	0,140	40	0,046	0,974	40	0,485

a. Corrección de significación de Lilliefors

*Fuente: Investigación directa (2018)*

*Elaboración: El investigador*

### Gráfico 1. Prueba de normalidad



*Fuente: Investigación directa (2018)*

*Elaboración: El investigador*

### Análisis e interpretación:

La prueba de normalidad aplicada fue la de Kolmogorov-Smirnova por tener muestras menores a 50 en las variables en estudio, se puede establecer que no existe normalidad en

los datos resultantes, tanto en los resultados de las pruebas de conocimientos post test, actitudes pre test y prácticas pretest, pues, el p valor es  $< 0,05$  (0,023; 0,028; y, 0,033 respectivamente), se puede observar en la figura 1 la tendencia que siguen los datos de los diferentes tratamientos antes y después de la aplicación, por lo tanto, de la prueba de normalidad se establece que no existe relación estadísticamente significativa en cuanto a conocimiento, actitud y práctica, tomando en cuenta que es una investigación de tipo longitudinal (2 aplicaciones y/o toma de datos), las muestras provienen de una distribución normal.

## Valoración de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal previa a la intervención educativa de salud bucal

**Tabla 2.**

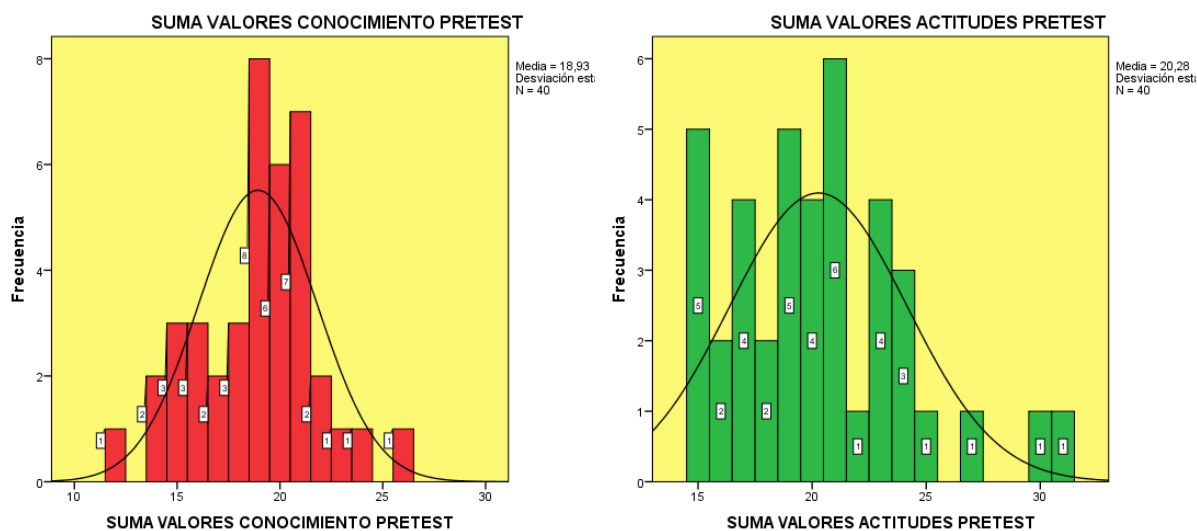
*Estadísticos al inicio del tratamiento*

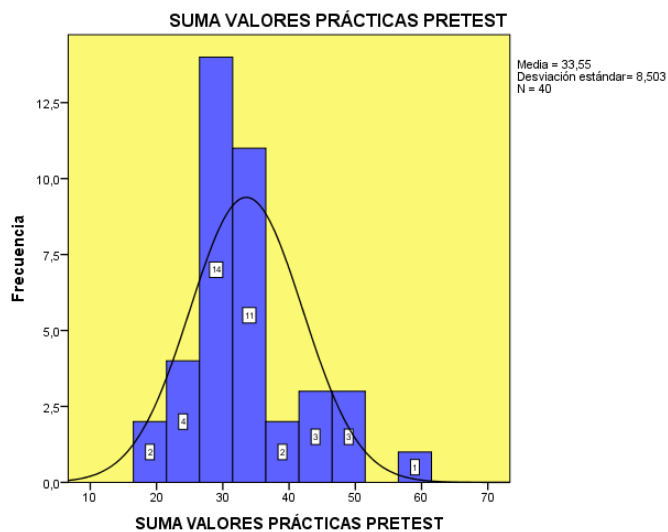
ESTADÍSTICOS	SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	SUMA VALORES ACTITUDES PRETEST	SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST
N	40	40	40
Media	18,93	20,28	33,55
Mediana	19,00	20,00	31,50
Desviación estándar	2,895	3,896	8,503
Varianza	8,379	15,179	72,305
Asimetría	-0,182	0,795	0,940
Error estándar de asimetría	0,374	0,374	0,374
Curtosis	0,247	0,726	1,071
Error estándar de curtosis	0,733	0,733	0,733
Mínimo	12	15	19
Máximo	26	31	59
Suma	757	811	1342

*Fuente:* Investigación directa (2018)

*Elaboración:* El investigador

**Gráfico 2. Línea base al inicio del tratamiento**





*Fuente: Investigación directa (2018)*

*Elaboración: El investigador*

### **Análisis e interpretación:**

En el proyecto de investigación los resultados de la aplicación del pretest, de acuerdo a la puntuación de los cuestionarios de conocimiento, actitudes y prácticas presentan medias de 18,93, 20,28 y 33,55 respectivamente, valores que vienen a ser la línea base de la aplicación; en cuanto a la desviación estándar el cuestionario de conocimiento presenta la menor dispersión de datos en consideración con la relacionada a prácticas. El valor correspondiente al percentil 50 y/o mediana se calculó para ser considerada como punto de corte en la interpretación de las categorías de los cuestionarios aplicados; en cuanto a la curtosis, presentan valores positivos que se relacionan con curvas normales, sin embargo la asimetría en lo que es conocimiento es negativa, esto quiere decir que se aleja del eje de las ordenadas, por lo que no es considerada normal, los gráficos respectivos corroboran lo expuesto.

En conclusión, de acuerdo a la evaluación propuesta en el objetivo respectivo, existe mayor dispersión de datos en lo que se refiere a la práctica de salud bucal, en comparación con la actitud y conocimiento, en los niños y niñas participantes e involucrados/as en el estudio.



**Tabla 3.*****Conocimientos, actitudes y prácticas previas a la intervención educativa***

DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>RANGO DEL CONOCIMIENTO PRETEST</b>				
CONOCIMIENTO INADECUADO	22	55,0	55,0	55,0
CONOCIMIENTO ADECUADO	18	45,0	45,0	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>RANGO ACTITUDES PRE TEST</b>				
ACTITUD INADECUADA	22	55,0	55,0	55,0
ACTITUD ADECUADA	18	45,0	45,0	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>RANGO PRÁCTICA PRETEST</b>				
PRÁCTICAS INADECUADAS	20	50,0	50,0	50,0
PRÁCTICAS ADECUADAS	20	50,0	50,0	100,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

*Fuente: Investigación directa (2018)*

*Elaboración: El investigador*

**Análisis e interpretación:**

Según lo propuesto en la investigación, fue necesario identificar un punto de corte para poder clasificar al conocimiento, actitud y práctica, al inicio de la intervención, los puntos de corte utilizados fueron los percentiles 50 y/o valor de la mediana en el cuestionario, ubicándolos en las categorías de inadecuado y adecuado. En lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento inadecuado, de igual forma en lo concerniente a rango actitudes, no así en el rango de práctica donde las categorías se presentan en iguales proporciones.

Esta información tabulada, sistematizada e interpretada, permitirá hacer una comparación entre las fases antes y después de la aplicación del tratamiento educativo de salud bucal.

**Tabla 4.*****Conocimientos, actitudes y prácticas posteriores a la intervención educativa***

DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>RANGO DEL CONOCIMIENTO POST TEST</b>				
CONOCIMIENTO INADECUADO	16	40	40	40
CONOCIMIENTO ADECUADO	24	60	60	100
Total	40	100	100	
<b>RANGO ACTITUDES POST TEST</b>				
ACTITUD INADECUADA	20	50	50	50
ACTITUD ADECUADA	20	50	50	100
Total	40	100	100	
<b>RANGO PRÁCTICA POST TEST</b>				
PRÁCTICAS INADECUADAS	20	50	50	50
PRÁCTICAS ADECUADAS	20	50	50	100
Total	40	100	100	

*Fuente:* Investigación directa (2018)

*Elaboración:* El investigador

**Análisis e interpretación:**

Según lo propuesto en la investigación, fue necesario identificar un punto de corte para poder clasificar al conocimiento, actitud y práctica, al final de la intervención, los puntos de corte utilizados fueron los percentiles 50 y/o valor de la mediana en el cuestionario, ubicándolos en las categorías de inadecuado y adecuado. En lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento adecuado, de igual forma en lo concerniente a rango actitudes mejoró referente al pre test inicial, no así en el rango de práctica donde las categorías se presentan en iguales proporciones.

## Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal posterior a la intervención educativa de salud bucal

**Tabla 5.**

*Estadísticas de muestras emparejadas*

	MUESTRAS RELACIONADAS	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	18,93	40	2,895	0,458
	SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST	19,80	40	1,897	0,300
Par 2	SUMA VALORES ACTITUDES PRETEST	20,28	40	3,896	0,616
	SUMA ACTITUDES POST TEST	19,20	40	3,589	0,567
Par 3	SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST	33,55	40	8,503	1,344
	SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST	33,53	40	5,287	0,836

*Fuente: Investigación directa (2018)*

*Elaboración: El investigador*

### **Análisis e interpretación:**

La muestra trabajada en el proyecto de investigación fue de 40 niños/as, se puede observar que existe una diferencia de medias los pares 1 y 2, más no en el par 3, existiendo menor error estándar en el cuestionario de conocimiento post test y mayor error estándar en cuestionario prácticas pre test, sumado a ello la mayor desviación; en conclusión, existen diferencias en los promedios, pero es necesario proceder a la aplicación de la prueba estadística correspondiente para determinar si es significativa la misma.

Tabla 6.

*Prueba de t para muestras emparejadas*

MUESTRAS RELACIONADAS	DIFERENCIAS EMPAREJADAS					T	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST - SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST	-0,875	3,757	0,594	-2,076	0,326	-1,473	39	0,149
Par 2 SUMA VALORES ACTITUDES PRETEST - SUMA ACTITUDES POST TEST	1,075	5,240	0,828	-0,601	2,751	1,298	39	0,202
Par 3 SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST - SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST	0,025	9,945	1,572	-3,155	3,205	0,016	39	0,987

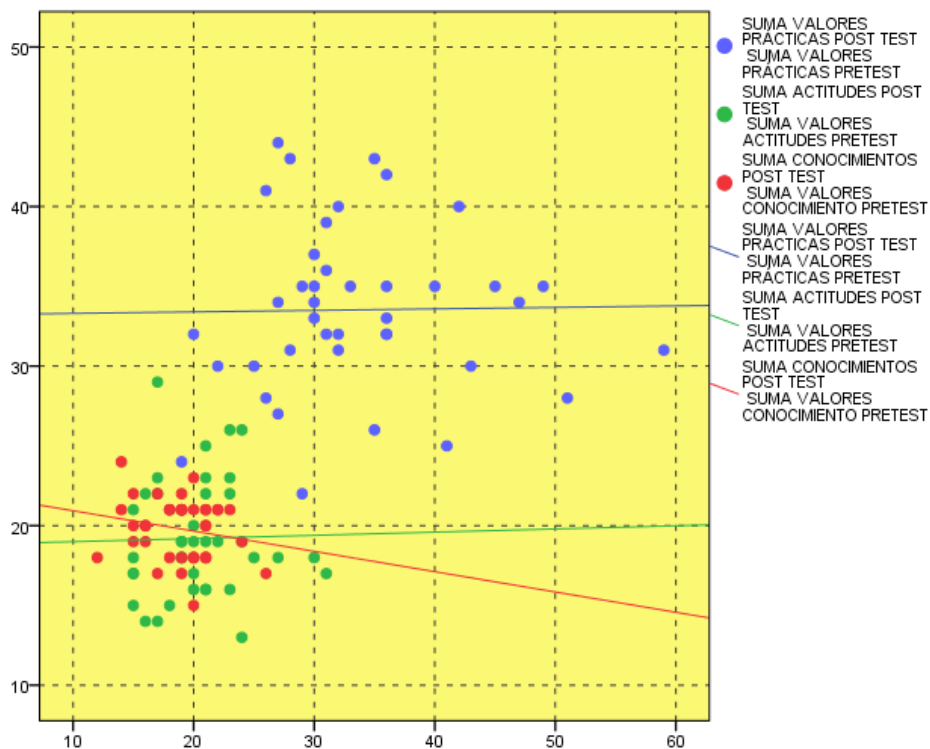
*Fuente:* Investigación directa (2018)

*Elaboración:* El investigador

**Análisis e interpretación:**

La muestra trabajada en el proyecto de investigación presenta una diferencia de medias negativa en el par 1 (conocimiento) y una positiva en el par 2 (actitudes), siendo mínima la diferencia en el par 3 (práctica), existen menor error en lo concerniente a conocimiento en comparación con actitudes y prácticas; en cuanto al cálculo del valor de t, estos valores son menores a los de t tabulados, por lo tanto se encuentran dentro de la zona de aceptación de la  $H_0$  o no diferencia estadística. Los valores de p (significancia) son mayores a 0,05 en los tres casos, por lo tanto, se puede concluir que no existe diferencia estadística significativa entre el tratamiento de educación bucal antes y después, en los niños y niñas participantes e involucrados en el presente estudio.

**Gráfico 3. Dispersión de datos, pre test y post test**






*Fuente: Investigación directa (2018)*




*Elaboración: El investigador*

### **Análisis e interpretación:**

Con referencia a lo determinado en el estudio, se construyó un gráfico de dispersión de datos, se puede observar que en lo correspondiente a conocimiento existe una relación inversa entre las fases pre test (eje x) y post test (eje y), en el proceso de aplicación del tratamiento educativo bucal, no así en las otras aplicaciones donde la relación es directa, aunque casi es imperceptible o nula, por la no diferencia estadística significativa que se ha calculado.

**Proceso de aplicación de técnicas de feedback sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en la intervención educativa de salud bucal**

<b>PLANIFICADOR DEL FEEDBACK PRETEST</b>	
<p><b>1 Describa conductas Actuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos deficientes de sobre el cuidado de salud bucodental</li> </ul> 	<p><b>4 identifique las conductas alternativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- refuerzo de conocimientos, cambio de conducta refuerzo positivo</li> </ul>
<p><b>2 Identifique situaciones</b></p> <p>Por falta de información brindada a los niños por parte de los padres educadores y falta de motivación</p> 	<p><b>3 Describa impactos y consecuencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes en cuanto a salud bucal no satisfactorias</li> </ul> 

<b>PLANIFICADOR DEL FEEDBACK POSTEST</b>	
<p><b>1 Describa conductas Actuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos adecuados sobre el cuidado de salud bucodental</li> </ul> 	<p><b>4 identifique las conductas alternativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de conducta mediante refuerzo positivo</li> </ul>
<p><b>2 Identifique situaciones</b></p> <p>Información básica brindada a los niños y niñas por parte del investigador en cuanto a conocimientos actitudes y prácticas de salud oral</p> 	<p><b>3 Describa impactos y consecuencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitudes en cuanto a salud bucal satisfactorias</li> </ul> 

## 7. Discusión

Los conocimientos actitudes y prácticas de higiene bucal son considerados estratégicas básicas en la promoción de salud y se ha establecido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir a la sociedad un proceso de cambio de conducta, para el mejoramiento de las condiciones de salud de los niños/as y toda la sociedad. Por ello es importante el estudio de los conocimientos actitudes y prácticas de salud oral y como se pueden modificar mediante técnicas de feedback.

En cuanto al primer objetivo que consideró identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” previo a la intervención educativa. Se encontró que los conocimientos, actitudes y prácticas de los niños y niñas el 55% tienen un conocimiento y actitud inadecuada y el 45% tiene conocimientos y actitudes adecuadas, respecto a las prácticas de salud oral el 50% de los investigados poseen prácticas inadecuadas y el 50% poseen prácticas adecuadas. El hecho que exista un nivel inadecuado de conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral apoya los estudios realizados en investigaciones en donde se manifiesta que se debe establecer los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral que tiene la población antes de la intervención, sin embargo no hay publicaciones de las mismas sino más bien existen publicaciones escasas pos intervención, es por ello que en el tercer objetivo planteado se dará a conocer los resultados de diversos estudios que corresponden a la temática planteada (40).

De la misma forma en cuanto al segundo objetivo los resultados obtenidos respecto a incentivar a los niños/as mediante técnicas de feedback, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal. Se realizó mediante talleres con sus evaluaciones respectivas, los mismos que sirvieron para reforzar los conocimientos deficientes. Referente a la técnica de feedback se obtuvieron los siguientes resultados. El refuerzo positivo establecido en el objetivo respectivo, se puede aseverar que luego de la intervención educativa existió modificación de la conducta principalmente en la práctica y actitudes de hábitos de salud bucal.

La técnica feedback es una técnica aplicada de forma directa en varios estudios para cambiar la conducta humana en varias disciplinas, sin embargo en la salud oral para modificar los hábitos inadecuados de higiene se lo realiza mediante refuerzo positivo o negativo., por ejemplo cuando se brinda un elogio a los niños por cepillarse los dientes y refuerzo negativo cuando se los reta por no hacerlo, esto tiende hacer efectivo para que desaparezca la conducta inadecua, sin embargo el hecho para que funcione el feedback debemos hacerlo de forma dinámica para que los niños no lo tomen como una obligación, si no como algo beneficioso para su salud integral; debemos reiterar que el feedback se lo usa en la salud, pero no existen publicaciones de la aplicación de la técnica de feedback, a la higiene oral por lo que el presente trabajo reviste de originalidad y servirá para investigaciones que se realicen en el futuro (34).

En el tercer objetivo acerca de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as posterior a la intervención educativa mediante técnica de feedback. Se encontró los resultados dentro de la zona de aceptación de la Ho o no diferencia estadística. Los valores de p son mayores a 0,05 en los tres casos, por lo tanto, no existe diferencia estadística significativa entre el tratamiento de educación bucal antes y después, en los niños y niñas participantes e involucrados en el presente estudio.

Estos resultados obtenidos son similares a un estudio realizado por (41)., al realizar la estimación del riesgo de enfermedades bucales a partir de los conocimientos de higiene oral por parte de los niños/as y padres de familia donde se encontró que es 1,2 veces más probable que un niño tenga enfermedades dentales, si la persona que lo cuida, no cree que estas se producen por una mala alimentación 95%. De la misma forma la probabilidad que un niño tenga caries, es dos veces más alta, en aquellos cuyos cuidadores no aseguren que la caries se produce por una mala higiene oral, que en los que así lo crean 95%.

Así mismo Saied - Moallemi et al. (2008)., citado en (41)., en un estudio hecho en Irán en 2006, se encontraron bajos niveles de conocimiento en salud oral, por parte de los niños/as y cuidadores de menores, teniendo en cuenta la totalidad de la muestra lo cual, evidencia el aumento del riesgo de aparición de nuevas lesiones de caries y la exacerbación de las ya existentes. También (10) en su trabajo investigativo evaluó conocimientos de



higiene oral con preguntas si consideran que es importante cuidar los dientes deciduos, ( $p < 0.05$ ), argumentando que solo por razones estéticas.

Respecto al conocimiento de hábitos de salud oral de los niños/as podemos afirmar que los padres de familia son los primeros educadores de sus hijos en edades tempranas, por esta razón es importante saber sus conocimientos acerca del autocuidado y, de esta manera, poder descubrir si es necesario reforzar algún concepto deficiente, que permita hacer de los padres de familia un acompañante significativo en el proceso de desarrollo de sus hijos (Jimenez, Franco 2003 citado en (41) .

Las Actitudes de los padres de familia/cuidadores se consideran como los principales responsables del cuidado de la salud oral de los niños/as, sin embargo estos otorgan parte de la responsabilidad al odontólogo para los eventos de no querer asistir y de no dejarse atender, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) (10). Según Horowitz HS. 2003 citado en (41) la actitud de los niños /as de asistencia al odontólogo como medida para prevenir la caries, es una aseveración común en los grupos encuestados y, guarda resultados similares con otros estudios, donde se prioriza por parte de los entrevistados, la presencia del odontólogo, como recurso curativo de la caries y que tiene obligación. Del mismo modo, es dos veces más alta la probabilidad de la aparición de enfermedades dentales en los niños/as cuyos padres de familia no aseguraron que la forma más efectiva de evitar la caries, es asistiendo al odontólogo que, en los que sí lo afirmaron.

También en un estudio realizado para caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral en 1183 escolares del municipio de “San Ignacio de Loyola”, se encontró que las prácticas de higiene bucal de los escolares son deficientes porque: el 13% de los escolares no posee cepillo dental, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud oral. Solo el 40% de los estudiantes, practica el cepillado dental frecuentemente. El 94% no usa seda o hilo dental diario. El 75% de los niños, ninguna vez le han aplicado flúor. El 62% ninguna vez han visitado al odontólogo. El 32% de los escolares no ejerce cepillado lingual que es una acción muy adecuada para disminuir la carga bacteriana de la cavidad bucal. (40). Respecto a los hábitos de higiene oral en México, en la mayoría de estudios se ha encontrado que la mayor parte de las muestras presentan “mala” higiene (59,2%), seguido por “regular” (38,2%) y “bueno” (2,6%). Entre los estudios que evalúan

esta variable en escolares, la mayoría encuentra un nivel malo (inadecuado) y regular. Duque de Estrada et al., en un estudio realizado en Cuba, hallaron una higiene oral “mala” (80%). Es por ello que se deben llevar a cabo programas educativo preventivos que incluyan diversas acciones, una de las más importantes es la enseñanza de la técnica de cepillado en ambientes escolares, debido a que la etapa escolar entre los 6 y 12 años de edad es una etapa receptiva para el aprendizaje. Esta acción de educación para la salud permite mantener la salud bucal para el caso de los niños sanos y mejorarla para aquellos niños que ya presentan enfermedades dentales como caries, gingivitis y periodontitis (42).

## 8. Conclusiones

Luego de haber realizado el análisis de los resultados obtenidos durante la investigación de campo se puede concluir que:

- De acuerdo a la evaluación propuesta en la identificación de los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as previo a la intervención educativa, se identificó que el 55% tuvo un nivel bajo de conocimientos adecuados, mientras que el 45% tuvo un nivel de conocimiento adecuado.
- Se realizó la aplicación de talleres sobre salud oral, según la técnica de feedback, para incentivar el mejoramiento de conocimientos actitudes y prácticas en los niños y niñas de 7 a 12 años de edad obteniendo un incremento positivo en la modificación de hábitos de higiene oral.
- Con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as posterior a la intervención educativa de salud bucal, mediante técnica de feedback, se puede concluir que existió cambio en conocimientos y actitudes existiendo una diferencia estadísticamente no significativa entre el tratamiento de educación bucal antes y después, en los niños y niñas participantes e involucrados en el presente estudio.

## 9. Recomendaciones

- Clasificar a los niños por grupos de edad, para que la promoción de salud oral de mejores resultados en la intervención educativa y exista mejores resultados en el proceso de enseñanza aprendizaje en lo referente en conocimientos actitudes y prácticas de salud bucodental
- A los estudiantes de la carrera de Odontología, continuar con las investigaciones sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucodental aplicando la técnica de feedback con la finalidad de tener datos científicos de la temática y se planteen proyectos de vinculación que permitan proponer actividades para dar una mejor calidad de vida en la salud oral, practicando la odontología preventiva antes que la curativa
- Que los programas educativos de odontología preventiva en las instituciones educativas se realicen por un periodo prolongado con la finalidad de promover de mejor manera la instrucción de conocimientos actitudes y prácticas de salud bucodental con el fin de prevenir enfermedades de la cavidad oral.
- Aplicar la técnica de feedback dentro de programas pedagógicos en las instituciones educativas con la finalidad que los padres, docentes y niños se capaciten y mejoren su calidad de vida.

## 10. Bibliografía

1. Alain Soto Ugalde et al. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. 2014.
2. OMS. [Online].; 2018. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
3. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016;; p. 193-200.
4. Barrientos Cea. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. Rev Chil Salud Pública 2014. 2014;; p. 141-143.
5. Ministerio de Salud "NDSB2. Plan Nacional de Salud Bucal. Subsecretaría de Salud Pública Chile. 2017;; p. 19-20.
6. Zerón A. Salud oral es salud sistémica. ADM. 2019;; p. 5-6.
7. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral. SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA ORAL. 2013;; p. 102-105.
8. Armigate GC. Examen periodontal completo. PERIODONTOLOGY. 2015;; p. 24-26.
9. Dean JA. Odontología Pediátrica y del Adolescente Barcelona - España: MCDONALD, Y AVERY Elsevier ; 2018.
10. Matignon Sea. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en Padres y Jardinerass de niños hogares infantiles ICBF Bogota: Rev. Salud Pública; 2013.
11. Caridad, Maritza. PROMOCION DE SALUD BUCODENTAL. sld.q. 2016;; p. 7-25.
12. Ramos M. Evaluacion sobre el conocimiento de salud Bucal en pacientes pediátricos que acuden a la consulta odontológica en la UDLA. UDLA. 2018;; p. 3-4.
13. Vasquez Pea. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2014;; p. 220-221.
14. Schufer M. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Avances en Odontología Scielo. 2015.
15. Martínez H. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. ADM. 2011;; p. 226-227.
16. Palma C. Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de caries en infantes. Odontol Pediatr Vol 14 N° 2. 2017;; p. 56-60.

17. Rizzo LM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES ODONTOLOGIA. 2016;; p. 55-57.
18. Carrasco M. VISITA AL DENTISTA Y HÁBITOS HIGIÉNICOS EN ESCOLARES DE 6-7 AÑOS. KIRU. 2015 ene-jun;12(1):33-41. 2015;; p. 33-34.
19. Crescenciano ÁM. Factores Asociados a la caries de la infancia temprana: experiencia en una unidad de medicina familiar en un estado de Mexico. Archivos en Medicina Familiar. 2016;; p. 6-7.
20. Federico B. Exploración de la cavidad oral. Exploración integral del paciente. 2019;; p. 25-27.
21. Martin D. Control de placa periodontal en pacientes concientizados en higiene dental en la clínica odontológica Univalle gestión. Revista de Investigación e Información en Salud. 2019;; p. 26-27.
22. Colgate. colgate.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Noviembre 12. Available from: <https://www.colgate.com/es-mx/oral-health/basics/brushing-and-flossing/how-to-floss>.
23. Contreras J. Dentífricos fluorurados: composición. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 17(2):114-119, 2014. 2014;; p. 116-118.
24. Pérez A. Estimación cualitativa del peso de la crema dental en niños. Revista Cubana de Estomatología. 2014;; p. 388-402.
25. Gonzales Á. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutrición Hospitalaria. 2013;; p. 65-67.
26. Arriaga S. Hábitos perjudiciales para la salud oral en mujeres gestantes en Ecuador. Odontología Vital. 2018;; p. 44.
27. Pérez Luyo AG. La Biopelícula : una nueva visión de la placa dental. Revista Estomatológica Herediana. 2015;; p. 82.
28. Nuñez D. Bioquímica de la caries dental. scielo. 2013;; p. 2-3.
29. Leire AB. Gingivitis. Farmacia Salud. 2018;; p. 66-67.
30. Estilista E. Higiene Bucodental prevencion de la caries y enfermedad periodontal. educación sanitaria. 2018;; p. 48-49.
31. Duque A. Halitosis: Un asunto del odontólogo. Ces Odontología. 2016;; p. 71-72.
32. Kazdin A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas Mexico - Yale: Manual Moderno; 2013.

33. Pontificia Univesidad Catolica de Chile J. Archivo Historico. ARS Médica Revista de Ciencias Médicas <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>. 2015;; p. 3-8.
34. Fernandez C. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. [Online].; 2014 [cited 2019 Enero 17. Available from: <http://www.cop-asturias.com/blogpir/uploads/file/pdf/M-Conducta.pdf>.
35. Miltenberger R. Modificacion de Conducta Principios y procedimientos España: Piramide; 2013.
36. Businnes H. Como dar feedback santiago de Chile: Donnelley; 2009.
37. Bossi I. ¿Para Qué dar Feedback? ¿Cómo hacerlo en forma efectiva? DT NEGÓ – 05. 2016;; p. 3-5.
38. Fernandez M. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO PÚBLICO DE ESQUIPULAS DEL MUNICIPIO DE MANAGUA 15 de FEBRERO AL 31 DE MARZO 2013. 2013;; p. 37-38.
39. Heredia. DEdRLVDTA. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE TERCER GRADO. Clínica Estomatológica Provincial. 2014;; p. 9-15.
40. Gutierrez C. Prácticas de higiene bucal en escolares del Municipio de “San Ignacio de Loyola”, Francisco Morazán. Revista Ciencia y tecnología. 2018 Diciembre 2017 ; 1(21).
41. Rodriguez J. Conocimientos de higiene oral de acudientes y su relación con caries en menores de cinco años. EBSCO. 2018.
42. Avalos J. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA Lima; 2016.
43. Burgeno L. Cronología y secuencia de erupción de los dientes. Cient, Dent. 2012;; p. 31.
44. Torres PA. scielo. [Online].; 2015 [cited 2018 Noviembre 12. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v5n1/art08.pdf>.
45. Ornella P. Dentición Madrid: Slideshare; 2015.
46. J. GF. Denticion Madrid; 2016.
47. Ápoles, González Isidro de Jesús Isidro. Evolución histórica del cepillo dental. scielo. 2015;; p. 1-3.

48. Vieira, Dario. cepillado con tecnica de Bass. Propdental. 2013.
49. Ruiz S. Importancia del cepillado antes de acostarse. Avances en Odontoestomatología. 2016;; p. 46.
50. Loscos F. Periodoncia para el higienista dental. Periodoncia y Osteointegracion. 2015.
51. Oral-B. Síntomas, causas y tratamientos de la caries dental. dentalcare. 2018;; p. 1.
52. Perez M. Enfemedades Gingivales una revision de lieratura. scielo. 2014;; p. 3-4.
53. Peña M. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistemicas. revista cubana de estomatología. 2013;; p. 2.
54. Mayo c. Atencion al paciente e información sobre salud. Periodontitis. 2018;; p. 5-6.
55. Street S. Prevenir la caries dental con fluoruro. California dental Association. 2016.
56. Moreno J. Pediatría Integral. [Online].; 2015 [cited 2018 Noviembre 19. Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-del-nino-preescolar-escolar-y-del-adolescente/>.
57. Martinez D. La Odontología estética como arte. revactame. 2014;; p. 107-108.
58. León A. Hábitos deformantes de la cavidad oral. Slide Share. 2018;; p. 5-7.
59. Martinez Gonzalez MA. Conceptos de salud Pública y Estrategias Preventivas Barcelona España: Elsevier; 2013.
60. Raza Xea. Normatización del Sistema Nacional de Salud Área de Salud Bucal. Quito;; 2010.
61. Llacuna J. Formar, comunicar y negociar. Aplicación a la Prevención de Riesgos Laborales: Trainin; 2014.
62. Limonta E. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE TERCER GRADO. MEDISAN. 2000;; p. 9-15.
63. Martinez A. Promocion de la salud oral a Maestros y padres de Familia con niños con discapacidad Motriz y síndrome de Down en el periodo Octubre Noviembre 2017 Quito: Universidad de las Americas; 2018.
64. Valarezo T. Educacion, Prevencion, Promocion y recuperacion de la salud Bucal de los alumnos de segundo a septimo año de Educacion básica de la escuela Manuel Loaiza de la ciudad de Piñas Piñas: UTPL; 2010.



65. Proaño J. Diagnostico de Salud Bucodental y factores de riesgo en el centro educativo colegio de Bachillerato "Rafael Rodriguez Palacios" de la parroquia rural Malacatos de canton Loja 2013 Loja: Universidad Nacional de Loja; 2013.
66. <http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf>. [Online].
67. Jaramillo Nea. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE HIGIENE BUCAL DE MADRES DE NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS QUE FRECUENTAN EL CENTRO DE SALUD DE SANGOLQUÍ, QUITO, ECUADOR. KIRU. 2017;; p. 54-55.
68. Lázaro SB. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista científica Villa Clara. 2016;; p. 168-169.
69. MSP. Manual del modelo de atención Integral de salud - MAIS. Red Pública integral de salud. 2013;; p. 48-49.
70. Díaz Iea. Educación para la Salud en Odontología. Revista Estomatológica Herediana. 2012;; p. 232-233.
71. Hernández M. Programa educativo dirigido a la prevención de la enfermedad periodontal en adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba. 2018;; p. 7-8.
72. Miñana V. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 no.51 Madrid jul./sep. 2011. 2014;; p. 436-437.
73. Caridad M. PROMOCION DE SALUD BUCODENTAL. sld.q. 2006;; p. 7-25.
74. American Academy of Pediatric D. Guideline on caries-risk assessment and. Pediatr Dent. 2013;; p. 157-164.

## **11. Anexos**

### **ANEXO 1.**

**TALLERES DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD  
BUCAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE FEEDBACK**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK**

<b>1. DATOS INFORMATIVOS:</b>				
Institución Educativa	Escuela Gustavo Darquea Terán			
Años EGB	1ro, 2do,/ 3ro,4to,/ 5to, 6to, 7mo			
Nro. de estudiantes	40			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	13/11/2018			
Fecha retroalimentación:	15/11/2018			
Responsable:	Jhon Leonardo Benítez Marizaca			
<b>2. TEMA 1:</b> Mis dientes, dentición, implementos para el cepillado de los dientes.				
<b>3. OBJETIVO:</b> Adquirir conocimientos sobre salud bucodental				
<b>4. MATRIZ</b>				
<b>ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>EVALUACION</b>
Dinámica partes de mis dientes	Proyección de los dientes y sus partes	5 min	Computadora y Proyector	Estudiantes identifican las partes de los dientes
	Todos los estudiantes deben dibujar un diente	10 min	Lápiz, hojas borrador	
Mis Dientes, Dentición; Cepillado de los dientes.	Proyección de Diapositivas <a href="https://www.youtube.com/watch?v=x4ULKtohSAs">https://www.youtube.com/watch?v=x4ULKtohSAs</a> video así crecen mis dientes	30 min	Computadora y Proyector	Lluvia de ideas y preguntas del tema
Identifican los implementos para el cepillado dental	Instrucción del uso de los implementos del cepillado dental adecuado	15 min	Fantoma, cepillos hilo dental, enjuague Bucal	Estudiantes identifican los implementos adecuados del cepillado dental

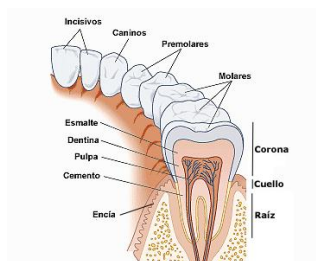
## MIS DIENTES

**La erupción dental.** Se define como el movimiento del diente desde su posición de desarrollo dentro del proceso alveolar, hasta que alcanza una posición funcional dentro de la cavidad oral (43).



**Los dientes:** son órganos de consistencia dura y de color blanco, implantados en alvéolos dentales del maxilar y la mandíbula está formado corona, cuello y raíz (44).

### Partes de los dientes



### Dentición

Es el cambio de un tipo de dientes a otros, en los seres humanos existen 3 tipos de dentición; temporal; mixta y permanente.

#### Dentición temporal

Conocidos también como dientes de leche, se hacen visibles en la boca durante la niñez. En la dentición temporal solo hay 20 dientes distribuidos en grupos, 4 incisivos centrales, 4 incisivos laterales 4 caninos; 8 molares; está constituida por 20 dientes y debe comenzar a los 6-8 meses de edad, fundamentalmente con los incisivos centrales inferiores (45).



#### Dentición mixta

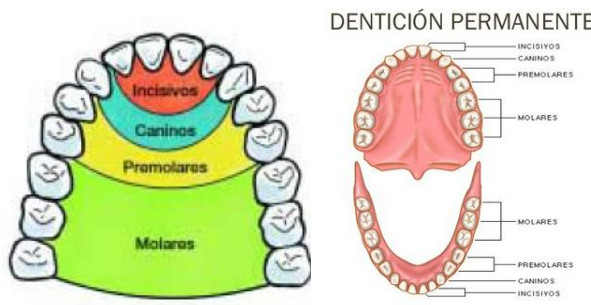
En esta dentición encontramos en la boca dientes temporales y permanentes comprende de 6 a 12 años.



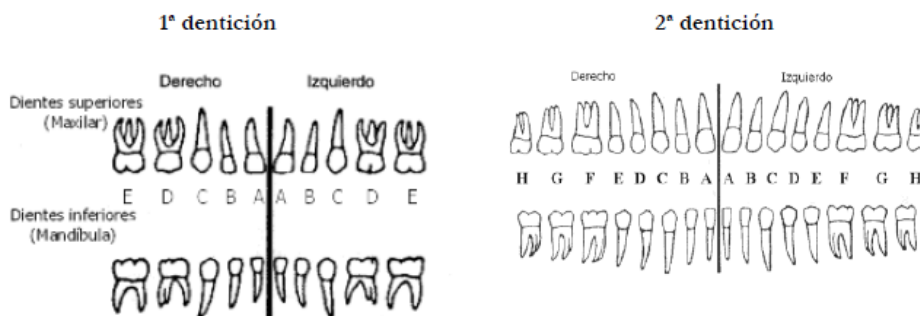
### Dentición permanente

Está constituida por 32 dientes. La segunda dentición, permanente o definitiva está constituida por 32 dientes y comienza a brotar, previa caída del diente de leche correspondiente, a partir de los 6 años de edad. Suele comenzar con el brote de los primeros molares ("muela de los 6 años").




Posteriormente van sustituyendo los elementos de la primera dentición en el mismo orden en que aparecieron. En la adolescencia termina el brote de la dentición definitiva con las muelas del juicio; no obstante, es normal que estas se retrasen muchos años o incluso no aparezcan (46).



### Denticiones decidua y permanente



### Funciones de los dientes

Masticatoria	Fonética	Estética
		
Indispensable para una buena digestión; los incisivos corta; Caninos desgarran; premolares y molares trituran	Para pronunciar bien las palabras y hablar correctamente	Para conservar la forma correcta de la cara, bonita sonrisa y buena presentación personal

## IMPLEMENTOS PARA EL CEPILLADO DE LOS DIENTES



### Crema dental



**Brinda los siguientes beneficios:** Protección anticaries, dientes blancos, aliento fresco. La pasta de dientes es un producto que con una pequeña cantidad, será suficiente para limpiar por completo nuestra boca, entre 1-2 cm. La importancia de una buena técnica y realizarla correctamente es fundamental para la limpieza bucal completa. Si sólo utilizamos el cepillo, no accedemos al total de la superficie dental, por ello, para llegar a toda la superficie de nuestra boca deberemos utilizar el hilo dental, enjuague bucal y cepillos interdientales. Y por supuesto, debemos darle más importancia a la técnica de cepillarnos para llegar a cada rincón de nuestra boca. La cantidad de pasta debe ser la precisa ya nos aporta grandes beneficios: según su composición, nos puede ayudar a prevenir la caries, prevenirlas enfermedades de las encías, tener un aliento fresco, eliminar bacterias, etc.

### ¿Qué cantidad de pasta necesitan los niños?

A partir de los 2 años, es suficiente con poner al cepillo una pequeña cantidad de gel dentífrico adecuada a su edad y con el flúor necesario (equivalente a un grano de arroz), esto será suficiente para mantener su boca sana. A partir de los 6 años, la cantidad de pasta dentífrica a utilizar será similar al tamaño de un guisante, a partir de esta edad puede empezar a incorporar, siempre que controle el reflejo de tragar y escupir, el enjuague bucal en sus hábitos diarios, para una higiene bucal más completa. La frecuencia con la que deben lavarse los dientes es, al menos, tres veces al día.



### Cepillo dental

Debe ser pequeño para los niños, y tamaño normal para los adultos, deber tener las cerdas suaves; el cepillo permitirá el control de la placa bacteriana y eliminar todas las impurezas de la cavidad oral

### Hilo de dientes

El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental (22).



Utilice unos 45 cm (18") de hilo dental, dejando 3 ó 5 cm (1 ó 2") para trabajar.



Siga suavemente las curvas de sus dientes.



Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma.

### Enjuague bucal

Permite eliminar para eliminar las bacterias que causan la caries, el mal aliento, enfermedades periodontales como la Gingivitis, Periodontitis y otras infecciones, manteniendo las encías sanas. Contiene Gluconato de Clorhexidina 0.12%, antibacterial de amplio espectro y Flúor que fortalece el esmalte dental. Su sabor agradable a menta deja su boca fresca y saludable (22).

### FEEDBACK

TALLER DE "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK

Apreciados estudiantes dígnense contestar el siguiente cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos en el taller denominado "Mis dientes, dentición, implementos para el cepillado de los dientes"

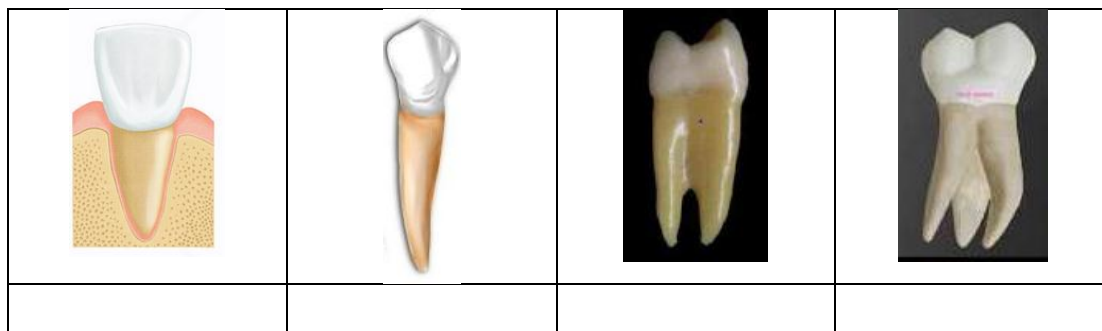
**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ Año EGB \_\_\_\_\_

1.) ¿Escriba las partes que conforman la estructura del diente?



2.) Identifique los dientes y escriba su nombre



3.) ¿Ponga V Verdadero o F Falso según corresponda?

- La dentición decidua está conformada por 20 dientes (    )
- La dentición permanente está conformada por 32 dientes (    )

4.) Respecto a las funciones de los dientes una lo correcto

Función Fonética



Función estética



Función Masticatoria



5.) Escoja los implementos para el cepillado de los dientes y encierre en un círculo los implementos correctos







**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK**

<b>1. DATOS INFORMATIVOS:</b>				
Institución Educativa	Escuela Gustavo Darquea Terán			
Años EGB	1ro, 2do,/ 3ro,4to,/ 5to, 6to, 7mo			
Nro. de estudiantes	40			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	20/11/2018			
Fecha retroalimentación:	22/11/2018			
Responsable:	Jhon Leonardo Benítez Marizaca			
<b>2. TEMA 2: CEPILLADO DE LOS DIENTES Y SU IMPORTANCIA</b>				
<b>3. OBJETIVO:</b> Adquirir habilidades para la práctica del cepillado dental adecuado				
<b>4. MATRIZ</b>				
<b>ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>EVALUACION</b>
Video introductorio	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=srLuzoS31BM">https://www.youtube.com/watch?v=srLuzoS31BM</a> Así es como se lavan los dientes	5 min	Computadora y Proyector	Estudiantes identifican la manera correcta de lavarse los dientes
Cepillado de los dientes y su importancia	Proyección de Diapositivas Cepillado de los dientes y técnica de Bass modificada	30 min	Computadora y Proyector	Lluvia de ideas
Proyección del Video	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=BxQD-Hm_Q9">https://www.youtube.com/watch?v=BxQD-Hm_Q9</a> Técnica de cepillado para los niños	5 min	Computadora y Proyector	Preguntas del video
Técnica de Bass Modificada	Instrucción práctica del cepillado dental	20 min	Cepillos, hilo dental, Enjuague bucal	Estudiantes realizan el cepillado dental

## CEPILLADO DE LOS DIENTES

El cepillo dental ha sido muy importante desde su invención, es una de las herramientas básicas utilizadas por el hombre, relacionada con la higiene bucal de forma sencilla, cómoda y económica (47).

En **cepillado dental** es el método de higiene que nos permite remover de forma más completa la placa bacteriana de la superficie de los dientes y encías con el objetivo de evitar problemas de caries y de enfermedad periodontal.

Es aconsejable que se realice tres veces al día, principalmente después de las comidas más importantes, y se debe acompañar con la utilización del hilo dental una vez al día y enjuagues bucales también diarios.

Si tienes una boca en buena salud, tus dientes se verán bien y tu sonrisa será más bonita. Por el contrario, si tienes los dientes sucios, además de perjudicar tu salud bucodental y provocar problemas en el futuro, también estará perjudicando tu estética, ya que unos dientes sucios y con sarro te harán transmitir una imagen descuidada y antiestética.

Debemos ser conscientes que si removiéramos completamente la placa bacteriana, podríamos prevenir de una forma total la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación de sarro. Por mucho que nos mantengamos una buena higiene bucal esto es casi imposible, pero sí que podemos eliminar la inmensa mayoría de la placa dental, erradicando casi por completo las infecciones.



El cepillo de dientes está formado por un mango, una cabeza y entre el mango y la cabeza puede existir un estrechamiento. Los movimientos de los cepillos dentales tradicionales realizan las siguientes acciones: horizontal, vertical, rotatoria y vibratoria.

Los cepillos eléctricos, son aquellos que utilizan un mecanismo que produce un movimiento de las cerdas. El efecto beneficioso de los cepillos eléctricos está asumido, pero realmente no se ha

visto una clara mejoría en la eliminación de la placa bacteriana en comparativa a los cepillos tradicionales (48).

### Importancia del cepillado dental

- Eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de la placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patógena para las encías y los dientes.
- Estimular y queratinizar la mucosa de la encía evitando así el paso de bacterias al interior del sulcus

- El cepillado dental es un factor protector de la presencia de caries, mantiene los dientes limpios, sanos, y un buen aliento y elimina la placa bacteriana (49).

### Placa bacteriana



**Placa bacteriana:** es una masa coherente y densa de bacterias en una matriz intermicrobiana organizada que se adhiere a la superficie de los dientes o a las restauraciones y que continúa adherida a pesar de la acción muscular, aclarado con agua o irrigación. Las fuentes primarias de placa microbiana son los microorganismos orales y los componentes de la saliva (50).

### TÉCNICA DE CEPILLADO

#### Técnica de bass modificada

Se recomienda para pacientes en general, tiene contraindicaciones en pacientes con cuellos sensibles, abrasiones, erosiones o con escasa destreza manual (22).



La buena técnica de cepillado combate la placa, las caries y las enfermedades de las encías.

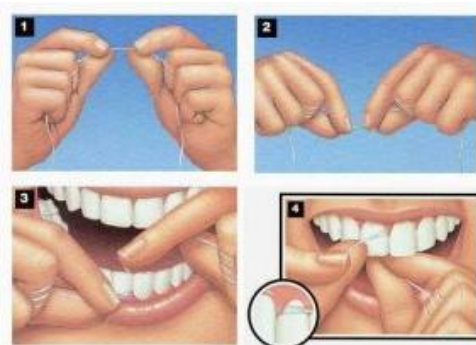
- 1 Cepille la parte exterior de los dientes, los de arriba hacia abajo y luego los de abajo hacia arriba
- 2 Siguiendo el mismo orden, cepille los dientes por dentro
- 3 Continúe su cepillado limpiando la superficie oclusales de los dientes, con movimientos de adelante hacia atrás
- 4 Recuerde limpiar su lengua con su cepillo para eliminar bacterias y refrescar el aliento (22).

### Modo de uso de hilo dental

1 Corte de 30 a 45 cm de ceda dental y enróllela en los dedos medios de ambas manos dejando unos 12cm entre el uno y el otro.

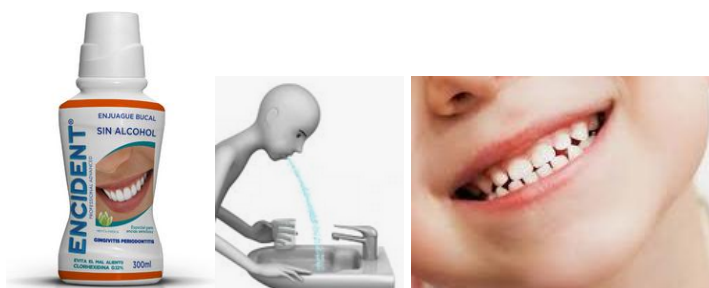
2 Deslícela suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía

3 Curve la ceda en forma de “C “ hacia uno de los dientes y deslícela con un movimiento hacia abajo. Vuelva a pasar la ceda en forma de “C” hacia el diente vecino. Repita esta acción entre todos los espacios entre diente y diente.



### Modo de uso del enjuague bucal

Enjuagar la boca por 45 segundos dos veces al día después del cepillado, se recomienda utilizar clorexidina al 0.12% .



Posterior al enjuague bucal no ingerir agua, ni alimentos durante dos horas (22).

## REGISTRO DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL





















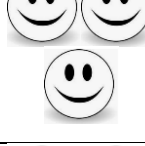



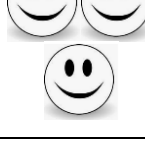



TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK

Apreciad@s estudiantes dígnense colorear las caritas según se haya cepillado una, dos, o tres veces al día, comentándolo a su familia con el fin de fortalecer el “**CEPILLADO DE LOS DIENTES Y SU IMPORTANCIA**”

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Año EGB** \_\_\_\_\_

### CEPILLO MIS DIENTES TODOS LOS DIAS

MES	1ra Semana	2da semana	3ra Semana	4ta Semana
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

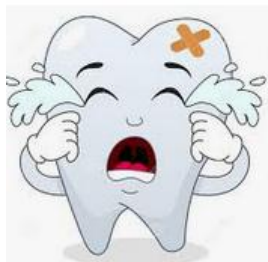


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK**

<b>1. DATOS INFORMATIVOS:</b>				
Institución Educativa	Escuela Gustavo Darquea Terán			
Años EGB	1ro, 2do,/ 3ro,4to,/ 5to, 6to, 7mo			
Nro. de estudiantes	40			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	27/11/2018			
Fecha retroalimentación:	29/11/2018			
Responsable:	Jhon Leonardo Benítez Marizaca			
<b>2. TEMA 3:</b> Mis dientes no deben enfermar; Caries dental y enfermedades de las encías.				
<b>3. OBJETIVO:</b> Instruir a los niños y niñas para mantener una buena salud oral, evitar caries y enfermedades periodontales				
<b>4. MATRIZ</b>				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Video introductorio	Proyección del video el niño que comía dulces <a href="https://www.youtube.com/watch?v=t-xDsPJ0cWg">https://www.youtube.com/watch?v=t-xDsPJ0cWg</a>	5 min	Computadora y Proyector	Estudiantes identifican las desventajas del consumo de azúcares y enfermedades dentales
Mis dientes no deben enfermar	Proyección de Diapositivas Caries dental	30 min	Computadora y Proyector	Lluvia de ideas
Proyección del Video	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=9HTdZPhbaO0">https://www.youtube.com/watch?v=9HTdZPhbaO0</a> caries en edad preescolar	5 min	Computadora y Proyector	Preguntas del video
enfermedades de las encías	Proyección de Diapositivas de enfermedad periodontal	20 min	Computadora y Proyector	Preguntas abiertas

## MIS DIENTES NO DEBEN ENFERMAR

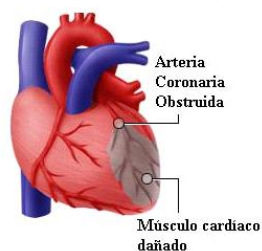


Una mala higiene dentaria puede tener consecuencias mucho más graves que un simple dolor de muelas provocado por una caries o un problema de las encías.

El cuerpo es una entidad sistémica e interconectada, donde lo que sucede en un punto tiene incidencia en el opuesto, en gran parte gracias a las funciones de transporte del riego sanguíneo.

Así, una infección en una encía, una caries o un problema de necrosis a nivel de hueso de mandíbula, puede comportar el aumento de ciertas bacterias cuyas toxinas y subproductos afecten al corazón, a las articulaciones, la columna vertebral, el estómago, etc

Bloqueo del suministro de sangre



### Caries dental

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo (28).



### Causas de la caries dental

Las causas principales de la caries son los efectos de los alimentos azucarados y pegajosos, al igual que las bebidas al ser degradados por las bacterias. A mayor consumo de azúcar, mayor será la producción de ácidos que lleva a la formación de la caries. El azúcar se mezcla con la placa y debilita el esmalte haciendo que el diente sea vulnerable. Cada vez

que consume golosinas, los dientes están propensos a sufrir daños producto de los ácidos durante los próximos 20 minutos.

### ¿Cómo tratar y prevenir la caries?

La forma más inmediata para tratar la caries es consultar al odontólogo para limpiar y rellenar la cavidad. Para prevenir la caries se deben tomar ciertas medidas para fortalecer los dientes:

Evitar, o al menos minimizar, el consumo de alimentos azucarados y bebidas que alimenten la bacteria en la boca. Cepillarse regularmente con pasta dental con flúor. El flúor ayuda a prevenir la caries al reducir el daño del esmalte y acelerar el proceso de remineralización. El nuevo esmalte que se forma es más fuerte y resistente a los ácidos (51).

Usar diariamente el hilo dental para eliminar la placa y partículas de alimentos de los espacios que están entre los dientes donde el cepillo no llega para tener unos dientes y encías saludables (51).



## ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS

Enfermedad de las encías es una inflamación de las encías que puede progresar hasta afectar el hueso que rodea y soporta los dientes. Las tres etapas de la enfermedad de las encías de menor a mayor severidad, son: gingivitis, periodontitis y periodontitis avanzada.

### Causas

Las bacterias en la placa, una película pegajosa e incolora que se forma constantemente en los dientes, causa la enfermedad de las encías. Si no se elimina la placa puede endurecerse y convertirse en sarro (cálculo). El cepillado o uso del hilo dental no puede eliminar el sarro; un profesional dental (odontólogo) tendrá que llevar a cabo una limpieza dental para quitarla.

### Gingivitis

Existen factores locales que pueden favorecer el acúmulo de placa bacteriana y de este modo aumentar las posibilidades de desarrollar gingivitis. Ejemplos de esta situación son la presencia de obturaciones desbordantes, raíces fracturadas, etc. Todas estas situaciones impiden al paciente llevar a cabo una óptima eliminación de la placa, ya que al intentar cepillarse encuentra impedimentos físicos que le imposibilitan para llevar a cabo una adecuada higiene. En estos casos, la placa queda retenida, y si se mantiene en contacto con los tejidos durante un tiempo, acaba desencadenando la gingivitis (52).





### **Signos y síntomas de las gingivitis**

Encías hinchadas, rojas, sensibles o sangrantes  
 Encías que retroceden o se desprenden del diente  
 Mal aliento permanente o mal gusto en la boca  
 Dientes flojos



### **¿Cómo puedo prevenir la gingivitis?**

La correcta higiene bucal es fundamental. Las limpiezas profesionales también son importantes pues una vez que la placa se endurece y acumula, o se transforma en sarro, sólo un dentista o higienista podrá eliminarla. Usted puede ayudar a detener la gingivitis antes que se desarrolle de la siguiente manera: Cepillado correcto y uso apropiado del hilo dental para eliminar la placa, los restos de alimentos y controlar la acumulación de sarro. Alimentación correcta para asegurar la adecuada nutrición de su mandíbula y dientes. Programar controles regulares con su dentista (22).

### **Periodontitis**

La enfermedad periodontal es un trastorno que afecta las estructuras de inserción del diente y se caracteriza por una exposición bacteriana que puede fomentar una respuesta destructiva del huésped, lo que lleva a la pérdida de inserción periodontal, ósea y por último la posible pérdida de los dientes. La periodontitis destruye las encías y los huesos; además, se pueden perder dientes si no se trata. (53).



### **Signos y síntomas**

Encías inflamadas o hinchadas; Encías de color rojo brillante, violácease sangran fácilmente

Encías que se retraen de los dientes (se reabsorben), haciendo que los dientes se vean más largos de lo normal, mal aliento; dientes flojos

### **Prevención**

El mejor modo de prevenir la periodontitis es seguir un programa de buena higiene bucal, que comience en los primeros años y se practique consistentemente durante toda la vida.

Buena higiene bucal, visitar al dentista o higienista dental periódicamente para hacerte una limpieza, por lo general cada 6 a 12 meses. Si tienes factores de riesgo que aumentan tus posibilidades de contraer periodontitis, como sequedad de boca, consumo de determinados medicamentos, es posible que necesites una limpieza profesional con más frecuencia (54).

## TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK

Apreciados estudiantes dígnense contestar el siguiente cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos en el taller denominado “: MIS DIENTES NO DEBEN ENFERMAR; CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS.”

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Año EGB** \_\_\_\_\_

1. ¿Una con líneas según corresponda, y coloque los nombres de los órganos afectados por la caries dental?

LA MALA HIGIENE DENTARIA PUEDE TENER CONSECUENCIAS MÁS GRAVES Y AFECTAR A LOS DIENTES Y A LOS SIGUIENTES ÓRGANOS:







CARIES DENTAL




2. ¿Identifique y escriba los factores principales que causan la caries dental?



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Complete el nombre de las enfermedades de las encías



Ging\_\_\_\_\_



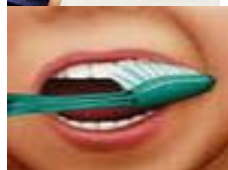
Periodon\_\_\_\_\_

4. ¿Escriba los pasos cómo prevenir la caries, la gingivitis, y la periodontitis?

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK**

<b>1. DATOS INFORMATIVOS:</b>				
Institución Educativa	Escuela Gustavo Darquea Terán			
Años EGB	1ro, 2do,/ 3ro,4to,/ 5to, 6to, 7mo			
Nro. de estudiantes	40			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	04/12/2018			
Fecha retroalimentación:	06/12/2018			
Responsable:	Jhon Leonardo Benítez Marizaca			
<b>2. TEMA 4:</b> Cuidado a mis dientes. El flúor y su función en la prevención de la caries; Dieta cariogénica y su control.				
<b>3. OBJETIVO:</b> Enseñar a los niños y niñas la importancia del flúor y el cuidado adecuado de los dientes mediante la disminución de la dieta cariogénica				
<b>4. MATRIZ</b>				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Video introductorio	La dieta y los dientes <a href="https://www.youtube.com/watch?v=2L2w_ZTjDZs">https://www.youtube.com/watch?v=2L2w_ZTjDZs</a>	5 min	Computadora y Proyector	Estudiantes distinguen los alimentos cariogénicos de los no cariogénicos
Cuidado a mis dientes	Proyección de Diapositivas El flúor y su función en la prevención de la caries;	30 min	Computadora y Proyector	Lluvia de ideas
Dieta cariogénica y su control	Proyección de Diapositivas	25 min	Computadora y Proyector	Realizan una lista de alimentos cariogénicos y no cariogénicos

## CUIDADO A MIS DIENTES



### El flúor y su función en la prevención de la caries

**El flúor:** es un mineral que está presente en diferentes cantidades en forma natural en casi todos los alimentos y el agua. El flúor también se usa en muchos productos tales como en los enjuagues bucales y pastas dentales.

#### ¿Cómo el flúor ayuda a detener las caries?

El flúor actúa de forma tópica o sistémica. El flúor tópico (es decir, el flúor colocado directamente encima de los dientes) fortalece los dientes que están en la boca. A medida que el flúor lava la superficie del diente, este se acumula en la superficie exterior de los dientes haciéndolos más fuertes y, por consiguiente, los protege de las caries. El flúor tópico también ayuda a proteger y hacer que la superficie de las raíces dentales sea menos sensible al añadir flúor dentro de la superficie de dichas raíces que naturalmente son más suaves.

El flúor sistémico se toma junto con los alimentos y el agua y, posteriormente, es usado por el cuerpo cuando los dientes se están formando. Si se toma el flúor regularmente durante el momento en que los dientes se están formando (entre los 6 meses a 6 años), éste se acumula dentro de la capa de esmalte (capa externa de los dientes) y a medida que los dientes se van desarrollando se convierten en dientes más fuertes y resistentes a las caries. El flúor sistémico también protege los dientes tópicamente. El flúor está presente en la saliva, que constantemente está lavando los dientes. El flúor ayuda a que los dientes se reparen solos en las áreas dañadas por los ácidos al comienzo del proceso de formación de caries (55).

### Dieta cariogénica y su control

Existen alimentos que predisponen mejor que otros a la producción de caries. Las caries dentales constituyen una de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a la humanidad. Diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries, entre ellos, la calidad de la dieta es uno de los fundamentales, por ejemplo una dieta rica en hidratos de carbono y azúcares facilitará la formación de la placa bacteriana.

#### HIDRATOS DE CARBONO





## Características que hacen que los alimentos sean cariogénicos:

### 1. Propiedades físicas:

- **Adhesividad.** Cuanto más adhesivo sea el alimento, mayor tiempo permanecerá unido a la pieza dentaria. Es el caso de los chicles, gomitas.
- **Consistencia.** Un alimento duro y fibroso como la manzana, la zanahoria, ejercerá una acción detergente sobre la pieza. Los alimentos blandos tienen tendencia a adherirse (galletas, chocolate.)
- **Tamaño de la partícula.** Los formados por partículas pequeñas tienen mayor probabilidad de quedar retenidos en surcos y fisuras.

### 2. Ocasión en que se consume el alimento

La cariogenicidad de un alimento es mayor al ser comido entre las comidas que cuando se ingiere durante ellas.

El motivo es que durante las comidas se produce una mayor salivación y lo variado de la alimentación obliga a un aumento de los movimientos musculares de mejillas, labios y lengua, con lo que se acelera la eliminación de residuos.

### 3. Frecuencia

Mientras más veces al día se esté ingiriendo alimentos ricos en hidratos de carbono, mayor será el potencial cariogénico (que provoca caries) de éstos. Por otra parte, existen alimentos que presentan un efecto inhibitorio sobre los procesos cariogénicos como la manzana, la zanahoria etc., vale la pena seguir una dieta alimenticia adecuada para mantener una buena salud oral.

## Dieta adecuada



Una dieta saludable es aquella que tiene una proporción de alimentos que se ajusta a la distribución contemplada en la dieta equilibrada en término de nutrientes. Además, los alimentos que la integran son aptos para el consumo desde el punto de vista de la higiene y la seguridad alimentaria y su forma de preparación y presentación es respetuosa con la cultura, la tradición y otras características de quien la consume.

El desayuno es una de las comidas más importantes del día; un desayuno inadecuado o inexistente se asocia a una disminución de la atención y a un peor rendimiento escolar. También, se asocia a un riesgo aumentado de sobrepeso en edades posteriores.

Un buen desayuno debe constar de un lácteo, cereales y alguna fruta. Puede complementarse con la toma de fruta, un bocadillo pequeño o un lácteo a media mañana. La comida de mediodía o almuerzo es la comida principal, y debe incorporar alimentos de todos los grupos; como bebida, agua. La merienda es una buena oportunidad de completar el aporte energético del niño y suele ser bien aceptada por estos. La denominada “merienda-cena” es una opción nutricional aceptable si incluye alimentos suficientes y variados. La cena es la última comida del día y debe estar constituida por preparaciones culinarias fáciles de consumir y digerir. Se debe evitar el consumo de azúcares para evitar las caries dental, y practicar el cepillado dental 3 veces al día.

Las comidas en familia proveen una oportunidad para que los niños aprendan hábitos saludables de alimentación y empiecen a apreciar los aspectos sociales de la comida.

La responsabilidad para establecer un ambiente de comida saludable está dividida entre el niño y sus cuidadores. La división de responsabilidad se basa en la habilidad del niño de regular su ingesta y la incapacidad para elegir una dieta bien equilibrada. Las responsabilidades del cuidador incluyen: proveer una variedad de comidas nutricionales, definir la estructura y el tiempo de las comidas, crear un ambiente que facilite la comida y las relaciones humanas, reconocer y responder a las señales de los niños de hambre y saciedad, y ser modelo de comportamiento de alimentación saludable (consumir una dieta variada); mientras que la del niño es elegir qué y cuánto de la comida ofrecida, consume (56).

TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK

Apreciados estudiantes dígnense contestar el siguiente cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos en el taller denominado “Cuidado a mis dientes. El flúor y su función en la prevención de la caries; Dieta cariogénica y su control.”

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Año** \_\_\_\_\_  
**EGB** \_\_\_\_\_

1. ¿Encierre en un círculo en donde podemos encontrar flúor?



2. ¿ Identifique qué alimentos son perjudiciales para los dientes (cariogénicos) y cuales no son perjudiciales (no cariogénicos).¿Escribe cada alimento en su lista correspondiente

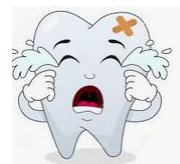


Alimentos perjudiciales para los dientes	Alimentos no perjudiciales para los dientes





**Recorta y pega alimentos perjudiciales para los dientes**



**Recorta y pega alimentos no perjudiciales para los dientes**





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK**

<b>1. DATOS INFORMATIVOS:</b>				
Institución Educativa	Escuela Gustavo Darquea Terán			
Años EGB	1ro, 2do,/ 3ro,4to,/ 5to, 6to, 7mo			
Nro. de estudiantes	40			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	11/12/2018			
Fecha retroalimentación:	13/12/2018			
Responsable:	Jhon Leonardo Benítez Marizaca			
<b>2. TEMA 5:</b> Mis dientes: parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal.				
<b>3. OBJETIVO:</b> Instruir a los niños y niñas sobre la importancia de la belleza de los dientes y evitar hábitos que deformen la cavidad oral				
<b>4. MATRIZ</b>				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Video introductorio	<a href="https://www.youtube.com/watch?v=GzvKeVXLXU">https://www.youtube.com/watch?v=GzvKeVXLXU</a> Malos hábitos que están dañando tus dientes	5 min	Computadora y Proyector	Estudiantes enumeran los hábitos que dañan los dientes
Mis dientes	Proyección de Diapositivas Mis Dientes parte importante de mi belleza	30 min	Computadora y Proyector	Lluvia de ideas
	Proyección de Diapositivas hábitos deformantes de la cavidad bucal	25 min	Computadora y Proyector	Realizan una lista de hábitos que deben evitar para deformar la cavidad oral

## MIS DIENTES PARTE IMPORTANTE DE MI BELLEZA



Cuando se habla de belleza o estética en este campo puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto (dientes blancos y alineados a la perfección, sin ningún tipo de desgaste, etc.); no obstante, el objetivo será conseguir mejorar el aspecto estético, pero no tan perfecto como si natural, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la morfología facial y el tamaño de la cara del paciente. Estéticamente una estética completa y sana es importante; sin embargo, no solo porque se restauran los dientes, sino que también se restauran la dimensión vertical de la boca y el aspecto global de la cara para alcanzar una expresión bella y salud.

Una sonrisa bonita es una de las claves de un rostro atractivo. Por eso nos preocupa su apariencia.

### ¿Vamos al dentista por estética o por salud?

El 91% de personas asegura que una boca cuidada contribuye a mejorar la autoestima, gracias a la seguridad que ofrece su sonrisa en su entorno personal, social y laboral.

En la sociedad “se tiene la idea errónea de que la limpieza blanquea, sin embargo, solo aclara la pieza dental por un corto periodo de tiempo. En ningún caso tiene el mismo efecto blanqueador que un tratamiento especialmente diseñado para ello, ya que no utiliza el agente blanqueador que libera oxígeno y actúa sobre el diente”.

Lo primordial es tener dientes sanos libres de caries dental y encías sanas, para evitar mal aliento y sentirnos bien (57).

## HÁBITOS DEFORMANTES DE LA CAVIDAD BUCAL

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como: la masticación, Deglución y respiración normal; y los hábitos incorrectos o deformantes como la respiración bucal, empuje lingual masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los tres años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales.



El paciente debe ser interrogado para conocer si practica algún hábito bucal, posteriormente se procede a realizar por el investigador el examen clínico facial e intrabucal.

## Tratamiento



Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución se puede realizar tratamiento de tipo ortodóntico.

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia tenemos:

- Los restrictores, que poseen como único objeto el evitar a través de “obstáculo”, que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: trampa lingual removible
- Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: retenedor tipo Hawley

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son el arco de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en categorías:

- Tratamientos Psicológicos
- Utilización de dispositivos ortodónticos que dificultan el hábito.



Se debe motivar al niño informándole sobre la importancia de dejar este hábito y las consecuencias que tendría si no lo deja.

La utilización de una trampa palatina o trampa para dedo, que impide la colocación del dedo, haciendo que el niño ya no experimente la satisfacción derivada de la succión (58).

Como consecuencia de los hábitos orales deformantes tenemos, alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos periodos de tiempo, y también efectos negativos como trastornos en el lenguaje en el desarrollo físico y emocional del niño (58).

## TALLER DE “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK

Apreciados estudiantes dígnense contestar el siguiente cuestionario con el fin de evaluar los conocimientos adquiridos en el taller denominado “**Mis dientes: parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal**”

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Año EGB:** \_\_\_\_\_

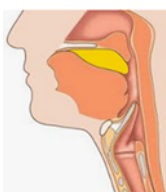
1. ¿Coloque “V” verdadero o “F” falso según corresponda?

- Una sonrisa bonita es una de las claves de un rostro atractivo. (    )
- El 91% de personas asegura que una boca cuidada contribuye a mejorar la autoestima, gracias a la seguridad que ofrece su sonrisa en su entorno personal, social y laboral (    )
- Lo primordial es tener dientes sanos libres de caries dental y encías sanas, para evitar mal aliento y sentirnos bien (    )

2. ¿Encierre en un círculo los hábitos beneficiosos para la salud oral?



Masticación







Deglución



Respiración

3. ¿Complete: Los hábitos deformantes de la cavidad oral son: ?

			
Respiración Bucal	Empuje lingual		Succión digital

**ANEXO 2.****FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN  
PRETEST CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS****CEPILLADO DENTAL Y USO DE HILO DENTAL****POSTEST CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS Y CLAUSURA**

**ANEXO 3.****PROYECTO DE TESIS****a. TEMA**

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL MEDIANTE TÉCNICA DE FEEDBACK EN NIÑOS DE LA ESCUELA GUSTAVO DARQUEA TERÁN DE LA CIUDAD DE LOJA 2018-2019”

## **b. PROBLEMÁTICA**

La promoción de salud bucal consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud oral y ejercer un mayor control sobre esta. Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad (1).

La educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de salud, se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad (1). Por este motivo la intervención educativa en salud bucal en niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para el mantenimiento de su salud bucal, constituye un buen camino para la educación familiar (1).

Con estos antecedentes podemos manifestar que la estomatología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Es por ello que la promoción en la salud oral permite modificar los conocimientos actitudes y prácticas de higiene oral de forma positiva, sin embargo estos programas son deficientes a nivel mundial por que se han enfocado, más a curar enfermedades dentales que en realizar prevención. Producto de esto encontramos enfermedades dentales frecuentes como caries dental y enfermedad periodontal que afecta a nivel mundial al 60% y el 90% de los niños en edad escolar a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. (2). También podemos aseverar que según los estudios realizados en países Europeos se han dado importantes cambios con respecto a la salud oral, ha ocurrido el mayor incremento de la tasa dentista/ habitante de toda Europa, y ha comenzado a desarrollarse salud pública oral, fundamentalmente mediante programas dirigidos a la población escolar en promoción de salud. Por ejemplo la evolución epidemiológica de la salud oral en España es bien conocida a través de 6 encuestas nacionales 1984; 1993; 2000; 2005; 2007; y 2010 dichos estudios ponen de manifiesto la mejora de la salud en numerosos indicadores, incluyendo el conocimiento actitudes y prácticas de higiene oral



adecuado mediante el implemento de hábitos preventivo de salud oral incluyendo técnicas de cepillado dental uso de hilo dental enjuague bucal (59).

Siguiendo directrices internacionales, la sociedad española de epidemiología y salud pública oral y el consejo general de dentistas de España fijaron objetivos de salud oral para los años 2015 - 2020. Estos objetivos son similares e inciden en un incremento en el porcentaje de la población que tiene como base principal incrementar el número de personas que realicen de forma correcta el hábito de cepillarse los dientes, una mejora de la salud periodontal, una disminución de la prevalencia de caries y un aumento en el índice de restauración. (59). Brasil es uno de los pocos países latinoamericanos que ha logrado resultados poblacionales tangibles al proponer una política nacional de promoción de la salud oral denominada Brasil sonriente 2004, y se ha integrado en el sistema único de salud provisto por el Estado y que posee indicadores indiscutibles del avance de la atención primaria de la salud y la promoción de la salud para el control de caries, la pérdida de dientes y el control del cáncer oral a nivel poblacional.

También se conocen estudios internacionales de salud oral en España, México, Colombia, Brasil, Argentina y Chile que presentan varias cifras de enfermedades dentales altas y se limitan solo a la intervención curativa y no a la promoción de salud para modificar conocimientos actitudes y prácticas de salud oral. Todas estas situaciones que atraviesan los países ameritan una estrategia en la promoción de salud oral para el control de las enfermedades dentales en Iberoamérica.

Por otro lado, a nivel Nacional el Ministerio de salud pública del Ecuador de acuerdo al último estudio epidemiológico de salud bucal realizado por la Ex- Dirección Nacional de Estomatología, revela que el 88.2% de los escolares presentan enfermedades dentales como caries y enfermedad periodontal, el 15, 9% han perdido las piezas dentales (Valarezo, 2010); y el 60% de niños con discapacidad padece de enfermedades bucodentales (Martínez, 2018). Evidenciándose de esta manera la gravedad del problema y la necesidad e importancia de implementar un programa de conocimientos actitudes y prácticas adecuadas de higiene oral en escolares (60).

Con estos antecedentes nos podemos dar cuenta que la mayoría de países a nivel mundial y específicamente nuestro país maneja programas de promoción y prevención los mismos que a pesar de estar siempre presentes siguen siendo ineficientes e irrelevantes para los profesionales dedicándose con mayor prioridad al aspecto curativo y no preventivo.

Ante esta situación se evidencia que la promoción de salud no da los resultados eficaces deseados, además; no existen estudios enfocados a la modificación de conductas dentro de lo que a hábitos de higiene bucodental se refiere, especialmente en la población de niños escolares que al ser un grupo de fácil modificación de conducta; se podría incentivar la higiene oral adecuada mediante la aplicación de técnicas y estrategias como el feedback dirigidas a mejorar el comportamiento de los niños logrando excelentes resultados en cuanto al mejoramiento de sus hábitos saludables y el cuidado de la cavidad bucal.

La modificación de conducta (ABA) ha crecido notablemente en los últimos años especialmente en muy diversas áreas, dentro de esta se encuentra la salud oral; mediante la que permite ayudar a personas a adquirir hábitos saludables y la resolución de los problemas de conducta especialmente en la salud oral en la población infantil (35); con esto podemos destacar que la modificación de conductas ayuda a mantener estilos de vida saludables, entre ellos los hábitos de higiene oral mediante la aplicación técnicas de cepillado, uso de hilo dental, enjuague bucal. Las mismas que serán reforzadas con técnicas y estrategias del feedback.

El feedback en estomatología consiste en aprender, desarrollarse y cambiar los hábitos de higiene oral y conductas de las personas; es una medida saludable para la productividad en el lugar de trabajo o que se lo va a emplear o aplicar. El feedback es un mensaje objetivo sobre las conductas de salud bucodental y sus consecuencias, ya sea este el reconocimiento de higiene oral bien hecha o una sugerencia de cómo mejorarla. La meta del feedback es animar al receptor del mismo a avanzar mediante el aprendizaje, crecimiento y cambio.

En cuanto al feedback positivo en odontología es reforzar las conductas o patrones referidos para resolver problemas de la salud oral. Por otro lado, en el caso del feedback correctivo, la meta es cambiar y mejorar la conducta insatisfactoria de hábitos no

adecuados de higiene oral e introducir patrones de trabajo más productivos de manera que el receptor (niños) aprenda formas nuevas de comportamiento o respuestas a los cambios.

“Es importante el feedback en la implementación y modificación de hábitos orales saludables porque refuerza o fomenta de forma eficaz la forma de higiene oral; redirige la conducta e indica un camino de acción más productiva” (36).

Cambiar las actitudes o hábitos de una persona en higiene oral es posible, pero requiere más compromiso que un proceso de feedback, dirigido a este tipo de cambio debe sostenerse en el tiempo y centrarse en el aprendizaje a largo plazo, no solo en los resultados inmediatos. El aprendizaje debe ser inmediato en el lapso de 1 mes; caso contrario el aprendizaje a largo plazo se vuelve una situación de coaching o método que consiste en acompañar, instruir o entrenar a una persona o a un grupo de ellas, con el objetivo de conseguir cumplir metas o desarrollar habilidades específicas; en lugar de feedback.

Debemos reconocer que mediante la aplicación del feedback existe una diferencia notable en la implementación de hábitos de higiene oral en adultos y niños. Por lo que adulto es una persona que ha vivido una determinada cantidad de tiempo, lo que le permite hacer interpretaciones sustanciosas del mundo y de la vida, dentro de estas experiencias esta los conocimientos actitudes y prácticas de higiene oral. Formar a un adulto es una expresión contradictoria. El adulto por el hecho de serlo, es una persona formada, que actúa subjetivamente y, por tanto, se interpreta así mismo y al grupo que le rodea de una manera específica. Ello quiere decir que todo adulto, es una persona formada; el mundo, la vida, la experiencia, el grupo social, etc., le han dado pautas para vivir de determinada manera, para adecuarse al entorno y sobrevivir, sin embargo la falta de conocimiento de la importancia de la salud bucodental hace que tengan actitudes y prácticas de higiene oral inadecuados.

Basándose en el esquema de implementación de hábitos de higiene oral en adultos y niños. Podemos decir que en algunos casos es mejor enseñar a un niño y en otras circunstancias, nos sería mucho más eficaz enseñar al adulto. En el orden de dificultades, lo que parece claro es que el adulto ofrece lo que podríamos llamar dos resistencias a las enseñanzas de hábitos en la salud oral. Una es la lentitud de capacidad de aprendizaje, y

segundo, la persistencia de un cierto revestimiento de experiencia, que le impide comprometerse abiertamente con el cambio que ella supone (61).

Analizando los dos puntos de vista la modificación de conductas será más fácil en los niños y adolescentes por ser característico de su edad; sin embargo los adultos también modifican su conducta específicamente en los hábitos de salud oral mediante la concientización de los beneficios que esta les trae, y el conocimiento de las consecuencias nefastas que esta desarrolla si los hábitos de higiene oral no son los adecuados.

Este conjunto de características crea la necesidad de identificar un nuevo enfoque en la atención odontológica que permita desarrollar este proceso llevándonos a plantear un modelo alternativo de educación y promoción de salud bucal, cuyas estrategias están orientadas a modificar las conductas de higiene oral, reforzar las acciones de promoción, enseñanza de las técnicas de higiene dental (cepillado), uso del hilo dental, detección de placa bacteriana, charlas educativas dirigidas tanto a padres de familia, maestros y alumnos y de ésta manera lograr mejorar la salud bucal de los individuos y familias ecuatorianas.

Ante esta realidad se considera pertinente formular el problema de investigación ¿De qué manera la promoción de la salud bucal mediante técnica de feedback influye en el mejoramiento de conocimientos actitudes y prácticas en los niños de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja? 2018 -2019.

### **c. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se considera un tema de gran importancia por cuanto permitirá conocer, como la promoción de la salud bucal influye en la modificación positiva de conocimientos, actitudes y prácticas de la higiene oral en escolares mediante técnica de feedback. Este estudio permitirá fortalecer la formación profesional, porque se profundizará en la promoción de salud y modificación de conductas de higiene bucal en escolares, aspectos muy importantes que competen a la formación del odontólogo general.

Por tanto este trabajo se justifica plenamente cuando se trata de investigar conocimientos actitudes y prácticas de la higiene bucal realizado por los escolares, el mismo que en su mayor parte es inadecuado, causando un estado de salud oral deficiente con el apareamiento de enfermedades orales como caries, gingivitis y periodontitis, que son enfermedades relacionadas con el autocuidado de la salud oral, por lo que considero que el presente estudio tendrá un impacto social significativo, para la escuela, familia y sociedad. Reviste de originalidad por qué no se han realizado otras investigaciones que permitan caracterizar la promoción de la salud bucal y como esta influye mediante la técnica de feedback en conocimientos actitudes y prácticas de higiene bucal en la prevención de enfermedades orales de los niños. Además profundizar el estudio de la conducta de la higiene oral de los niños, permitirá analizar, pensar y ejecutar programas educativos en promoción de salud oral para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de las enfermedades orales; además es un aporte porque será una fuente de consulta para futuras investigaciones sobre esta temática, del mismo modo servirá para contrastar los referentes teóricos con los datos empíricos obtenidos en nuestra realidad local.

Al finalizar el trabajo se abrirá un espacio de socialización con las autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes a fin de concienciar la realidad existente a través de los resultados de esta investigación, es por esto que se justifica su realización.

#### **d. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” de la ciudad de Loja”2018-2019.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” previo a la intervención educativa de salud bucal.
- Incentivar a los niños/as de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” mediante técnicas de Feedback, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal.
- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los niños/as de la Escuela “Gustavo Darquea Terán” posterior a la intervención educativa de salud bucal, mediante técnica de Feedback.

## **e. MARCO TEÓRICO**

### **ESQUEMA**

#### **1. Antecedentes**

#### **2. Bases Teóricas**

#### **3. Marco Conceptual**

##### **3.1. Conceptos Básicos**

3.1.1 Conocimientos

3.1.2 Actitudes

3.1.3 Practicas

3.1.4 Promoción de salud

##### **1.1. Principales enfermedades bucodentales**

3.2.1 Placa bacteriana

3.2.2 Componentes: película adquirida, matriz, bacterias, y formación caries

3.2.3 Factores Productores de Caries.

3.2.4 Factores Protectores.

##### **1.2. Enfermedad Gingival.**

1.2.1. Características Clínicas de la Gingivitis.

1.2.2. Prevención.

1.2.3. Salud Bucal en el Preescolar.

1.2.4. Atención Odontológica en el Sistema Nacional de Salud .

##### **1.3. Halitosis**

1.3.1. Prevención y tratamiento

1.3.2. Medidas preventivas

##### **1.4. Prevención de Caries y Gingivitis en Atención Primaria de Salud.**

**3.5.1** Acciones de Salud a Nivel de la Educación

**3.5.2** Disminución de azúcares

##### **1.5. Cepillado**

3.6.1 Concepto e importancia del cepillado

3.6.2 Técnicas de cepillado

3.6.3 Técnicas recomendadas para niños

3.6.4 Cepillado de la lengua y frecuencia

- 3.6.5 Uso de hilo dental
- 3.6.6 Pasta dental
- 3.6.7 Recomendaciones de la cantidad de pasta para niños
- 3.6.8 Visita al Odontólogo

## **2. Feedback**

### 2.1. Definición de Feedback

- 2.1.1. Importancia del Feedback
- 2.1.2. Cuando intervenir con el Feedback
- 2.1.3. Cuando Funciona el Feedback y cuando no

### 2.2. Conducta

- 2.2.1. Raíces históricas de la modificación de conducta
- 2.2.2. Definición de la Conducta Humana
- 2.2.3. Definición de modificación de Conducta
- 2.2.4. Característica de la modificación de conducta
- 2.2.5. Conductas Saludables
- 2.2.6. La medición de la conducta y el cambio conductual
- 2.2.7. Procedimiento para establecer nuevas conductas
- 2.2.8. Procedimientos para reducir las conductas no deseadas y aumentar las deseadas
- 2.2.9. Efectividad de los programas públicos odontológicos



## TALLERES

**Tema 1:** Mis dientes. Dentición. Cepillado de los dientes.

Mis dientes.

**Tema 2:** Dentición. Cepillado de los dientes. Su importancia.

**Tema 3:** Mis dientes no deben enfermar. Caries dental y enfermedades de las encías.

**Tema 4:** Cuidado a mis dientes. El flúor y su función en la prevención de la caries.  
Dieta cariogénica y su control.

**Tema 5:** Mis dientes: parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal.

## **f. METODOLOGÍA**

### **1. TIPO DE ESTUDIO**

Investigación Evaluativa

De corte longitudinal: implica 2 mediciones al principio y al final del seguimiento

### **2. UNIVERSO – MUESTRA**

40 estudiantes de la Escuela Gustavo Darquea Terán

### **3. MÉTODOS**

Los métodos de investigación que se utilizarán son: el método científico que inicio con la observación de la realidad , la descripción del objeto de estudio, la generación de ideas, definición del tipo de investigación y formulación del problema que será explicado mediante el sustento del marco teórico; el método inductivo deductivo permitirá la delimitación del problema de estudio, el planteamiento del problema y el análisis de las conclusiones y recomendaciones; el método analítico servirá para realizar un trabajo minucioso de cada parte estructural de la investigación sobre todo de la información teórica logrando una mayor comprensión del tema, el análisis y contrastación de los resultados de la investigación; el método sintético servirá para realizar el resumen de los aspectos más importante de la investigación; con el método dialéctico se conceptualizará lo que son los Conocimientos Actitudes y Prácticas de salud bucal mediante un cuestionario el mismo que se evaluara con la escala de Likert; y la modificación de la conducta se la evaluará mediante la técnica de Feedback, la misma que consiste en la aplicación de una ficha de seguimiento, de tal manera que al explicarlo se analizarán distintos aspectos que se relacionaran con una visión más compleja y exacta de la realidad social, se aplicar el cuestionario por último se utilizará el método estadístico descriptivo para concretar los resultados en las tablas y gráficos.

#### 4. TÉCNICA PARA LA RECOLECTAR INFORMACION

**Observación directa:** permite realizar el diagnóstico mediante la evaluación de los conocimientos actitudes y prácticas de higiene oral en el grupo de estudio

**Análisis Documental:** revisión de la literatura sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal y la necesidad de modificar estas conductas con el fin que sean las adecuadas

##### **Instrumentos de investigación**

**Escala de Likert:** para evaluar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal del grupo de estudio.

**Fiabilidad del cuestionario:** permite determinar la fiabilidad de consistencia interna del mismo para lo cual se determinó el coeficiente Alfa de Cronbach luego de implementar una prueba piloto a un muestra de población con características similares a las de la población; objetivo que se va a estudiar el valor calculado en el SPSS v 22 fue de 0633 el cual se interpreta como aceptable recomendándose su uso en el proceso correspondiente.

**Planificador de Feedback:** para reforzar o cambiar conductas, realizar el seguimiento de los investigados y evaluar el trabajo realizado

Para la recolección de información y sistematización verídica de información se utilizarán la Aplicación de instrumentos, uso de técnicas y codificación de datos

#### 5. PROCEDIMIENTO.

Para la obtención de la respectiva autorización tanto de la Institución educativa como por parte de los padres de familia se solicitará el permiso respectivo y la colaboración de los estudiantes para el desarrollo de la investigación con el compromiso de devolver los resultados en un acto de socialización de los mismos. Todo este trabajo de campo se realizará en 10 semanas con grupos de 10 niños y niñas según planificación, con el fin de conseguir la modificación de conductas actitudes y prácticas de higiene oral de los investigados; se trabajará con los niños que asistan al aplicar el cuestionario en la

primera etapa que corresponde a la primera semana que se realizará la aplicación cuestionario de conocimiento actitudes y prácticas para conocer las diferentes falencias que los investigados presentan en cuanto conductas adecuadas de higiene oral se refiere; La segunda etapa se realizará en cuatro semanas mediante 5 talleres prácticos que se socializarán de la siguiente manera:

- Tema 1. Mis dientes; Dentición; Cepillado de los dientes.
- Tema 2: Dentición; Cepillado de los dientes; Su importancia.
- Tema 3: Mis dientes no deben enfermar; Caries dental y enfermedades de las encías.
- Tema 4: Cuidado a mis dientes; El flúor y su función en la prevención de la caries; Dieta cariogénica y su control.
- Tema 5: Mis dientes parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal (39).

La tercera etapa se la realizará en tres semanas donde se aplicará la técnica de feedback mediante la identificación de conductas actuales, descripción y análisis, descripción de impactos, consecuencias y alternativas de solución, seguimiento y acompañamiento a los investigados sobre higiene oral para obtener los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal adecuadas.

La cuarta etapa se desarrollará en dos semanas; posterior a la intervención de motivación en salud bucal, se aplicará la evaluación de los conocimientos actitudes y práctica de higiene oral, mediante la aplicación del cuestionario establecido y mediante la observación directa y registro en la ficha del feedback.

## **6. ANALISIS ESTADÍSTICO**

- Estadística descriptiva, media aritmética, desviación estándar tablas de frecuencia, y porcentajes
- Los datos se procesarán con ayuda informática de Excel, office 2013, SPSS 22 también se realizara tablas para resumir los datos cualitativos y cuantitativos

## 7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños/as de Educación General Básica matriculados legalmente y que asisten normalmente a clases
- Niños cuyos padres estén de acuerdo en participar en la investigación y hayan firmado el consentimiento informado
- Niños que en el momento de la aplicación en el cuestionario de conocimientos actitudes y practicas estén presentes

## 8. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Niños/as de Educación General Básica que no estén legalmente matriculados
- Niños cuyos padres no estén de acuerdo en participar en la investigación
- Niños que en el momento de la aplicación del cuestionario de conocimientos actitudes y practicas no estén presentes
- Niños que en el proceso de investigación abandonen el grupo de estudio

## 9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>				
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFENICION OPERATIVA</b>	<b>AMBITO O DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
Conocimientos actitudes y practicas	conductas que se adquieren en el desarrollo humano y el grado de conocimiento	conductuales conocimientos sobre higiene oral conocimientos sobre salud oral	índice de homogeneidad escala de likert	DEFICIENTE 0%-49.9% ACEPTABLE 50%-59.9% BUEN NIVEL60%-74,9% MUY BUEN NIVEL 75%-89.9% EXCELENTE 90%-100%
Técnica de Feedback	estudio de conductas actuales, situaciones, impactos, consecuencias, seguimiento, conductas alternativas	conductual	reforzar o cambiar conductas	Evaluación cualitativa Ficha de seguimiento

## 10. RECURSOS MATERIALES

### **MATERIALES PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN**

- Esferos
- Hojas
- Borradores
- Cuestionario
- Análisis documental revisión de la teoría sobre conocimientos actitudes y prácticas de salud oral
- Estudio bibliográfico: revisión de información
- Instrumento de investigación: se conocerá los conocimientos actitudes y prácticas de los niños

### **MATERIALES PARA LA EJECUCION DE TRABAJO DE CAMPO**

- Carteles
- Proyector
- Pancarta
- Cepillos dentales
- Pasta dental Colgate dental oral B
- Vasos desechables

### **MATERIALES PARA PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

- Computadora
- Instrumentos de investigación

## 11. RECURSOS HUMANOS

- Investigador, Estudiantes
- Padres de familia , Docentes
- Personal Administrativo de la escuela

## g. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA DE LA INVESTIGACIÓN	X																			
RECONOCIMIENTO DE CAMPO		X	X																	
TRABAJO DE CAMPO				X	X	X	X	X	X	X	X	X								
SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN/ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS																	X	X	X	
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																			X	X
LEVANTAMIENTO DE TEXTO DE INFORME FINAL																			X	X
PRIMER BORRADOR																				X

## h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

### PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
GUANTES	1	CAJA	\$8	\$8	TESISTA
MASCARILLA	1	CAJA	\$6	\$6	TESISTA
GORRO	1	CAJA	\$6	\$6	TESISTA
CEPILLOS DENTALES	1	CAJA	\$25	\$25	TESISTA
PASTA DENTAL	90	UNIDADES	\$90	\$90	TESISTA
PROYECTOR	1	UNIDAD	\$800	\$800	TESISTA
PAPELOGRAFOS	20	UNIDADES	\$2,00	\$2,00	TESISTA
PANCARTAS	10	UNIDADES	\$100	\$100	TESISTA
COMPUTADORA	1	UNIDAD	\$800	\$800	TESISTA
VASOS DESECHABLES	6	PAQUETES	\$12,00	\$12,00	TESISTA
HILO DENTAL	3	UNIDADES	\$10,00	\$30,00	TESISTA
TRANSPORTE	1	TAXI	\$600	\$600	TESISTA
ESPEJO	5	UNIDADES	\$5,00	\$25,00	TESISTA
IMPREVISTOS	1	COPIAS, IMPRESIONES ETC	\$100	\$100	TESISTA
			<b>TOTAL</b>	<b>2,604</b>	



## **i. BIBLIOGRAFÍA**

1. Alain Soto Ugalde et al. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. 2014.
2. OMS. [Online].; 2018. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
3. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral:una estrategia conjunta. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016;; p. 193-200.
4. Barrientos Cea. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. Rev Chil Salud Pública 2014. 2014;; p. 141-143.
5. Ministerio de Salud “NDSB2. Plan Nacional de Salud Bucal. Subsecretaría de Salud Pública Chile. 2017;; p. 19-20.
6. Zerón A. Salud oral es salud sistémica. ADM. 2019;; p. 5-6.
7. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral. SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA ORAL. 2013;; p. 102-105.
8. Armigate GC. Examen periodontal completo. PERIODONTOLOGY. 2015;; p. 24-26.
9. Dean JA. Odontología Pediátrica y del Adolescente Barcelona - España: MCDONALD, Y AVERY Elsevier ; 2018.
- 10 Matignon Sea. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en Padres y Jardinerass . de niños hogares infantiles ICBF Bogota: Rev. Salud Pública; 2013.
- 11 Caridad, Maritza. PROMOCION DE SALUD BUCODENTAL. sld.q. 2016;; p. 7-25.
- 12 Ramos M. Evaluacion sobre el conocimiento de salu Bucal en pacienytes pediatricos que . acuden a la consulta odontologicaen la UDLA. UDLA. 2018;; p. 3-4.
- 13 Vasquez Pea. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de. Revista Clínica de . Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2014;; p. 220-221.
- 14 Schufer M. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en . individuos adultos. Avances en Odontoestomatología Scielo. 2015.
- 15 Martinez H. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados . especiales de salud en México. ADM. 2011;; p. 226-227.
- 16 Palma C. Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de caries en . infantes. Odontol Pediatr Vol 14 N° 2. 2017;; p. 56-60.
- 17 Rizzo LM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. CES . ODONTOLOGIA. 2016;; p. 55-57.
- 18 Carrasco M. VISITA AL DENTISTA Y HÁBITOS HIGIÉNICOS EN ESCOLARES DE . 6-7 AÑOS. KIRU. 2015 ene-jun;12(1):33-41. 2015;; p. 33-34.
- 19 Crescenciano ÁM. Factores Asociados a la caries de la infancia tenprana: experiencia en . una unidad de medicina familiar en un estado de Mexico. Archivos en Medicina Familiar. 2016;; p. 6-7.

- 20 Federico B. Exploración de la cavidad oral. Exploración integral del paciente. 2019;; p. 25-27.
- 21 Martin D. Control de placa periodontal en pacientes concientizados en higiene dental en la clínica odontológica Univalle gestión. Revista de Investigación e Información en Salud. 2019;; p. 26-27.
- 22 Colgate. colgate.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Noviembre 12. Available from: <https://www.colgate.com/es-mx/oral-health/basics/brushing-and-flossing/how-to-floss>.
- 23 Contreras J. Dentífricos fluorurados: composición. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 17(2):114-119, 2014. 2014;; p. 116-118.
- 24 Pérez A. Estimación cualitativa del peso de la crema dental en niños. Revista Cubana de Estomatología. 2014;; p. 388-402.
- 25 Gonzales Á. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutrición Hospitalaria. 2013;; p. 65-67.
- 26 Arriaga S. Hábitos perjudiciales para la salud oral en mujeres gestantes en Ecuador. Odontología Vital. 2018;; p. 44.
- 27 Pérez Luyo AG. La Biopelícula : una nueva visión de la placa dental. Revista Estomatológica Herediana. 2015;; p. 82.
- 28 Nuñez D. Bioquímica de la caries dental. scielo. 2013;; p. 2-3.
- 29 Leire AB. Gingivitis. Farmacia Salud. 2018;; p. 66-67.
- 30 Estilista E. Higiene Bucodental prevencion de la caries y enfermedad periodontal. educación sanitaria. 2018;; p. 48-49.
- 31 Duque A. Halitosis: Un asunto del odontólogo. Ces Odontología. 2016;; p. 71-72.
- 32 Kazdin A. Modificacion dela conducta y sus aplicaciones prácticas Mexico - Yale: Manual Moderno; 2013.
- 33 Pontifica Univesidad Catolica de Chile J. Archivo Historico. ARS Médica Revista de Ciencias Médicas <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>. 2015;; p. 3-8.
- 34 Fernandez C. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. [Online].; 2014 [cited 2019 Enero 17. Available from: <http://www.cop-asturias.com/blogpir/uploads/file/pdf/M-Conducta.pdf>.
- 35 Miltenberger R. Modificacion de Conducta Principios y procedimientos España: Piramide; 2013.
- 36 Businnes H. Como dar feedback santiago de Chile: Donnelley; 2009.
- 37 Bossi I. ¿Para Qué dar Feedback? ¿Cómo hacerlo en forma efectiva? DT NEGÓ – 05. 2016;; p. 3-5.
- 38 Fernandez M. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL, EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO PÚBLICO DE ESQUIPULAS DEL MUNICIPIO

- DE MANAGUA 15 de FEBRERO AL 31 DE MARZO 2013. 2013;; p. 37-38.
- 39 Heredia. DEdRLVDTA. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR . CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE TERCER GRADO. Clínica Estomatológica Provincial. 2014;; p. 9-15.
- 40 Gutierrez C. Prácticas de higiene bucal en escolares del Municipio de “San Ignacio de Loyola”, Francisco Morazán. Revista Ciencia y tecnología. 2018 Diciembre 2017 ; 1(21).
- 41 Rodriguez J. Conocimientos de higiene oral de acudientes y su relación con caries en . menores de cinco años. EBSCO. 2018.
- 42 Avalos J. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL RELACIONADO CON . LA CALIDAD DE LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES DE UNA POBLACIÓN PERUANA Lima; 2016.
- 43 Burgeno L. Cronología y secuencia de erupción de los dientes. Cient, Dent. 2012;; p. 31.
- 44 Torres PA. scielo. [Online].; 2015 [cited 2018 Noviembre 12. Available from: . <https://scielo.conicyt.cl/pdf/piro/v5n1/art08.pdf>.
- 45 Ornella P. Dentición Madrid: Slideshare; 2015.
- 46 J. GF. Denticion Madrid; 2016.
- 47 Ápoles, González Isidro de Jesús Isidro. Evolución histórica del cepillo dental. scielo. . 2015;; p. 1-3.
- 48 Vieira, Dario. cepillado con tecnica de Bass. Propdental. 2013.
- 49 Ruiz S. Importancia del cepillado antes de acostarse. Avances en Odontoestomatología. . 2016;; p. 46.
- 50 Loscos F. Periodoncia para el higienista dental. Periodoncia y Osteointegracion. 2015.
- 51 Oral-B. Síntomas, causas y tratamientos de la caries dental. dentalcare. 2018;; p. 1.
- 52 Perez M. Enfemedades Gingivales una revision de lieratura. scielo. 2014;; p. 3-4.
- 53 Peña M. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistemicas. revista . cubana de estomatologia. 2013;; p. 2.
- 54 Mayo c. Atencion al paciente e información sobre salud. Periodontitis. 2018;; p. 5-6.
- 55 Street S. Prevenir la caries dental con fluoruro. California dental Association. 2016.
- 56 Moreno J. Pediatría Integral. [Online].; 2015 [cited 2018 Noviembre 19. Available from: . <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-del-nino-preescolar-escolar-y-del-adolescente/>.
- 57 Martinez D. La Odontología estética como arte. revactame. 2014;; p. 107-108.

- 58 León A. Hábitos deformantes de la cavidad oral. Slide Share. 2018;; p. 5-7.
- 59 Martínez González MA. Conceptos de salud Pública y Estrategias Preventivas Barcelona . España: Elsevier; 2013.
- 60 Raza Xea. Normatización del Sistema Nacional de Salud Área de Salud Bucal. Quito;; . 2010.
- 61 Llacuna J. Formar, comunicar y negociar. Aplicación a la Prevención de Riesgos . Laborales: Trainin; 2014.
- 62 Limonta E. INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS . SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE TERCER GRADO. MEDISAN. 2000;; p. 9-15.
- 63 Martínez A. Promoción de la salud oral a Maestros y padres de Familia con niños con . discapacidad Motriz y síndrome de Down en el periodo Octubre Noviembre 2017 Quito: Universidad de las Américas; 2018.
- 64 Valarezo T. Educación, Prevención, Promoción y recuperación de la salud Bucal de los . alumnos de segundo a séptimo año de Educación básica de la escuela Manuel Loiza de la ciudad de Piñas Piñas: UTPL; 2010.
- 65 Proaño J. Diagnóstico de Salud Bucodental y factores de riesgo en el centro educativo . colegio de Bachillerato "Rafael Rodríguez Palacios" de la parroquia rural Malacatos de cantón Loja 2013 Loja: Universidad Nacional de Loja; 2013.
- 66 [http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica](http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/La+dieta+cariog%C3%A9nica.pdf) .pdf. [Online].
- 67 Jaramillo Nea. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE HIGIENE . BUCAL DE MADRES DE NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS QUE FRECUENTAN EL CENTRO DE SALUD DE SANGOLQUÍ, QUITO, ECUADOR. KIRU. 2017;; p. 54-55.
- 68 Lázaro SB. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista . científica Villa Clara. 2016;; p. 168-169.
- 69 MSP. Manual del modelo de atención Integral de salud - MAIS. Red Pública integral de . salud. 2013;; p. 48-49.
- 70 Díaz Iea. Educación para la Salud en Odontología. Revista Estomatológica Herediana. . 2012;; p. 232-233.
- 71 Hernández M. Programa educativo dirigido a la prevención de la enfermedad periodontal . en adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Villa Clara, Cuba. 2018;; p. 7-8.
- 72 Miñana V. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 no.51 . Madrid jul./sep. 2011. 2014;; p. 436-437.
- 73 Caridad M. PROMOCIÓN DE SALUD BUCODENTAL. sld.q. 2006;; p. 7-25.
- 74 American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and. Pediatr Dent. . 2013;; p. 157-164.

## j. ANEXOS

## ANEXO 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGIA**  
**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS**

<b>Nº. PREG.</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>ITEMS</b>		<b>RESPUESTA</b>	
1	¿Conoces por qué se produce la caries dental?	A	Comer dulces / mala alimentación	Si	No
		B	Mala limpieza de los dientes / bacterias	Si	No
2	¿Cuál es la mejor manera de evitar la caries dental?	A	Asistiendo al odontólogo	Si	No
		B	Con una limpieza de los dientes adecuada	Si	No
		C	Con una buena alimentación	Si	No
		D	Evitando el consumo de dulces	Si	No
3	En que nos ayuda el cepillado dental?	A	Retirar las bacterias de los dientes (placa bacteriana)	Si	No
		B	Retirar los alimentos	Si	No
		C	Sentir la boca limpia	Si	No
		D	Tener los dientes blancos	Si	No
4	Es importante cuidar los dientes de leche (temporales)?			Si	No
5	¿Cuál es la razón más importante para cuidar los dientes?	A	Tener una sonrisa bonita	Si	No
		B	Tener una buena salud dental y general	Si	No
		C	Poder comer y hablar bien	Si	No
6	Quién te ha informado cómo cuidar tus dientes?	A	Padre	Si	No
		B	Madre	Si	No
		C	Odontólogo	Si	No
7	Por qué es importante realizar la higiene de tus dientes	A	Para evitar la caries	Si	No
		B	Para crear costumbre	Si	No
		C	No es importante	Si	No
8	En su opinión, la pasta dental es importante para la limpieza de los dientes?			Si	No
9	¿Qué es lo más importante de la pasta dental	A	Que deja los dientes limpios y blancos	Si	No
		B	Que da un aliento fresco	Si	No
		C	Que su sabor ayuda a que te cepilles los dientes	Si	No
10	¿Es importante la cantidad de pasta dental que se usas para la limpieza de tus dientes?			Si	No
11	¿sabes cómo se ve una lesión de caries dental	A	Como un hueco en el diente	Si	No
		B	Como una mancha negra en el diente	Si	No
		C	Como una mancha blanca en el diente	Si	No
		D	No se	Si	No

12	En tu opinión, ¿es posible evitar que una caries donde se ve hueco continúe dañando tu diente? ¿Cuál es la mejor manera	A	Con buena limpieza de los dientes y asistiendo al odontólogo	Si	No
		B	Cubriendo el hueco de esmalte o aspirina	Si	No
		C	Mandándose sacar el diente	Si	No
		D	No se	Si	No
<b>INSTRUMENTO DE ACTITUDES</b>					
1	<u>¿Quién o quiénes te cepillan los dientes?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mama</u></li> <li>• <u>Papa</u></li> <li>• <u>Abuelos</u></li> <li>• <u>otros</u></li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
2	<u>¿Quién te lleva al odontólogo para tus controles periódicos?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Mama</u></li> <li>• <u>Papa</u></li> <li>• <u>Abuelos</u></li> <li>• <u>Tíos</u></li> <li>• <u>Otros</u></li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
		E	Totalmente en desacuerdo		
3	<u>De quién crees tú que es la culpa que tengas caries</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tú por no cepillarte</li> <li>• Papa</li> <li>• Mama</li> <li>• Otros</li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
4	<u>Te gusta ir al odontólogo para que te revise tus dientes?</u>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
		E	Totalmente en desacuerdo		
5	<u>Quién o quiénes son los responsables que no te dejes atender por el odontólogo?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papa</li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
		E	Totalmente en desacuerdo		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mama</li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		
		E	Totalmente en desacuerdo		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odontólogo</li> </ul>	A	Totalmente de acuerdo		
		B	De acuerdo		
		C	Neutral		
		D	En desacuerdo		




		<b>E</b>	Totalmente en desacuerdo
6	<b>Consideras que es importante lavarte tus dientes aunque estés cansado</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
7	<b>Tienes miedo y ansiedad cuando te atiende el odontólogo</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
8	<b>Cuando te cepillas tus dientes estas haciendo algo incorrecto?</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
9	<b>estás feliz con tus dientes y su sonrisa</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
	<b>E</b>	Totalmente en desacuerdo	

### INSTRUMENTO DE PRACTICAS

1	<b>¿Usted asiste al odontólogo?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
2	<b>¿Asistes al odontólogo por lo menos 1 vez al año?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
3	<b>¿Usted ha ido al odontólogo por un dolor o una urgencia dental?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
4	<b>¿El motivo de tu última visita al odontólogo fue para revisión, control o prevención?</b>		
		<b>A</b>	Definitivamente si

		<b>B</b>	Probablemente si
		<b>C</b>	No recuerda
		<b>D</b>	Probablemente no
		<b>E</b>	Definitivamente no
5	<b>¿El motivo de tu última visita al odontólogo fue por un dolor o una urgencia dental?</b>		
		<b>A</b>	Definitivamente si
		<b>B</b>	Probablemente si
		<b>C</b>	No recuerda
		<b>D</b>	Probablemente no
6	<b>¿Hace que tiempo asistió por última vez al Odontólogo?</b>		
		<b>A</b>	No recuerdo
		<b>B</b>	A los 6 años
		<b>C</b>	A los 8 años
		<b>D</b>	Hace dos meses
7	<b>¿Te haces la higiene de la boca todos los días?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No
		<b>D</b>	Sabe
8	<b>Tu eres quien se realiza la higiene de la boca</b>		
		<b>A</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
9	<b>Son tus padres los que te realizan la higiene de la boca del niño</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
10	<b>¿Tú y tus padres en conjunto se realizan la higiene de la boca?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
11	<b>¿En la noche te acuestas con los dientes cepillados?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
12	<b>¿En las mañanas sale de la casa con los dientes cepillados?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre



		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
		<b>E</b>	Nunca
13	<b>¿Utiliza pasta dental para cepillarse los dientes?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
		<b>E</b>	Nunca
14	<b>Eres tu quien pone la crema dental sobre el cepillo</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
		<b>E</b>	Nunca
15	<b>Esta es la cantidad de pasta dental apropiada para cepillarte los dientes</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
		<b>E</b>	Totalmente desacuerdo
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
		<b>E</b>	Totalmente desacuerdo
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
<b>E</b>		Totalmente desacuerdo	
16	<b>¿Has recibido alimentos endulzados con azúcar 2 o más veces al día?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
		<b>E</b>	Nunca
17	<b>¿has recibe alimentos endulzados con azúcar de 2 a 3 veces por semana o menos?</b>		
		<b>A</b>	Siempre
		<b>B</b>	Casi siempre
		<b>C</b>	No sabe
		<b>D</b>	Casi nunca
		<b>E</b>	Nunca
18	<b>Cuando estas inquieto se le da una colombina galletas o bolos</b>		
		<b>A</b>	Totalmente de acuerdo
		<b>B</b>	De acuerdo
		<b>C</b>	Neutral
		<b>D</b>	En desacuerdo
		<b>E</b>	Totalmente en desacuerdo

## ESCALA DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

PARÁMETRO	PORCENTAJE
DEFICIENTE	0%-49.9%
ACEPTABLE	50%-59.9%
BUEN NIVEL	60%-74,9%
MUY BUEN NIVEL	75%-89.9%
EXCELENTE	90%-100%

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### Fiabilidad

#### Escala: ALL VARIABLES

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.




##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.633	37

## ANEXO 2.

PLANIFICADOR DEL FEEDBACK		
¿Feedback?	Evaluación de desempeño	
	FEEDBACK	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO
Propósito	Reforzar o cambiar conductas	Evaluar el trabajo hecho
Participantes	Dos o más personas	Supervisor hacia el subordinado directo
Lugar	Espacio privado o silencioso	Normalmente en el aula
Tono	Casual, o formal	Formal
Cuando	Improvisado a medida que sea necesario durante sesiones formales	Programado semana o al mes o una vez al año
Seguimiento	Continuo	Según plan de acción

(36)

PLANIFICADOR DEL FEEDBACK	
Nombre	Fecha
<b>1 Describa conductas Actuales</b>     	<b>4 identifique las conductas alternativas</b>     
<b>2 Identifique situaciones</b>     	<b>3 Describa impactos y consecuencias</b>     

**ANEXO 4.****Certificado de traducción del Resumen**

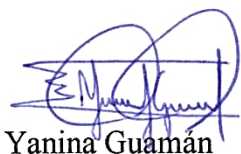
Loja, 10 de octubre de 2019

Ciudad.-

De mis consideraciones,

A quien corresponda, dirijo el presente documento indicando lo siguiente: Yo, Yanina Elizabeth Guamán Camacho con número de cédula 1900489434 certifico que he realizado la traducción del resumen de la tesis denominada: “Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica de feedback en niños de la escuela Gustavo Darquea Terán de la ciudad de Loja 2018-2019” como constancia firmo el presente documento al Sr. Jhon Leonardo Benítez Marizaca con CI: 1104552896

Atentamente,



Yanina Guamán

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

CI: 1900489434

Correo: [yanelizabeth@hotmail.com](mailto:yanelizabeth@hotmail.com)

Cel: 0991615933

Registro Senescyt: 1031-2018-1948697