

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE
CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 7 Y 8 AÑOS
DE EDAD DEL CURSO 2° A DE LA UNIDAD EDUCATIVA AVELINO MÉRIDA
ZUBIETA DE MUNICIPIO DE VINTO. COCHABAMBA JUNIO A JULIO DEL 2024”**

NOMBRE DEL CURSANTE : Liz Yesely Calle Mamani

MENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO A OBTENER: Diplomado en
Salud Publica Estomatológica

Sucre, Julio de 2024

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE
CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 7 Y 8 AÑOS
DE EDAD DEL CURSO 2° A DE LA UNIDAD EDUCATIVA AVELINO MÉRIDA
ZUBIETA DE MUNICIPIO DE VINTO. COCHABAMBA JUNIO A JULIO DEL 2024”**

NOMBRE DEL CURSANTE : Liz Yesely Calle Mamani

MENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO A OBTENER: Diplomado en
Salud Publica Estomatológica

Sucre, Julio de 2024

CESIÓN DE DERECHOS

Al presentar este trabajo como uno de los requisitos previos para la obtención del certificado de diplomado en Salud Pública Estomatológica, de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, autorizo al Centro de Estudios de Post grado e Investigación o a la biblioteca de la Universidad para que se haga de este trabajo un documento disponible para su lectura, según normas de la Universidad.

También cedo a la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca los derechos de publicación de este trabajo o parte de él manteniendo mis derechos de autor hasta un periodo de 30 meses posterior a su aprobación.

LIZ YESELY CALLE MAMANI

SUCRE, JULIO, 2024

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme salud, fuerza, compromiso y voluntad, durante toda la formación de mi carrera.

A mis padres Gerónimo Calle Apaza y Nicolasa Mamani Sullcata que han confiado y creído siempre en mí, ayudándome y apoyándome constantemente durante todo este recorrido hacia mi futuro, dándome siempre el ejemplo del sacrificio, y la humildad; enseñándome a valorar cada experiencia vivida y ser mejor en la vida.

Así también agradecer a mis hermanos Rila Calle M., Franz Calle M. por darme los ánimos, la motivación y el apoyo brindado para que pueda cumplir cada una de mis metas en todo este tiempo.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial este trabajo a mis padres Gerónimo Calle A. y Nicolasa Mamani S. por ser el pilar fundamental en mi vida por ser mi mayor fuente de inspiración y apoyo. Sus enseñanzas y amor incondicional han sido el motor que me impulsó alcanzar mis metas. Este logo es el reflejo de sus sacrificios y esfuerzos.

A mis hermanos por confiar siempre en mí, motivándome a no rendirme para culminar mi carrera profesional.

A mis pacientitos, por permitirme aprender y crecer como profesional. Su confianza y agradecimiento son mi mayor motivación para seguir perfeccionando mis habilidades en el campo de la Odontología.

INDICE

Contenido

RESUMEN	VII
INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. SITUACIÓN PROBLÉMICA	6
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN O PREGUNTA CIENTÍFICA.	7
B. OBJETIVOS	7
4. Objetivo general	7
5. Objetivos específicos	7
6. DISEÑO METODOLÓGICO	7
6.1 ENFOQUE.....	7
6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	8
6.3 MÉTODOS:.....	8
6.4 TÉCNICAS:.....	9
6.5 PROCEDIMIENTOS:.....	9
6.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:.....	9
6.7 POBLACIÓN	9
6.8 MUESTRA	9
CAPITULO I	10
1 MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO.....	10
1.1 Bases Teóricas científicas.....	10
1.1.2 Higiene oral	10
1.1.3. Cepillo Dental.....	13
1.1.4. El cepillado dental.....	14
1.1.5. Técnicas de cepillado	14
1.1.6. Técnica de Fones (rotación vertical).....	14
1.1.7. Técnica de Bass	14
1.1.8. Técnica de Bass modificado.....	15
1.1.9. Técnica de Stillman	15
1.1.10. Técnica de chárter	15

1.1.11. Técnica horizontal.....	16
1.1.12. Complementos para la limpieza interdental.....	16
2.1.1 Pasta o crema dental	17
2.1.2 Colutorios o enjuagatorios:	17
2.1.3 Definición de la terminología	18
2.1.4 Nivel de conocimientos:	18
2.1.5 Hábito:.....	18
2.1.6 Higiene oral:	18
1.2 MARCO CONTEXTUAL.....	18
1.2.1 Ubicación y Contexto General	18
1.2.2 Características Socioeconómicas.....	18
1.2.3 Infraestructura del Colegio	19
1.2.4 Aspectos Geográficos del Municipio de Vinto	20
1.2.5 Características Geográficas.....	21
1.2.6 Población.....	22
1.2.7 Sistema educativo en Bolivia	22
1.2.8 Municipio de Vinto, Cochabamba	23
1.2.9 Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta	23
1.2.10 Políticas de salud bucal en Bolivia	23
1.2.11 Contexto temporal (junio-julio 2024).....	24
CAPITULO II	25
2.1. DIAGNOSTICO.....	25
2.1.2 Técnicas e instrumentación para la recolección de la información y datos	25
2.1.3 Descripción de los instrumentos	25
2.1.4 Procedimientos que garantizan aspectos éticos de la investigación.....	25
2.1.5 Métodos y modelos de análisis de los datos:.....	25
2.1.6 Programas informáticos estadísticos a utilizar para el análisis de los datos:.....	25
2.1.7 ANALISIS Y PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	25
GRÁFICO 1 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN SU SEXO U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024	26
GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CEPILLADO DE LOS DIENTES U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	26

GRÁFICO N°3 : DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CEPILLADO DIARIO U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024	27
GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	28
GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	28
GRÁFICO N°6 : DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CARIES DENTAL. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	29
GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DEL GRADO GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	30
GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE (CARNE, HUEVO, LECHE, FRUTAS Y VERDURAS) QUE AYUDAN A TENER DIENTES MÁS FUERTES. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024	31
GRÁFICO N° 9 : DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS COMO (DULCES, REFRESCOS, GALLETAS, JUGOS) U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	31
GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	32
GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.....	33
2.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
2.2.1 CONCLUSION.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 RECOMENDACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	35
ANEXO 1.....	39

RESUMEN

Este estudio se enfoca en evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 7 y 8 años de edad que cursan el 2° grado, sección A, en la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta, ubicada en el municipio de Vinto, Cochabamba, Bolivia. La investigación se llevará a cabo entre junio y julio de 2024.

El objetivo principal es determinar cuánto saben estos niños sobre prácticas de higiene oral, incluyendo técnicas de cepillado, uso de hilo dental, y la importancia de mantener una buena salud bucal. Este conocimiento es crucial durante esta etapa de desarrollo, ya que los hábitos de higiene adquiridos en la infancia suelen persistir en la edad adulta.

El estudio se enmarca en el contexto del sistema educativo boliviano y las políticas de salud bucal del país. Se considerarán factores socioeconómicos y demográficos propios del municipio de Vinto, así como las características específicas de la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta.

Los resultados de esta investigación podrían ser útiles para desarrollar estrategias educativas más efectivas sobre higiene oral en el ámbito escolar, contribuyendo así a mejorar la salud bucal de los niños en la región y, potencialmente, en todo Bolivia.

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

La higiene oral en niños es un tema de gran importancia en la salud pública. Estudios previos han demostrado que el conocimiento sobre higiene oral adquirido en la infancia tiene un impacto significativo en la salud bucal a lo largo de la vida. En Bolivia, investigaciones anteriores han mostrado variaciones en el nivel de conocimiento sobre higiene oral entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos.

La OMS, en un informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales presentado en febrero de 2004, menciona que la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis (sangrado de las encías) y caries; mientras que entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales. Entre el 5 y el 15% de la mayoría de los grupos de población sufre periodontitis grave, que puede ocasionar la pérdida de dientes.¹

La diversa literatura señala a la placa bacteriana como el principal agente etiológico de las enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis) y las caries. La placa bacteriana tiene relevancia para el establecimiento de la enfermedad gingival, porque se comporta como un agente químico-microbiano de alta agresividad a la mucosa bucal, por el alto contenido bacteriano de cocos y bacilos grampositivos y negativos, fusobacterias, espirilos, espiroquetas y nocardias, principalmente, circunstancia por la cual no resulta sorprendente observar correlaciones positivas entre esta condición, la prevalencia y severidad de la gingivitis.² Por esta misma razón, la caries ha sido considerada como un reservorio importante bacterias y, por lo tanto, es otro factor que debe ser considerado y asociado a la prevalencia de gingivitis.

El control de la placa es una manera eficaz de tratar, prevenir la gingivitis, la periodontitis y la caries, siendo una parte decisiva de todos los procedimientos terapéuticos y prevención de las enfermedades periodontales. La evidencia científica muestra que estas enfermedades se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura. Los padres de familia son los responsables de la educación para la salud oral en sus hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la

cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño.¹

La iniciativa mundial de salud escolar de la OMS pretende impulsar la promoción de la salud y la educación sanitaria en los ámbitos local, regional, nacional y mundial. La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes.

La adquisición de información y desarrollo de habilidades es parte de la educación en salud, para estimular el cambio de comportamiento y actitud del individuo, beneficiando la salud de manera general. Actualmente la literatura sugiere que la educación en salud bucal sea lo más precoz posible, ya que durante el periodo gestacional la mujer se encuentra más susceptible a adquirir conocimientos sobre cuidados para con su bebé, y consecuentemente también receptiva a entender el valor de la buena salud bucal, así la prevención iniciada precozmente se torna más efectiva y fácil de realizar. Por ese motivo es importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos alimenticios de la familia y formadora de conceptos sobre salud. Desde el inicio del siglo, algunos profesionales del área odontológica han demostrado preocupación en desmitificar la creencia popular.³

La caries dental precoz es un grave problema de salud pública, ya que los niños que presentan caries en la primera infancia tienen mayor probabilidad de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, como también dolor al momento de comer. Otras consecuencias de caries dental en la vida de los niños incluyen hospitalizaciones y visitas a la atención de emergencia, aumento en los costos del tratamiento, riesgo de atraso del crecimiento físico y aumento de peso, e impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud.³

La caries dental y la enfermedad periodontal son unas de las patologías de mayor Prevalencia a nivel mundial y aunque existe distintos avances científicos no se ha logrado erradicar la patología.

El objetivo de este estudio es que sirva como base para el desarrollo de futuras Investigaciones y para la planificación y ejecución de programas preventivos restaurativos, con el motivo de poder reducir el impacto de la caries dental y la enfermedad periodontal a nivel nacional.

Antecedentes de Estudios:

Rosales M. (2014, Perú) En esta investigación evaluaron la relación entre la prevalencia de gingivitis y la higiene oral en los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche. Se realizó en una población de 424 donde se encontró una prevalencia de 76.7% de gingivitis; así mismo el 4.9% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 42.1% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 53% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Con respecto al índice de higiene oral en el género masculino, el 5.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 37.4% índice de higiene oral aceptable y el 57.1%, índice de higiene oral deficiente. En el género femenino, el 4.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 46% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 49.5% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Se concluye que los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche padecen gingivitis y esta se encuentra relacionada a la higiene oral.

Díaz y Col (2009, Cuba) En este estudio evaluaron el nivel de conocimientos sobre salud e higiene bucal en los niños de la escuela primaria "Gerardo Medina" del municipio Pinar del Río, antes y después de realizada la intervención educativa, evaluando así su eficacia. Estuvo constituida por 142 niños, 70 del sexo masculino y 72 del femenino, en edades comprendidas entre los 9 y 11 años. Se les aplicó una encuesta con el fin de determinar sus conocimientos sobre salud bucal y evaluar su higiene bucal antes y después de realizada la intervención. Los resultados mostraron que antes de la intervención existían bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal, así como deficiente higiene bucal en la mayoría de los niños, mostrando ambas variables una estrecha relación; después de la intervención se alcanzó una mejoraría significativa en los conocimientos y la higiene bucal. Se concluye la eficacia del programa educativo participativo aplicado y de los métodos y medios de enseñanza utilizados, dado por los cambios favorables alcanzados después de realizada la intervención. Almerich y Col (2006, España).⁷ En este estudio se realizó una encuesta sobre hábitos de higiene oral y conocimientos acerca de la prevención de la caries dental que presentan los escolares de 12 y 15-16 años de la Comunidad Valenciana, y que fue realizada simultáneamente con el estudio epidemiológico de salud oral de 2004. Donde se encuestaron a 478 escolares de 12 años y 401 de 15-16 años. El 67,2% de la edad de 12 años y a los 15 a 16 años con el 75,9% utilizaron servicio odontológico privado. El 56,4% de los encuestados de 12 años y el 45,6% de los de 15-16 años han ido al

dentista en los últimos seis meses. En cuanto al cepillado diario más de una vez al día con un 52,3% de los niños de la edad de 12 años y los de 15 y 16 años con un 52,4%. Los que realizaron enjuagues de flúor en el colegio más de dos veces con un 51,7% a la edad de 12 años y a la edad de 15 y 16 años obtuvieron un 62,5%. En cuanto a la ingesta de alimentos azucarados altamente cariogénicos una o dos veces a la semana la realizaron el 22,6% de los encuestados de 12 años y el 27% de los de 15-16 años. En conclusión en el género femenino presenta mejores indicadores de higiene que en el género masculino⁴

Determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”, Lima-Perú, 2012. Materiales y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante un cuestionario de preguntas cerradas; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimientos básicos de salud oral y el índice de higiene oral simplificado (IHO-s). Se realizó el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral se empleó la prueba Chi cuadrado. Resultados. La mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala” (59,2%), seguido por “regular” (38,2%). No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral ($P: 0,360$). Conclusiones. Aunque la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.⁵

Introducción: El futuro de la salud bucal de un niño, aún antes de que nazca, puede estar determinado por la madre, y los cuidados que le provean en los primeros meses de vida

garantizan una dentadura saludable en la infancia y la adolescencia. Objetivo: Describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo en el año 2010. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. Resultados: La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. Conclusión: El conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud.⁶

2. JUSTIFICACIÓN

En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, que a menudo es acompañada de dolor o sensación de molestia. Las enfermedades periodontales pueden desembocar en la pérdida de piezas dentarias que afectan entre un 15%-20% de los adultos de edad

Media.⁴

Este estudio es necesario porque proporcionará datos actualizados sobre el nivel de conocimiento de higiene oral en un grupo específico de niños en Vinto, Cochabamba.

Ayudará a identificar posibles brechas en el conocimiento sobre higiene oral en esta población. Y los resultados pueden ser útiles para diseñar programas educativos más efectivos sobre salud bucal en la región también contribuirá a la literatura sobre salud oral infantil en Bolivia, donde los estudios localizados son limitados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que a los 7 años se considere Como la edad global de vigilancia de comparaciones de tendencias de la caries y Enfermedad periodontal que son consecuencia de una deficiente higiene bucal.

La presente investigación tiene relevancia humana porque está enfocada en escolares de 7 y 8 años de edad, los cuales se encuentran en etapas vulnerables, debido al reciente cambio dentario,

además debido a su temprana edad podemos modificar su conducta en relación a su higiene bucal y de esta manera evitar posibles patologías que alteren su sistema estomatognático, mejorando su calidad de vida en diferentes ámbitos, como estéticos, funcionales y económicos. La investigación tiene relevancia científica, porque mediante este estudio se podrá saber sobre el conocimiento de higiene oral en niños escolares, actualmente a pesar de los múltiples avances científicos, aún existe la falta de conocimiento de una adecuada higiene dental, los programas de prevención odontológica resultan insuficientes y tratamientos incompletos son los que dan como resultado patologías bucales como: la caries dental y la enfermedad periodontal.

El estudio busco promover la incorporación de temas básicos sobre la higiene oral en el plan de estudios de la institución educativa con la intención de concientizar, orientar, educar y reforzar a los estudiantes de los beneficios de una buena higiene oral ya que serán ellos quienes ayuden a socializar la información con sus padres y amigos, con el único fin de evitar posibles complicaciones a causa de la mala higiene oral. Uno de los problemas que afronta nuestro país hoy en día es la falta de conocimiento sobre salud oral especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos⁵

3. SITUACIÓN PROBLÉMICA

A pesar de la importancia de la higiene oral para la salud general, se observa que muchos niños en edad escolar en Vinto, Cochabamba, presentan problemas dentales que podrían prevenirse con buenos hábitos de higiene oral. Se desconoce el nivel actual de conocimiento sobre higiene oral en los niños de 7 años de esta localidad, lo que dificulta la implementación de estrategias educativas efectivas. En la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta, se ha observado una alta prevalencia de problemas dentales entre los estudiantes de 7 años, lo que indica una posible deficiencia en los conocimientos y prácticas de higiene oral. La falta de educación adecuada sobre el cuidado bucal en los niños de esta edad podría estar contribuyendo a la aparición de caries y otras enfermedades dentales, afectando su bienestar general y rendimiento escolar.

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN O PREGUNTA CIENTÍFICA.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en los niños de 7 Y 8 años de edad del curso 2° A de la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta del municipio de Vinto, Cochabamba, durante los meses de junio a julio del 2024?

B. OBJETIVOS

4. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en los niños de 7 y 8 años de edad del curso 2° A de la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta del municipio de Vinto, Cochabamba, durante los meses de junio a julio del 2024.

5. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre las prácticas básicas de higiene oral entre los niños de 7 y 8 años.
- Evaluar la efectividad de las estrategias educativas implementadas en la escuela sobre higiene oral.
- Identificar el conocimiento de los niños sobre las técnicas correctas de cepillado dental.
- Proponer recomendaciones para mejorar la educación en higiene oral en la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE

La investigación corresponde al enfoque cuantitativo, por la precisión y objetividad ya que un enfoque cuantitativo permite la recolección de datos precisos y objetivos a través de encuestas estructuradas. Esto asegura que las respuestas de los participantes sean medibles y comparables, lo que es esencial para evaluar el nivel de conocimiento de manera confiable.

Análisis Estadístico facilitando el uso de técnicas estadísticas para identificar patrones y relaciones, proporcionando una visión clara del nivel de conocimiento. Los resultados pueden ser generalizados a una población más amplia, lo que es útil para diseñar programas educativos y políticas de salud pública. Y la eficiencia que permitiera recolectar una gran cantidad de datos en un tiempo relativamente corto, aprovechando al máximo el tiempo disponible en un entorno escolar.

La evaluación de Intervenciones es ideal para medir el impacto de intervenciones educativas, proporcionando evidencia empírica sobre su efectividad.

6.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño descriptivo transversal es ideal para esta investigación porque, Captura del Estado Actual proporcionando una visión clara del nivel de conocimiento y prácticas de higiene oral en un momento específico.

Eficiencia en Tiempo y Recursos ya que recolecta datos en un solo punto temporal, ideal para entornos escolares con tiempo limitado.

Identificación de Necesidades Inmediatas, permitiendo detectar áreas que requieren atención y mejora rápida.

Simplicidad Metodológica ya que es sencillo de implementar y analizar, adecuado para investigaciones con recursos limitados.

Los resultados pueden servir como base para estudios longitudinales futuros.

6.3 MÉTODOS:

Inductivo deductivo, porque a partir de un resultado obtenido se podrán generalizar los mismos en poblaciones con características similares

Histórico lógico, porque se realizará una investigación exhaustiva de estudios previos para la construcción teórica de la investigación

Medición, porque se utilizarán análisis estadísticos y matemáticos para la interpretación de los resultados obtenidos

6.4 TÉCNICAS:

- Encuesta estructurada
- Observación directa

6.5 PROCEDIMIENTOS:

- Obtención de permisos éticos y administrativos necesarios.
- Selección de la muestra (todos los niños de 7 años del curso 2° A).
- Aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Análisis estadístico de los datos recopilados.
- Interpretación de resultados y elaboración de conclusiones.

6.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

- Cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre conocimientos de higiene oral, adaptado a la edad de los participantes.

Este diseño metodológico le permitirá recopilar datos cuantitativos sobre el nivel de conocimiento de higiene oral en la población objetivo, proporcionando una base sólida para su investigación.

6.7 POBLACIÓN

La población está constituida por 28 estudiantes de 7 y 8 años de edad del curso 2° “A” de la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta de municipio de Vinto. Cochabamba.

6.8 MUESTRA

La muestra de estudio es del total de estudiantes 28 que asistieron el día que se tomó la encuesta, comprendidos entre las edades de 7 y 8 años de edad del curso 2° “A” de la Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta.

CAPITULO I

1 MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas científicas

1.1.1 Conocimientos

A lo largo de la historia han sido planteadas múltiples versiones sobre cómo se adquiere el conocimiento. Pensadores importantes como Descartes, Locke, Hume, Leibniz o Kant han propuesto diferentes teorías para observar la forma en que el conocimiento llega al ser humano. Existen diferentes tipos de conocimientos:

- a). Conocimiento cotidiano es también conocido como empírico espontáneo, y es obtenido por la experiencia de las prácticas diarias que realiza el ser humano. Este conocimiento permite acumular experiencias a lo largo de la vida y es transmitido de generación en generación.
- b). El conocimiento técnico, se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.
- c). El conocimiento empírico es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es a metódico y asistemático. d). El conocimiento científico es otro tipo de conocimiento y es el más certero. Va más allá de lo empírico⁸.

1.1.2 Higiene oral

La higiene bucal es el cuidado adecuado de sus dientes, encías y boca para prevenir y promover la salud de las enfermedades bucales. La buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.⁹

Los dientes saludables tienen menos caries y mantener los dientes limpios hace que los depósitos de sarro desaparezcan o se minimicen. Las encías sanas se presentan rosadas y firmes,¹⁵ razón por la cual la higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas, pero sobre todo la higiene oral representa un método eficaz para mantener una

buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. Desde el nacimiento, la boca es colonizada por múltiples microorganismos. De forma permanente, sobre la superficie de los dientes y tejidos adyacentes se depositan las bacterias, constituyendo la placa dental bacteriana, esta placa bacteriana en sus inicios no es tan perjudicial para los dientes, por esa razón debemos utilizar herramientas que nos ayuden a reconocerla para así poder prevenir con secuencias adversas.^{10,11} A. Índice de higiene oral El Índice de Higiene Oral Determina el grado de higiene bucal considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental (sarro),^{12,13}

¿Hay 2 formas que permite observar la placa bacteriana?

Control químico: actúa sobre el agente causal. **Control mecánico:** actúa sobre el agente causal y sobre el medio ambiente.^{13,14} La estrecha asociación entre la presencia de la placa bacteriana y las enfermedades periodontales determinó la aparición de diversos índices para medir los niveles de higiene oral. Entre ellos pueden destacarse los siguientes:

1. Índice de higiene oral e índice de higiene oral simplificado

Fue desarrollado en 1960 por Greene y Vermillion y modificado cuatro años después como el IHO-S. La versión simplificada proporciona la misma información que la versión anterior, pero puede ser realizado de forma más rápida. Es muy útil para encuestas epidemiológicas a gran escala, pero por lo general no se cree que sea lo suficientemente sensible para evaluar con precisión el estado de higiene oral de un paciente individual. El IHO tiene dos componentes: la puntuación de detritus orales y la puntuación de cálculo, placa, materia alba y remanentes de comida”. En el IHO-S, los depósitos blandos y duros son evaluados sólo en superficies vestibulares o linguales de seis dientes seleccionados. Estos son las superficies vestibulares de los primeros molares superiores en ambos lados, las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores. Los criterios para las puntuaciones del IHO-S se muestran a continuación: depósitos blandos y duros son evaluados sólo en superficies vestibulares o linguales de seis dientes seleccionados. Estos son las superficies vestibulares de los primeros molares superiores en ambos lados, las superficies vestibulares de los

incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores. Los criterios para las puntuaciones del IHO-S se muestran a continuación:¹⁵

1. **Consecuencias de una Mala Higiene oral.**
2. **Placa.** Conjunto de bacterias que hay en la superficie de los dientes y de las encías. Tiene forma de película incolora y pegajosa, se deposita sobre los dientes y es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías. Sarro. Es la placa bacteriana endurecida. Cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza. Es la placa bacteriana endurecida. Cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza. También se puede formar en el borde de las encías y debajo de éstas, lo que irrita el tejido gingival. Su color es marrón o amarillento.¹⁶
3. **Caries.** Una higiene bucal deficiente permite que se acumulen en la boca restos alimenticios que producen ácidos que destruyen el esmalte. Estos restos, principalmente azúcar, alimentan a otros microbios que atacan la estructura debilitada de los dientes. Enfermedad periodontal. Es una patología crónica causada por la placa bacteriana y que conduce a la pérdida de soporte periodontal de los dientes, es decir, del hueso en el que éstos se sujetan y de las encías.¹⁷
4. **Mal Aliento (halitosis).** Aproximadamente, el 40% de la población padece o ha padecido halitosis debido a una higiene bucal incorrecta o a enfermedad de las encías, entre otras causas. Este problema disminuye con un buen cepillado y una limpieza profunda con hilo y enjuague bucal. ¿Qué significa buena higiene bucal? La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que:
 1. Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
 2. Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
 3. El mal aliento no es un problema constante si las encías duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, o usted sufre de mal aliento persistente, visite a su odontólogo.¹⁸

1.1.3. Cepillo Dental

Es el instrumento primario para la eliminación de la placa dental, que no daña tejidos blandos o duros orales. El cepillo dental debe de cumplir una serie de requisitos como son, su fabricación con cerdas sintéticas o de nilón de igual longitud (cuanto menor es el diámetro de la cerda, más blanda es su textura), blandas, con punta redondeada (para evitar daño a tejidos gingivales), alineadas en varias hileras, agrupadas en penachos dispuestas en un cabezal pequeño para el fácil acceso a todas las zonas de la boca.¹⁹ Los requisitos que deben considerarse para la elección del cepillo dental son: Una adecuado tamaño de la cabeza, que debe ser lo suficientemente pequeña como para permitir una buena maniobrabilidad en la cavidad bucal. El largo de la superficie activa, que es adecuado cuando cubre dos dientes vecinos.

El número de hileras de penachos, que está sujeto al ancho de la cabeza: muchos permiten tres o cuatro hileras con suficiente espacio entre ellas para una adecuada flexibilidad de las fibras y su fácil secado.²⁰ Los cepillos dentales pueden albergar microorganismos como bacterias como bacterias, virus y hongos entre sus cerdas, favoreciendo de esta manera la translocación de especies entre un mismo individuo y/o la transmisión de especie entre individuos. Se ha llegado inclusive a encontrar bacilos entéricos gramnegativos, en aquellos cepillos dentales que han sido almacenados en la cercanía del sanitario. Por lo anterior sería aconsejable seguir las recomendaciones que brinda la asociación dental americana (ADA) sobre el cuidado de los cepillos dentales.²¹

Tipos de cepillos

Cepillo sulcular: tiene dos hileras de fibras y se aconseja a personas sometidas a tratamientos de periodoncia.²²

Cepillos interproximales: sirven para limpiar los espacios interproximales en personas sometidas a tratamientos periodontales o con espacios grandes entre los dientes.²³

Cepillos dentales eléctricos: son útiles para personas discapacitadas y para ancianos. Otros cepillos, como los de ultrasonidos.²³

1.1.4. El cepillado dental

El método más eficaz, sencillo y cómodo para eliminar placa bacteriana a nivel individual es el cepillado, para evitar las enfermedades más frecuentes causadas por la placa: caries y

enfermedad periodontal. Veremos que la mayoría de sistemas que se utilizan para eliminar placa bacteriana se basan en un efecto mecánico, la placa es eliminada por arrastre o fricción de los diferentes sistemas usados. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que comprende un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias; si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan los resultados adecuados.²³

1.1.5. Técnicas de cepillado

El cepillado correcto lleva al menos dos minutos. La mayoría de los adultos no se cepillan durante tanto tiempo. A fin de tener una idea del tiempo involucrado, utilice un cronómetro. Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones. Concéntrese en limpiar bien cada sección de la siguiente manera:²³

1.1.6. Técnica de Fones (rotación vertical)

Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.²⁴

1.1.7. Técnica de Bass

Se coloca el cepillo en una posición de 45° en el surco gingival, sólo la primera hilera se aproximará al surco, mientras que la hilera adyacente tocará el margen gingival. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas se adaptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión, de modo que los restos existentes en el surco gingival ascienden por capilaridad, pasando al cepillo. Las caras oclusales se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie anteroposterior. oclusal

con movimiento vibratorio corto. Éste método es ampliamente aceptado como el más efectivo para la remoción de placa adyacente al margen gingival.²⁵

1.1.8. Técnica de Bass modificado

Es la considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Posteriormente se mueve el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantener un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. cepillar suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Hacer varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.²⁶

1.1.9. Técnica de Stillman

El cepillo se coloca con los extremos de sus puntas descansando, parte sobre la porción cervical de los dientes, y parte sobre la encía adyacente, formando, en dirección apical, un ángulo oblicuo (45°) con el eje mayor de los dientes. En esta técnica el cepillo se coloca más alto que en la de Bass; se vibra y se desplaza hacia la corona (desplazamiento en sentido vertical), limpiando desde la encía hacia la corona. Aquí se utilizan los lados más que los extremos de las cerdas, y se evita que penetren en el surco gingival. Es un método indicado para la limpieza de las zonas con recesión gingival y exposición radicular.²⁶

1.1.10. Técnica de chárter

El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia la corona, con un ángulo de 45° con respecto al eje mayor de los dientes. Las cerdas no penetran en el surco gingival, pero si en los espacios interproximales, y una vez en posición lo vibramos para que las cerdas limpien estos espacios. Está indicado en pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que han perdido puntos de contacto. Es una técnica especialmente indicada para el masaje gingival, y la higiene de los espacios interproximales.²⁶

1.1.11. Técnica horizontal

Las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelocementaria.²⁷

1.1.12. Complementos para la limpieza interdental

Se ha comprobado que ninguna técnica de cepillado dental es incapaz de eliminar por completo la placa interdental, que son las zonas más críticas, pues en la papila interdental es donde con más frecuencia se inicia la inflamación gingival. Por lo tanto debe recurrirse al uso de complementos específicos para la limpieza interdental.²⁸

A. Hilo/ seda dental: La seda dental está formada por varios filamentos que se desplazan al entrar en contacto con la superficie del diente, aumentando así el área de contacto para limpiar la superficie interproximal. Se han comercializado varios tipos de seda, desde productos finos no encerados hasta sedas enceradas más resistentes al desgarro, con flúor, mentolados. También existe la seda dental florada, que añade la acción protectora del flúor al efecto de la higiene interdental.²⁸ El uso del hilo dental fue efectivo en reducir el riesgo de caries interproximal en niños solo cuando era aplicado por un profesional. Se podría considerar que un profesional que domine bien la técnica consigue un alto nivel de eficacia del hilo dental.²⁹

B. Modo de empleo: Se coge aproximadamente 30-45 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente, incluyendo el interior del surco, este movimiento de arriba abajo se repite más de una ocasión.³⁰

B. Cepillos interdentes. Los cepillos interproximales están compuestos por filamentos de nailon suaves enroscados en un fino alambre de acero inoxidable, son cónicos o cilíndricos de cerda montados en un mango, de penacho único. Los cepillos interdentes son aptos para la limpieza de superficies dentarias cóncavas, irregulares y grandes adyacentes a espacios interdentes amplios. Modo de empleo: Los cepillos se insertan en sentido oblicuo en el espacio interdental desde una dirección apical; la limpieza se realiza mediante un movimiento de vaivén. Este cepillo es

el elemento interdental de elección cuando hay concavidades o surcos que han quedado expuestos. Estos cepillos interproximales representan una herramienta de limpieza interdental ideal, especialmente para pacientes con periodontitis.³⁰

C. Palillos dentales Es muy posible que mondar los dientes sea uno de los hábitos más antiguos de la humanidad y el palillo de madera, una herramienta más primitiva. Las puntas sin mango acceden desde las superficies vestibulares sobre todo en zonas anteriores y de premolares. Las puntas de hule están montadas en mangos y se las adapta con facilidad a todas las superficies proximales de la boca.

Modo de empleo: Las puntas de maderas triangulares blandas o sus alternativas de plástico se colocan en el espacio interdental de tal forma que la base del triángulo se apoye sobre la encía los lados entren en contacto con las superficies dentarias proximales; y se desplaza hacia fuera y dentro del espacio, retirando los depósitos blandos de los dientes.³⁰

2.1.1 Pasta o crema dental

Las cremas dentales o dentífricos pueden ser suspensiones o geles estables que se aplican en el cepillo dental con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales y generar un aliento fresco. Están compuestas por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como monofluorofostato de sodio, fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, clorofila, sábila, clorhexidina, sustancia reveladora y muchas más. Puede considerarse que aplicar otras sustancias en la cavidad bucal.³¹

2.1.2 Colutorios o enjuagatorios:

Los enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método sencillo y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro. Para uso diario se recomienda una solución al 0,05% (0,023 de fluoruro) y una a 0,2% (0,09 de fluoruro) para uso semanal o quincenal. En Cuba, las aplicaciones las reciben los niños con edades comprendidas entre 5 y 14 años, ambos inclusive. Para su 29 preparación y metodología, se disuelve una tableta de un gramo de fluoruro de sodio en 500 ml de agua, cada niño recibe 10 ml de la solución. Es importante que retengan la solución en la boca durante un minuto y en los primeros segundos deben moverla para que Resulta de suma importancia recomendar que después de realizar enjuagatorio, laca flúor, barniz o gel no

se debe ingerir alimentos hasta las 2 horas, no cepillarse los dientes hasta pasadas 12 horas y dieta blanda durante 12 horas. En pacientes con riesgos de caries se puede realizar aplicación de solución de fluoruro de sodio a 2%, combinado con laserterapia, durante 5 días continuos, cada 3 meses o una vez al año en dependencia del riesgo.

2.1.3 Definición de la terminología

2.1.4 Nivel de conocimientos: aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo.³³

2.1.5 Hábito: Es el resultado del ejercicio de actividades para poseer un bien o para lograr un fin determinado.³³

2.1.6 Higiene oral: referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.³³

1.2 MARCO CONTEXTUAL

1.2.1 Ubicación y Contexto General

El Colegio Avelino Mérida Zubieta está ubicado en el municipio de Vinto, en el departamento de Cochabamba, Bolivia. Vinto es una localidad que se encuentra en el valle central de Cochabamba y se caracteriza por su mezcla de áreas urbanas y rurales, lo que influye en las dinámicas socioeconómicas y educativas de la región.

1.2.2 Características Socioeconómicas

El municipio de Vinto presenta una diversidad socioeconómica significativa, con sectores que varían desde áreas urbanas con acceso a servicios básicos y educación, hasta áreas rurales donde el acceso a estos servicios puede ser limitado. La economía de Vinto se basa principalmente en la agricultura, el comercio y, en menor medida, la industria. Estas características económicas impactan directamente en la calidad de vida de los habitantes y en su acceso a servicios de salud y educación.³²

1.2.3 Infraestructura del Colegio

El Colegio Avelino Mérida Zubieta es una institución educativa de nivel primario y secundario que atiende a una población estudiantil diversa. La infraestructura del colegio incluye aulas adecuadas, un patio de recreo, y áreas destinadas a actividades deportivas y culturales. Sin embargo, como muchas instituciones educativas en la región, puede enfrentar desafíos relacionados con el mantenimiento de la infraestructura y la disponibilidad de recursos didácticos y tecnológicos.

Perfil de los Estudiantes

Los estudiantes del Colegio Avelino Mérida Zubieta provienen de diversas familias con diferentes niveles socioeconómicos y educativos. Esta diversidad se refleja en el rendimiento académico y en las necesidades educativas de los alumnos. Muchos estudiantes enfrentan desafíos relacionados con el acceso a materiales educativos y apoyo académico fuera del horario escolar.³²

Programas y Actividades Educativas

El colegio implementa una variedad de programas educativos diseñados para mejorar la calidad de la educación y promover el desarrollo integral de los estudiantes. Estos programas incluyen actividades extracurriculares, como deportes, artes y talleres de formación técnica. Además, se han realizado esfuerzos para integrar la educación en salud, incluyendo la salud bucal, como parte de la currícula escolar.

1. **Programas de Salud Bucal:** En colaboración con entidades de salud locales, el colegio ha llevado a cabo campañas de educación sobre higiene oral, distribuyendo kits de higiene dental y realizando talleres para enseñar a los niños sobre la importancia del cuidado dental.³³
2. **Actividades Culturales y Deportivas:** Estas actividades son fundamentales para el desarrollo social y físico de los estudiantes. A través de eventos culturales y competencias deportivas, los estudiantes tienen la oportunidad de desarrollar habilidades interpersonales y mantener una vida activa y saludable.

Desafíos y Oportunidades

El Colegio Avelino Mérida Zubieta enfrenta varios desafíos que afectan su capacidad para ofrecer una educación de alta calidad. Entre estos desafíos se incluyen:

1. **Limitaciones de Recursos:** La falta de recursos financieros y materiales puede limitar la implementación de programas educativos y de salud efectivos.
2. **Acceso a Tecnología:** La brecha digital es un desafío significativo, ya que muchos estudiantes no tienen acceso a dispositivos electrónicos e internet en sus hogares, lo que dificulta el aprendizaje en línea y el acceso a información adicional.
3. **Capacitación Docente:** La capacitación continua de los docentes es crucial para mejorar la calidad de la enseñanza y la implementación de nuevas metodologías educativas.³³

A pesar de estos desafíos, el colegio también tiene oportunidades para mejorar y crecer:

1. **Colaboraciones y Alianzas:** Formar alianzas con organizaciones no gubernamentales, instituciones de salud y universidades puede proporcionar recursos y apoyo adicional para mejorar la educación y la salud de los estudiantes.
2. **Implementación de Programas Innovadores:** La introducción de programas educativos innovadores y la integración de la tecnología en el aula pueden mejorar significativamente el aprendizaje y el desarrollo de los estudiantes.
3. **Participación Comunitaria:** Fomentar la participación de los padres y la comunidad en las actividades escolares puede fortalecer el apoyo a los estudiantes y crear un entorno educativo más inclusivo y colaborativo.

1.2.4 Aspectos Geográficos del Municipio de Vinto

Ubicación Geográfica

El municipio de Vinto se encuentra en el departamento de Cochabamba, Bolivia. Es parte de la provincia de Quillacollo y está situado en el valle central de Cochabamba, una región conocida por su clima templado y su importancia agrícola.

Extensión y Límites

Extensión: El municipio de Vinto abarca una superficie aproximada de 60 km². Esta área incluye tanto zonas urbanas como rurales, con una combinación de terrenos agrícolas y áreas residenciales.

Límites:

Norte: Limita con el municipio de Sipe Sipe.

Sur: Limita con el municipio de Sipe Sipe.

Este: Limita con el municipio de Quillacollo.

Oeste: Limita con el municipio de Sipe Sipe.

1.2.5 Características Geográficas

Vinto está situado a una altitud promedio de 2,500 metros sobre el nivel del mar. El terreno del municipio es predominantemente plano en las áreas urbanas, mientras que las zonas rurales pueden incluir colinas y tierras agrícolas. El clima en Vinto es templado, con temperaturas moderadas durante todo el año y una temporada de lluvias que generalmente se extiende de noviembre a marzo.³³

Hidrografía

El municipio de Vinto cuenta con varios ríos y arroyos que atraviesan su territorio, siendo los más importantes el río Rocha y el río Viloma. Estos cuerpos de agua son esenciales para la agricultura local y también juegan un papel en el suministro de agua para uso doméstico e industrial.

Uso del Suelo

El uso del suelo en Vinto está dividido entre áreas urbanas, agrícolas y algunas áreas industriales. La agricultura es una actividad económica clave, con cultivos que incluyen maíz, papa, trigo y hortalizas. Las áreas urbanas están en constante expansión debido al crecimiento de la población y la demanda de vivienda.

1.2.6 Población

La población de Vinto ha crecido significativamente en los últimos años. Este crecimiento poblacional ha llevado a un aumento en la demanda de servicios públicos, como educación, salud e infraestructura. La diversidad socioeconómica de la población refleja una mezcla de comunidades urbanas y rurales con diferentes niveles de ingresos y acceso a servicios.³³

Infraestructura

El municipio de Vinto cuenta con una infraestructura básica que incluye carreteras, sistemas de agua potable y electricidad. Sin embargo, el desarrollo de infraestructura varía entre las áreas urbanas y rurales, siendo las primeras generalmente mejor servidas. El transporte público conecta Vinto con la ciudad de Cochabamba y otros municipios cercanos, facilitando el acceso a mercados y servicios.

1.2.7 Sistema educativo en Bolivia

El sistema educativo boliviano ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas, especialmente tras la implementación de la Ley de Educación "Avelino Siñani - Elizardo Pérez" en 2010³². Esta ley establece un modelo educativo sociocomunitario productivo, que busca integrar la educación con la realidad social y cultural del país³³

La estructura del sistema educativo boliviano comprende tres niveles: educación inicial en familia comunitaria, educación primaria comunitaria vocacional, y educación secundaria comunitaria productiva³³ La educación primaria, donde se ubican los niños de 7 y 8 años objeto de este estudio, tiene una duración de seis años y se enfoca en el desarrollo integral del estudiante³³.

En cuanto al currículo de salud en educación primaria, se ha observado un énfasis creciente en la promoción de hábitos saludables, incluyendo la higiene oral³³ Sin embargo, estudios recientes sugieren que la implementación efectiva de programas de salud bucal en las escuelas sigue siendo un desafío³³

1.2.8 Municipio de Vinto, Cochabamba

Vinto es un municipio ubicado en la provincia de Quillacollo, departamento de Cochabamba, Bolivia. Según datos del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, la población de Vinto se estimaba en aproximadamente 60,000 habitantes para el año 2022 ³³

El perfil socioeconómico de Vinto se caracteriza por una economía mixta, con un sector agrícola importante y un creciente desarrollo urbano ³⁴Un estudio realizado en 2021 indicó que el 45% de la población de Vinto vivía en áreas rurales, mientras que el 55% residía en zonas urbanas ³⁴

En términos de salud, Vinto enfrenta desafíos similares a los de otras regiones en desarrollo. Un informe del Ministerio de Salud de Bolivia en 2023 señaló que la prevalencia de caries dental en niños de edad escolar en Vinto era del 85%, ligeramente superior a la media nacional³⁴

1.2.9 Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta

La Unidad Educativa Avelino Mérida Zubieta es una institución pública ubicada en el municipio de Vinto. Fundada en 1985, la escuela ha sido un pilar importante en la educación local ³⁴

La población estudiantil de la institución refleja la diversidad socioeconómica y cultural de Vinto. En 2023, la escuela atendía a aproximadamente 800 estudiantes, de los cuales el 20% provenía de áreas rurales ³⁴

Un estudio realizado en 2022 sobre el perfil de salud de los estudiantes de esta unidad

educativa reveló que el 70% de los niños entre 6 y 10 años presentaba al menos una caries dental no tratada ³⁵

1.2.10 Políticas de salud bucal en Bolivia

Bolivia ha implementado varias iniciativas para mejorar la salud bucal de su población, especialmente en niños. El Programa Nacional de Salud Oral, lanzado en 2018, tiene como objetivo reducir la prevalencia de enfermedades bucales en un 30% para 2025 ³⁵

A nivel local, la Secretaría de Salud de Cochabamba ha implementado el programa "Sonrisas Saludables" en escuelas primarias, que incluye revisiones dentales anuales y sesiones educativas sobre higiene oral ³⁵

1.2.11 Contexto temporal (junio-julio 2024)

Para 2024, se espera que Bolivia haya avanzado en sus objetivos de salud bucal. Un informe preliminar del Ministerio de Salud indica una reducción del 15% en la prevalencia de caries dental en niños de edad escolar entre 2020 y 2023 ³⁶

En el ámbito educativo, se han implementado nuevas tecnologías para la enseñanza de hábitos de higiene, incluyendo aplicaciones móviles y programas interactivos ³⁶ Sin embargo, la efectividad de estas herramientas en el contexto boliviano aún está en evaluación. ³⁶

CAPITULO II

2.1. DIAGNOSTICO

2.1.2 Técnicas e instrumentación para la recolección de la información y datos

2.1.3 Descripción de los instrumentos

El instrumento se elaboró exclusivamente para el presente estudio en formato físico, siguiendo los criterios establecidos en investigaciones previamente realizadas tales como: La encuesta responderá a las variables. El instrumento se encuentra disponible en anexos.

(VER ANEXO 1)

2.1.4 Procedimientos que garantizan aspectos éticos de la investigación

Los estudiantes de la población de estudio participaron de forma libre y voluntaria, por otra parte, este estudio conto con la autorización de la dirección de la Unidad Educativa Avelino Merida Zubieta gestión 2024 , el estudio fue autofinanciado y no cuenta con conflicto de intereses.

2.1.5 Métodos y modelos de análisis de los datos:

Métodos teóricos

Método empírico

La observación: que nos permitió ver la atención que los estudiantes daban a la charla.

Encuesta: nos permitió conocer su nivel de conocimiento sobre la higiene oral con preguntas cerradas estructuradas física.

2.1.6 Programas informáticos estadísticos a utilizar para el análisis de los datos:

En el presente estudio los datos recolectados se extraerán en formato Excel. Así mismo para realizar el análisis de estadística descriptiva basada en el cálculo de frecuencias y porcentajes.

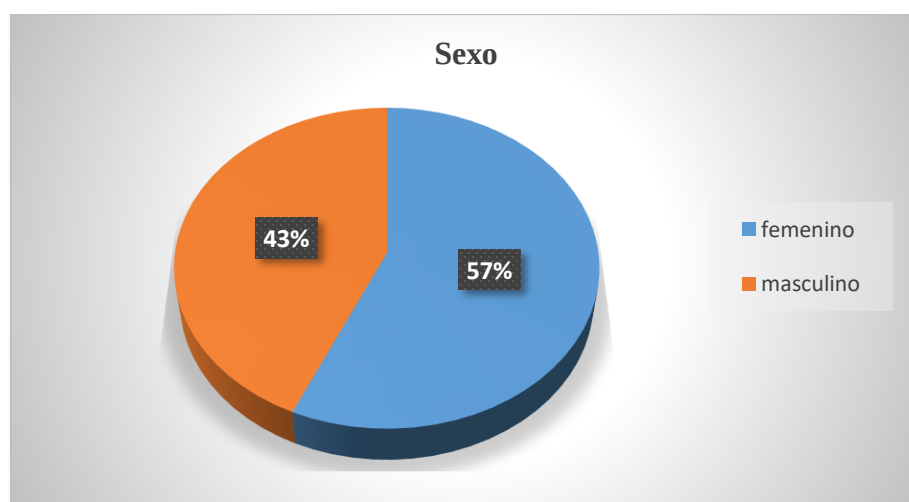
Método histórico lógico: Este método se utilizó para el desarrollo del siguiente estudio en la parte del marco conceptual.

2.1.7 ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Resultados

Presentación de cuadros, tablas y/o gráficos con su respectiva numeración e interpretación y/o análisis.

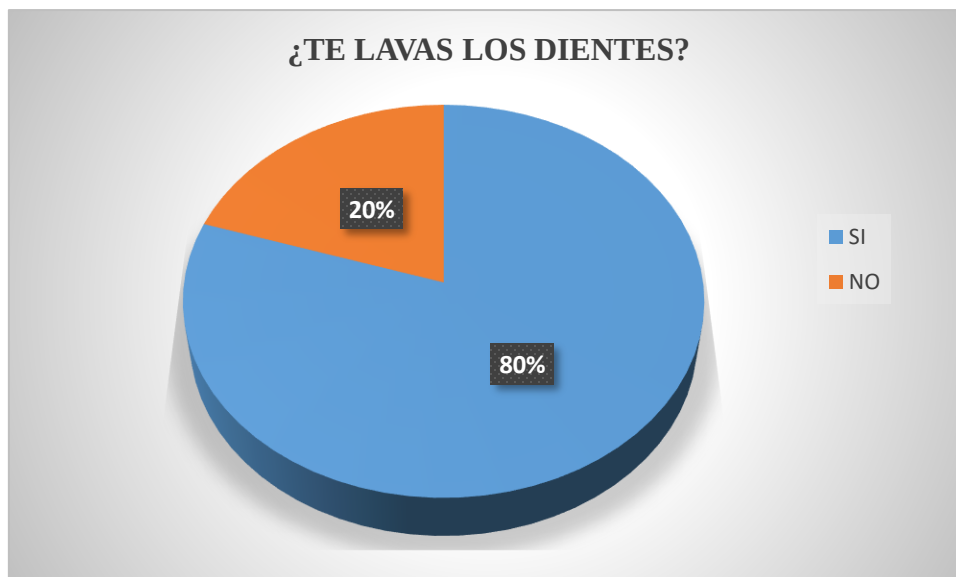
GRÁFICO 1 : DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES SEGÚN SU SEXO U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024



Fuente: Elaboración Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del 100% de los pacientes observados el 57% son del sexo femenino y el 43% del sexo masculino.

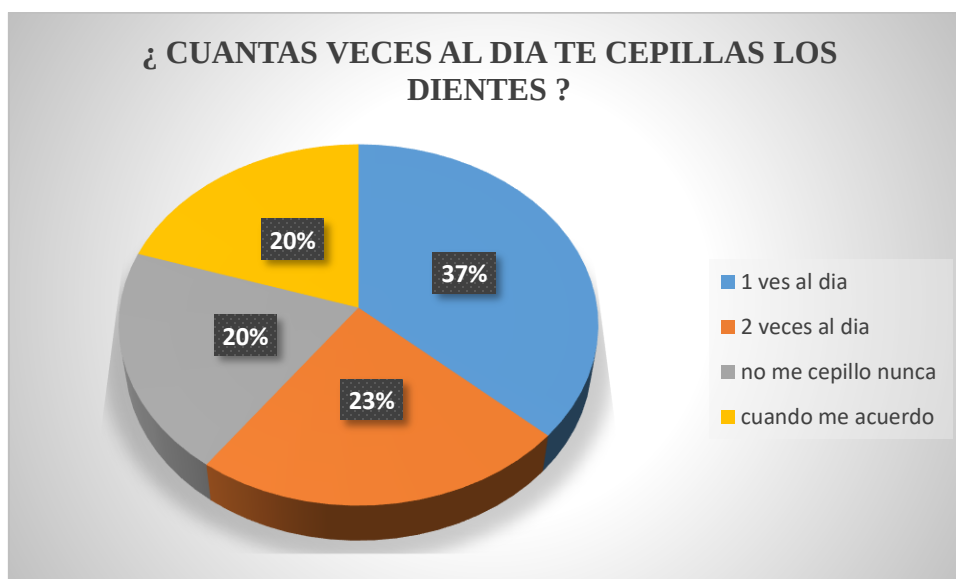
GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CEPILLADO DE LOS DIENTES U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024



Fuente: Elaboración propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 80% (24) si se lavan los dientes y el 20%(6) no se lavan los dientes

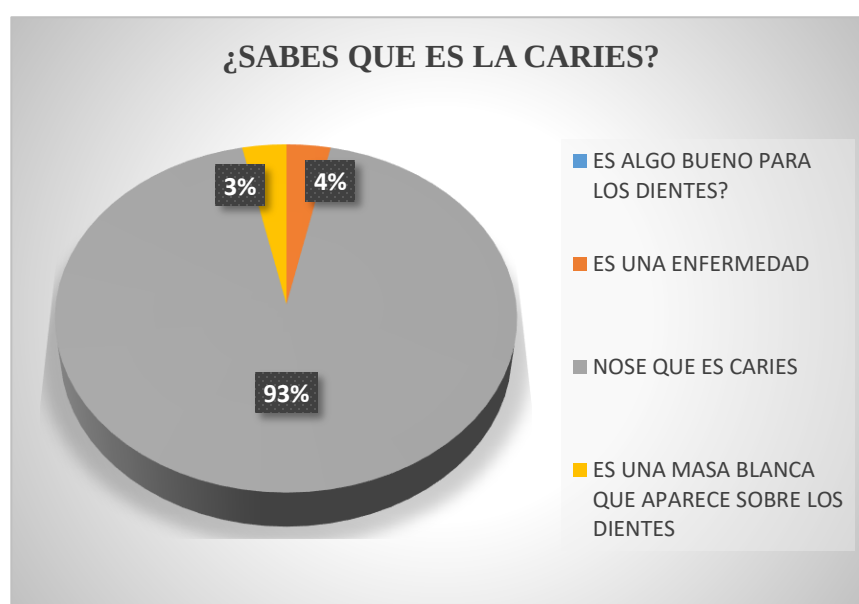
**GRÁFICO N°3 : DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CEPILLADO DIARIO U.E
AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024**



Fuente: Elaboración Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 37% (11) se cepilla 1 vez al día, el 23% (7) se cepilla 2 veces al día, 20%(6) no se cepilla nunca y el 20% (6) se cepilla cuando se acuerda.

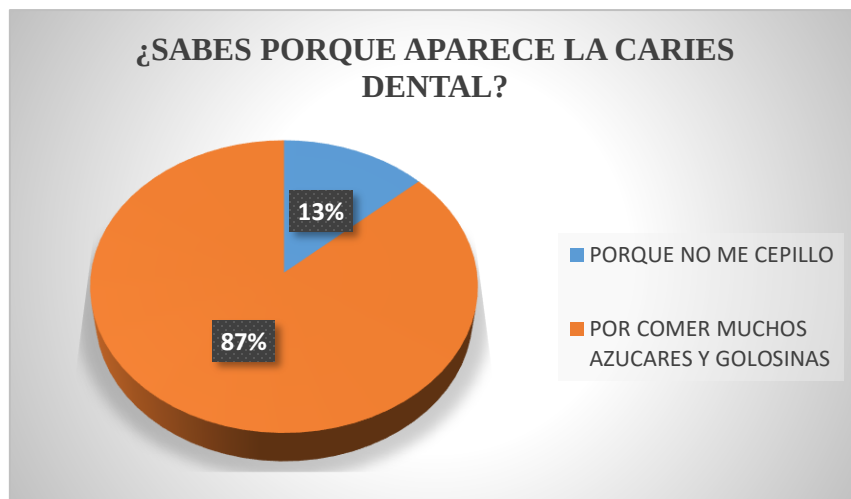
GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024



Fuente: Elaboración Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 0% (0) indica que es bueno para los dientes, el 4%(1) indica que es una enfermedad, 93% (28) indica no saber que es la caries y el 3% (1) indica que es una masa blanca que aparece sobre los dientes.

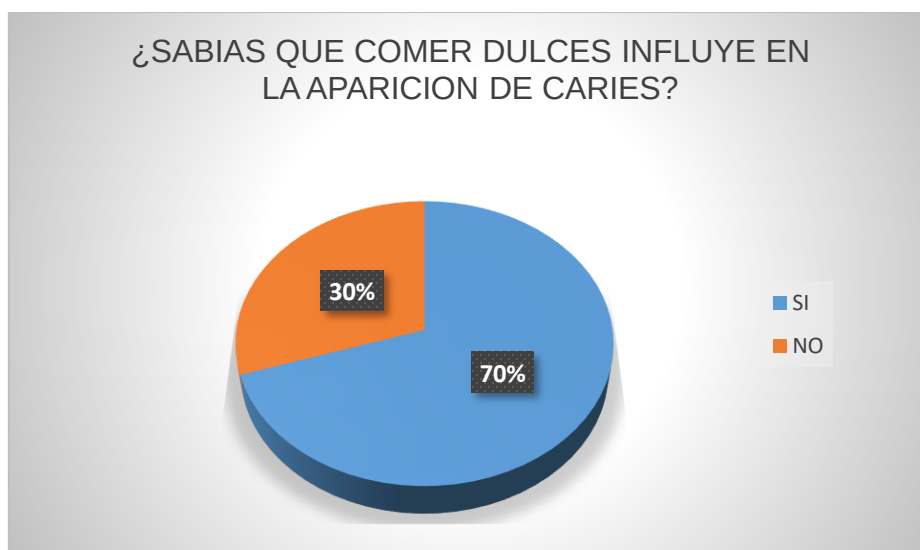
GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CARIES DENTAL U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.



Fuente: Elaboración Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 13% (4) indica que es por no cepillarse los dientes y el 87% (26) indica que es por comer muchos azucars y golosinas.

GRÁFICO N°6 : DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CARIES DENTAL. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 70% (21) indicaron que sí influyen en la aparición de caries y el 30% (9) indicaron que no influyen en la aparición de caries.

**GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DEL GRADO GRADO DE CONOCIMIENTO
SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA
JUNIO A JULIO 2024**



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 3% (1) indican que gaseosas, pastillas, golosinas son más saludables y el 97% (29) indican que las verduras y frutas son más saludables.

GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE (CARNE, HUEVO, LECHE, FRUTAS Y VERDURAS) QUE AYUDAN A TENER DIENTES MÁS FUERTES. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 17% (5) indicaron que los alimentos como la carne, huevo, leche, frutas y verduras no ayudan a tener dientes más fuertes y el 83% (25) indicaron que si ayudan a tener los dientes más fuertes

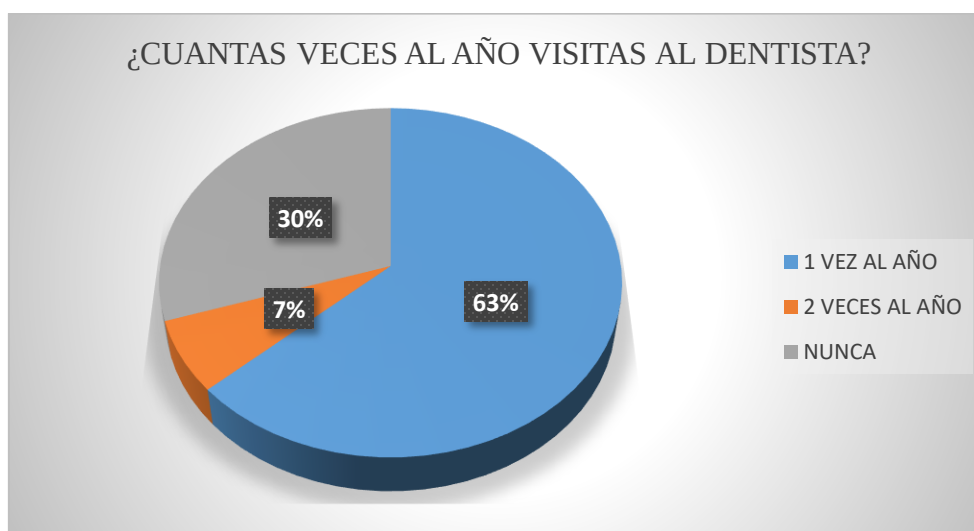
GRÁFICO N° 9 : DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS AZUCARADOS COMO (DULCES, REFRESCOS, GALLETAS, JUGOS) U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población 60% (18) indicaron que consumes alimentos azucarados de 1 a 2 veces al día, el 7% (2) indicaron que consumen alimentos azucarados más de 2 veces, 0% indicaron que nunca comen alimentos azucarados y el 33% (10) alguna vez si consumen alimentos azucarados.

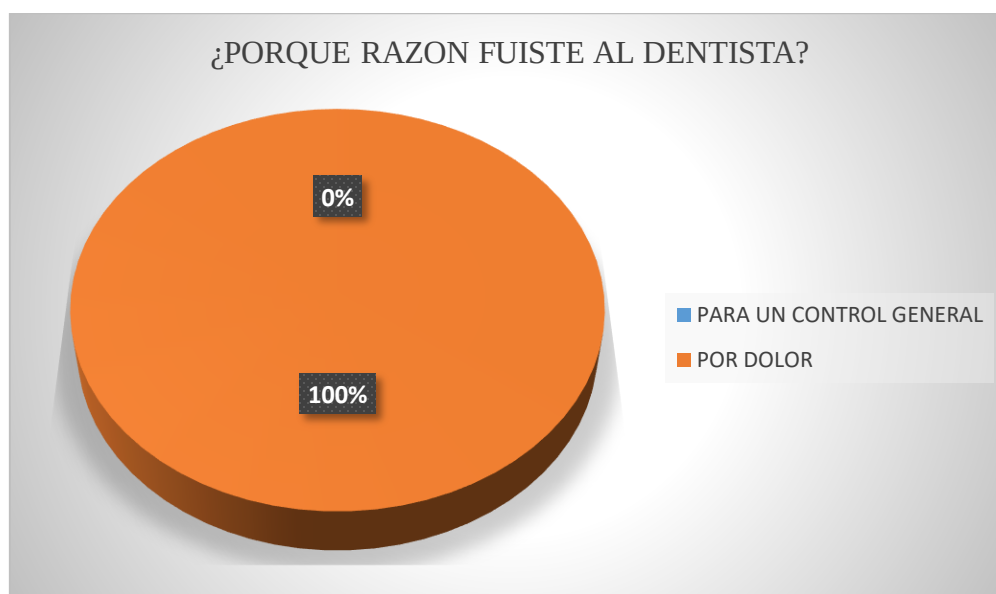
GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 63% (9) visita al dentista 1 vez al año, el 7% (2) visita al dentista 2 veces al año y el 30% (19) nunca visita al dentista.

GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA. U.E AVELINO MÉRIDA ZUBIETA JUNIO A JULIO 2024.



Fuente: Elaboracion Propia

Acerca de la obtención de los usuarios encuestados, aproximadamente del total de la población el 100% (30) acude al dentista por dolor y el 0% para un control general.

2.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2.2.1 CONCLUSIÓN

Realizando la encuesta logramos a determinar que del total de la población el 37% (11) se cepilla 1 vez al día, el 23% (7) se cepilla 2 veces al día, 20%(6) no se cepilla nunca y el 20% (6) se cepilla cuando se acuerda.

Realizando la encuesta logramos a determinar el tipo de dieta que consumen los estudiantes, el 60% (18) indicaron que consumen alimentos azucarados de 1 a 2 veces al día, el 7% (2) indicaron que consumen alimentos azucarados más de 2 veces al día , y el 33% (10) alguna vez si consumen alimentos azucarados, y a la vez se determino el conocimiento de alimentos que pueden contribuir con el fortalecimiento de las piezas dentarias,el 17% (5) indicaron que los alimentos como la carne, huevo, leche, frutas y verduras no ayudan a tener dientes más fuertes y el 83% (25) indicaron que si ayudan a tener los dientes más fuertes.

2.2.2 RECOMENDACIÓN

- ✓ Se recomienda a los estudiantes que puedan colocar en práctica todo el conocimiento que se les enseñó sobre la Salud Oral.
- ✓ Se recomienda que puedan cepillarse 3 veces al día en un tiempo de 3 a 5 minutos, realizando las técnicas de cepillado que se les mostro en las charlas
- ✓ Se recomienda que puedan realizar una visita periódica con su odontólogo cada 6 meses.
- ✓ Se recomienda mejorar la promoción de salud de higiene bucodental y de alimento saludables
- ✓ Orientar a los padres o encargados de los niños que ayuden a mejorar su higiene bucodental
- ✓ Dar charlas más seguidas sobre cómo mejorar la salud e higiene bucodental.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ávalos-Márquez JC, Huillca-Castillo N, Picasso-Pozo MA, Omori-Mitumori E, Gallardo-Schultz A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. KIRU [Internet]. 2015 [citado 23 sep 2023];12(1):61-65. Disponible en: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/462/378>
2. Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. Periodontol 2000. 2002;29:153-76.
3. Ávalos-Márquez JC, Huillca-Castillo N, Picasso-Pozo MA, Omori-Mitumori E, Gallardo-Schultz A. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. KIRU [Internet]. 2015 [citado 23 sep 2023];12(1):61-65. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004
4. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. [Internet].2018; [citado 28 de septiembre]; 318. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
5. Mego Huamán I. Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata" Chiclayo, 2015 [Internet]. Pimentel: Universidad de San Francisco; 2015 [citado 2024 Jun 26]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/137>
6. Gugelmeier. V. Proyecto de enseñanza “Nueva Alternativa Metodológica Digital en la Enseñanza de la Odontopediatría”.Revista de odotologia de la universidad de la republica de urugay 2008;35(1)1-18.
7. Almerich JM, Montiel JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004). Rev cientif odontol 2006;11(2):195-201.

8. Madrid M, Castro A, Echeandia J, Chein S, Villavivencio J, Cuentas A, Vásquez R. Hábitos higiénicos orales en escolares de Pachacútec, Ventanilla, Callao. *Rev Odontol Sanmarquina* 2010;13(2):26 -29.
9. Rosales FE. Relación entre la prevalencia de gingivitis y la higiene oral en los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche,2013 [Tesis bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo;2014.
10. Iglesias JA, Fernandez MT, Barron J, Bartolomé M. Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. *Acta odontol venez* 2013;27(4):362-364.
11. Adame JC. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México [Tesis Maestria]. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León;2012.
12. Graos WF. Relación entre la caries dental, el índice de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en adolescentes de 12 a 16 años de edad del C.E.E. "San Nicolás", Trujillo–2009 [Tesis Bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo;2009.
13. Díaz A, Blanco B, Otero I, Afre A, Martínez M. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina". *Rev Ciencias Médicas* 2009;13(2).
14. Barreno G. Proyecto Educativo para Promover la Higiene Buco dental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la Comunidad Miguicho Adentro. Cantón Santa Ana. Provincial Manabí 2011 [Tesis bachiller]. Riobamba- Ecuador: Escuela superior politencia de chimborazo;2011.
15. Campos MM. efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1º año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua – Cañete [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal;2010.
16. Carranza N. Periodontología clínica Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. 1ra ed. Madrid: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana;1998.
17. Lindhe J. Periodontología Clínica. 2da ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana;1992.

18. Sergas. Técnico especialista higienista dental del servicio gallego de salud. 1era ed. España: Editorial Mad;2006.
19. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ra ed. Buenos Aires: Edictorial édica Panamericana;2010.
20. Ferro MB, Gómez M. Fundamentos de la Odontología Periodoncia. 2da ed. Bogota: Editorial javeriana;2007.
21. Gutiérrez E, Iglesias odontológica/estomatológica. editex;2009. P. Técnicas de ayuda 2da ed. Madrid: Editorial
22. Barranca A. Manual de Técnicas de Higiene Oral. Publicado el 24 mayo 2011. Revisado el 22 octubre del 2015. Disponible en: http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de_tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf.
23. Casals E. Guía de Formación Campaña Mes de la Salud Bucal II.Publicado el 1 oct 2009.Revisado el 16 septiembre del 2015. Disponible en http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Mes_de_la_salud_bucal_II.pdf.
24. Yncio SI. Prevalencia de Caries Dental en Relación al Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral en Primigestas y Multigestas que se Atendieron en el Policlínico Francisco Pizarro es salud Rímac de Marzo a Mayo 2008 [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega;2009.
25. Sánchez A, Suara M, Moya MJ. Manual de práctica de periodoncia 4ºde odontología clínica odontológica universitaria. 1ra ed. España: Editorial universida de murcia;2006.
26. Higashida, BY. odontología Preventiva. 2da Ed. México: Editorial McGraw Hill Interamericana;2009.
27. Echeverria JJ, Cuenca E. El manual de odontología. 1era Ed. España: Editorial Masson;1995.

28. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. 4ta Ed. España: Editorial Elsevier Masson;2013.
29. Cabellos DA. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro de Sullivan del Perú [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2006.
30. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2009.
31. Herazo B. Clínica del Sano en Odontología. 4ta Ed. Bogotá: Editorial Ecoe;2012.
32. Crespo MI, Riesgo YC, Laffita Y, Torres PA, Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias odontopediátricas. Revista Medisan 2009;13(1). y priorida
32. Ministerio de Educación de Bolivia. Ley de Educación "Avelino Siñani - Elizardo Pérez". La Paz: ME; 2010.
33. Rodríguez A, et al. Transformaciones en el sistema educativo boliviano: un análisis crítico. Rev Educ Boliv. 2022;45(2):78-95.
34. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Indicadores educativos 2023. La Paz: INE; 2023.
35. López M, Gutiérrez J. Educación primaria en Bolivia: logros y desafíos. Rev Latinoam Educ. 2023;18(3):210-225.
36. Vargas E, et al. Salud escolar en Bolivia: una revisión sistemática. Salud Publica Bol. 2022;37(1):45-60.

ANEXO 1

ENCUESTA ODONTOLÓGICA

DATOS GENERALES

1) Sexo: a) femenino b) masculino Edad:.....

HIGIENE BUCODENTAL

2) ¿ Te lavas los dientes?

a) Si

b) No

3) ¿ Cuantas veces al día te cepillas los dientes?

a) 1 ves al día

b) 2 veces al día

c) no me cepillo nunca

d) cuando me acuerdo

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE CARIES

4) ¿Sabes que es la caries?

a) es algo bueno para los dientes?

b) es una enfermedad

c) no se que es caries

d) es una masa blanca que aparece sobre los dientes.

5) ¿Sabes porque aparece la caries dental?

a) porque no me cepillo

- b) porque como muchas verduras y frutas
- c) por no ir al odontólogo
- d) por comer muchos azúcares y golosinas

6) ¿Sabías que comer dulces influye en la aparición de caries?

- a) si
- b) no

7) ¿Qué tipo de alimentos son más saludables?

- a) gaseosas, pastillas, golosinas
- b) verduras y frutas

8) ¿Crees que los alimentos como la carne, huevo, leche, frutas y verduras ayudan a tener dientes más fuertes?

- a) si
- b) no

9) ¿Cuántas veces al día consumes alimentos azucarados como dulces, refrescos, galletas, jugos?

- a) 1 o 2 veces al día
- b) más de 2 veces
- c) nunca
- d) a veces

NIVEL DE CONOCIMIENTO HACIA EL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA

10) ¿ Cuántas veces al año visitas al dentista?

- a) una vez al año

b) dos veces al año

c) nunca

11)¿ Porque razón fuiste al dentista?

a) para un control general

b) por dolor