



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

“Conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucal en adolescentes del colegio “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja”

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGA

AUTORA:

Katherine Michelle Ramón Herrera

DIRECTORA:

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc

**LOJA – ECUADOR
2019**



Certificación

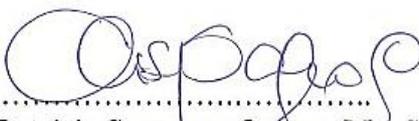
Loja, 15 de octubre de 2019

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación denominado: **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de autoría de la Srta. Katherine Michelle Ramón Herrera, egresada de la carrera de Odontología modalidad presencial, ha sido asesorada y revisada 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.

Atentamente,


.....
Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

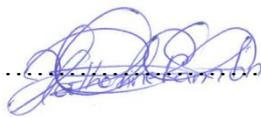
Autoría

Yo, Katherine Michelle Ramón Herrera, declaro ser autora 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.

Autora: Katherine Michelle Ramón Herrera

Firma:



Cédula: 1105878076

Fecha: Loja, 15 de octubre de 2019

Carta de autorización

Yo, Katherine Michelle Ramón Herrera, declaro ser autora de la tesis titulada: **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO “ADOLFO VALAREZO” DE LA CIUDAD DE LOJA**, autorizo 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 pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 15 días del mes de octubre de dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma: 

Autora: Katherine Michelle Ramón Herrera

Cédula: 1105878076

Dirección: Daniel Álvarez

Correo electrónico: mishel1894@gmail.com

Teléfono: 0968415459

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

Tribunal de Grado:

Presidente: Odt. Esp. Jhoanna Alexandra Riofrío Herrera

Primer vocal: Blg. María Ximena Córdova Rodríguez

Segundo vocal: Med. Carla Alexandra Herrera Briceño

Dedicatoria

Dedico esta tesis y toda mi carrera universitaria a:

A Dios, por ser guía y estar a mi lado en cada momento de mi vida y a mi familia por apoyarme en todo, gracias a ellos hoy culmino una meta más en mi vida.

Katherine Michelle Ramón Herrera

Agradecimiento

Primeramente le doy gracias a mi Dios, por todo lo que me ha dado en la vida, por guiar mis pasos en cada momento, por permitirme cumplir este sueño tan anhelado.

A mis padres y a mis hermanos, por su apoyo y paciencia incondicional durante todos estos años de estudio, que fue fundamental en mi vida para ayudarme a cumplir mis objetivos.

A la Doctora Deisy Saraguro, Mg.Sc., mi directora de tesis por su asesoría, y tiempo dedicado hacia mi persona en cada momento que lo necesité.

Al Licenciado Marco Vinicio Gutiérrez, rector del colegio “Adolfo Valarezo”, por su buena voluntad al facilitarme el permiso y poder ejecutar así mi trabajo de campo.

A la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja por abrirme sus puertas, y a todos mis docentes por haberme enseñado y formado intelectualmente para ser una buena profesional.

Katherine Michelle Ramón Herrera

Índice

Carátula_____	ii
Certificación_____	ii
Autoría _____	iii
Carta de autorización _____	iv
Dedicatoria _____	v
Agradecimiento _____	vi
Índice _____	vii
1. Título_____	1
2. Resumen _____	2
Summary_____	3
3. Introducción_____	4
4. Revisión de literatura_____	7
4.1. Promoción de salud oral _____	7
4.1.1. Salud oral_____	7
4.1.2. Desarrollo de salud bucodental _____	8
4.1.2.1. Odontología preventiva _____	8
4.1.2.2. Cuidados orales _____	8
4.1.2.3. Promoción de salud basada en los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal _____	9
4.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal _____	10
4.1.3.1. Conocimientos _____	10
4.1.3.2. Actitudes _____	11
4.1.3.3. Prácticas _____	11
4.1.3.4. Acciones de salud a nivel de la educación _____	11
4.1.3.5. Disminución de azúcares _____	12
4.1.3.6. Cepillado, concepto e importancia _____	12
4.1.3.6.1. Técnicas de cepillado_____	13
4.1.3.6.2. Técnicas recomendadas para adolescentes _____	17
4.1.3.6.3. Cepillado de la lengua y frecuencia _____	17
4.1.3.7. Uso de hilo dental _____	18
4.1.3.8. Pasta dental _____	19

4.1.3.8.1. Recomendaciones de la cantidad de pasta para adolescentes	19
4.1.3.9. Visita al odontólogo	20
4.1.4. Salud bucal en el adolescente	20
4.1.5. Atención odontológica en el Sistema Nacional de Salud	21
4.2. Principales enfermedades bucodentales	21
4.2.1. Placa bacteriana	21
4.2.1.1. Componentes: película adquirida, matriz, y formación caries	22
4.2.2. Factores productores de caries	23
4.2.3. Enfermedad gingival	24
4.2.3.1. Características clínicas de la gingivitis	24
4.2.3.2. Prevención de la gingivitis	24
4.2.4. Halitosis	24
4.2.4.1. Prevención y tratamiento de halitosis	25
4.2.5. Prevención de caries y gingivitis en atención primaria de salud	25
5. Materiales y métodos	26
6. Resultados	30
7. Discusión	30
8. Conclusiones	39
9. Recomendaciones	40
10. Referencias Bibliográficas	41
11. Anexos	49

Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de los estadígrafos utilizados en el programa SPSS _____	28
Tabla 2. Conocimientos, actitudes y prácticas previas a la intervención educativa. _____	31
Tabla 3. Conocimientos, actitudes y prácticas posterior a la intervención educativa. _____	32
Tabla 4. Prueba de t para muestras emparejadas _____	33
Tabla 5. Prueba de Wilcoxon para muestras emparejadas _____	34
Tabla 6. Análisis de normalidad. _____	53
Tabla 7. Estadísticos al inicio de la intervención _____	56
Tabla 8. Conocimientos, actitudes y prácticas al final de la intervención educativa. _____	59

Índice de gráficos

Gráfico 1. Prueba de normalidad _____	54
Gráfico 2. Línea base al inicio del tratamiento _____	57
Gráfico 3. Dispersión de datos, pre test y pos test _____	59

Índice de figuras

Figura 1. Técnica Horizontal	14
Figura 2. Técnica de Fones	15
Figura 3. Técnica de Bass	15
Figura 4. Técnica de Bass modificada	16
Figura 5. Técnica de Charters	16
Figura 6. Técnica de Stillman	17
Figura 7. Uso de Hilo dental	18
Figura 8. La boca	61
Figura 9. Primera dentición	62
Figura 10. Dientes permanentes	63
Figura 11. Cepillo dental	64
Figura 12. Pasta dental	64
Figura 13. Seda dental	65
Figura 14. Enseñanza de técnica de cepillado	67
Figura 15. Enseñanza de técnica de cepillado	68
Figura 16. Técnica de uso hilo dental	69
Figura 17. Caries dental	71
Figura 18. Factores productores de caries	72
Figura 19. Enfermedad periodontal	72
Figura 20. Gingivitis	73
Figura 22. Aplicación de flúor	76
Figura 23. Bruxismo	78
Figura 24. Trastorno de alimentación	79
Figura 25. Lesiones deformantes por uso de piercing	80

1. Título

**Conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucal en adolescentes del colegio
“Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja.**

2. Resumen

La salud bucodental, siendo esencial en el bienestar individual, parece ser un problema para los adolescentes llevarla a cabo de forma correcta, de esta manera, las creencias individuales y las actitudes hacia conductas de higiene oral adecuadas son muy importantes para mantener una buena salud bucal. En esta línea de pensamiento, se sugiere actuar masivamente en la educación bucodental como eje principal sobre el enfoque curativo, es importante recalcar que mientras más positivas sean las actitudes hacia las prácticas de auto-cuidado que apliquen los adolescentes, mayor será la probabilidad de que estos logren condiciones de salud bucal adecuadas. **Objetivo:** “Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional en los adolescentes de 1ro y 2do de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja. **Materiales y métodos:** Estudio evaluativo de corte longitudinal, con muestra de 50 estudiantes en edades de 15 a 17 años, a quienes se les aplicó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional. **Resultados:** Se pudo establecer que no existió diferencia estadística significativa pre y post intervención en el proceso de educación bucal, ya que en las pruebas de conocimientos, actitudes y prácticas, el p valor calculado fue $> 0,05$ (0,529; 0,805 y 0,894 respectivamente). Se estableció que los adolescentes en el estudio, no mejoraron sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de forma significativa. **Conclusiones:** No existió diferencia estadística significativa en la educación bucal de los/as adolescentes participantes del estudio, antes y después de aplicar la técnica tradicional, considerando, que la intervención de salud bucal fue de poco tiempo y no se aplicó el refuerzo correspondiente.

Palabras clave: valoración de conocimiento, aplicación de técnica, estudiante de bachillerato, tratamiento bucal, promoción.

Summary

Oral health is essential in individual well-being, it seems to be a problem for teenagers to carry it out correctly so individual beliefs and attitudes towards proper oral hygiene behaviors are very important to maintain good oral health. In this line of thought, it is suggested to act massively in oral education as the main focus on the curative approach, it is important to emphasize that the more positive the attitudes towards self-care practices applied by adolescents, the greater the likelihood that they will achieve adequate oral health conditions. **Objective:** “Assess the knowledge attitudes and practices of oral health through traditional techniques in adolescents of 1st and 2nd Baccalaureate of the high school “Adolfo Valarezo” of the city of Loja. **Materials and methods:** Evaluation study of longitudinal section, with a sample of 50 students aged 15 to 17 years, to whom the questionnaire of knowledge, attitudes and practices of oral health was applied through traditional technique. **Results:** It was possible to establish that there was no significant statistical difference before and after the intervention in the oral education process, since in the knowledge, attitudes and practices tests, the calculated value was > 0.05 (0.529; 0.805 and 0.894 respectively). In other words, the adolescents in the present study did not improve their knowledge, attitudes and practices in oral health significantly. **Conclusions:** There was no significant statistical difference in the oral education of the adolescents participating in the study, before and after applying the traditional technique, considering that the oral health intervention was short-term and the corresponding reinforcement was not applied.

Keywords: questionnaire, technique application, high school student, oral treatment, promotion

3. Introducción

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, como la encargada de promover los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo (Cisneros y Hernández, 2011,p.1446). Así mismo la calidad de vida, comprendida desde la percepción del individuo sobre su posición en la vida está relacionada directamente con la salud oral. En este sentido, los adolescentes se han considerado un grupo de riesgo por múltiples factores que pueden afectar su calidad de vida, tales como la pobreza, acceso a la salud, estrato socioeconómico, incluido adicionalmente los cambios biológicos y fisiológicos de esta etapa. La aparición de enfermedades como caries dental, gingivitis y/o periodontitis, puede generar problemas psicosociales asociados con la estética y la autoestima. La alta prevalencia de caries dental afecta de 95 a 99 % de la población mundial, se ha observado que en los adolescentes el 92,2% presentan caries dental, donde el índice COP-D (dientes cariados, obturados y perdidos) fue de 7 y el porcentaje de necesidades de tratamiento dental analizado fue elevado en un 95,7% (Cerón, 2018).

En relación al perfil epidemiológico de salud bucal de la población ecuatoriana, la caries dental continua siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil, de acuerdo con el último estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de salud en el año 1996 a escolares menores de 15 años cuyos datos revelaron un 88.2% de prevalencia de caries, 84,9% de presencia de placa bacteriana, y un 65,6% de gingivitis. Existe información relacionada a la prevalencia de caries dental en Ecuador correspondiente a junio del 2014, donde se encontró que en niños de 3 a 11 años de edad existe una prevalencia de 62,39% y en individuos de 12 a 19 años de edad una prevalencia de 31,28%. (Villavicencio, 2017,p.15)

La educación para la salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que 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 y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. (Sosa, 2013)

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo de la persona, caracterizada por una alta vulnerabilidad, el desarrollo cognitivo en la adolescencia varía en función a su

contexto emocional y social, teniendo un impacto importante en los procesos cognitivos, incluyendo la toma de decisión y la elección de las conductas. Las decisiones que toman los adolescentes sobre sus conductas no solo se basan en el análisis racional de los riesgos y consecuencias, sino que consideran fuertemente los sentimientos y las influencias sociales; por lo que toman algunos riesgos que no le permiten tener una adecuada responsabilidad en tomar acciones preventivas curativas con su salud bucal; por lo que es necesario establecer estrategias educativas continuas para inducir el conocimiento y una actitud responsable hacia su salud bucodental, reduciendo la prevalencia de la morbilidad dentaria. (Yance, 2017, p.3)

Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear para la ejecución de las acciones educativas, dependen del grupo de edad a las que estarán dirigidas y sus características, en este caso a adolescentes de 15 a 17 años de edad. La calidad en las actividades de promoción de salud, garantizará mayor efectividad en los cambios de actitud ante inadecuados estilos de vida. La persona sólo aceptará un cambio de estilo de vida o una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos o efectos indeseables que implicaría no asumir este cambio de vida o esta restricción. (Sosa, 2013)

El estado ha declarado el interés nacional en la política pública de salud bucal, estableciendo el derecho a que los niños y adolescentes en edad escolar tengan una buena salud bucal y dentaria; fortaleciendo la participación activa del personal de salud y la comunidad educativa en acciones de promoción, prevención y control de la salud bucal. (Yance, 2017, p.5)

Por esta razón, esta investigación surgió de la preocupación de promover estrategias motivacionales e informativas, implementar recursos necesarios, con la finalidad de llevar a cabo actividades de difusión en busca de la participación de los adolescentes, en el uso adecuado de las distintas técnicas de higiene bucal, que coadyuven en el mejoramiento de su salud bucodental.

Se requirió de una metodología interactiva, involucrando la técnica tradicional, donde participaron tanto el facilitador del proyecto como el adolescente, dentro de una relación de mutuo acuerdo bajo el principio de horizontalidad, donde ambos asumen un rol protagónico en las actividades planteadas. Así mismo, se requirió de la organización de un

espacio para el encuentro, que cumpla con las condiciones ambientales necesarias para dar las recomendaciones respectivas así como el desarrollo de los contenidos previstos en el proyecto entre ellas figuraron la presentación de encuestas, talleres, diapositivas y videos informativos (Morillo y González, 2008). Por todo lo anterior, fue importante evaluar qué conocimientos, actitudes y prácticas, presentaron los adolescentes sobre Salud Bucal, para tener una idea global de la situación a la que nos enfrentamos, de esta manera podemos contribuir en la planificación de futuras intervenciones y refuerzos educativos en este grupo etario (Rodríguez, 2005).

El objetivo que se planteó en este estudio fue: Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional en los adolescentes de 1ro y 2do de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo”., y como objetivos específicos se consideró Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” previo a la intervención educativa de salud bucal, e incentivar a los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” mediante técnica tradicional, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal y finalmente evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” posterior a la intervención educativa de salud bucal, mediante técnica tradicional.

Para la presente investigación nos planteamos como hipótesis:

La técnica tradicional en las intervenciones de salud bucodental influye en el mejoramiento de conocimientos, actitudes y prácticas en los adolescentes del colegio “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja.

4. Revisión de literatura

4.1. Promoción de salud oral

La OMS (1986), en la Carta de Ottawa, define la Promoción de Salud como el proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los factores determinantes de la salud, logrando así mejorar su salud y calidad de vida. La salud bucodental está directamente relacionada con la salud general y calidad de vida de las personas. Por lo tanto, la presencia de cualquier enfermedad bucodental puede tener un gran impacto en la salud general del sujeto. (Pardo, 2016, p.8)

La promoción de la Salud Bucodental en la edad escolar tiene un gran valor para la conservación de la boca y los dientes durante toda la vida de la persona. Con medidas sencillas y baratas adoptadas desde la etapa infantil, se puede prevenir la aparición de las principales bucodentales, como la caries y enfermedad periodontal. (Dirección General de Salud Pública, 2015, p.4)

4.1.1. Salud oral. El concepto de Salud Bucal se concibe como el estado en el que las estructuras relacionadas con la boca contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social de las personas al permitirles disfrutar de la vida a través de auto-percibirse y reconocerse positivamente, hablar, masticar, saborear la comida y alimentarse, y disfrutar y participar de sus relaciones sociales y transmitir emociones a través de sus expresiones faciales. (MinSalud, 2017)

La salud bucodental es mucho más que la salud dental o una bonita sonrisa. La boca es el espejo del cuerpo y frecuentemente refleja signos de enfermedades sistémicas. El examen bucal puede revelar hábitos no saludables o deficientes tales como el consumo de tabaco o alcohol. Algunas lesiones orales pueden ser el primer signo de la infección por VIH y cambios en la apariencia de los dientes pueden indicarnos graves problemas alimentarios. Muchas enfermedades sistémicas incrementan el riesgo de enfermedades bucodentales, como el incremento de riesgo de enfermedades periodontales en pacientes diabéticos. De la misma manera, una pobre salud bucodental afecta a un número de procesos generales así como al manejo de las mismas. La estrecha relación bidireccional entre salud bucodental y salud general así como su impacto en la salud individual y en la

calidad de vida, proporcionan una base sólida conceptual para un enfoque de integración de la salud bucodental en la salud general. (FDI, 2015, p.14)

4.1.2. Desarrollo de salud bucodental. Los programas de salud surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública. Están dirigidos generalmente a determinados grupos poblacionales y se miden por la eficacia o eficiencia, respecto al logro de sus objetivos planteados y empleo de los recursos al menor costo posible. En salud bucal, se organizan y ejecutan diversos programas, algunos con componentes promocionales y otros preventivos, u ambos desarrollados a la vez. Se miden por la variación de los índices de salud bucal e incremento de conocimientos o actitudes hacia la salud entre otros. Generalmente, el componente promocional está compuesto por acciones de fomento, educación para la salud y de empleo de estrategias de la promoción de la salud, mientras el componente preventivo emplea generalmente el uso de flúor por distintas vías o colocación de sellantes de fosas y fisuras. Los principales responsables de estos programas son los gobiernos y en algunos casos empresas o entidades privadas u organismos no gubernamentales quienes colaboran en esta noble intención. (Espinoza y Pachas, 2013, p.102)

4.1.2.1. Odontología preventiva. El propósito de la odontología actual es ayudar las personas a alcanzar y conservar al máximo su salud oral durante toda la vida. La odontología preventiva, se basa en prevenir o evitar la aparición de diferentes enfermedades, o a lo sumo, disminuir el grado de malignidad o destrucción de las estructuras bucodentales en el caso de que aparezcan. El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico. Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de 4 hábitos como son el cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague y la visita periódica al dentista. (Poveda, 2011, p.12)

4.1.2.2. Cuidados orales. Cepillarse los dientes y remover la placa de manera regular mantiene una boca limpia y saludable. Es por ello que una adecuada higiene bucal es necesaria no sólo desde la primera infancia (6-8 meses de edad), sino incluso desde el embarazo. A partir de los 6 años el cepillado debe realizarse por lo menos dos veces al día,

todos los días por lo que es necesario dotar a los niños y a las niñas con los medios necesarios para aprender hábitos de higiene bucal y tener un buen control sobre ésta. Uno de los aspectos a fortalecer en este sentido es el auto-cuidado considerado como las decisiones y conductas de la persona encaminadas a mantener un buen estado de salud y a prevenir o disminuir los efectos negativos de esta enfermedad. (Gaeta et al., 2016)

La educación cobra vital importancia en el desarrollo del individuo, y logra un impacto social de largo alcance. Por lo tanto, el proceso educativo se constituye en un factor clave que puede mitigar condiciones adversas, ya que es un “arma” que se acumula lo largo de la vida con repercusiones positivas, pues logra disminuir, de esta manera, las inequidades en salud que se pueden presentar en la vida adulta. (Montenegro, Sarralde y Lamby, 2013, p.116)

La salud bucal refuerza conductas positivas y promueve cambios de comportamiento frente a la salud, a la enfermedad y al uso de los servicios de salud. Para iniciar, los programas comunitarios de educación para la salud deben conducir estudios e investigaciones de las comunidades y con ellas, para entender sus formas de vida, sus conceptos, ambiciones, necesidades y temores en relación con el proceso salud-enfermedad. (Montenegro et al., 2013)

4.1.2.3. Promoción de salud basada en los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal. Mundialmente se promulga que la boca es el reflejo de la salud y el bienestar, individual y colectivo. A partir de esta noción, es necesario abordar el tema de las desigualdades o disparidades que afectan la salud oral y presionar por la implementación de cambios en la asignación de recursos públicos, la política social y de salud pública, la organización comunitaria, la atención efectiva de la salud bucodental y el comportamiento de los profesionales de salud. La salud bucal refuerza conductas positivas y promueve cambios de comportamiento frente a la salud, a la enfermedad y al uso de los servicios de salud. Para iniciar, los programas comunitarios de educación para la salud deben conducir estudios e investigaciones de las comunidades y con ellas, para entender sus formas de vida, sus conceptos, ambiciones, necesidades y temores en relación con el proceso salud-enfermedad. 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. (Montenegro et al., 2013, p.117)

4.1.3. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal. Para que realmente haya cambio en el comportamiento, es necesario que el individuo socialmente se promueva hacia un cambio de percepción frente a ciertas cosas; es decir, que el individuo encuentre respaldo social. Este proceso de modelación de conductas a escala colectiva tiene unos componentes que aunque similares en algunos aspectos, presentan diferencias sustanciales. Nos referimos a la información, la educación y la comunicación. (Scarpati, Ramírez y Pantoja., 2015)

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

Los conocimientos son resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características aceptadas y representativas del grupo social en el que se desarrollan. Son cristalizados mediante el aprendizaje y pertenecen a la parte cognitiva de la cultura; es parte fundamental para que un cambio de actitud se presente, sin embargo, son necesarios otros factores como la motivación para que puedan concretarse. Los conocimientos acerca de los cuidados y los factores de riesgo que inciden en la salud bucodental son la base para la explicación del proceso salud-enfermedad y el fundamento para decidir qué prácticas se realizarán para el mantenimiento y la recuperación de la salud, contribuyen a la aparición y transmisión de hábitos, entre ellos los alimentarios y los de higiene. Los conocimientos son un prerrequisito esencial para la mejora de la salud bucal de las comunidades. (Ramírez, 2015)

4.1.3.2. Actitudes. La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Es una organización firme y duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. (Adame, 2012, p.10)

La actitud representa una forma de ser, una posición, inclinación o tendencia con respecto a un objeto o una situación, puede entenderse también como un vínculo entre lo que el sujeto conoce, su visión del mundo y la manera en la que actúa en consecuencia. Es posible que exista un cambio favorable de actitudes y prácticas en salud bucal cuando se tenga un mejor conocimiento sobre el cuidado de la cavidad oral. (Ramírez, 2015)

4.1.3.3. Prácticas. Las prácticas son acciones observables que un individuo ejerce en respuesta a una situación con base en su cultura, es decir, al conocimiento que posee, la construcción de su realidad y lo que es aceptado en su sociedad. En salud bucal, las prácticas relacionadas con la alimentación, la higiene y las acciones realizadas para el control de las enfermedades actúan como factores de riesgo para la aparición y el deficiente control de trastornos bucodentales. (Ramírez, 2015)

4.1.3.4. Acciones de salud a nivel de la educación. La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. Debe reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud. Una educación verdadera es aquella que suministra a la persona un acumulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general. (Cisneros y Hernández, 2011)

El término educación para la salud se ha interpretado desde diferentes enfoques, que ubicaremos en dos grandes fundamentos teóricos ligados con diferentes periodos históricos. El primer enfoque ubica el término desde la perspectiva de la información y la prescripción. Al respecto, Valdéz (2004) señala que este periodo se ubica en la forma más convencional de orientar actividades educativas y, exclusivamente, los profesionales son los individuos para educar en salud. En el segundo enfoque existe una preocupación por la conducta que asume la población frente a la salud. El objetivo en este enfoque consiste en provocar en la población cambios de conducta favorables hacia la salud. Por lo que surge la necesidad de estudiar los estilos de vida, mejorar la calidad de vida y, por ende, lograr la salud. (De la fuente, Sifuentes y Nieto, 2014)

4.1.3.5. Disminución de azúcares. La evidencia de que los azúcares están implicados en la patogénesis de la caries dental ha sido documentada en numerosos estudios epidemiológicos que correlacionan el consumo de azúcar con la prevalencia de la enfermedad y demuestran una clara asociación entre frecuencia de consumo, la ingesta entre comidas y el desarrollo de la lesión cariosa. (Dho, 2015)

La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud oral. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Esto es aplicable a cualquier etapa de la vida, en el caso de los niños, por ejemplo, la adquisición de unos hábitos alimentarios es fundamental para prevenir la aparición de caries entre otras cosas. Del mismo modo, las mujeres embarazadas necesitan una dieta adecuada para que el desarrollo de los dientes de sus hijos se lleve a cabo normalmente. Factores socioeconómicos e incluso la obesidad son señalados como factores de riesgo para el desarrollo de caries dental. (González et al, 2013,p.65)

4.1.3.6. Cepillado, concepto e importancia. El cepillado dental es un procedimiento que tiene por objetivo eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, así como desorganizar e interferir en la formación del biofilm dentogingival patógeno para dientes y encías. Siendo importante recalcar que el objetivo final de la sistemática de cepillado dental es la remoción minuciosa del biofilm de todas las áreas de la boca, independientemente de la técnica que se utilice. (Universidad Andrés Bello, 2015, p.4)

Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes. Estos elementos básicos son: cepillo dental, seda dental y crema dental. (Secretaría distrital de salud et al, 2010, p.39)

Los estudios concluyen que la efectividad de la remoción de placa es independiente del tipo de cepillo a utilizar. Sin embargo, lo que es relevante para asegurar una exitosa remoción de placa bacteriana es la técnica de cepillado, el tiempo que dure esta técnica y por último, la frecuencia diaria. (Uribe, 2015, p.19)

El cepillado de dientes representa una de las principales estrategias para el control de enfermedades más comunes de la boca. El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encía, de modo de impedir que las bacterias nocivas produzcan los ácidos que dañan a las capas externas de los dientes e inflamen las encías. Aunque la placa bacteriana se forma de manera permanente, su acción más dañina se desarrolla después de comer, cuando la producción de ácidos es más elevada, puesto que, en ese momento, las bacterias de la placa disponen de sustancias nutritivas para metabolizarlas y producir ácidos. La placa es muy difícil de ver y no se puede remover enjuagando la boca. La mejor manera de remover la placa es usar un cepillo y seda dental regularmente. Por ello, es fundamental cepillarse los dientes de modo de mantener controlada a la placa bacteriana. Además, se debe restringir la ingesta de alimentos a los horarios de comida habituales, evitando el consumo de alimentos a deshora, para no favorecer el ataque de ácidos entre las comidas. Por otro lado, el cepillado, como objetivo secundario, contempla la eliminación de los restos de alimentos. (Ministerio de Salud Chile, 2007, p.25)

4.1.3.6.1. Técnicas de cepillado. Los estudios muestran que la mayoría de los adultos utilizan la técnica de cepillado dental que les enseñaron en su niñez y nunca se preocuparon de averiguar si esta técnica era la correcta para las distintas etapas de su vida. Sin embargo, es conocido que la técnica de cepillado cambia en las distintas etapas de la

vida ya que primero, los menores de doce años se aprenden una técnica de cepillado acorde a su capacidad motriz, la cual es denominada técnica rotatoria. Posteriormente, luego de los doce años, se debe adoptar una técnica con angulación específica denominada técnica de Bass. También existen reportes de que gran parte de la población no sigue un patrón específico al momento de lavar sus dientes, sino que utiliza un orden aleatorio, por lo que es muy común observar sectores muy limpios en la boca y otros muy sucios. De esta forma, resulta necesario indicar la importancia de llevar un lavado ordenado para que toda la superficie sea limpiada. (Uribe, 2015, p.19). Dentro de las técnicas de cepillado se encuentra la **técnica horizontal**, consiste en posicionar el cepillo perpendicular al diente y aplicar movimientos horizontales, el paciente realiza esta técnica con la boca cerrada para limpiar las superficies vestibulares y a boca abierta para limpiar superficies palatinas/linguales y oclusales. (Uribe, 2015, p.20). Los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular linguopalatina y masticatoria de los dientes y se le comunica una serie de movimientos repetidos de vaivén sobre toda la arcada. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar unos 20 movimientos por cada sextante. (Loscos, et al., 2005, p.51)



Figura 1. Técnica Horizontal
Fuente: Loscos et al, 2005

La Técnica de Fones es la técnica más correcta de enseñar en niños por la poca habilidad motriz que estos poseen. Sin embargo, muchos adultos continúan usando esta técnica durante toda su vida, ya que, al igual que la técnica horizontal, está condicionada por los reflejos autónomos. Esta técnica se realiza en las caras vestibulares con la boca cerrada, el cepillo se posiciona entre la mejilla y los dientes y se realizan movimientos circulares amplios para eliminar placa de los dientes superiores e inferiores. Para limpiar

las caras oclusales y linguales/palatinas el paciente abre la boca posiciona el cepillo sobre estas superficies y realizando movimientos hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es altamente efectiva en niños, pero no es recomendada en adultos, ya que su eficiencia específica en el tercio cervical del diente no es la más adecuada. (Uribe, 2015, p.20)

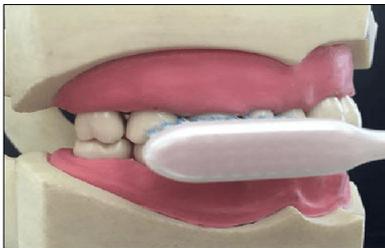


Figura 2. Técnica de Fones
Fuente: Rizzo et al, 2016

La Técnica de Bass debe ser la técnica de elección en pacientes adultos que no tengan recesiones gingivales, ya que es la que posee el mayor éxito en remoción de placa en el tercio cervical del diente, logrando así la prevención de la aparición de enfermedad periodontal. En esta técnica las cerdas del cepillo dental deben ir dirigidas al margen gingival, con un ángulo de 45° respecto del eje longitudinal de los dientes. Hay que ejercer presión vibratoria suave con movimientos cortos de vaivén sin desalojar las puntas de las cerdas que se ubican dentro del surco gingival, se deben aplicar 20 movimientos y luego pasar a las siguientes 2 a 3 piezas contiguas, se repite esto a lo largo de todo el arco y luego se continua con las caras linguales del mismo arco. Al llegar a las caras linguales/palatinas de las piezas anteriores, el cepillo se debe inclinar verticalmente y se debe presionar el extremo del cepillo en dirección del surco gingival cepillando mediante movimientos vibratorios cortos múltiples. Por último, en las caras oclusales de las piezas dentales se presiona con firmeza las cerdas del cepillo contra las fosas y fisuras. Luego se repite el patrón en el arco contrario, es decir vestibular primero, luego palatino/lingual, por ultimo superficies oclusales respetando las angulaciones anteriormente explicadas para cada cara. (Uribe, 2015, p.21)



Figura 3. Técnica de Bass
Fuente: Martínez, 2018

La Técnica de Bass Modificada es una técnica idéntica a la de Bass, pero varía en el último movimiento. Cada vez que el paciente termine los 20 movimientos de vaivén, debe realizar un nuevo movimiento de barrido hacia oclusal con el fin de eliminar la placa bacteriana acumulada en el 1/3 medio e incisal/oclusal de las piezas. Esta técnica de Bass modificada es ampliamente recomendada por los estudios recientes, ya que estos demuestran que tiene una mayor eficiencia en la reducción del índice final de placa, en relación a otras técnicas y además tiene el beneficio de la técnica de Bass que es ser particularmente efectiva en el tercio cervical de la pieza dental, por lo que es relevante para el correcto manejo de la gingivitis y periodontitis. (Uribe, 2015, p.22)



Figura 4. Técnica de Bass modificada
Fuente: Blanco et al, 2014

La Técnica de Charters es la técnica de elección para pacientes con recesiones gingivales. El cepillo se posiciona al nivel de la encía, pero inclinado hacia oclusal/incisal del diente, y se aplica una presión leve con movimientos ligeramente rotatorios, manteniendo siempre el cepillo entre dos a tres dientes. La intención de esta técnica es enfocarse además de la eliminación de placa del tercio cervical y la eliminación de placa interproximal. Es específicamente efectiva en encías con papilas retraídas, pero no presenta diferencia significativa respecto a otras técnicas de cepillado. (Uribe, 2015, p.23)



Figura 5. Técnica de Charters
Fuente: Parra, 2015

La Técnica de Stillman es una técnica específica para estimular y masajear la encía, además permite la eliminación de placa del tercio cervical. El cepillo se posiciona oblicuamente hacia apical de la pieza dentaria, posicionándose la mitad de las cerdas en el tercio cervical de la pieza dental y se aplican movimientos vibratorios suaves, no tiene diferencia significativa con otras técnicas, y no presenta el beneficio de que las cerdas entren en el surco gingival, a pesar de que la posición del cepillo es muy similar a la técnica de Bass. (Uribe, 2015, p.23)

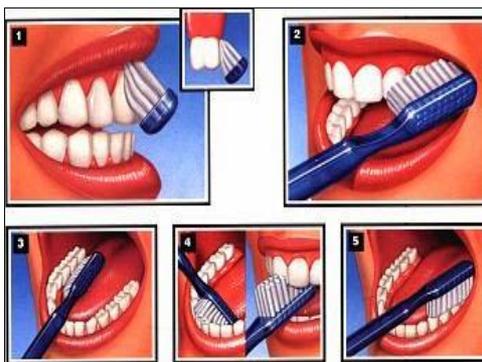


Figura 6. Técnica de Stillman

Fuente: Blanco et al, 2014

La gran mayoría de los estudios actuales y antiguos demuestran que ninguna técnica es particularmente efectiva sobre la otra, ya que todas tienen el mismo nivel de cambios en el índice de higiene oral inicial y final de los pacientes examinados. Sin embargo, existe evidencia que demuestra que las técnicas de Bass y Stillman son altamente efectivas en la eliminación de placa del tercio apical, lo cual es un factor importante a considerar a la hora de recomendar una técnica de higiene oral en pacientes susceptibles a gingivitis y enfermedad periodontal. (Uribe, 2015, p.23)

4.1.3.6.2. Técnicas recomendadas para adolescentes. La técnica más recomendada para adolescentes, es la técnica de Stillman por su efectividad en remoción de biofilm en menor tiempo, de forma progresiva en varios controles, incluyendo así mismo la motivación verbal y visual (Toapanta, 2017).

4.1.3.6.3. Cepillado de la lengua y frecuencia. La evidencia científica demuestra que la disminución de bacterias acumuladas en el dorso lingual por efectos de la remoción mecánica es similar (la eficacia en la reducción de los recuentos de colonias bacterianas) según se realice con cepillo de cerdas o con limpia lenguas o raspadores. Sucede lo mismo

en cuanto a la reducción del mal olor. Es decir que lo importante es la remoción física de las bacterias de la superficie de la lengua, independientemente del método. La utilización de colutorios a base de clorhexidina entre otras sustancias químicas, refuerza la acción de la remoción física. (Ulloque, 2017)

La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área, también encontramos, en farmacia, raspadores o limpiadores linguales. (Varela, Figueroa)

4.1.3.7. Uso de hilo dental. El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que por el grosor de las cerdas del cepillo no permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos es muy pequeño, por lo que se recomienda su uso. Si no se utiliza el hilo dental se estará realizando solamente la mitad del trabajo para mantener una buena limpieza dental. La técnica para usar el hilo dental: 1. Tome aproximadamente 30 cms. de hilo dental y enrede en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos. 2. Una vez realizado lo anterior, utilice los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo. 3. Mantenga estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia adelante introdúzcalo entre los dientes, tenga cuidado de no lastimar la encía. Sostenga el hilo rígido contra uno de los dientes y deslícelo de arriba hacia abajo manteniéndolo en contacto con el diente y repita los movimientos contra el otro diente. Repita este paso entre cada uno de sus dientes. Conforme se vayan limpiando, cambiar el tramo de hilo dental. (Mazariegos, et al., 2003, p.13)

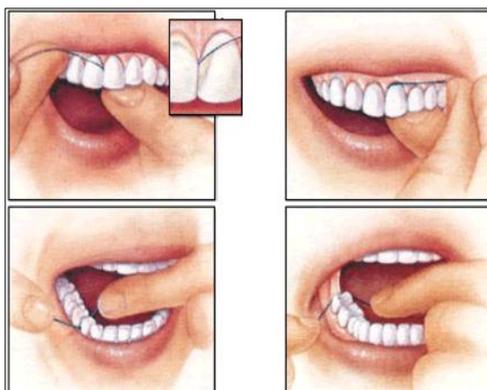


Figura 7. Uso de Hilo dental

Fuente: Dentalcare, 2019

4.1.3.8. Pasta dental. La pasta o gel dentífrico es una mezcla homogénea de sólidos en agua, que colabora en el mantenimiento de una correcta salud oral. La pasta dentífrica facilita la eliminación de la placa dental, complementando la acción mecánica del cepillo, y aporta principios activos con efecto sobre los dientes o sus tejidos de soporte (la encía). Las pastas dentales, por tanto, contienen principios activos con efectos terapéuticos capaces no tan sólo de prevenir enfermedades, sino de regenerar lesiones de caries en estadios iniciales. (Casals, 2008, p.23)

La sustancia habitualmente utilizada en la prevención de la caries dental es el flúor, sus dos principales mecanismos de acción son: su habilidad para prevenir la desmineralización del esmalte sano y la incorporación al esmalte para obtener la remineralización del esmalte cariado. (Casals, 2008, p.25). La Organización Mundial de la Salud establece para la prevención de caries dental, que la concentración de F en dentífricos no debe exceder de 1500 ppm. (Contreras, et al., 2014, p.17)

Para retardar los efectos nocivos de la placa dental es añadir a la pasta dentífrica un agente antiséptico. Uno de los antisépticos más utilizados es la clorhexidina, una biguanidina de síntesis de marcado carácter catiónico, lo cual le permite unirse a las paredes bacterianas provocando su lisis. Es poco soluble en agua, por lo que se utiliza en forma de sal digluconato. Otro antiséptico es el triclosán, efectivo contra un amplio espectro de hongos y bacterias, incluidos los implicados en la gingivitis. Otro agente empleado, aunque en menor medida, es el cloruro de cetil piridinio. (Muñoz, 2000)

4.1.3.8.1. Recomendaciones de la cantidad de pasta para adolescentes. Las enfermedades bucales prevalentes (caries y enfermedad periodontal) son de causa infecciosa y afectan al 95% de la población. Los cambios hormonales, la dieta, hábitos de higiene inadecuados y otros factores que modifican el ambiente interno y externo del individuo convierten a los adolescentes en un grupo de riesgo para la salud bucal. (Deambrosi y Rosina, 2015, p.27). La Organización Mundial de la Salud establece para la prevención de caries dental, que la concentración de F en dentífricos no debe exceder de 1500 ppm. (Contreras, et al., 2014, p.117). Las pastas para el control de la placa y la gingivitis, deben contener compuestos con propiedades antimicrobianas que pueden retrasar la formación de placa; dentro de estas pastas encontramos: **Parodontax:** elaborada de bicarbonato de sodio, fluoruro de sodio (1400ppm) e ingredientes herbales incluyendo

la manzanilla, equinácea, salvia, mirra, y aceite de menta. **Vitis encías:** Sus ingredientes activos son: Lactato de Zinc, Fluoruro de Sodio, permethol, provitamina B5 o pantenol, Cloruro de cetilpiridinio (Huanca, 2011)

4.1.3.9. Visita al odontólogo. Visitar periódicamente al odontólogo, cada seis meses o una vez al año, para que se descubra o se tratan los problemas oportunamente, evitando la pérdida de las piezas dentarias que a más de impedir una adecuada masticación y pronunciación de las palabras, perjudican la estética y apariencia personal. (Ministerio de Salud Pública, 2010)

Las visitas al odontólogo deben hacerse dos veces por año; la revisión periódica permite ubicar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión o esperar que se refiera dolor, evitando así el costo de rehabilitaciones (Soria, Molina y Rodríguez, 2008)

4.1.4. Salud bucal en el adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años”. En odontología, los adolescentes son un grupo de referencia importante, pues en este periodo ocurren las principales variaciones dentales-maxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud bucal del futuro, los hábitos de higiene bucal en los adolescentes depende de la educación, o el nivel socio-económico y la amplia complejidad de los problemas ocasionados por su estilo de vida. No es sencillo concientizar a este grupo de la población sobre la importancia de tener unos hábitos adecuados para gozar de buena salud bucal, ya que pocos adquieren hábitos que ayudan a evitar posibles problemas. La mayoría de los jóvenes están más interesados en lucir una sonrisa blanca y un buen aliento teniendo la estética por delante de la salud. La salud bucal, es parte de la atención integral de la salud del adolescente, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales repercutirá en una vida sana. El autocuidado, el control periódico y los programas de promoción y prevención son de fundamental importancia durante la adolescencia y deben promoverse de manera sistemática. Por ello, el considerar espacios para informar o realizar talleres de educación para la salud en forma multidisciplinaria podría ser una práctica habitual de la programación escolar. (Mazariegos, Stanford, 2012, p.7)

4.1.5. Atención odontológica en el Sistema Nacional de Salud. La Salud Bucal es un eslabón importante en el ámbito del bienestar bio-psico social de los individuos, ya que las evidencias muestran una estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población. (Chang et al., 2009, p.8).

El Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, tiene un enfoque en la Promoción y Prevención , estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica, además busca articularse con los programas de atención a las personas, a fin de mejorar la calidad de salud y vida, eliminando las disparidades sanitarias y facilitando la colaboración entre las personas, profesionales de salud, comunidades y de todos los niveles de la sociedad. (Chang et al., 2009, p.9).

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos. Las intervenciones tienen énfasis en la educación de la salud bucal, la prevención y el control de la morbilidad de las principales patologías en especial de la caries dental. (Chang et al., 2009, p.9)

4.2. Principales enfermedades bucodentales

A nivel mundial, las enfermedades orales más frecuentes son la caries dental y la enfermedad periodontal. En el mundo la experiencia de caries evaluada con el índice COP-D (cariados, obturados y perdidos) en niños de 12 años se encuentra por encima de 2, presentándose más alta en las Américas por encima de 3.5. Del mismo modo, la enfermedad periodontal severa que produce pérdida dental, se encontró entre 5% y 15% de las personas. En las Américas menos del 10% presentó índice periodontal comunitario de 0, lo que indica que casi 90% de las personas presentan sangrado gingival directo o después del sondaje. (Corchuelo, 2011, p.449)

4.2.1. Placa bacteriana. La placa bacteriana constituye el factor etiológico fundamental de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia: la caries y la enfermedad periodontal. Se puede definir la placa dental como una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras

superficies bucales (prótesis, material de restauración, etc.) cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. Nadal-Valldaura la define como un sistema ecológico formado por una densa capa de gérmenes que se desarrollan sobre las superficies dentarias en las zonas donde los mecanismos de autolimpieza oral son escasos o nulos. (Poyato, Segura, Ríos y Bullón., 2001)

4.2.1.1. Componentes: película adquirida, matriz, y formación caries. La formación de la biopelícula se puede dividir en tres fases:

Película adquirida: en la que se formaría una biopelícula sobre la superficie limpia del diente. Esta biopelícula estaría compuesta fundamentalmente por glicoproteínas y anticuerpos. Esta película modifica la carga y la energía libre de la superficie dentaria, lo que favorece una posterior adhesión bacteriana. **Colonización primaria:** En esta fase se observa la adhesión a la biopelícula, previamente formada, de unos tipos bacterianos específicos. Se ha observado que estos primeros colonizadores pertenecen al género *Streptococcus* (cocos gram-positivos anaerobios facultativos, siendo la especie más destacada *Streptococcus sanguis*). Posteriormente se suman diferentes especies de bacilos gram-positivos, los cuales aumentarán en número, superando a las formas cocoides. Además se producen interacciones bacterianas, formándose estructuras en forma de mazorca de maíz. **Colonización secundaria y maduración:** En esta fase se produce la multiplicación bacteriana. En esta etapa predominan las formas filamentosas gram-positivas, sobre todo *Actinomyces* sp. **Matriz:** Debido a la multiplicación bacteriana de la fase anterior y a la aparición de nuevas condiciones, se produce la coagregación de nuevas especies bacterianas. Se produce la adhesión de *Veillonella* sp., *Fusobacterium* sp. y otras bacterias gram-negativas. (Los gérmenes de la placa están englobados en una matriz orgánica rica en proteínas y polisacáridos, con algunos lípidos y constituyentes inorgánicos tales como potasio, sodio, fosfato, magnesio, flúor y calcio (Serrano, Herrera y León., 2009). **Formación de caries:** la caries se considera como un proceso dinámico que ocurre en los depósitos microbianos del diente, los cuales dependiendo de la capacidad cariogénica y las fluctuaciones en el Ph de la placa, originan disturbios en el balance mineral en la interfase placa-diente. Si estos procesos a lo largo del tiempo conducen a pérdida de mineral del diente se desarrollará una lesión de caries. Ante la presencia de bacterias orales se desarrollan signos iniciales de caries después de una semana estos signos por supuesto no son clínicamente visibles, más sin embargo al examen

microscópico se observa una desmineralización de la subsuperficie y disolución de la micro superficie externa. La placa dental formada bajo condiciones ambientales que favorecen bacterias cariogénicas se constituyen en una amenaza de la estructura dental produciendo una desmineralización de la superficie dental. (González, Alfaro y Nieto., 2007, p. 120)

4.2.2. Factores productores de caries. El origen de la patología cariosa se produce debido a un desequilibrio entre los factores protectores y los factores de riesgo (Sánchez, 2016). La aparición de caries depende de cuatro factores primarios: el huésped, representado por los dientes y saliva, las bacterias de la flora bucal, y la dieta consumida, todo esto interactuando en un período de tiempo que les permita dar como resultado la desmineralización del diente. **Huésped:** Hay ciertas características del huésped que pueden favorecer o dificultar el desarrollo de caries dental. Entre ellas están las características morfológicas de los dientes (profundidad de surcos y fisuras, invaginaciones, etc.), malposiciones dentarias que favorezcan retención de alimentos, cantidad y composición de la saliva, enfermedades sistémicas. Asimismo, los factores socioeconómicos, ya que existe relación entre caries y pobreza o deprivación. **Bacterias de la Flora Bucal y etiopatogenia:** En los últimos años se ha implicado al *Streptococcus Mutans* (SM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la patología. **Dieta Consumida:** es la dieta, en cuanto a composición, consistencia y frecuencia de ingesta, puesto que las bacterias presentes en la placa dental pueden fermentar los azúcares y otros carbohidratos de la dieta para producir ácidos, como el ácido láctico, fórmico y otros, que disminuyen el pH bucal dando inicio así a la desmineralización del esmalte. (Vásquez, 2007, p.13)

4.2.2.1. Factores protectores para evitar caries. Hábitos Higiénicos: Los hábitos higiénicos actúan como factores protectores, al controlar el desarrollo de la placa bacteriana por métodos mecánicos. **Fluoruros:** El flúor es remineralizador de la pieza dentaria, le confiere mayor resistencia al ataque ácido, disminuye la solubilidad del esmalte e interfiere en el metabolismo bacteriano. Frente a concentraciones bajas y constantes de fluoruro, el *Streptococo Mutans* produce menos ácido. **Control de dieta:** Se pretende disminuir los momentos de acidez en el día, y acompañarlo de un cambio en los hábitos de alimentación, prefiriendo verduras, frutas, agua y leche por sobre las golosinas y bebidas de fantasía. (Vásquez, 2007, p.17)

4.2.3. Enfermedad gingival. Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía y son el resultado de diferentes etiologías. La característica común a todas ellas es que se localizan exclusivamente sobre la encía. La gingivitis puede detectarse en un 50% de los individuos mayores de 19 años, valor que va disminuyendo conforme aumenta la edad. La presentan el 54% de los individuos entre 19 y 44 años, el 44% de los sujetos entre 45 y 64 años y el 36% de las personas de más de 65 años. (Pérez, 2008, p.11)

4.2.3.1. Características clínicas de la gingivitis. Existen ciertas características que coinciden en todos los casos de enfermedad gingival asociada a placa y que ayudan al clínico en la identificación del problema. Todas ellas se caracterizan por: 1. Presentar placa bacteriana que inicia o exacerba la severidad de la lesión. 2. Ser reversibles si se eliminan los factores causales. 3. Por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes. Clínicamente se aprecia una encía inflamada, con un contorno gingival alargado debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, una temperatura surcular elevada, sangrado al sondaje y un incremento del sangrado gingival. Todos estos signos están asociados a periodontos sin pérdidas de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos. Los signos clásicos de inflamación pueden apreciarse en la inspección visual, lo que facilita el diagnóstico con la simple exploración del paciente. Para su detección es necesaria la sonda periodontal, que ayuda a estimular el sangrado y a detectar el componente inflamatorio de las bolsas. Además, con la sonda descartaremos la existencia de pérdida de inserción, lo cual nos confirma el diagnóstico de alteración gingival. (Pérez, 2008, p. 13)

4.2.3.2. Prevención de la gingivitis. Las enfermedades gingivales y periodontales se pueden prevenir y controlar a través de un conjunto de medios mecánicos y químicos. El objetivo primario es el control de la placa bacteriana y la formación de cálculo. Una forma es la remoción mecánica periódica de todas las superficies dentarias, de modo de alterar el medio ecológico en el que se desarrolla la placa bacteriana. En algunos pacientes se recomienda el uso de antimicrobianos. (Vásquez, 2007, p.25)

4.2.4. Halitosis. La halitosis, definida como olor desagradable procedente del aliento de una persona, es un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad oral, pero también puede indicar enfermedades sistémicas

severas que necesitan un diagnóstico y tratamiento específicos. La mayoría de los adultos sufren halitosis en algún momento de su vida. Aproximadamente un 30% de los pacientes mayores de 60 años han padecido o padecen en algún momento halitosis. Con frecuencia los pacientes con halitosis lo desconocen por la incapacidad de oler el propio aliento, o por la habituación resultante de una exposición mantenida. El 58% son informados por otros, en un 24% lo han notado ellos mismos también, y en un 18% (en otras series, hasta el 39%) sólo lo notan ellos. (Fernández y Rosales, 2002, p.72)

4.2.4.1. Prevención y tratamiento de halitosis. Miyazaki y col. proponen una categorización de las necesidades de tratamiento de la halitosis. La NT-1 corresponde al tratamiento de la halitosis fisiológica. En esta se explica al paciente en que consiste la halitosis y se dan instrucciones de higiene oral (apoyo y refuerzo del auto-cuidado para seguir mejorando su higiene oral). La necesidad de tratamiento para la halitosis patológica intraoral, NT-2 sería: Profilaxis y tratamiento profesional de enfermedades orales, especialmente enfermedad periodontal. 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. (Duque y Tejada, 2016)

4.2.5. Prevención de caries y gingivitis en atención primaria de salud. Considerando que la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, se reconoce su relevancia “como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. (Valencia, 2014, p.32)

5. Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación fue de tipo evaluativo de corte longitudinal, con una muestra de 50 adolescentes en edades de 15 a 17 años, a quienes se aplicó el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional.

5.1. Criterios de inclusión

Adolescentes de 2do y 3er año de Bachillerato, matriculados legalmente y que asisten normalmente a clases; adolescentes que quisieron formar parte del estudio; estudiantes cuyos padres firmaron el consentimiento informado respectivo.

5.2. Criterios de exclusión

Adolescentes de 2do y 3ro año de Bachillerato que no estén legalmente matriculados; adolescentes que no quisieron formar parte del estudio; adolescentes cuyos padres no estuvieron de acuerdo en participar en la investigación; adolescentes que en el momento de la aplicación del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas no estuvieron presentes; adolescentes 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 evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de higiene oral en el grupo de estudio. **Análisis Documental:** consistió en la revisión de la literatura sobre investigaciones relacionadas a conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal, mediante técnica tradicional.

Se construyó un instrumento en base a dos cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas de diseño experimental, desarrollado por las autoras Vivian Manzano y Lisney Rincón y otro instrumento de la autoría de Farith González, Marcela Cano y Adriana García Sánchez; el mismo que fue modificado según las necesidades del estudio y determinada su validez y fiabilidad, previamente se realizó una prueba piloto a 20 personas con características muy parecidas a la población objetivo, posterior al proceso piloto, mediante el cálculo e interpretación del coeficiente Alfa de Cronbach, se estableció la

fiabilidad correspondiente, utilizando el SPSS v. 22 se encontró un valor de 0618 el cual se interpreta como moderado, recomendándose para la su aplicación en el proceso correspondiente a la población objetivo.

Técnica tradicional: dirigido a individuos o grupos, entre los cuales existe una relación directa de emisor-receptor, se utiliza la palabra hablada con el apoyo de técnicas didácticas y medios o recursos técnicos. **Técnicas y medios de enseñanza como:** se utilizó charlas, demostraciones prácticas, se motivó a la participación en clase. **Apoyos didácticos:** se requirió de pizarra, proyector, diapositivas, videos, modelo dental, cepillo, entre otros.

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 11 semanas, en dos grupos, estos es: 25 estudiantes pertenecientes al 2do año de Bachillerato y 25 estudiantes pertenecientes al 3er año de Bachillerato, entre las edades comprendidas de 15 a 17 años; se trabajó con los adolescentes que asistieron al proceso de aplicación del cuestionario desarrollado en la primera etapa, correspondiente a la primera semana. El cuestionario de conocimientos estuvo compuesto por 8 preguntas, el de actitudes por 10 preguntas y el de prácticas por 9 preguntas, las preguntas se encaminan a recabar información de la población meta, en cuanto a la realidad del tema planteado. La segunda etapa se realizó en cinco semanas mediante, se ejecutaron 5 talleres teóricos tomados de Limonta, Elena y Araujo, Teresita 2000 (Heredia, 2014). Proceso que se socializó 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.

La tercera etapa, se llevó a cabo en cuatro semanas, en las cuales los adolescentes pusieron en práctica lo asimilado en los talleres de educación bucal antes descrito; en la cuarta etapa, se aplicó la segunda evaluación de los conocimientos actitudes y prácticas, denominada post intervención, la misma que se estableció en la última semana. **Análisis estadístico:** se utilizó la estadística descriptiva, media aritmética, desviación estándar, tablas de frecuencia, y porcentajes. Los datos se procesaron en primera instancia con la ayuda del software Excel, MS Office 2013 e importados posteriormente al SPSS 22.

Para poder trabajar con el SPSS v. 22, se elaboró el libro de códigos con cada una de las variables utilizadas en el estudio, posterior a ello y de acuerdo a los objetivos propuestos se crearon nuevas variables, recodificando las obtenidas en el cuestionario, específicamente, los relacionados a la suma de los ítem de conocimientos, actitudes y prácticas. Estos totales se recodificaron, de variable cuantitativa se transformó en variable cualitativa, para ello fue necesario conocer los valores máximos y mínimos y con los rangos para establecer el punto de corte, que en este caso fue posible identificar con la determinación del percentil 50 (los percentiles son los 99 valores que dividen una serie de datos ordenados en 100 partes iguales; dan valores correspondientes al 1%, al 2% y al 99% de los datos), estableciendo dos categorías para cada variable, esto es: adecuado ($>$ percentil 50) e inadecuado ($<$ percentil 50). Establecidas las categorías se procedió a realizar los cruces de variables respectivos.

Tabla 1. Descripción de los estadígrafos utilizados en el programa SPSS

Estadísticos	Descripción
N	Tamaño de la muestra
Media	La media aritmética o término medio es la suma de varios valores dividida por el número de ellos. Es una medida de concentración y el valor más representativo de la serie (González, 2018).
Error estándar de la media	Representa la dispersión que tendría la media de una muestra de valores si se continuaran tomando muestras (Rosso, 2013).
Mediana	Se denomina al valor que se encuentra en el punto medio cuando se ordenan los datos de menor a mayor

	(González, 2018).
Moda	Corresponde al valor de la mayor frecuencia, es el valor más frecuente, el que más se repite (González, 2018).
Desviación estándar	Es una medida de dispersión que se obtiene como la raíz cuadrada de la varianza (Berrocal et al., 2006).
Varianza	Cuantifica el valor de la dispersión de la variable con respecto al promedio, es la media aritmética del cuadrado de las desviaciones (González, 2018).
Asimetría	Es una medida de forma de una distribución que permite identificar y describir la manera como los datos tiende a reunirse de acuerdo con la frecuencia con que se hallen dentro de la distribución (González, 2018).
Error estándar de asimetría	La razón de la asimetría sobre su error estándar puede utilizarse como una prueba de normalidad (es decir, se puede rechazar la normalidad si la razón es menor que -2 o mayor que +2). Un valor grande y positivo para la asimetría indica una cola larga a la derecha; un valor extremo y negativo indica una cola larga por la izquierda (IBM Knowledge Center).
Curtosis	La curtosis mide el grado de agudeza o achatamiento de una distribución con relación a la distribución normal, es decir, mide cuán puntiaguda es una distribución (González, 2018).
Error estándar de curtosis	La razón de la curtosis sobre su error estándar puede utilizarse como prueba de normalidad (es decir, se puede rechazar la normalidad si la razón es menor que -2 o mayor que +2). Un valor grande y positivo para la curtosis indica que las colas son más largas que las de una distribución normal; por el contrario, un valor extremo y negativo indica que las colas son más cortas (llegando a tener forma de caja como en la distribución uniforme) (IBM Knowledge Center).
Rango	Es un número que mide la amplitud de los valores de un conjunto de datos y se calcula por diferencia entre el valor mayor y el valor menor (Berrocal et al., 2006).
Mínimo y máximo	La diferencia entre el valor máximo (Es un valor muestral de forma que por encima de este no hay valores muestrales) y mínimo (Es un valor muestral de forma que por debajo de este no hay valores muestrales) de los valores de una variable (Scientific European Federation of Osteopaths).

6. Resultados

6.1. Caracterización de la población meta

Como se expuso en los capítulos precedentes, la salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, en la actualidad no se encuentra amparada, pues, diversas tales como: caries dental, periodontitis (enfermedad gingival) y cánceres de la boca y faringe. Las caries y las enfermedades periodontales son las patologías bucodentales más comunes a pesar de ser ampliamente prevenibles. El autocuidado y los cuidados profesionales, combinado con estilos de vida saludable permiten mantener una dentición funcional a lo largo de la vida.

En el presente estudio tiene como propósito ***“valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional en los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo”***, consistente en un cuestionario de conocimientos actitudes y prácticas de salud oral, 8 ítems para evaluar los conocimientos, 10 ítems para las actitudes y 9 ítems para prácticas, esta evaluación tuvo dos momentos, pretest y post test, al final se realizó una prueba estadística de comparación.

La población objetivo fueron 50 estudiantes del segundo y tercer año de bachillerato del colegio Adolfo Valarezo, en edades comprendidas entre los 15 y 17 años, ubicado en el Barrio Celi Román, en la parroquia Sucre, al occidente de la ciudad de Loja, ubicado en una zona urbana; acompañado del respectivo consentimiento informado, autorización del líder de la institución y la consecuente colaboración estudiantil se procede a implementar la investigación.

Tabla 2.

Conocimientos, actitudes y prácticas previas a la intervención educativa.

DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RANGO DEL CONOCIMIENTO PRETEST				
CONOCIMIENTO INADECUADO > percentil 50	31	62,0	62,0	62,0
CONOCIMIENTO ADECUADO < percentil 50	19	38,0	38,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
RANGO DE ACTITUDES PRE TEST				
ACTITUD INADECUADA >percentil 50	27	54,0	54,0	54,0
ACTITUD ADECUADA <percentil 50	23	46,0	46,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	
RANGO DE PRÁCTICA PRE TEST				
PRÁCTICAS INADECUADAS >percentil 50	32	64,0	64,0	64,0
PRÁCTICAS ADECUADAS <percentil 50	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

NOTA: Frecuencia: Es el número de veces que se repite un mismo valor de la variable. Así por ejemplo: número de estudiantes del Ecuador distribuidos por niveles de estudio.

Percentil: se usan para dividir una información en cien partes iguales, cada una de las cuales contiene un 1% de los datos.

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Análisis e interpretación:

Tomando como referencia lo propuesto en la investigación, se calculó un punto de corte para categorizar las variables de conocimientos, actitudes y prácticas, como adecuada e inadecuada al inicio de la intervención, los puntos de corte utilizados fueron los percentiles 50. En lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento en la categoría inadecuado (62,00%), de igual forma en lo concerniente a rango actitudes (54,00%) y prácticas (64,00%); estos valores son los referenciales al iniciar la intervención, lo cuales serán comparados con los resultados productos de la medición al final de la misma.

Tabla 3.

Conocimientos, actitudes y prácticas posterior a la intervención educativa.

DESCRIPCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RANGO DEL CONOCIMIENTO POST TEST				
CONOCIMIENTO INADECUADO >percentil 50	34	68	68	68
CONOCIMIENTO ADECUADO <percentil 50	16	32	32	100
Total	50	100	100	
RANGO DE ACTITUDES POST TEST				
ACTITUD INADECUADA >percentil 50	29	58	58	58
ACTITUD ADECUADA <percentil 50	21	42	42	100
Total	50	100	100	
RANGO DE PRÁCTICA POST TEST				
PRÁCTICAS INADECUADAS >percentil 50	29	58	58	58
PRÁCTICAS ADECUADAS < percentil 50	21	42	42	100
Total	50	100	100	

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Análisis e interpretación:

Una vez cumplida la intervención, consistente en procesos de educación en salud bucal, cumpliendo igual procedimiento con lo expuesto al inicio de la intervención, se calculó el punto de corte en esta fase, para categorizar las variables conocimiento, actitud y práctica, como adecuada e inadecuada, los puntos de corte utilizados también fueron los percentiles 50. En lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento en la categoría inadecuado (68,00%) valor superior al de inicio del proceso (62,00%), lo que indica un retroceso en la adquisición de conocimientos; de igual forma en lo concerniente a rango actitudes en esta fase la mayor proporción igual es inadecuada (58,00%) superior al obtenido en la fase inicial; y, finalmente en lo que a prácticas se refiere se tuvo una proporción inadecuada de 58,00% inferior al medido en la etapa inicial del 64,00% lo cual permite inferir que ha existido mejor aprovechamiento en esta variable, pese a ser aún inadecuada.

Tabla 4.

Prueba de t para muestras emparejadas

MUESTRAS RELACIONADAS	Diferencias emparejadas						t	GI	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1	SUMA ACTITUDES PRE TEST - SUMA ACTITUDES POST TEST	-0,200	5,696	0,806	-1,819	1,419	-0,248	49	0,805

NOTA: Distribución T de student: examina las diferencias entre dos muestras independientes y pequeñas que tengan distribución normal y homogeneidad en sus varianzas.

Grado de libertad (GI): Los grados de libertad de una prueba estadística son el número de datos que son libres de variar cuando se calcula tal prueba

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Análisis e interpretación:

Al ser una investigación longitudinal, la cual requirió de la implementación y/o aplicación de dos medidas, esto es: pre y post test, en el proceso previo o al final de la intervención. Desarrollas la prueba de normalidad, los resultados nos orientan a la aplicación de la prueba paramétrica de t para muestras emparejadas, dos medidas a la misma población objetivo o muestra, en el presente caso para lo relacionado a las actitudes, pre y post test, se tiene una diferencia de medias (total del instrumento) de -0,200 entre ambas aplicaciones, una desviación estándar alta y una media menor a la unidad, en cuanto al valor de t calculado es menor al t tabulado, ubicándose en la zona de rechazo de la H_0 , corroborándose lo expuesto con el cálculo de p valor mayor a 0,05 con lo que se concluye que no existe relación estadística significativa en el caso de la aplicación del cuestionario de actitudes antes y después. Se concluye finalmente, que con el proceso de intervención, probablemente por el tiempo que duró la misma, no se tuvo resultados que permitan exponer que los estudiantes hayan mejorado su actitud en la temática de estudio, más bien, se puede observar que se tuvo menor cualificación al final que al inicio del proceso.

Tabla 5.

Prueba de Wilcoxon para muestras emparejadas

MUESTRAS RELACIONADAS	SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST - SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST - SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST
Z	-,629 ^b	-,134 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0,529	0,894

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.

NOTA: Z: es un estadístico de prueba para las pruebas Z que mide la diferencia entre un estadístico observado y su parámetro hipotético de población en unidades de la desviación estándar

Sig. asintótica (bilateral): es la probabilidad de que el estadístico de prueba tome un valor igual o superior al muestral bajo el supuesto de que la hipótesis nula es cierta. Por tanto, si el valor-p es menor o igual que el nivel de significación deseado se rechazará H_0 . Un valor-p próximo a cero indica que se rechazará la H_0 para cualquier nivel de significación.

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Análisis e interpretación:

Según los resultados obtenidos de la prueba de normalidad, los datos totales suma de los cuestionarios de conocimientos y prácticas pre y post test provienen de una distribución no normal al tener el p valor menor a 0,05 por lo tanto se opta por trabajar con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras emparejadas o relacionadas (ver tabla de normalidad en anexos, prueba de Kolmogorov - Smirnov), para la relación de conocimientos y prácticas, los resultados presentan valores de Z calculados negativos, en lo que corresponde a conocimiento pre test y post test menores al valor de Z tabulado, por lo tanto, estas variables se encuentra en la zona de aceptación de la H_0 , lo cual se corrobora con el p valor mayor a 0,05 ratificando la aceptación de la H_0 o no diferencia estadística significativa. Finalmente, se concluye que tanto para las acciones de conocimiento y prácticas la relación no es estadísticamente significativa, pese a que en prácticas existió una mínima proporción en el post test que superior a la del pretest, lo cual resulta no significativa.

7. Discusión

La información en cuanto al conocimiento, las actitudes y prácticas de los adolescentes sobre la salud oral, son datos importantes para la planificación de promociones efectivas, considerando las necesidades particulares del grupo a intervenir. Estas promociones deberían enfocarse en entregar herramientas que permitan a los jóvenes identificar las enfermedades orales más comunes, saber cómo evitarlas por medio del autocuidado, y que lleven a la práctica diaria lo aprendido, para que de esta manera mantengan un buen estado de salud oral (Barrientos, Becerra y Parra, 2013).

Los resultados de este estudio mostraron que la población adolescente de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo”, en el cuestionario pre test, tuvieron un 62,00% de conocimientos inadecuados y sólo un 38,00% de conocimientos adecuados, resultados similares a lo reportado en el estudio de Fernández, 2013., “*Conocimiento sobre salud bucal en general del Colegio Público de Esquipulas, Nicaragua, 2013*”, quien encontró que el 2.1% de la población de estudio tenía un conocimiento bueno, el 20.8% un conocimiento regular y el 77.1% un conocimiento malo, de igual manera Yance, 2017., también demostró que solo 4 de cada 10 adolescentes encuestados en el Centro de Salud de San Juan, Perú., presentaron un nivel de conocimiento adecuado sobre las medidas preventivas de la salud oral. Similar a lo observado en un estudio de Fornaris y col, 2018., predominó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular, presentando un 43,2%.

Sin embargo en estudios como el de Barrientos y col., 2013, en una localidad de Fresia, Chile., los adolescentes tienen un nivel de conocimiento de salud oral aceptable, así mismo, Silva, 2016., en su estudio presenta un estudio similar, en la que los adolescentes presentaron, un nivel de conocimiento alto, equivalente al 86%.

En cuanto a las actitudes relacionadas con la salud oral, los resultados de este estudio pre test, mostraron que los adolescentes mostraron que un 54% tienen una actitud inadecuada y sólo un 46% presenta una actitud adecuada, lo que contrasta con lo reportado con Yance, 2017., en su estudio esperaba que la mayoría de los adolescentes tengan una actitud positiva a su salud bucal, sin embargo 7 de cada 10 son indiferentes al tema. La actitud de la persona es más influyente a la disminución de la prevalencia de enfermedades bucales, ya que consiste en la práctica de las medidas preventivas para mantener una salud

oral adecuada. Arhens y col, 2015., también ratifica en su estudio, que los adolescentes presentaron un 87,7% de actitud desfavorable.

Sin embargo Adame, 2012., en su estudio encuentra un alto porcentaje que los adolescentes, muestran una buena actitud hacia la higiene y salud oral, así mismo, presentando un 79,1%. Barrientos y col.,2013, mostró que la mayoría de los adolescentes de 12 años declara tener un cuidado regular de sus dientes, no así los de 15 años, los cuales creen tener un buen cuidado de sus dientes.

Con relación a prácticas de salud oral del presente estudio, los adolescentes presentaron un 64,00% de prácticas inadecuadas y sólo un 36,00% prácticas adecuadas, lo que contrasta Fernández, 2013., en su estudio, encontró los siguientes resultados que tan solo el 25% tienen una práctica regular y el 75% tienen una práctica deficiente. Así mismo, Arhens y col., 2015., muestra que del total de adolescentes, la mayor parte tuvo una práctica inadecuada. Se observó que el 87,7% de adolescentes del sexo masculino tuvo una práctica inadecuada. Otro de los resultados Ancalla, 2011., en un estudio realizado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería Tacna- 2011, Perú., mostró que los adolescentes de 15 a 17 años, presentó un 80,6% de prácticas inadecuadas.

A pesar de existir conciencia en ciertos cuidados de salud oral por estos jóvenes, se hace necesario realizar métodos educativos donde los contenidos sean dirigidos de una manera amigable, con participación y demostración individual, lo cual debiera considerarse en futuras promociones dirigidas a este grupo etario, para lograr un impacto positivo, sin dejar de considerar la realización de un seguimiento a los jóvenes intervenidos, ya que de acuerdo a lo reportado por Ericsson et al., un mayor conocimiento no da lugar de manera automática a un cambio de comportamiento más beneficioso en salud bucal (Barrientos et al, 2013).

Posterior a la intervención educativa de salud bucal, respecto al rango de conocimiento en el presente estudio, existe mayor proporción de conocimiento en la categoría inadecuado (68,00%) valor superior al de inicio del proceso (62,00%), lo que indica un retroceso en la adquisición de conocimientos; de igual forma en lo concerniente a rango actitudes en esta fase la mayor proporción igual es inadecuada (58,00%) superior al obtenido en la fase inicial; y, finalmente en lo que a prácticas se refiere se tuvo una proporción inadecuada (58,00%) inferior al medido en la etapa inicial (64,00%) lo cual

permite inferir que ha existido mejor aprovechamiento en esta variable, pese a ser aún inadecuada.

Es importante recalcar que no se han aplicado cuestionarios pre y post intervención de educación bucodental en instituciones educativas a nivel de nuestro país y en la ciudad de Loja, lo que resulta urgente la actividad masiva de estrategias de promoción y prevención de salud bucal.

Finalmente, podemos concluir que los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja, no presentaron resultados favorables en conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención educativa de salud bucal mediante técnica tradicional.

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 conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en los adolescentes, previo a la intervención educativa, se encontró que el 62,00% de adolescentes tuvieron conocimientos inadecuados y sólo 38,00% de tuvieron conocimientos adecuados, de acuerdo a actitudes el 54,00% de adolescentes tuvieron actitudes inadecuadas y sólo 46,00% tuvieron actitudes adecuadas y finalmente los adolescentes presentaron prácticas inadecuadas un 64,00% y sólo el 36,00% prácticas adecuadas.
- Se incentivó a los adolescentes mediante técnica tradicional, empleando charlas, demostraciones, participación en clase y apoyos didácticos, de tal manera que la intervención fue llamativa y así permitiría lograr mejores resultados en el estudio.
- Posterior a la intervención educativa no se observó diferencia estadística significativa, en los tres análisis, se presentó en el rango de conocimientos, 68,00% de conocimientos inadecuados y sólo el 32% conocimientos adecuados, respecto al rango de actitudes, se presentó 58,00% de actitudes inadecuadas y sólo 42% actitudes adecuadas y finalmente a lo concerniente a prácticas, el 58,00% tuvo prácticas inadecuadas y 42,00% prácticas adecuadas
- Con respecto a la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los/as adolescentes, se puede concluir que no existió diferencia estadística significativa en los tres análisis de la aplicación de los instrumentos, llama la atención, que los adolescentes, en lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento en la categoría inadecuado (68,00%) valor superior al de inicio del proceso (62,00%), lo que indica un retroceso en la adquisición de conocimientos; de igual forma en lo concerniente a rango actitudes en esta fase la mayor proporción igual es inadecuada (58,00%) superior al obtenido en la fase inicial; y, finalmente en lo que a prácticas se refiere se tuvo una proporción inadecuada de 58,00% inferior al medido en la etapa inicial del 64,00% lo cual permite inferir que ha existido mejor aprovechamiento en esta variable, pese a ser aún inadecuada.

9. 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 conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal en los adolescentes, previo a la intervención educativa, se encontró que el 62% de adolescentes tuvieron conocimientos inadecuados y sólo 38% de tuvieron conocimientos adecuados, de acuerdo a actitudes el 54% de adolescentes tuvieron actitudes inadecuadas y sólo 46% tuvieron actitudes adecuadas y finalmente los adolescentes presentaron prácticas inadecuadas un 64% y sólo el 36% prácticas adecuadas.
- Se incentivó a los adolescentes mediante técnica tradicional, empleando charlas, demostraciones, participación en clase y apoyos didácticos, de tal manera que la intervención fue llamativa y así permitiría lograr mejores resultados en el estudio.
- Posterior a la intervención educativa no se observó diferencia estadística significativa, en los tres análisis, se presentó en el rango de conocimientos, 68% de conocimientos inadecuados y sólo el 32% conocimientos adecuados, respecto al rango de actitudes, se presentó 58% de actitudes inadecuadas y sólo 42% actitudes adecuadas y finalmente a lo concerniente a prácticas, el 58% tuvo prácticas inadecuadas y 42% prácticas adecuadas
- Con respecto a la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los/as adolescentes, se puede concluir que no existió diferencia estadística significativa en los tres análisis de la aplicación de los instrumentos, llama la atención, que los adolescentes, en lo que tiene que ver al rango de conocimiento, existe mayor proporción de conocimiento en la categoría inadecuado (68,00%) valor superior al de inicio del proceso (62,00%), lo que indica un retroceso en la adquisición de conocimientos; de igual forma en lo concerniente a rango actitudes en esta fase la mayor proporción igual es inadecuada (58,00%) superior al obtenido en la fase inicial; y, finalmente en lo que a prácticas se refiere se tuvo una proporción inadecuada de 58,00% inferior al medido en la etapa inicial del 64,00% lo cual permite inferir que ha existido mejor aprovechamiento en esta variable, pese a ser aún inadecuada.

10. Recomendaciones

- En nuestro país se deben efectuar masivamente programas de contenido promocional y preventivo basado en los principios de la promoción bucodental que pretendan de un lado implementar políticas saludables en el cuidado de la salud, crear espacios saludables con énfasis en escuelas y colegios, orientar los servicios de salud a lo preventivo, organizar a la población y modificar conductas de riesgo a través de acciones de instrucción de higiene oral, disminución del consumo de carbohidratos, uso de pasta dental con flúor y visitas al dentista.
- Se debe variar el enfoque en la educación sobre la salud dental en las instituciones educativas, haciendo partícipe también a maestros, padres de familia y se pueda obtener mejoría, reflejado en una mejor limpieza bucal y salud gingival.
- En la carrera de Odontología se debe seguir implementando proyectos de vinculación continuos en escuelas, colegios y comunidad general, de modo haya un impacto positivo enfocado en el autocuidado bucodental del individuo y de la comunidad.
- Para realizar una intervención de salud bucodental en los establecimientos educativos, el seguimiento y el refuerzo aplicado debe ser persistente, con un máximo de seis meses recomendable, con el fin de lograr mejores hábitos en los adolescentes y niños.

11. Referencias Bibliográficas

- Adame, J. (2012). *Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey*. (Grado de Maestría). Universidad Autónoma De Nuevo León Facultad De Odontología, México.
- Ancalla, E. (2011). *Factores personales y sociales que se relacionan con el conocimiento y la práctica de cuidados preventivos en la salud bucal de los estudiantes de la E.A.P. de enfermería FACS -UNJBG TACNA 2011* (Tesis de grado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann –Tacna, Perú.
- Arhens, A., Colmán R., Martínez, N., Morel, M., Osorio, M y Paciello, M. 2015. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. *Rev. Salud Pública Parag*, 5(2). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/6897/e19834b5ebf71cb2d00aed284ddf241974a8.pdf>
- Barranca, A. (2011). *Manual de Técnicas de Higiene Oral*. Universidad Veracruzana, México. Obtenido de: <https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>
- Barrientos, C., Becerra, P., Parra, A, Jouannet, J. 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, 18(2). Recuperado de: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/31975/33768/>
- Berrocal, L., Asurza, H., Billón, S. (2006). *Glosario básico de términos estadísticos*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.
- Botplusweb. (2015). *Características del material utilizado en la higiene dental diaria*. Recuperado de: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2015/2/9/82109.pdf>
- Casals i Peidró, Elias. (2008). *Guía de Formación, Campaña de la Salud Bucal*. Recuperado de: https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Guia_Salud_Bucal_II.pdf
- Cerón-Bastidas XA. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Rev. CES Odont*, 31(1), 38-46. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v31n1/0120-971X-ceso-31-01-38.pdf>
- Chang, C., Bonilla, G., Aguilar, M., Cañizares, R., Laspina, C., Salas, B. (2009). *Plan Nacional de Salud Pública*. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

- Cisneros, Grethel, & Hernández Borges, Yadira. (2011). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN*, 15(10), 1445-1458. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es&tlng=es
- Contreras, J., Cardoso, D., Castillo, I., Arteaga, M. (2014). Dentífricos fluorados: composición. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 17(2), 114-119. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre142g.pdf>
- Corchuelo, J. (2011). Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. *Colombia Médica*, 42(4), 448-57. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n4/v42n4a5.pdf>
- Córdova, J., Hernández, M., Morales, P., Álvarez, C., Mazariegos, M. (2003). *Contenidos educativos en salud bucal*. Recuperado de: https://www.academia.edu/4395462/Contenidos_Educativos_en_Salud_Bucal_Secretar%C3%ADa_de_Salud_Se_autoriza_la_reproducci%C3%B3n_total_o_parcial
- Deambrosi, C., Brovia, Rosina. (2015). Salud bucal en la adolescencia. *Casmu*, 26-29. Recuperado de <http://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/08/Salud-bucal-en-la-adolescencia-2015-02.pdf>
- De la Fuente, J., Sifuentes, M., y Nieto, M. (2014). *Promoción y Educación para la salud en Odontología*. Recuperado de https://odontologia.weebly.com/uploads/7/8/7/3/78735178/1_promoci%C3%B3n_y_educaci%C3%B3n_para_la_salud_en_odontolog%C3%ADa.pdf
- Dirección General de Salud Pública. (2005). *Programa de Salud Bucodental en los centros docentes*. Recuperado de: <http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Programa-de-salud-bucodental-en-centros-docentes-C.-Valenciana.pdf>
- Dho MS. (2015). Consumo de alimentos cariogénicos en adultos de la Ciudad de Corrientes, Argentina. *Hacia promoci. Salud*, 20(2): 90-101. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a07.pdf>
- Duque, A., Tejada, Carolina. (2016). Halitosis: Un asunto del odontólogo. *Rev. CES Odont*, 29(1), 70-81. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n1/v29n1a08.pdf>
- Espinoza, E., y Pachas, F. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana*, 23(2), 101-108.

- Facultad de Odontología Universidad Andrés Bello. (2015). *Manual de Higiene Bucal*. Recuperado de: <https://promocionensaludbucalunabvina.files.wordpress.com/2015/08/manual-de-higiene-bucal.pdf>
- Federación Dental Internacional. (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental*. 2ª ed. Recuperado de: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
- Fernández, M. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, en estudiantes del Colegio público de Esquipulas del Municipio de Managua* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.
- Fernández, J., Rosanes, R. (2002). Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM*, 12 (1), 46-57. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n1/hablemosde2.pdf>
- Figuerola, G. Recuperado de: https://www.garciavarelagarciafiguerola.com/normas_higiene.pdf
- Figueiredo, M., Demetrio, D., Lansing, J., Gass, E y da Silva, L. (2010). El papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión de literatura. *Odontoestomatología*, 7(14), 15-28. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v12n14/v12n14a03.pdf>
- Fornaris, A., Rivera, E., Guerrero, E., Marrero, M., & Abreu, I. (2018). Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Secundaria Básica: Antonio Maceo. 2016. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 978-988. Recuperado en 14 de octubre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400006&lng=es&tlng=es.
- Frugone, R., Rodríguez, C. (2003). Bruxismo. *Av. Odontoestomatol* 2. 19 (3): 123-130. Obtenido de: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v19n3/original2.pdf>
- Gaeta, M., Cavazos, J., y Cabrera, M. (2016). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (2), pp. 965-978. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v15n2/v15n2a12.pdf>
- Gil, F., Aguilar, M., Cañamás, M., Ibáñez. Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración*, 15 (1), 43-58. Recuperado de http://sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/pdf-art/15-1_03.pdf

- González Sanz, Ángel Miguel, González Nieto, Blanca Aurora, & González Nieto, Esther. (2013). Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 64-71. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es&tlng=es.
- González, F., Cano, M., García, A. (2013). *Intervención educativa individualizada en salud bucal para la prevención de caries en niños preescolares de la boquilla*. (Tesis de grado). Universidad de Cartagena, Cartagena.
- González, F., Alfaro, L., Nieto, C. (2007). Relación placa bacteriana y caries en un grupo de niños escolarizados entre 5 y 14 años de la población de la Boquilla - Cartagena en el año 2004. *DUAZARY*, 4(2), 119-126. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788123.pdf>
- González, S., Pedroso, L., Rivero, M., Reyes, V. (2014). Epidemiología de la caries dental en la población venezolana menor de 19 años. *Revista de ciencias médicas. La Habana*, 20(2), 208-218. obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh142i.pdf>
- González, J. (2018). *Bioestadística*. Universidad Nacional de Loja, Loja.
- Huanca, M. (2011). *Efecto de dos dentífricos sobre el control de gingivitis asociada a placa en adolescentes de 10- 15 años* (Tesis doctoral). Repositorio académico USMP, Lima-Perú.
- IBM Knowledge Center. *Resumir estadísticos*. Recuperado de: https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/es/SSLVMB_sub/statistics_mainhelp_ddita/spss/base/idh_summ_stat.html
- Instituto de Salud del Estado de México. (2018). *Cuidados de salud bucal*. Obtenido de: http://salud.edomex.gob.mx/ISEM/tp_s_cuidadosb
- Manzano, V., Rincon, L. (2017). *Diseño y evaluación de un sitio web orientado a mejorar la información de la salud bucal en niños de 9 a 12 años del colegio centro de orientación infantil* (Tesis de Grado). Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.
- Mazariegos, M., Hernández, M., Lezana, M., Álvarez, C. (2003). *Contenidos educativos en salud bucal*. Recuperado de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf
- Mazariegos, M., Stanford, A. (2012). *Salud bucal en la adolescencia*. Recuperado de http://salud.edomex.gob.mx/ISEM/documentos/temas_programas/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf

- Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*, 20 (1), 11-25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
- Mazariegos, M., Vera, H., Sanz, C., Stanford, A. (2003). *Contenidos educativos en salud bucal*. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf
- Mazariegos, M. (2011). *Salud bucal del preescolar y escolar*. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
- Mejía, J. (2017). *La aplicación del programa de salud bucal y la prevención de caries en los niños (as) de 6 a 12 años de la institución educativa 2070 Nuestra Señora del Carmen-Ugel 02- San Martín de Porres*. (Tesis de Mestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú
- Mendoza, G. (2015). *Maletín educativo de Salud bucal*. Recuperado de: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2015/2/9/82109.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *¿Qué es la salud bucal?* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/alizados-por-la-salud-bucal-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2007). *Programa de Promoción y Prevención en para Niños y Niñas Preescolares Salud Bucal*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Manual de educación para salud bucal para maestros y promotores*. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/MANUAL%20EDUCATIVO%20PARA%20LA%20SALUD%20BUCAL%20PARA%20MAESTROS%20Y%20PROMOTORES.pdf>
- Montenegro G, Sarralde AL, Lamby CP. (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Universitas Odontológica*, 32 (69). 115-121. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201307%2932%3A69%3C115%3AECDDSO%3E2.0.CO%3B2-F/pdf>
- Montenegro, G. (2011). Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Univ Odonto*, 30(64), 101-108. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230729752_Un_nuevo_enfoque_de_la_salud_oral_Una_mirada_desde_la_salud_publica

- Morillo, M, y Gonzáles, Y. (2008). Plan motivacional para la formación del hábito de higiene bucal en los pacientes que asisten a la clínica integral del adulto del área de odontología de la universidad nacional experimental Rómulo Gallegos. *Acta Odontológica Venezolana*, 46(1), 1-9. Recuperado de: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/pdf/plan_motivacional_formacion_habito_higiene_bucal.pdf
- Muñoz Sánchez, José. (2000). Higiene bucodental. Pastas dentífricas y enjuagues bucales. *Elsevier*, 19(3), 1-171. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-higiene-bucodental-pastas-dentifricas-enjuagues-15465>
- Muñoz, M. (2012). *Taller de Salud Bucodental, Madrid*. Obtenido de: <https://www.amapamu.org/actividades/jornadas/TallerSaludBucodental.pdf>
- Muñoz, C. (2018). *¿Qué es la enfermedad periodontal o de las encías?*. GeoSalud. Obtenido de: https://www.geosalud.com/saluddental/enfermedad_periodontal.htm
- Pardo, M. (2016). Proyecto de salud bucodental en la educación infantil (Tesis de Mestría). Universitat Jaume I., España.
- Poveda, Daniel. (2011). *Higiene Oral y Problemas Bucodentales de los niños de la Escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa* (Tesis de grado). Universidad San Gregorio, Portoviejo.
- Poyato, M., Segura, J., Ríos, V., Bullón, P. (2001). Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia*, 11 (2), 149-164. Recuperado de: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/11-2_05.pdf
- Ramírez, M. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Salud y Ciencia*, 21(3), 294-300. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281284678_Componentes_culturales_que_influyen_en_la_salud_bucal
- Rangel, M. (2015). *Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial*. (Tesis de maestría). Universidad de Carabobo, Bárbula
- Raza, X., Galud, P., Ayala, Eugenia. (2010). *Manual de educación para salud bucal, para maestros y promotores*. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20EDUCATIVO%20PARA%20LA%20SALUD%20BUCAL%20PARA%20MAESTROS%20Y%20PROMOTORES.pdf>
- Restrepo, K., Berrio, N., Ghisays, J., Peña, J., Upegui, A., y Gallegos, C. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de la población interna en el centro de atención

- al joven “Carlos Lleras Restrepo”, Medellín 2010. *Revista nacional de odontología*, 7(12), 43-48. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/298/309>
- Rodríguez, C. (2005). *Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago* (Tesis doctoral). Universidad de Chile, Chile
- Rosso, S. (2013). *Medida \pm Desviación Estándar o \pm Error Estándar de la Media*. Obtenido de: <https://g-se.com/medida-desviacion-estandar-o-error-estandar-de-la-media-bp-k57cfb26ceb5e5>
- Sánchez, M. (2016). *Protocolo cambra. Evaluación de riesgo de caries* (título de pregrado). Universidad de Sevilla. España
- Scarpati E., Ramírez G., Pantoja O. (2015). Influencia de los medios de comunicación en la condición de vida saludable: una revisión de literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 53 (1). Recuperado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/1/art-18/>
- Scientific European Federation of Osteopaths. *Las estadísticas*. Recuperado de: <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/las-estadisticas/>
- Secretaría distrital de salud, Institución universitaria colegios de Colombia, UNICOC. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral Higiene Oral*. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>
- Serrano, J., Herrera, D. León, R. (2009). *Placa bacteriana. Su papel en las enfermedades de la encía. Factores que modifican la acción de la placa bacteriana*. Recuperado de http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9788498351378.pdf
- Silva, R. (2016). *Nivel de conocimientos sobre salud bucal en Alumnos del 1er año de secundaria de la i.e n°66 “César vallejo Mendoza” de la provincia de Chepén, región la Libertad, durante el año 2015* (Tesis doctoral). Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote, Perú
- Soria-Hernández, Ma. Alejandra; Molina-F, Nelly; Rodríguez-P, Raúl. (2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*, 29(1), 21-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423640309005.pdf>
- Sosa, M. (2013). *Prevención de salud bucodental y prevención de enfermedades*. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>

- Toapanta, M. (2017). *“Eficacia de las técnicas de cepillado dental fones y stillman para disminuir la placa bacteriana en adolescentes”*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.
- Ulloque, J. (2017). *La limpieza de la lengua: mitos y creencias*. Recuperado de http://www.osim.com.ar/osim_2016/8_pds/docs/2017_09_la_limpieza_de_la_lengua.pdf
- Universidad Andrés Bello. (2015). *Manuel de higiene bucal*. Recuperado de: <https://promocionensaludbucalunabvina.files.wordpress.com/2015/08/manual-de-higiene-bucal.pdf>
- Uribe, V. (2015). *Efectividad en cambios de hábitos de higiene oral mediante una aplicación de smartphones que enseña Técnica de Bass*. (Tesis de pregrado). Universidad Andrés Bello Facultad de Odontología, Chile.
- Vásquez, P. (2007). *Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la junta nacional de jardines infantiles, de la provincia de Santiago* (Tesis de maestría). Universidad de Chile.
- Valencia, S. (2014). *Programa de gestión en atención primaria de salud bucal para disminuir las enfermedades bucales en los niños de la escuela “Felix Valencia” de la parroquia Jose Guango Bajo de la ciudad de Latacunga* (tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Uniandes, Ambato.
- Villavicencio, J. (2017). *“Calidad de salud bucal de los habitantes de los sectores rurales del cantón Baños de Agua Santa, provincia de Tungurahua, mediante el análisis de indicadores de salud bucal (IHOS e índice CPOD/ceod)”*(Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Yance, P. (2017). *Conocimiento y actitud sobre las salud oral de los adolescentes atendidos en el centro de salud san Juan - Iquitos, 2017*. (Tesis doctoral). Universidad Científica del Perú. Perú

12. Anexos

Anexo 1.

INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS

PREGUNTA	ITEMS	RESPUESTA	
		SI	NO
1. ¿Cuál cree que es la función del cepillado dental?	a) Eliminar la placa bacteriana	SI	NO
	b) Retirar los alimentos	SI	NO
	c) Sentir la boca limpia	SI	NO
	d) Tener los dientes blancos	SI	NO
2. ¿Cree que es importante cuidar los dientes de leche (temporales)?		SI	NO
3. ¿Por qué no? (responda esta pregunta solo si contesto NO en la pregunta No. 2)	a) Porque los dientes de leche se reemplazan por los definitivos	SI	NO
	b) Porque cuando es niño no es necesario	SI	NO
	c) Porque los dientes de leche se dañan fácilmente	SI	NO
4. ¿A usted le han informado cómo cuidar los dientes desde que fue niño?		SI	NO
	a) Desde que el niño nace	SI	NO
	b) Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	SI	NO
	c) Desde que tiene todos los dientes de leche (temporales)	SI	NO
5. ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de los dientes?	d) Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	SI	NO
	e) A cualquier edad es igual	SI	NO
		SI	NO
6. ¿La pasta dental es importante para la limpieza de los dientes?	a) Desde que el niño nace	SI	NO
	b) Desde que aparecen los dientes de leche (temporales)	SI	NO
	c) Desde que tiene todos los dientes de leche (temporales)	SI	NO
	d) Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	SI	NO
	e) A cualquier edad es igual	SI	NO
7. ¿Desde qué edad es importante utilizar pasta dental?		SI	NO
	d) Desde que aparecen los dientes definitivos (permanentes)	SI	NO
	e) A cualquier edad es igual	SI	NO
		SI	NO
8. ¿Cree que es importante controlar la cantidad de pasta dental que se usa para la limpieza de los dientes?		SI	NO

INSTRUMENTO DE ACTITUDES

PREGUNTA	RESPUESTA
¿Tienes miedo o ansiedad cuando te atiende un odontólogo?	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Si tus dientes no son cepillados, estás haciendo algo incorrecto	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
No me cepillo los dientes cuando estoy cansado	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Estás feliz con tus dientes y sonrisa	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Siento vergüenza por mis dientes	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Cepillar los dientes puede prevenir la caries y la enfermedad de la encía	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Visitar un odontólogo regularmente es necesario	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Me cepillo los dientes tres veces al día	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Cambio mi cepillo dental cada 3 meses	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo
Incomoda el olor de mi boca a mis compañeros	a. totalmente de acuerdo b. de acuerdo c. neutral d. en desacuerdo e. totalmente en desacuerdo

CUESTIONARIO PRÁCTICAS

PREGUNTA	A	B	C	D
19. ¿Cuántas veces deberíamos de cepillarnos en el día?	Una vez	Dos veces	Tres veces	Cuatro veces
20. ¿Qué deberíamos de usar Para limpiar nuestros dientes?	Cepillo de dientes y pasta dental	Dedo	Palillos	Cepillos de dientes y bicarbonato
21. ¿Cada cuánto deberíamos cambiar el cepillo?	Menos de 3 veces	3-4 meses	6-8 meses	Cuando las cerdas de desgasten
22. ¿Cuánto tiempo deberíamos cepillarnos nuestros dientes?	Menos de un minuto	2-3 minutos	3-5 minutos	Más de 5 minutos
23. ¿Con qué frecuencia usted come chocolates o dulces?	Muchas veces al día	Diario	2-4 veces a la semana	Una vez a la semana
24. Hace qué tiempo fuiste al dentista	Hace dos años	Hace un año	Menos de 6 meses	No recuerdo
25. ¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo?	Dolor o urgencia dental	Control o continuidad de un tratamiento	Revisión u obturación	No recuerdo
26. ¿Cuándo veces usas hilo dental?	Una vez al día	Dos veces al día	Antes de acostarme	NO LO USO
27. ¿Con qué frecuencia usted bebe gaseosas?	Muchas veces al día	Diario	2-4 veces a la semana	Una vez a la semana

Anexo 2.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,618	26

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
54,9333	47,781	6,91238	26

Anexo 3.

Prueba de normalidad

En estadística y probabilidad se llama distribución normal, distribución de Gauss, distribución gaussiana o distribución de Laplace-Gauss, a una de las distribuciones de probabilidad de variable continua que con más frecuencia aparece en estadística y en la teoría de probabilidades. La distribución normal o distribución de Gauss representa la forma en la que se distribuyen en la naturaleza los diversos valores numéricos de las variables continuas.

El enfoque bioestadístico con el que se inicia el proceso de tabulación, análisis e interpretación de los resultados, tiene poco que ver con los demás significados, hecho que a veces induce a errores. No hay razones científicas para que un grupo de personas normales tenga una distribución gaussiana, en el presente caso en algún aspecto odontológico. El problema es que la distribución gaussiana con frecuencia se utiliza para determinar límites normales, los resultados de este primer análisis estadístico se presenta a continuación (ver cuadro 1):

Tabla 6.

Análisis de normalidad.

VARIABLES	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	0,254	50	0,000	0,749	50	0,000
SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST	0,172	50	0,001	0,910	50	0,001
SUMA ACTITUDES PRE TEST	0,101	50	0,200*	0,981	50	0,596
SUMA ACTITUDES POST TEST	0,100	50	0,200*	0,972	50	0,286
SUMA VALORES PRACTICAS PRETEST	0,141	50	0,014	0,951	50	0,038
SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST	0,173	50	0,001	0,925	50	0,003

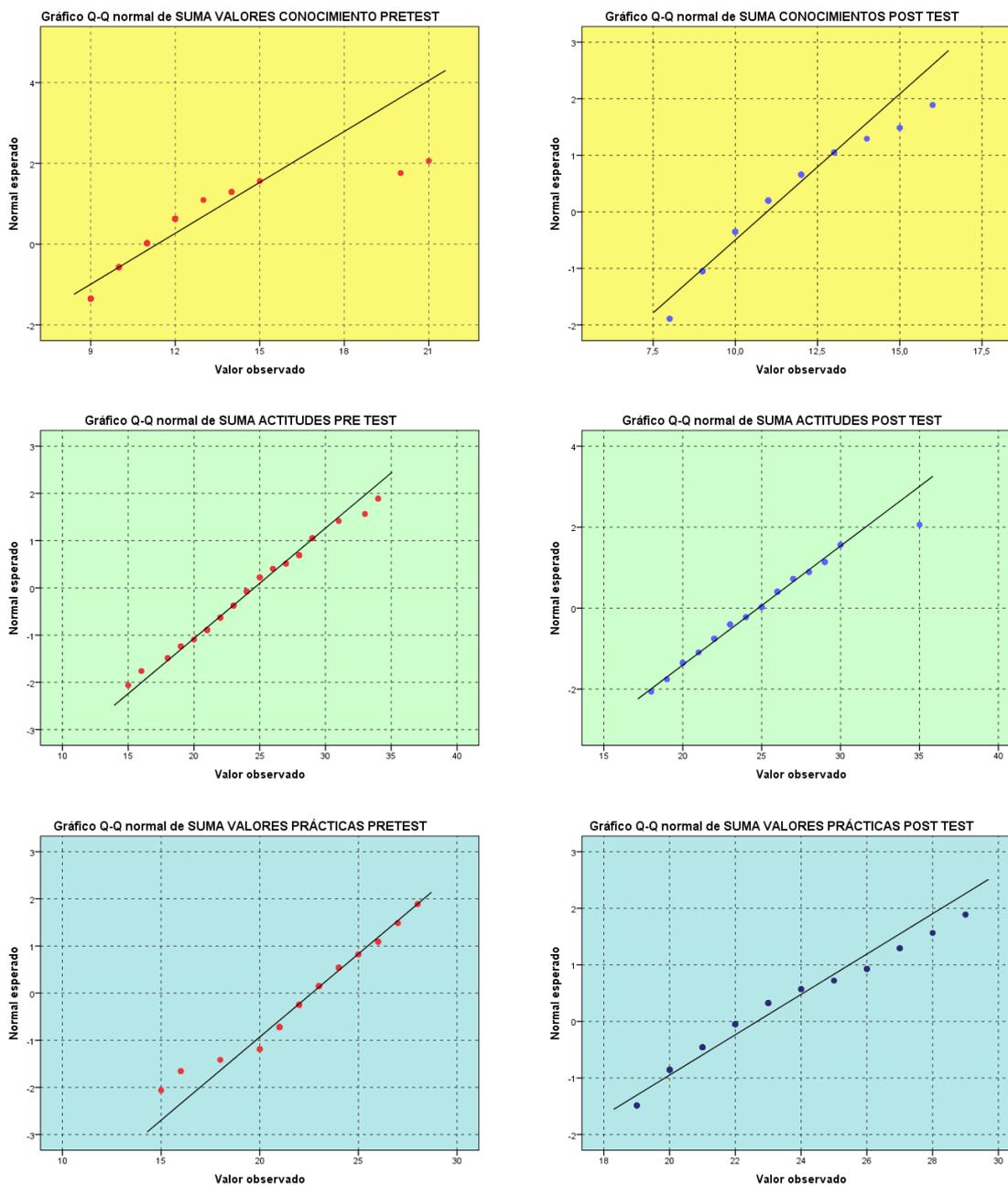
*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Gráfico 1. Prueba de normalidad



Análisis e interpretación:

La prueba de normalidad aplicada y considerada fue la de Kolmogorov – Smirnov por tener muestras de 50 individuos en las variables de estudio, se puede establecer que no existe normalidad en los datos resultantes, tanto en los resultados de las pruebas de

conocimientos y prácticas pre test y post test con p valor $< 0,05$ (0,000 y 0,001; 0,014 y 0,001 en su orden), no así en el de actitudes pre test y post test, pues, el p valor es $> 0,05$ (0,200; 0,200), 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 y práctica, en el caso de actitudes si se presente diferencia estadística, las muestras en el primer caso no provienen de una distribución normal.

Tabla 7.

Estadísticos al inicio de la intervención

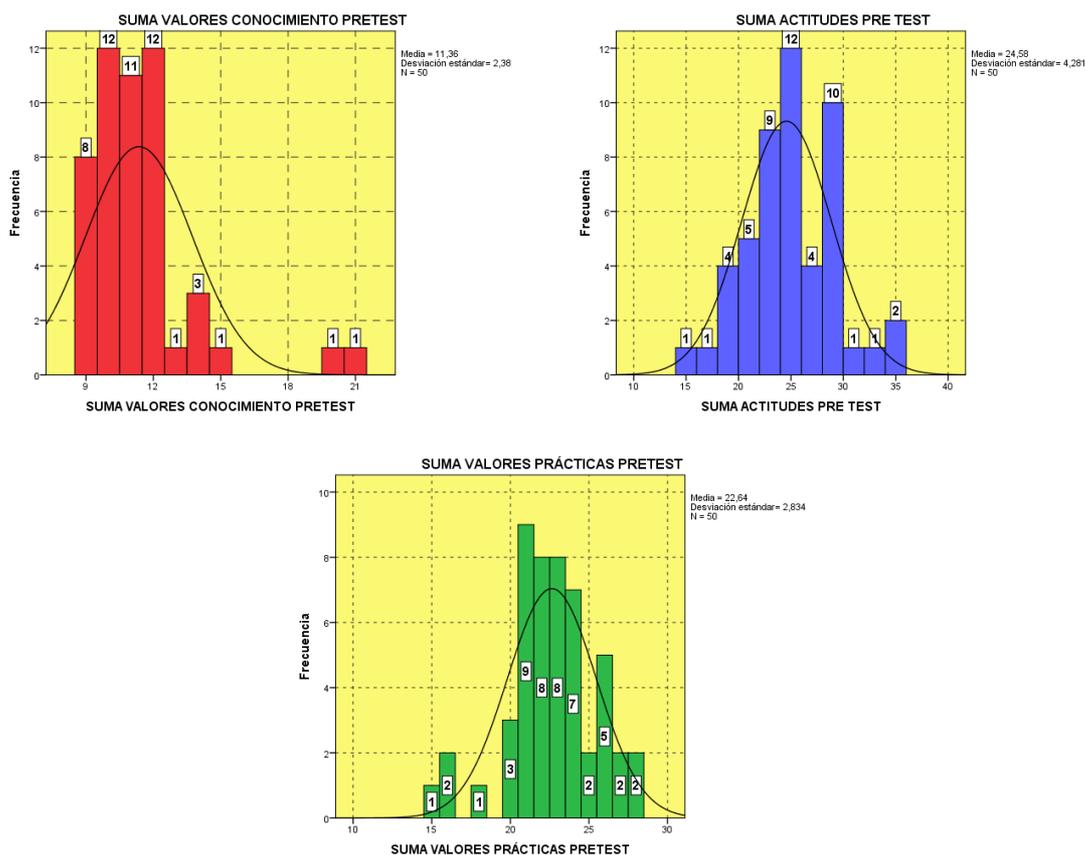
DESCRIPTIVOS	SUMA VALORES CONOCIMIENTO PRETEST	SUMA ACTITUDES PRE TEST	SUMA VALORES PRÁCTICAS PRETEST
N	50	50	50
Media	11,36	24,58	22,64
Error estándar de la media	0,337	0,605	0,401
Mediana	11,00	24,00	23,00
Moda	10 ^a	24	21
Desviación estándar	2,380	4,281	2,834
Varianza	5,664	18,330	8,031
Asimetría	2,391	0,121	-0,486
Error estándar de asimetría	0,337	0,337	0,337
Curtosis	7,471	-0,019	0,765
Error estándar de curtosis	0,662	0,662	0,662
Rango	12	19	13
Mínimo	9	15	15
Máximo	21	34	28
Suma	568	1229	1132

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Investigación directa (2018)

Elaboración: El investigador

Gráfico 2. Línea base al inicio de la intervención



Nota: El percentil es una medida de posición usada en estadística que indica, una vez ordenados los datos de menor a mayor, el valor de la variable por debajo del cual se encuentra un porcentaje dado de observaciones en un grupo de observaciones.

Análisis e interpretación:

En presente estudio los resultados producto de la aplicación de instrumentos previos a la intervención (pretest), de acuerdo a la puntuación de los cuestionarios de conocimiento, actitudes y prácticas presentan medias aritméticas (promedios) de 11,36; 24,58 y 22,64 respectivamente, estos valores vienen a constituirse en la línea base de la aplicación y/o intervención; en cuanto a la desviación estándar el cuestionario de conocimiento presenta la menor dispersión de datos en consideración con la relacionada a actitudes que es la mayor desviación estándar. Para establecer las categorías de las variables conocimientos, actitudes y prácticas, considerando los valores totales de los instrumentos, fue necesario determinar el percentil 50 (igual a la mediana y/o cuartil dos) con lo cual se establece, de acuerdo al criterio especialistas odontológicos, las categorías de adecuado e inadecuado, este valor se conoce como punto de corte. En cuanto a la curtosis, que es una medida de

apuntalamiento para establecer la heterogeneidad u homogeneidad de los datos (acumulación o dispersión de datos), presentan valores positivos (homogéneos) en lo referente a conocimiento y práctica, lo que se relacionan con curvas no normales, mostrándose valor negativo (heterogéneos) en la actitud al ser proveniente de una distribución normal; sin embargo, la asimetría (medidas de forma que establecen hacia donde existe mayor acumulación de datos, en la cola o en la cúspide de una curva de Gauss) en la práctica si es negativa, quiere decir que se aleja del eje de las ordenadas (y), por lo que no es considerada normal, los gráficos respectivos corroboran lo expuesto.

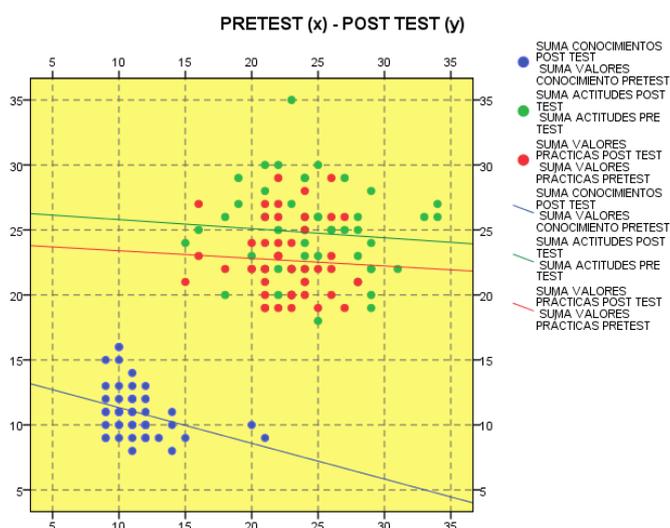
Tabla 8.

Conocimientos, actitudes y prácticas al final de la intervención educativa.

DESCRIPTIVOS	SUMA CONOCIMIENTOS POST TEST	SUMA ACTITUDES POST TEST	SUMA VALORES PRÁCTICAS POST TEST
N	50	50	50
Media	10,96	24,78	22,66
Error estándar de la media	0,274	0,481	0,397
Mediana	11,00	25,00	22,00
Moda	10	22 ^a	22
Desv. Desviación	1,937	3,400	2,804
Varianza	3,753	11,563	7,862
Asimetría	0,936	0,388	0,636
Error estándar de asimetría	0,337	0,337	0,337
Curtosis	0,569	0,388	-0,487
Error estándar de curtosis	0,662	0,662	0,662
Rango	8	17	10
Mínimo	8	18	19
Máximo	16	35	29
Suma	548	1239	1133

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

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



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, actitudes y práctica, existe una relación inversa entre las fases pre test (eje x) y post test (eje y), sin embargo, es mucha más notoria esta relación en cuanto al test de conocimiento en ambas fases, específicamente por la no diferencia estadística significativa que se ha calculado.

Anexo 4.



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

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

1. DATOS INFORMATIVOS:				
Institución Educativa	Unidad Educativa Adolfo Valarezo			
Años	2do y 3ro de Bachillerato			
Nro. De estudiantes	50			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	13/11/2018			
Fecha retroalimentación:	15/11/2018			
Responsable:	Katherine Michelle Ramón Herrera			
2. TEMA 1: Mis dientes, dentición, implementos para el cepillado de los dientes.				
<p>50. OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Acentuar la importancia y función de los dientes. * Indicar 				
4. MATRIZ				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Mis Dientes, Dentición; Cepillado de los dientes.	Proyección de Diapositivas https://www.youtube.com/watch?v=0cROCqcmIto Como cepillarse los dientes correctamente	40 min	Computadora y Proyector	Participación en clase Demostración
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 Modelos de yeso	Estudiantes identifican los implementos adecuados del cepillado dental

Mis dientes, dentición, implementos para el cepillado de los dientes

La salud comienza por la boca, ya que en ella se inicia la alimentación y posteriormente la digestión a través de la masticación y deglución de los alimentos. La boca es imprescindible para que se efectúe el proceso de comunicación mediante el lenguaje oral; los distintos órganos que la componen permiten una correcta fonación, ésta no se podrá dar si se presentara alguna lesión en los carrillos, el paladar, la lengua o por la pérdida de algún diente anterior. Asimismo, los dientes en mal estado ocasionan a las personas desde simples molestias locales hasta alteraciones en el organismo, influyendo en su apariencia y con ello en las relaciones sociales y finalmente en su autoimagen. Se ha comprobado que cualquier foco de infección como la caries o enfermedad periodontal son un factor de riesgo para otras enfermedades como la fiebre reumática, enfermedades respiratorias agudas, diabetes, entre otras. La salud bucal significa mucho más que dientes sanos. (Córdova et al., 2003, p.6)

La boca

La boca tiene gran importancia para la salud y autoimagen de los seres humanos, es la parte inicial del aparato digestivo, mediante el cual el organismo recibe lo necesario para nutrirse y desarrollarse (Mazariegos et al, 2003)

Estructuras que forman la cavidad bucal

La cavidad bucal está limitada por los labios y mejillas al frente y a los lados respectivamente; el paladar duro y blando por arriba y el piso de la boca por abajo, aloja a la lengua y a los dientes. Dentro de la cavidad bucal también están las glándulas salivales: parótida, submaxilar y sublingual. En los labios, carrillos, lengua, piso de la boca y paladar blando existen músculos que intervienen en la masticación, deglución y fonación. (Mazariegos et al, 2003, p.8)



Figura 8. La boca
Fuente: Paxala, 2019

Los dientes

Partes del diente:

- 1.-Corona: Es la parte del órgano dentario que se ve en la boca
- 2.-Cuello: Es la parte que divide la corona y la raíz
- 3.-Raíz: Es la parte que sostiene al diente en el hueso maxilar.

Acciones de los dientes en la masticación

Cada diente tiene funciones diferentes y de acuerdo a éstas se dividen en cuatro grupos.

- 1) **Incisivos:** Son los dientes anteriores, sirven para cortar los alimentos.
- 2) **Caninos:** Sirven para desgarrar los alimentos, tienen forma de cono.
- 3) **Premolares:** Sirven para triturar y desgarrar los alimentos (masticación fina).
- 4) **Molares:** Sirven para triturar y moler los alimentos (masticación gruesa).

Denticiones en el ser humano

El ser humano posee dos tipos de dentición:

La primera dentición o dientes temporales (mal llamados dientes de leche): Aparece en la boca aproximadamente entre los 8 y los 12 meses de edad y termina de erupcionar a los 2 años aproximadamente. A esta edad los niños tienen 20 dientes temporales que además de cumplir con las funciones antes descritas sirven como guía a los dientes permanentes para que estos salgan en el espacio y posición correctos, por lo que es muy importante mantenerlos sanos. (Mazariegos et al, 2003, p.9)

La segunda dentición o dientes permanentes: Es la que reemplaza a los dientes temporales y ocurre entre los 7 y 12 años de edad. Aproximadamente a los 6 años, por detrás de los molares temporales, tanto de arriba como de abajo, salen los primeros molares permanentes o “molares de los 6 años”, son cuatro y no reemplazan a ningún diente temporal; es por eso que se deben cuidar para conservarlos toda la vida. (Mazariegos et al, 2003, p.9)

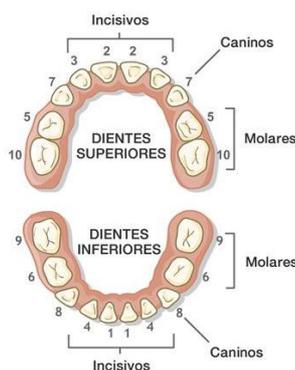


Figura 9. Primera dentición
Fuente: aboutkidshealth.ca

Entre los 11 y 12 años de edad erupcionan cuatro nuevos molares permanentes en los extremos de cada maxilar, por detrás de los primeros molares permanentes; su erupción puede ocasionar molestias en la encía que los recubre, que desaparecerán cuando el molar haya erupcionado. A los 12 años los niños tienen 28 dientes y todos son permanentes. (Mazariegos et al, 2003, p.10)

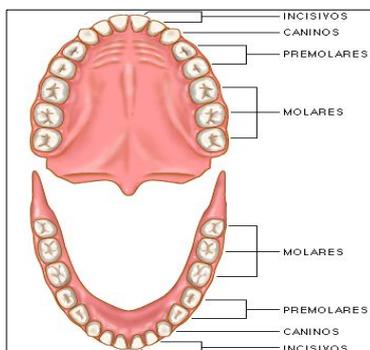


Figura 10. Dientes permanentes

Fuente: Áviles y Román, 2017

Higiene oral

La placa bacteriana es una capa de bacterias y restos que se va depositando sobre los dientes a lo largo del día. Empieza a formarse justo después del cepillado dental y se deposita aunque no comamos. Es de color blanco y blanda, pero si no se retira con frecuencia se calcifica sobre el diente y forma una capa dura que se denomina sarro (éste no se puede ya eliminar con el cepillado). Se describen dos tipos de limpieza de la boca: por un lado la limpieza mecánica, que es la que hacemos con el cepillo de dientes, despegando la suciedad de los dientes; y que es la más efectiva. Por otro lado la limpieza química, que es la que hacemos con pastas y colutorios y que se basa en la acción química de los mismos sobre las bacterias de la boca, que produce su destrucción. (Muñoz, 2012)

¿Qué cepillo elegir?

Debe elegirse de acuerdo con el tamaño de la boca, un cepillo demasiado grande dificulta su manejo en los últimos molares y no permiten una buena visibilidad de los dientes para su limpieza. Las cerdas de los cepillos de dientes pueden ser naturales (cerda o jabalí) o sintéticas (Tynex: nylon). Actualmente se considera, que las sintéticas ofrecen unas mejores características para el cuidado del esmalte dental. También es importante elegir el grado de dureza, que mejor se adapte a cada una de las necesidades El cepillo

dental debe cambiarse por lo menos cada dos/tres meses ya que las cerdas pierden su consistencia y dejan de ser efectivas. (Botplusweb, 2015)

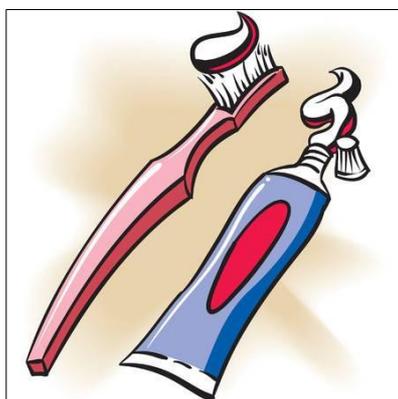


*Figura 11. Cepillo dental
Fuente: India, 2011*

Se recomienda cambiar el cepillo cuando se observe que las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además de que cuando ocurre esto, el cepillo pierde su función de limpieza. (Botplusweb, 2015, p.2)

¿Qué pasta elegir?

La utilización de pastas fluoradas es el método más recomendado para la prevención de caries dental y las pastas con agentes antibacterianos es recomendando para pacientes con enfermedades gingivales.



*Figura 12. Pasta dental
Fuente: José Robles*

Seda dental

Limpia Los espacios entre los dientes



Figura 13. Seda dental

Fuente: Invisalign

Colutorios. Proporcionan una limpieza química, contienen flúor o compuestos antibacterianos. Existen colutorios con flúor cuya labor es sobre todo preventiva para evitar las caries, y existen colutorios con compuestos antibacterianos, cuya labor es sobre todo mejorar la salud de las encías, Habitualmente en niños se utilizan colutorios con flúor, y en casos de tratamientos de ortodoncia se utilizan colutorios para las encías porque el tratamiento las irrita. (Muñoz, 2012)



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

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

1. DATOS INFORMATIVOS:				
Institución Educativa		Unidad Educativa Adolfo Valarezo		
Años		2do y 3ro de Bachilleraro		
Nro. De estudiantes		50		
Tiempo		240 min; 60 min por paralelo		
Fecha de Ejecución :		20/11/2018		
Fecha retroalimentación:		22/11/2018		
Responsable:		Katherine Michelle Ramón Herrera		
2. TEMA 2: DENTICIÓN. CEPILLADO DE LOS DIENTES. SU IMPORTANCIA.				
3. OBJETIVO: Enseñar a los estudiantes la correcta técnica de cepillado.				
4. MATRIZ				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Dentición, cepillado de dientes	Proyección de Diapositivas Video de una buena higiene bucal y detección de placa bacteriana	40 min	Computadora y Proyector	Preguntas y respuestas
Técnica de Bass	Instrucción técnica de cepillado	20 min	Fantoma y cepillo	Participación en clase, los estudiantes realizan la técnica de cepillado

Dentición. Cepillado de los dientes. Su importancia.

Detección de placa bacteriana

La placa bacteriana es una película transparente, formada por diferentes microorganismos que constantemente se van adhiriendo sobre los dientes, la encía y la lengua. Cuando se ingieren alimentos que contienen azúcar (caramelos, chicles, pastelillos, entre otros) las bacterias de la placa los usan para producir ácidos que destruyen el esmalte de los dientes. También otras bacterias eliminan sustancias irritantes llamadas toxinas que actúan sobre la encía, inflamándola. (Mejía, 2017, p.42).

La placa bacteriana que se acumula sobre la superficie de los dientes también se le conoce como Placa dentobacteriana, es invisible pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras, colorantes vegetales, betabel, moras o azul añil (Instituto de Salud del Estado de México, 2018).

Instrucción de técnica de cepillado

La Técnica de Stillman es una técnica específica para estimular y masajear la encía, además permite la eliminación de placa del tercio cervical. El cepillo se posiciona oblicuamente hacia apical de la pieza dentaria, posicionándose la mitad de las cerdas en el tercio cervical de la pieza dental y se aplican movimientos vibratorios suaves, no tiene diferencia significativa con otras técnicas, y no presenta el beneficio de que las cerdas entren en el surco gingival, a pesar de que la posición del cepillo es muy similar a la técnica de Bass. (Uribe, 2015, p.23)



Figura 14. Enseñanza de técnica de cepillado

Fuente: Autor



Figura 15. Enseñanza de técnica de cepillado
Fuente: Autor

Instrucción de uso del hilo dental

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que por el grosor de las cerdas del cepillo no permite limpiar la zona entre diente y diente, debido a que el espacio entre estos es muy pequeño, por lo que se recomienda utilizar el hilo dental.

Si no se utiliza el hilo dental se estará realizando solamente la mitad del trabajo para mantener una buena limpieza dental (Mazariegos et al, 2003)

Técnica para usar el hilo dental

- Tome aproximadamente 30 cms. De hilo dental y enrede en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos.
- Una vez realizado lo anterior, utilice los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo.
- Mantenga estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia adelante introdúzcalo entre los dientes, tenga cuidado de no lastimar la encía.
- Sostenga el hilo rígido contra uno de los dientes y deslícelo de arriba hacia abajo manteniéndolo en contacto con el diente y repita los movimientos contra el otro diente.
- Repita este paso entre cada uno de sus dientes. Conforme se vayan limpiando, cambiar el tramo de hilo dental.
- Las primeras veces que se utilice el hilo dental la encía puede doler o sangrar un poco, pero una vez que se domine la técnica esta molestia desaparecerá poco a poco. (Mazariegos et al, 2003)

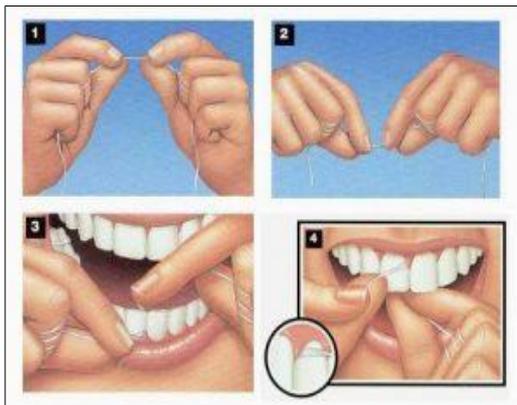


Figura 16. Técnica de uso hilo dental

Fuente: Martín, 2018

Enjuague bucal

El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. Los enjuagues bucales ayudan a suprimir temporalmente el mal aliento, reduce las bacterias en la boca y refrescan, dejando en ella un sabor agradable. Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. (Barranca, 2011, p.6)



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

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

1. DATOS INFORMATIVOS:				
Institución Educativa	Unidad Educativa Adolfo Valarezo			
Años	2do y 3ro de Bachilleraro			
Nro. De estudiantes	50			
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo			
Fecha de Ejecución :	27/11/2018			
Fecha retroalimentación:	29/11/2018			
Responsable:	Katherine Michelle Ramón Herrera			
2. TEMA 3: Mis dientes no deben enfermar; Caries dental y enfermedades de las encías.				
3. OBJETIVO: Explicar a los estudiantes las consecuencias de no tener una apropiada higiene bucal.				
4. MATRIZ				
ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Mis dientes no deben enfermar	Video acerca de la mala alimentación, caries y enfermedad gingival en adolescentes La dieta y los dientes https://www.youtube.com/watch?v=2L2w_2TjDZs	10 min	Computadora y Proyector	Mesa redonda, debate
Caries	Proyección de diapositivas	25 min	Computadora y Proyector	Preguntas y respuestas
Enfermedades de las encías	Proyección de Diapositivas de enfermedad periodontal	25 min	Computadora y Proyector	Preguntas y respuestas

MIS DIENTES NO DEBEN ENFERMAR; CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS

Nutrición y salud bucal

La nutrición cumple un papel importante en el mantenimiento de la salud bucal, hay que resaltar que la caries dental, se relaciona con múltiples factores como inadecuada higiene bucal, malos hábitos, el consumo de alimentos azucarados o una dieta incorrecta, entre otras, estos son factores que puede alterar la resistencia del esmalte y así mismo provocar enfermedades en nuestro organismo. (Valdés, 2017, p.7)

Caries

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la caries dental es un proceso localizado que se inicia después de la erupción dentaria, determina el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad (González et al., 2014)



Figura 17. Caries dental
Fuente: *Clinicadentalherreroelpozo*

Factores que producen caries dental

La caries dental es una enfermedad provocada por múltiples factores, los principales son la placa bacteriana y la ingestión de azúcares refinados, existiendo otros elementos o factores que influyen en su aparición como es la resistencia de la estructura del esmalte, así como las deficiencias alimenticias (Mazariegos et al, 2003).

La evidencia científica demuestra que cuando se ingiere azúcar se incrementa la producción de ácido por las bacterias de la placa, lo cual descalcifica la superficie del diente iniciándose una lesión de caries (en un principio microscópica). Así, cuanto más

azúcar más ácido y como consecuencia una progresión más rápida de caries. Sin azúcar no hay caries pues las bacterias secretan poco ácido. Los azúcares contenidos naturalmente en los alimentos como la leche, frutas, etc., no son aprovechados inmediatamente por las bacterias y no ocasionan la producción de ácido, sin embargo, la azúcar refinada agregada a los alimentos y bebidas para endulzarlos es inmediatamente transformada en ácidos. Este proceso lleva apenas de 20 a 30 seg. (Mazariegos et al, 2003)



Figura 18. Factores productores de caries
Fuente: Casals i Peidró, 2012

Enfermedad periodontal (enfermedad de la encía)

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta la encía y la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias presentes en la placa bacteriana causan enfermedad periodontal. Si la placa bacteriana, no se retira todos los días con una adecuada técnica de cepillado e hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (Muñoz, 2018).



Figura 19. Enfermedad periodontal
Fuente: Ferrus y Bratos, 2019

Etapas de la enfermedad periodontal

Existen diferentes etapas de la enfermedad periodontal, entre las más comunes se incluyen las siguientes:

- **Gingivitis**

Es la forma menos severa de la enfermedad periodontal la cual es producida por la acumulación de placa bacteriana que se adhiere alrededor del diente y la encía. Provoca que la encía se ponga brillante, roja, inflamada y que sangre fácilmente. Normalmente hay poca o ninguna molestia en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado bucal en casa (Muñoz, 2018)



Figura 20. Gingivitis

Fuente: Devon Street Dental Clinic

Si la gingivitis no es tratada puede progresar hacia una periodontitis. En esta etapa ligera de la enfermedad periodontal se empieza a destruir el hueso y el tejido que sostiene los dientes. (Muñoz, 2018)

- **Periodontitis moderada a avanzada**

La periodontitis moderada a avanzada se desarrolla si las primeras etapas de la enfermedad no son atendidas. Esta es la forma más avanzada de la enfermedad en donde ocurre una extensa pérdida de hueso y tejido de soporte del diente. En esta etapa se presenta movilidad del diente e incluso se puede llegar a perder. (Mazariegos et al, 2012, p.17)

Síntomas y señales de alerta de la enfermedad periodontal

En ocasiones la enfermedad periodontal puede progresar sin ningún síntoma ni dolor. Si se detecta algún síntoma o señal de las que se describen a continuación, lo mejor es visitar al dentista para su atención:

- Encía brillante, inflamada o rojiza.
- Sangrado al cepillarse.
- Dientes con movilidad.
- Mal aliento continuo.



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

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

1. DATOS INFORMATIVOS:

Institución Educativa	Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”
Años	2do y 3ro de Bachilleraro
Nro. De estudiantes	50
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo
Fecha de Ejecución : Fecha retroalimentación:	04/12/2018 06/12/2018
Responsable:	Katherine Michelle Ramón Herrera

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

1. **OBJETIVO:** Explicar a los estudiantes la importancia del cuidado de los dientes.
Enseñar a los estudiantes las medidas para evitar caries dental

4. MATRIZ

ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
Dieta salud dental; cuidado de mis dientes	Proyección de video https://www.youtube.com/watch?v=W_LVXVOBDU	5 min	Computadora y Proyector	Preguntas y respuestas
El flúor y función en la Prevención de caries	Proyección de Diapositivas	30 min	Computadora y Proyector	Participación en clase
Dieta cariogénica y su control	Proyección de Diapositivas	25 min	Computadora y Proyector	Participación en clase

Cuidado a mis dientes. El flúor y su función en la prevención de la caries; dieta cariogénica y su control.

El flúor es un elemento químico que se encuentran en forma natural y en bajas concentraciones en los alimentos y el agua de consumo humano. Existe evidencia científica de que la prevención de enfermedades bucales y específicamente el uso de fluoruros tienen mayor impacto en edades tempranas, es decir, la etapa idónea es el periodo en el que se sustituye la dentición primaria por la permanente, debido a que cuando los órganos dentarios erupcionan, el esmalte se encuentra inmaduro, menos mineralizado y poroso y, como consecuencia, con mayor susceptibilidad a la disolución ácida provocada por las bacterias bucales. El flúor tiene efectos benéficos sobre los órganos dentales, aumenta la resistencia del esmalte al ataque de los ácidos que producen las bacterias, favorece la remineralización y tiene acción bactericida. Por lo antes expuesto, podemos concluir que la presencia de fluoruro a concentraciones óptimas en momentos críticos inhibe la reacción de disolución de los cristales de esmalte y la continua presencia a bajas concentraciones promueve la remineralización. (Mazariegos, 2011, p.14)

Vías de Administración de Fluoruros

- Ingerido (tomado).
- Tópico (aplicado sobre el diente).

Fluoruro ingerido

En nuestro país se agrega a la sal de mesa yodo y fluoruro, ya que con la adición de este último se ha comprobado la reducción de la caries dental hasta un 60%. Se utilizó la sal por ser un condimento de uso diario, económico y que consume toda la población. De tal forma que el fluoruro que se toma con el consumo acostumbrado de sal fortalece los dientes que se están formando dentro de los maxilares en los niños de 1 a 12 años de edad y posteriormente el consumo rutinario de ésta los protege de manera permanente. (Mazariegos et a, 2012, p.14)

Fluoruro tópico

- **APLICACIÓN PROFESIONAL**

Es realizada por el odontólogo en el consultorio, para lo cual utiliza fluoruros de alta concentración.



*Figura 22. Aplicación de flúor
Fuente: Dentisana, 2017*

- **Autoaplicación supervisada**

Dentro del espacio escolar se utiliza la técnica de autoaplicación de Torell y Ericsson (Técnica probada y altamente eficiente de auto-aplicación que logra reducir la caries dental hasta un 30 a 40 por ciento), que consiste en utilizar fluoruro en concentración baja y alta periodicidad con el propósito de obtener la protección deseada. (Mazariegos et a, 2012, p.14)

Dieta cariogénica y su control

El consumo de alimentos a base de harinas y azúcares refinados, dulces pegajosos o caramelos y bebidas azucaradas, tan comunes en las cooperativas escolares, es un factor que propicia la destrucción rápida de los dientes, debido a que los microorganismos que tenemos en la boca aprovechan el proceso de descomposición de estos alimentos y producen ácidos con la consecuente formación de caries. Esta es una de las razones por las que se recomienda que se evite, en la medida posible, el consumo de estos alimentos y se incremente el consumo de verduras crudas, frutas y agua. (Mazariegos et al. 2003, p.16)



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

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

1. DATOS INFORMATIVOS:

Institución Educativa	Unidad Educativa Adolfo Valarezo
Años	2do y 3ro de Bachillerato
Nro. De estudiantes	50
Tiempo	240 min; 60 min por paralelo
Fecha de Ejecución :	11/12/2018
Fecha retroalimentación:	13/12/2018
Responsable:	Katherine Michelle Ramón Herrera

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

3. OBJETIVO: Concientizar a los estudiantes lo indispensable del cuidado de los dientes.

4. MATRIZ

ACTIVIDADES Y/O CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	EVALUACION
	Proyección de Diapositivas Mis Dientes parte importante de mi belleza	20 min	Computadora y Proyector	Debate
Mis dientes	Proyección de Diapositivas hábitos deformantes de la cavidad bucal	30 min	Computadora y Proyector	Preguntas y respuestas

Mis dientes: parte importante de mi belleza, hábitos deformantes de la cavidad bucal

La salud bucal es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud de la población, debido a que la mayoría de las enfermedades orales se asocian con determinados factores de riesgo, como la falta de higiene buco-dental, la alimentación inadecuada y la educación. La boca desempeña un papel muy significativo en la vida de las personas, por ello se debe cuidar para que cumpla correctamente con todas sus funciones. Entre las más importante se encuentran: la masticación, la comunicación y la mejora de la estética. (Mendoza, 2016)

Hábitos deformantes de la cavidad bucal

Bruxismo El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apriete y rechinamiento dentario, es de etiología multifactorial y está asociado principalmente a stress y a alteraciones del sueño o parasomnias. (Frugone y Rodríguez, 2003). En la actualidad, si se detecta al bruxismo como una actividad parafuncional multifactorial, el tratamiento debe enfocarse a los factores etiológicos. El bruxismo se trata tradicionalmente con planos o férulas oclusales, los que han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor facial y la fatiga muscular. (Mazariegos y Stanford, 2012, p.28)

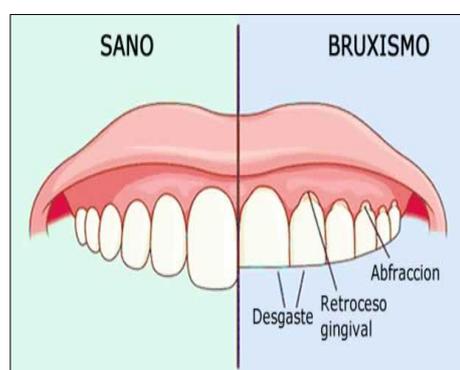


Figura 23. Bruxismo
Fuente: albalatdental

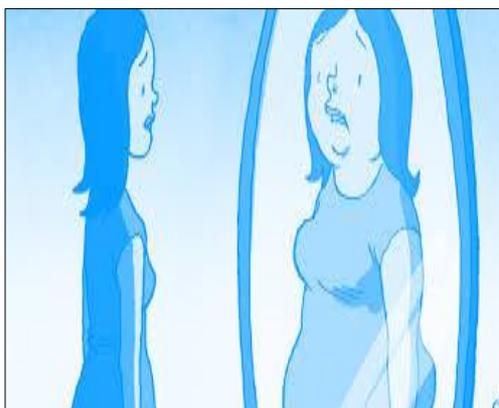
Tabaquismo

Se tiene la falsa creencia de que “fumar socialmente”, es decir, de manera casual tiene escaso o ningún efecto en su salud en general. También se afirma que en el caso de quienes fuman más de media cajetilla por día las probabilidades de desarrollar enfermedad

periodontal son seis veces mayores que quienes no fuman. Masticar tabaco también tiene consecuencias graves en la salud bucal. Además de la posibilidad de causar caries, hay estudios que indican que aproximadamente el 27% de quienes usan el tabaco en formas diferentes a fumarlo presentan retracción de la encía, podrían perder el hueso que rodea los dientes y experimentar pérdida dental. Mascar tabaco también causa leucoplaquia, zonas blancas que se forman en el lugar en donde el usuario sostiene el tabaco. La leucoplaquia, en 5% a 25% de los casos, antecede al cáncer bucal. (Mazariegos y Stanford, 2012, p.20)

Trastornos de la alimentación

Entre los trastornos alimenticios se incluyen la anorexia nerviosa (privarse uno mismo de alimentos), la bulimia nerviosa (comer compulsivamente y purgarse a través de vómitos, laxantes, diuréticos o exceso de ejercicio) y trastorno alimentario compulsivo (comer una mayor cantidad de alimentos en un breve período de tiempo). Los pacientes que sufren de un trastorno de la alimentación se les orientan y motiva a hablar abiertamente con su dentista acerca de su condición. Si bien el odontólogo no puede tratar los problemas psicológicos de los pacientes con trastornos de la alimentación, puede ayudarlos a buscar recursos para el tratamiento de la enfermedad. (Mazariegos y Stanford, 2012, p.21)



*Figura 24. Trastorno de alimentación
Fuente: Luna, 2002*

Piercing (perforaciones)

El uso de perforaciones (piercing), se relaciona con la moda y es un aspecto que en la actualidad puede hacer más comunes los traumatismos en la cavidad bucal, debido a que tejidos como labios, lengua, dientes, úvula o frenillos y las vías respiratorias pueden verse

afectados. Además se suman condiciones como reacciones alérgicas al metal, sangrado, recesiones gingivales, incremento en el fluido salival, infecciones sistémicas o dolor. A medida que el uso de perforaciones se hace más popular, es importante recomendar a los adolescentes que visiten al estomatólogo, con el propósito de explicarles los riesgos y las complicaciones que se asocian con los “adornos bucales”, de ser posible, antes de que un adolescente decida usarlos. (Mazariegos y Stanford, 2012, p.22)



*Figura 25. Lesiones deformantes por uso de piercing
Fuente: Castaño y Martínez, 2007*

Anexo 5.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Loja 08 de noviembre de 2018

Mg. Marco Vinicio Gutiérrez Novillo

RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"

Ciudad

De mis consideraciones:

Yo **KATHERINE MICHELLE RAMÓN HERRERA** con número de cedula **1105878076**, estudiante de la Carrera de Odontología, X ciclo, me dirijo a su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente, me conceda el permiso correspondiente para realizar encuestas y talleres promocionales para la salud bucal de los adolescentes que corresponde al desarrollo del siguiente tema de tesis "**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO "ADOLFO VALAREZO" DE LA CIUDAD DE LOJA**" actividad que se realizará con los estudiantes que cursan los años desde 2do a 3ro de Bachillerato.

Por la favorable atención que se dirige a la presente, le reitero mis más sinceros agradecimientos

Atentamente

.....
 Katherine Michelle Ramón Herrera
 C.I: 1105878076

.....
 Dra. Esp. Deysi Saraguro
DIRECTORA DE TESIS

UNIDAD EDUCATIVA
 "ADOLFO VALAREZO"
 VICERRECTORADO
 LOJA - ECUADOR

Anexo 6.

Loja, 12 de Noviembre del 2018

Doctora
Deisy Saraguro
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De nuestras consideraciones

Por medio de la presente yo, **Katherine Michelle Ramón Herrera**, con número de cédula 1105878076, estudiante de la carrera de Odontología, X ciclo, solicito su autorización para adquirir los modelos de ivorina, cepillos dentales que se encuentran en la Carrera, para enseñanza de técnicas de cepillado en el Colegio Adolfo Valarezo, lugar donde realizo mi proyecto de tesis.

Esperando una respuesta favorable, me despido augurándole éxitos en las labores a usted encomendadas.

Atentamente



Katherine Michelle Ramón Herrera
1105878076

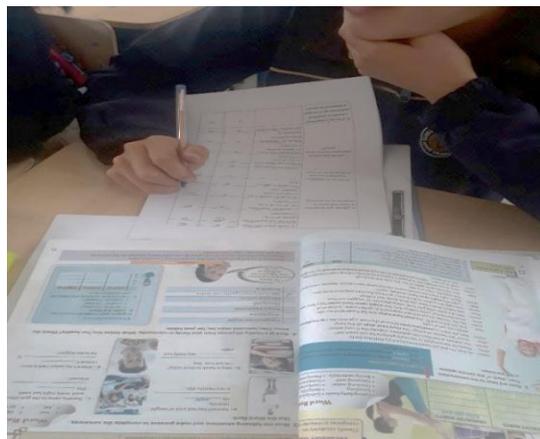
Recibo 12/11/2018
SHCO

Anexo 7.

Trabajo de campo



Descripción: aplicación de pretest
Fuente: autor



Descripción: aplicación de pretest
Fuente: autor



Descripción: intervención educativa
Fuente: autor



Descripción: intervención educativa
Fuente: autor



Descripción: técnica de cepillado
Fuente: autor



Descripción: técnica de cepillado
Fuente: autor



Descripción: aplicación de pos test
Fuente: autor



Descripción: aplicación de pos test
Fuente: autor



Descripción: análisis de resultados
Fuente: autor

Clausura de trabajo de campo y entrega de pasta y cepillo



Descripción: entrega de pasta y cepillo
Fuente: autor



Descripción: entrega de pasta y cepillo
Fuente: autor



Descripción: entrega de pasta y cepillo
Fuente: autor

Anexo 8.

PROYECTO DE TESIS

- a. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA SALUD
BUCAL EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO “ADOLFO
VALAREZO” DE LA CIUDAD DE LOJA**

b. Problemática

La salud bucodental, siendo fundamental en el bienestar del individuo, aún en la actualidad se encuentra desamparada, ya que diversos estudios nos revelan altos índices de prevalencia de patologías, tal como lo menciona un comunicado de la Organización Mundial de la Salud: “Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres”; este reporte también menciona que.” Se estima que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental” (OMS, 2004)

De la misma manera (Hescot, 2015, p.10). Aduce que la caries y las enfermedades periodontales son las patologías bucodentales más comunes a pesar de ser ampliamente prevenibles. Unos autocuidados apropiados así como los cuidados profesionales, combinado con un estilo de vida saludable evitando riesgos tales como un consumo excesivo de azúcares o el tabaco, permiten mantener una dentición funcional a lo largo de la vida. (FDI, 2015)

Asimismo la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la placa bacteriana, como el factor etiológico fundamental de la caries y de las enfermedades periodontales. Teniendo en cuenta esto, se puede entender la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la salud bucal. En 1976, la American Dental Association adoptó una definición de salud pública dental, estableciendo que “...la ciencia y arte de prevenir y controlar las enfermedades dentales y de promover la salud dental por medio de los esfuerzos comunitarios organizados. Es la forma de práctica dental que sirve a la comunidad como a un paciente, más que como un individuo. Está comprometida con la educación dental del público, con la investigación dental aplicada y con la administración de programas grupales de atención dental, así como con la prevención y control de las enfermedades dentales a nivel comunitario.

A pesar de que la importancia de la higiene oral es ampliamente reconocida, parece ser un problema para los individuos llevarla a cabo de forma apropiada y eficiente. (Buunk-Werkhoven et al, 2008)

El auto-cuidado de la boca tomado como una elección personal debe ser considerado como un aspecto importante de las conductas individuales referidas a la higiene oral. De esta manera, las creencias individuales y las actitudes hacia conductas de higiene oral adecuadas son muy importantes para mantener una buena salud bucal. En esta línea de pensamiento y para las conductas relacionadas con la higiene oral, se sugiere que mientras más positivas sean las actitudes hacia las prácticas de auto-cuidado, y cuantos más fuertes sean las normas sociales relacionadas, mayor será la probabilidad de que el individuo logre una adecuada conducta de higiene oral. (Buunk-Werkhoven et al, 2008)

Se asume la promoción de la salud como una dimensión del trabajo que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

En la formación de hábitos adecuados de higiene oral, la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad juegan un papel preponderante y se consideran acciones fundamentales para el control de la placa bacteriana. La educación en salud, como componente básico de la promoción de la salud, propicia cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud oral, a la enfermedad y al uso de servicios; refuerza conductas positivas a nivel colectivo e individual; y reconoce la necesidad particular de planificar y definir estrategias aplicables a su estilo de vida. (UNICOC, 2010)

Durante la adolescencia, las personas viven grandes cambios físicos y psíquicos, con un ritmo de crecimiento y desarrollo acelerados que propicia oportunidades únicas para el logro del pleno potencial. La forma cómo transcurre esta etapa define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo de vida. La información en cuanto al conocimiento, las actitudes y prácticas de los adolescentes sobre la salud oral, son datos importantes para la planificación de promociones efectivas, considerando las necesidades particulares del grupo a intervenir. Estas promociones deberían enfocarse en entregar herramientas que permitan a los jóvenes identificar las enfermedades orales más comunes, saber cómo evitarlas por medio del autocuidado, y que lleven a la práctica diaria lo aprendido, para que de esta manera mantengan un buen estado de salud oral. (OMS, 2019)

El recurrir del adolescente a la atención odontológica está relacionado con el interés de sus cuidadores y de su propia vanidad. Las principales motivaciones que van a llevar al adolescente a tener buenos hábitos de higiene, específicamente oral, son: el mal aliento y/o la vergüenza. (Rincón, 2013)

Para lo cual es necesaria la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva. (Organización Mundial de la Salud 1986)

Las actitudes se adquieren durante toda la vida, no se nacen con ellas, por tal motivo es de suma importancia que en la niñez y adolescencia se guíe con educación para la salud, siendo así el paciente capaz de formar sus propios comportamientos positivos al respecto, en esas etapas de desarrollo tomando en cuenta que no será necesario modificarlas después. En pocas palabras, mientras más temprano se realicen, mejor futuro para el paciente. (Lacunza y González, 2011)

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos. La comunicación requiere de retroalimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios. (Saez, Velasco y Vintimilla, 2018)

Como demuestra el estudio realizado por Koivusilta, la adopción de estos estilos de vida va a ser determinante del estado de salud oral y son importantes a cualquier edad para conseguir una mejoría de la salud general de la comunidad. (Lafuente et al, 2002)

Es necesario considerar además aquellas situaciones que afectan directamente el proceso salud-enfermedad de la población adolescente, tales como la pobreza, exclusión social, violencia, accidentes de tránsito, consumo de drogas, así como la falta de empleo, de vivienda y acceso a la educación, sin olvidar la migración de la población rural e

indígena, los embarazos no planificados, el aumento de las infecciones de transmisión sexual. Por su complejidad, estas situaciones deben ser abordadas de manera articulada y sostenida por los diferentes actores responsables de garantizar estos derechos en la población adolescente: familia, sociedad y Estado. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010)

Por esto la educación bucodental debe responder a las necesidades de salud actuales de los adolescentes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

c. Justificación

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también “la segunda revolución epidemiológica”. Según Greene el concepto de promoción en salud es: “Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud”. (Rodríguez, 2005)

Es importante realizar un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el problema de salud presente, para tener una base sobre la cual influir para obtener cambios en esas conductas. Será esencial comprender el proceso de cambio conductual y los elementos o factores que influyen en este, y así poder implementar estrategias para la promoción de la salud si queremos influir sobre las conductas de las personas.

Según Fourcarde R. (1977), la motivación constituye la base del desencadenamiento y mantenimiento de las actividades y comportamientos que determinan las conductas humanas. La motivación pone al organismo en movimiento, lo dirige. Los estímulos exteriores solamente adquieren, en último análisis, su poder directivo en virtud de una exigencia impulsora y selectiva inherente a la motivación misma. (Rodríguez et al, 2018)

Lo expuesto orienta a considerar que las posibilidades de motivar a un paciente se incrementarán cuando el odontólogo conoce sus necesidades con relación a la salud, sus creencias y expectativas, y, reconoce que las personas actúan conforme a sus propios intereses, definidos éstos por sus necesidades. Motivar para que se asuma la salud como un valor, requiere que los pacientes puedan satisfacer sus necesidades al aplicar normas para la prevención de las enfermedades y restitución de la salud periodontal.

En tal sentido se debe motivar al adolescente, fomentando la formación de hábitos de higiene bucal, permitirle que exprese sus inquietudes, brindándole soluciones, orientándolos y facilitándole las herramientas para ponerlas que puedan ponerlas en práctica. El presente proyecto surge de la preocupación de promover estrategias motivacionales e informativas, implementar recursos necesarios, con la finalidad de llevar a cabo actividades de difusión en busca de la participación de los adolescentes, en el uso adecuado de las distintas técnicas de higiene bucal, que coadyuven en el mejoramiento de su salud bucodental.

Se requiere de una metodología interactiva donde participan tanto el facilitador del proyecto como el adolescente, dentro de una relación de mutuo acuerdo bajo el principio de horizontalidad, donde ambos asumen un rol protagónico en las actividades planteadas. Así mismo, se requiere de la organización de un espacio para el encuentro, que cumpla con las condiciones ambientales necesarias para dar las recomendaciones respectivas así como el desarrollo de los contenidos previstos en el proyecto entre ellas figuran la presentación de encuestas, talleres, afiches y carteles informativos.

Por todo lo anterior, es importante evaluar minuciosamente qué conocimientos, actitudes y prácticas, presentan los adolescentes sobre Salud Bucal, para tener una idea global de la situación a la que nos enfrentamos, de esta manera podemos contribuir en la planificación de futuras intervenciones y refuerzos educativos en este grupo etario, aprovechando la infotecnología.

d. Objetivos

Objetivos generales:

Valorar los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal mediante técnica tradicional en los adolescentes de 1ro y 2do de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo”

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” previo a la intervención educativa de salud bucal.
- Incentivar a los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” mediante técnicas tradicionales, sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal.
- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los adolescentes de 2do y 3ro de Bachillerato del colegio “Adolfo Valarezo” posterior a la intervención educativa de salud bucal, mediante técnica de tradicionales.

e. Marco teórico

4.1. Antecedentes

4.2. Bases Teóricas

4.3. Marco Conceptual

4.3.1. Conceptos Básicos

4.3.1.1. Promoción de salud

4.3.1.2. Salud bucal según la OMS

4.3.1.3. Conocimientos

4.3.1.4. Actitudes

4.3.1.5. Practicas

4.4. Principales enfermedades bucodentales

4.4.1. Placa bacteriana

4.4.2. Componentes: película adquirida, matriz, bacterias, y formación caries

4.4.3. Factores Productores de Caries.

4.4.4. Factores Protectores.

4.5. Enfermedad Gingival.

4.5.1. Características Clínicas de la Gingivitis.

4.5.2. Prevención.

4.5.3. Salud Bucal en el Preescolar.

4.5.4. Atención Odontológica en el Sistema Nacional de Salud.

4.6. Halitosis

4.6.1. Prevención y tratamiento

4.6.2. Medidas preventivas

4.7. Prevención de Caries y Gingivitis en Atención Primaria de Salud.

4.7.1. Acciones de Salud a Nivel de la Educación

4.7.2. Disminución de azúcares

4.8. Cepillado

4.8.1. Concepto e importancia del cepillado

4.8.2. Técnicas de cepillado

4.8.3. Técnicas recomendadas para niños

4.8.4. Cepillado de la lengua y frecuencia

4.8.5. Uso de hilo dental

4.8.6. Pasta dental

4.8.7. Recomendaciones de la cantidad de pasta para niños

4.8.8. Visita al Odontólogo

f. Metodología

1. Diseño de estudio

Investigación Evaluativa

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

2. Universo – muestra

30 estudiantes, se trabajará en 3 grupos de 10, de los cursos 2do y 3ro de Bachillerato, que oscilan de 15 a 17 años de edad.

3. Tipo de muestra

- Se eligió por el método de muestreo estratificado

a. Fórmula

□ N= tamaño de la población Z= nivel de confianza, P= probabilidad de éxito, o proporción esperada Q= probabilidad de fracaso D= precisión (error máximo admisible en términos de proporción).

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

4. Métodos

Los métodos de investigación que se utilizarán son: el método científico que inicia 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 la técnica Tradicional de tal manera que al explicarlo se analizarán distintos aspectos que se relacionen con la realidad social, por último se utilizará el método estadístico descriptivo para concretar los resultados en las tablas y gráficos.

5. Técnica para la recolectar información

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 saber los conocimientos actitudes y prácticas de salud bucal del grupo de estudio.

6. 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 7 semanas con el fin de realizar la motivación referente a conductas actitudes y prácticas de higiene oral de los investigados; en la primera etapa que corresponde a la primera semana 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 socializaran 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. La tercera etapa se

desarrollara en 2 semanas; con la aplicación de la evaluación de los conocimientos actitudes y practica de higiene oral, mediante la aplicación del cuestionario establecido y mediante observación directa al grupo de estudio.

7. Análisis estadístico

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

8. Criterios de inclusión

- Adolescentes de 2do y 3ro año de Bachillerato, matriculados legalmente y que asisten normalmente a clases
- Adolescentes que quieran forman parte del estudio.
- Estudiantes cuyos padres firmen el consentimiento informado respectivo

9. Criterios de exclusión

- Adolescentes de 1er año de Bachillerato matriculados legalmente y que asisten normalmente a clases.

10. Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFENICION OPERATIVA	AMBITO O DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
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	PARÁMETRO PORCENTAJE DEFICIENTE 0%-49.9% ACEPTABLE 50%-59.9% BUEN NIVEL 60%-74,9% MUY BUEN NIVEL 75%-89.9% EXCELENTE 90%-100%

g. RECURSOS MATERIALES

Materiales para la recolección 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 ejecución de trabajo de campo

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

Materiales para procesamiento de la información

- Computadora
- Instrumentos de investigación.

Recursos humanos

- Investigador
- Estudiantes
- Padres de familia
- Docentes
- Personal Administrativo del colegio.

h. 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

i. Presupuesto y financiamiento

DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
GUANTES	1	CAJA	\$8	\$8	TESISTA
CEPILLOS DENTALES	1	CAJA	\$25	\$25	TESISTA
PASTA DENTAL	90	UNIDADES	\$90	\$90	TESISTA
ESFEROS	20	UNIDADES	\$20	\$20	TESISTA
HILO DENTAL	3	UNIDADES	\$30	\$30	TESISTA
ESPEJOS FACIALES	5	UNIDADES	\$20	\$20	TESISTA
PROYECTOR	1	UNIDAD	\$800	\$800	TESISTA
PAPELOGRAFOS	20	UNIDADES	\$2,00	\$2,00	TESISTA
PANCARTAS	10	UNIDADES	\$100	\$100	TESISTA
VASOS DESECHABLES	6	PAQUETES	\$12,00	\$12,00	TEISTA
TRANSPORTE	1	TAXI	\$600	\$600	TESISTA
IMPREVISTOS	1	COPIAS, IMPRESIONES ETC	\$100	\$100	TESISTA
			TOTAL	1807	

Anexo 9.**Certificación de traducción del Resumen**

Loja, 14 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 la salud bucal en adolescentes del colegio “Adolfo Valarezo” de la ciudad de Loja” como constancia firmo el presente documento a Katherine Michelle Ramón Herrera con CI: 1105878076

Atentamente,



Yanina Guamán

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

CI: 1900489434

Correo: yanelizabeth@hotmail.com

Cel: 0991615933

Registro Senescyt: [1031-2018-1948697](#)