

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**EVALUACION DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA DE
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DESARROLLADO POR LOS
ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA EN EL INSTITUTO
LA CUMBRE SEDE B**

**Javier Roberto Cárdenas Güiza, Merkin Jesús Mejía Mejía,
Deisy Carolina Niño Balaguera, Yineth Karina Salazar Páez**

Trabajo de grado para optar al título de Odontólogo

**Directora:
Dra. Alba Rocío Pico Prada
Esp. Ortopedia Maxilar**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2014**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	6
I. Introducción	7
A. Objetivos.....	10
1. Objetivo General	10
2. Objetivos Específicos.....	10
II. MARCO TEÓRICO.....	11
A. Marco Referencial	11
1 Marco Histórico.	11
2. Antecedentes de Investigación.	12
3. Marco Conceptual.	14
a. Clasificación de la placa bacteriana.....	14
b. Caries dental.....	15
c. Mal oclusión dental.....	16
d. Factores de Riesgo	17
e. Niveles de Prevención	20
1. Técnica De Cepillado.....	20
2. Sellantes	23
3. Fluor.....	23
4. Marco Legal.	25
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	28
A. Tipo De Estudio.....	28
B. Selección y descripción de participantes	28
1. Universo.....	28
2. Muestra.	28
3. Criterios de selección.	28
C. Información Técnica	29
1. Instrumentos de recolección de datos.	29
2. Procedimiento de investigación.	29
D. Estadística y tratamiento de datos.	30
1 Variables.	30
a. sociodemográfica.....	30
b. Variable De Conocimiento.....	30
c. Variable De Prácticas.	31
E. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	32
1. Plan de análisis estadístico.....	32
F. Consideraciones Bioéticas.	34
IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSIÓN.....	49
VI. CONCLUSIONES.....	52
VII. RECOMENDACIONES.....	53
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

Apéndice

A Encuesta de practica.....	58
B Encuesta de conocimiento	61
C Variables sociodemográficas.....	65
D Variables de conocimiento.....	66
E Variable de practica	70
F Tratamiento Estadístico.....	73
G Consentimiento informado.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Instituto La Cumbre Floridablanca.....	4
Figura 2. Placa Bacteriana.....	7
Figura 3. Hábitos y Malposiciones Dentales.....	8
Figura 4. Técnicas De Cepillado	9
Figura 5. Sellantes.....	11
Figura 6. Técnicas De Cepillado	12

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comparación de variables sociodemográficas de las dos Instituciones.	35
Tabla 2. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos Instituciones.....	37
Tabla 3. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos instituciones.....	38
Tabla 4. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos Instituciones.....	39
Tabla 5. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos instituciones.....	40
Tabla 6 Comparación de los niveles de conocimiento entre las dos Instituciones.....	41
Tabla 7 Comparación De Prácticas De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones.....	42
Tabla 8. Comparación De Práctica De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones.....	44
Tabla9. Comparación De Las Prácticas De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones....	45
Tabla 10. Comparación de los niveles de práctica entre las dos instituciones.....	46
Tabla11. Niveles de práctica según las variables sociodemográficas de toda la población estudiada.....	47
Tabla 12. Niveles de conocimiento según las variables sociodemográficas de toda la población estudiada.....	48

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la actividad educativa de promoción y prevención desarrollada en el Instituto La Cumbre Sede B por parte de los estudiantes de segundo semestres de odontología de la USTA, comparándola con un grupo de niños de las mismas características de una institución no intervenida. Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal; este estudio se realizó en 86 alumnos de grado primero, 43 de ellos del instituto la cumbre sede B (intervenido) y 43 del colegio Gonzalo Jiménez Navas (control). A los niños se les aplicaron dos instrumentos, uno para evaluar conocimientos sobre la cavidad oral y otro para evaluar las prácticas de higiene bucal usadas por los niños, con base a la temática trabajada dentro las actividades educativas y temas desarrollados por los estudiantes de la USTA.

Como resultado de esta investigación se encontró que la actividad educativa no ha tenido el impacto esperado sobre los alumnos del instituto la cumbre intervenidos, dados los resultados comparativos mostraron una diferencia favorable con los niños intervenidos no tan significativa con respecto a los obtenidos con la población no intervenida que fue el colegio Gonzalo Jiménez Navas, en el cual no han recibido ningún tipo de enseñanza sobre cavidad oral ni salud Bucal.

Palabras Claves: Programa, cavidad oral, niños conocimiento y práctica.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en la población, sin distinción de edad, sexo y nivel socio-económico. Se pueden manifestar desde los primeros años de vida, presentándose lesiones cariosas, infecciones o cualquier otro tipo de enfermedad oral, produciendo efectos negativos en los diferentes componentes de la cavidad bucal, generando deficiencia funcional, alteraciones sistémicas y estéticas, lo que conlleva a problemas de la autoestima de los niños.¹

Por tanto, se hace necesario desarrollar programas de promoción, educación y prevención, en niños, conformados por acciones estratégicas complementadas con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones.

En Colombia de acuerdo al Estudio Nacional De Salud Bucal – **ENSAB III** se obtuvieron los siguientes resultados con respecto a la dentición primaria² :

- El 60.4% de los niños de 5 años tenía historia de caries, proporción que aumento a 73.8% a los 7 años y descendió a 13% a los 12 años como efecto de la exfoliación dentaria.
- La prevalencia de caries fue de 54.8% a los 5 años y de 63.8% a los 7 años en tanto el índice ceo-d fue de 3.0 a los 5 años sin incrementos importantes a los 6 y 7 años presentándose un promedio de dientes temporales sanos de 16.3 a la misma edad.
- Aunque el país no alcanzó la meta OMS/FDI de salud bucodental para este grupo de población (8), el que 39.6% de estos niños estén sin historia de caries, muestra un impacto moderado de los niveles de salud en la dentición primaria.
- A nivel periodontal, los problemas más comunes en los niños y los adolescentes fueron los cálculos y la gingivitis, para lo cual requieren básicamente atenciones de primer nivel tipo refuerzos en higiene oral y detartrajes supragingivales³.

El presente trabajo de investigación se realizó con el fin evaluar las actividades educativas en salud oral implementadas en el instituto la cumbre sede B, por los docentes y estudiantes de la cátedra de Promoción y Prevención del programa de Odontología de la USTA, el cual se ha venido desarrollando desde el II periodo de 2007.

Las actividades educativas, tienen como misión fortalecer la prevención primaria con una educación específica en higiene oral y hábitos saludables, dirigido a la población escolar de básica primaria de los grados transición y primero, del Instituto la Cumbre de la sede B, también, pretende formar una comunidad escolar con hábitos saludables, gracias a la metodología educativa directa e individual, del componente cognitivo básico general la cual se complementa con una instrucción psicomotora supervisada por los estudiantes de

segundo semestre de la universidad Santo Tomás de la técnica de cepillado, lo que conlleva a un fortalecimiento de la autoestima y valor por su condición bucal saludable como resultado de buenos hábitos nutricionales y de higiene bucal a nivel individual y familiar

Es por esto que en las actividades educativas se instruye a los niños de manera clara acorde a su grado de madurez y capacidad cognitiva sobre los componentes de la cavidad oral y su importancia dentro del contexto de la salud general, por medio de una educación directa e individual entre los alumnos y los escolares. Otro de los temas incluidos en las actividades que reciben los escolares es sobre hábitos saludables en nutrición, dado que un factor de riesgo en la formación de caries dental.

A demás se orienta al niño en conceptos de caries, donde se presenta su historia natural, los factores etiológicos principales y las formas de manifestación de la enfermedad. Como medida preventiva, se realizar un adiestramiento psicomotor en la técnica de cepillado e implementos de higiene oral de manera que el escolar optimice su proceso de higiene oral.

El programa contempla, la evaluación de la condición de higiene oral por medio de Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), tomado de la valoración clínica que realizan los estudiantes a los escolares, complementado con la medición de la condición de los tejidos periodontales, por medio del índice de Russell cual consiste en solo registrar el valor asignado al diente más gravemente afectado de cada individuo examinado. La clasificación del estado periodontal se realiza siguiendo los criterios de Russell.

Con este índice se puede determinar rápidamente tanto la prevalencia como la gravedad de las periodontopatías de una población.

La calificación de 8 se asigna cuando se observa algún diente que posee movilidad, migración patológica y pérdida de la función; el valor 6 se aplica cuando la mayor gravedad está dada por la presencia de alguna bolsa periodontal. Se registra la calificación 2 cuando el signo más grave que se encuentre es la inflamación gingival y rodea completamente algún diente, sin embargo, cuando esa inflamación no rodea completamente al diente, la calificación es 1. Si no existen signos de inflamación periodontal marcamos 0 para ese individuo. Los registros obtenidos de los niños, permiten establecer el índice COP de los escolares por medio de la aplicación de éste en la valoración clínica realizada. Los registros obtenidos de los niños, permiten establecer el índice COP de los escolares por medio de la aplicación de éste en la valoración clínica realizada.

Otra acción resultante es la detección de los pacientes susceptibles a alteraciones dento-maxilo-faciales, a través de la valoración clínica, que permite una interacción con docentes y padres, no solo como elementos de refuerzo sobre los escolares como pilares de apoyo en el proceso educativo desarrollado, sino en la canalización de pacientes para atención en nuestras clínicas Odontológicas.

EL programa maneja metodologías lúdicas en los diferentes procesos educativos, a fin de generar un ambiente positivo de aprendizaje que permita el cumplimiento de los logros propuestos, esta planeación, hace que los estudiantes instructores, puedan desarrollar las

competencias, argumentativas, organizacionales, investigativas y comunicativas propuestas en la asignatura y de manera específica, para la ejecución de este programa.

La periodicidad con la que se realizan estas actividades para los niños de la institución, es dos veces al año. Los educadores cambian cada semestre, debido a que son los estudiantes de Promoción y Prevención los que desarrollan esta actividad en su segundo semestre de formación académica como Odontólogos de la USTA.

El cronograma de actividades implementado es: Primera visita: asignación de grupos, ficha de registro, diseño de la escarapela o elemento de identificación del alumno con su grupo de niños. Segunda Visita: Conociendo nuestra boca, fundamento teórico preparado y elaborado específicamente para ser dirigido a la población infantil, sobre el respectivo tema. Tercera Visita: Los alimentos y nuestra salud bucal, la placa bacteriana y caries dental. Cuarta Visita: Higiene oral: implementos y técnica de cepillado, aplicación de pastilla reveladora, autocepillado. Quinta Visita: información sobre hábitos nocivos, uso de elementos de protección específica como son los sellantes y el flúor. Sexta Visita: Toma de índices: IHOS, Enf. Periodontal, COP y de fluorosis con el Índice De Dean. Séptima Visita: Control de placa, autocepillado, aplicación de flúor. Octava Visita: Acto de clausura

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Las Actividades de promoción y prevención desarrolladas en el instituto la cumbre han permitido que los niños intervenidos tengan mejores conocimientos y prácticas en salud bucal, con respecto a otros que no han sido intervenidos?

El fin de este estudio es identificar el mayor nivel de conocimiento de los escolares intervenidos, sobre las temáticas vistas y las habilidades psicomotrices en los hábitos de autocuidado e higiene bucal, con respecto a otros escolares que no han recibido esta educación e instrucción.

A. OBJETIVOS

I.A. OBJETIVO GENERAL

Comparar el nivel de conocimiento y prácticas sobre salud bucal, entre dos grupos de escolares, uno de una institución intervenida. Instituto La Cumbre sede B y una no intervenida Colegio Gonzalo Jiménez Navas

I.A.I OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar en nivel de conocimiento sobre los diferentes temas desarrollados en el programa actividades de promoción y prevención en el Instituto la Cumbre sede B con respecto al Colegio Gonzalo Jiménez Navas.
- Correlacionar las variables socio demográficas con respecto al nivel de evidencia de conocimientos en los diferentes temas del programa
- Identificar los temas tratados en el programa con mayor y/o menor evidencia de aprendizaje.
- Comparar la forma de cepillado y el uso de implementos de higiene oral, entre los de la población intervenida y la no intervenida.

II. MARCO TEÓRICO

II.A. MARCO REFERENCIAL

II.A.1. MARCO HISTÓRICO

El Municipio de Floridablanca, se crea oficialmente por gestión del Promotor Fiscal del Arzobispo que logra que el doctor Javier Guerra de Mier profiera el 7 de noviembre de 1817 el auto que erigía en parroquia el sitio de la mano del negro con el título de “Floridablanca de San Juan Nepomuceno”.

Dentro de éste municipio, se ubica el barrio la cumbre, que fue creado en 1956, y que a la fecha está clasificada como estrato dos.

El instituto la cumbre fue fundada en 1960 bajo la dirección de Benilda Moreno y recibía el nombre de Fundación para la Infancia La Cumbre.



Figura 1. Instituto La cumbre Floridablanca

Fuente: https://www.google.com.co/search?biw=1024&bih=623&tbm=isch&q=instituto+la+cumbre+floridablanca&revid=442769161#facrc=_&imgdii=_&imgsrc=VtANmRcu0y29M%3A%3BF0qHaog34gL7FM%3Bhttp%253A%252F%252F4.bp.blogspot.com%252F_7zbx96iX0O0%252FS4GygHlcsWI%252FAAAAAAAAbcE%252FETOdDB3UHY8%252Fs320%252F50a%2525C3%2525B1os_colegio_la_cumbre.JPG%3Bhttp%253A%252F%252Fbersoa8b.blogspot.com%252F2010%252F02%252Finspeccion-oficial-educacion-y-atencion.html%3B320%3B213

En 1970 se le da el nombre de Concentración Escuela La Cumbre dirigida por la señora Carmen De Arocha.

A partir de 1994 bajo la dirección de la señora Otilia Castellanos De Jeréz se da inicio a la construcción de la nueva planta física y se fusiona a la institución la Concentración Carlos Gutiérrez Gómez con sus docentes.

El Instituto la Cumbre queda conformado por estudiantes de grado 0 a undécimo dándose la primera promoción de bachilleres técnicos en año 2004.

Para el año 2007 el instituto la cumbre cuenta con 2512 alumnos matriculados del grado cero a undécimo.

Para el 2010 cumpliendo los 50 años de existencia se aprueba la primera modalidad “Asistencia en administración documental”⁴

II.A.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Sobre el campo de nuestro proyecto, se encuentran en trabajos como el de Rosa Ysla Chee, María Pareja Vásquez en su estudio Eficacia del cepillado dental en la remoción del biofilm en niños de 6 a 12, años de la institución educativa Andrés Bello. Lima, Perú obtuvieron como resultados: Tipo de cepillado que practican los escolares, siendo el tipo horizontal con 75,2% el mayormente empleado y el tipo menos empleado es el vertical con 3,4%. Se observó que el vertical presenta una mayor reducción de la placa (54,7%), la menor remoción de placa lo presentó el tipo horizontal con 45%. El índice de higiene oral antes de aplicar el cepillado fue malo en un 88% de los niños. Después del cepillado dental, el índice continuo siendo malo, sin embargo el porcentaje se redujo a un 44,4%.⁵

Adicionalmente, Carmen Villazán Pérez y Marta Aguilar Roldan en su Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares el cual tuvo como resultados la prevalencia de caries en dentición temporal fue del 52,20% y en dentición definitiva 36,45%. Respecto a los hábitos de higiene oral encontramos que un 43,8 % de los escolares no se cepillaban los dientes a diario, y de los que sí lo hacían solamente un 5,2 % lo realizaba después de cada comida principal, manteniéndose esta frecuencia en todas las edades. En cuanto a la realización de enjuagues fluorados el 4,7 % lo realizaba a diario, el 11,2 % con una frecuencia semanal, y el 45,6 % forma quincenal.

Un 38.5% de la población nunca realizaba enjuagues con flúor. El 12,6 % de los alumnos utilizaba algún método adicional de control de placa, siendo el más utilizado el colutorio 6,9 %.⁶

Farith González Martínez, Carmen Cecilia Sierra Barrios, Luz Edilma Morales Salinas, en su estudio Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia obtuvieron como resultados en los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas, 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables⁷.

Sandra González Ariza, Luís Gonzalo Álvarez, Alejandra Amaya Bustamante, Carmen Atuesta Durán, Glenn Betancur Salgado, Daniel Maya Uran y Tatiana Múnica Múnica en

su estudio Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín obtuvieron los siguientes resultados Se encontró una prevalencia de caries del 83%, hubo un aumento en el nivel de conocimiento con un 56% en todos los grupos. Hubo una reducción en las caries activas en esmalte con un 49.5%, y en el IP con un 34.2% en ambos.⁸

Espinoza Santander I, Muñoz Poblete C, Lara Molina M, Uribe Cifuentes JP en su estudio Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile obtuvieron como resultados en relación a las variables descriptoras de comportamiento en el cuidado de la salud oral, casi la totalidad de los estudiantes presentaron una la frecuencia de cepillado dental saludable (dos veces o más al día). Respecto al uso de seda dental este hábito se presentó en un mayor porcentaje como un comportamiento no saludable (62,7%), dado que un porcentaje minoritario la utilizó diariamente. Respecto a la variable última visita al dentista hace menos de 1 año se detectó que un alto porcentaje, 74% lo había realizado.⁹

Nayana , Umarani. J. , en su estudio Knowledge Of Children Regarding Oral Hygiene : A School Based Descriptive Study (El Conocimiento De Los Niños Con Respecto A La Higiene Bucal : Un Estudio Descriptivo Basado En Una Escuela) el resultado mostro que la mayoría de los niños (59,0%) tienen un nivel moderado de conocimiento de la higiene bucal y solo un 41% tiene un conocimiento adecuado de la higiene oral y ninguno de ellos tenía un conocimiento inadecuado , el estudio encontró que no hubo asociación significativa entre los niveles de conocimiento con las variables sociodemográfica seleccionadas.¹⁰

Burnett , Delia Cahill , M.P.H en su studio Oral Health Status, Behaviours And Knowledge Of Children In Addis Ababa, Ethiopia (Estado de salud oral, comportamientos y conocimientos de los niños en Addis Abeba, Etiopía) se encontraron como resultados el 74% de los niños encuestados y examinados tenían entre 1 a 17 de la caries dental, y el 52% mostró sangrado al cepillarse. A pesar del alto nivel de conocimiento sobre la importancia de cepillarse los dientes sólo el 43% de ellos se cepillan los dientes todos los días y el 78% no limpian los dientes. El 74% de los participantes creen que los alimentos con mucha azúcar pueden contribuir a la caries, aunque el 66% reportan comer dulces alimentos por lo menos una vez al día.¹¹

II.A.3.MARCO CONCEPTUAL

La microbiota bucal, se constituye de una alta cantidad de microorganismos en diversas combinaciones, algunos potencialmente patogénicos. El biofilm es la entidad organizada, incolora, proliferante, enzimáticamente activa, adherida a la superficie dentaria, en un principio protectora por ser buffer, pero luego se convierte en un factor fundamental en la instauración de entidades las principales patologías que afectan las estructuras de la cavidad bucal, especialmente al diente y sus estructuras de soporte, como son la caries dental y enfermedad periodontal¹².

La formación de placa es un proceso dinámico y ordenado. Sobre una superficie dentaria limpia se establecen primero los formadores de placa primaria, los estreptococos, cuya presencia es esencial para la adhesión de otras especies bacterianas. Éstas aportan los medios y la creación de un ambiente adecuado para la adhesión y proliferación de otros microorganismos, aumentando la placa en cantidad y calidad bacteriana. En la formación ordenada de placa están involucrados procesos de adherencia microbiana, proliferación y división bacteriana. La limpieza mecánica actúa sobre la superficie dentaria no esterilizando la superficie sino limitando la masa bacteriana dejando una pequeña placa no patógena que es compatible con salud gingival.¹³

II.A.3.a. CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Según la localización topográfica de la placa bacteriana, podemos hablar de placa supragingival y placa infragingival o subgingival.



Figura 2.Placa Bacteriana

Fuente: <http://escueladentalcanarias.blogspot.com/2012/07/higiene-dental-y-tecnicas-de-cepillado.html>

Placa dentobacteriana supragingival.

Es la placa que se deposita sobre el tercio gingival de los dientes y sobre grietas, rugosidades y márgenes de restauraciones dentales, o por arriba del margen de la encía. La

placa supragingival consta fundamentalmente de microorganismos proliféricos y en la placa supragingival predominan las bacterias Gram positivas. Se trata sobre todo de cocos, bacilos y filamentos sobre todo en los dientes posteriores.

Placa dentobacteriana subgingival.

Se encuentra por debajo del margen de la encía entre el diente y el surco gingival, o se deposita sobre el surco gingival y la bolsa periodontal. Las bacterias presentes son principalmente cocos Gram positivos y gramnegativos, así como formas bacilares y filamentosas y también aparecen espiroquetas y bacterias flageladas, sobre todo en la parte apical de la placa. Esta placa está asociada con el depósito de sales, cálculos y la formación de caries radicales¹⁴.

II.A.3.b. CARIES DENTAL.

Enfermedad infecciosa, progresiva, transmisible, multifactorial, que ocurre por la acción de los ácidos generados por las bacterias que producen la desmineralización y destrucción de los tejidos duros del diente¹⁵

El mecanismo de formación de la caries en encía con las bacterias que se encuentran normalmente en la boca. Estas bacterias cambian alimentos especialmente el azúcar y el almidón - en ácidos. Las bacterias, los ácidos, los pedazos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar una sustancia pegajosa llamada placa. La placa se adhiere a los dientes. Es más común en los molares posteriores, justo encima de la línea de la encía en todos los dientes y en los bordes de los rellenos.

La placa que no es eliminada de los dientes se convierte en una sustancia llamada sarro. La placa y el sarro irritan las encías, produciendo gingivitis y periodontitis.

La placa comienza a acumularse en los dientes a los 20 minutos después de comer. Si no se elimina, la caries dental comenzará.



Figuran 3 caries.

Fuente :

<http://www.google.com.co/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.allkidsjungle.com%2FDentalTopics%2FDentalCaries%2Ftabid%2F81%2FDefault.aspx&h=0&w=0&tbnid=b-COAcs299fcAM&zoom=1&tbnh=185&tbnw=273&docid=hhIWwCfmejFMAM&tbn=isch&ei=Oe51VPT8CYirNoz0gIgO&ved=0CAQ-QsCUoAA>

Los ácidos de la placa dañan el esmalte que cubre los dientes y crean orificios en el diente (caries). Las caries generalmente no duelen, a menos que se tornan muy grandes y afectan los nervios o causan una fractura del diente. Una cavidad no tratada puede conducir a un absceso dental. La caries dental no tratada también destruye el interior del diente (pulpa), que requerirá un tratamiento más extenso, o peor caso de la eliminación del diente¹⁶.

II.A.3.c. MALOCLUSIÓN DENTARIA.

La maloclusión es una afección del desarrollo de los maxilares. En la mayoría de los casos la maloclusión y la deformidad no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo, afectada entre otros factores por los Hereditarios, dentro de los cuales existen: Tamaño y forma del maxilar y mandibular, tamaño y forma de los dientes; Mandíbula, bífida, micrognasia, prognatismo, ausencias congénitas, presencia de dientes supernumerarios, biprotrusión, apiñamientos dentario, diastemas, mordida abierta, mordida profunda.

También encontramos Influencias ambientales que actúan durante el crecimiento de la cara, y los maxilares, y los efectos sobre los dientes consisten fundamentalmente en presiones y fuerzas derivadas de la actividad.

La función debe adoptarse al entorno, la forma de masticar y deglutir viene determinada en parte por lo que se tiene para comer, ambas actividades influirán sobre los maxilares y los dientes y podían hacerlo durante el crecimiento de los maxilares y erupción dental, heridas durante el desarrollo, labio leporino y fisura palatina, traumatismo al momento de nacer, pérdida prematura de dientes temporales, pérdida de dientes permanentes, enfermedades periodontales, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes y supernumerarios, actividad funcional disminuida y desviada de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones dentales incorrectas, desarmonía de tamaño y forma de los dientes, traumatismos dentarios.

Entre los factores ambientales tenemos:

- Hábitos de succión.
 - Respiración bucal.
 - Hábitos de deglución anormal protrusión lingual.
 - Hábitos de formación anormal: Anormalidades de tejido musculares que rodean la cavidad Bucal: Hipertonismo, hipotonismo, hipertrofia, atrofia presión por defectos de posición.
-



Figura: 4 Maloclusiones Dentales
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001055.htm>

Maloclusión dentaria: La maloclusión dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, contraten con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión dentaria que no se considera como una patología sino una desarmonía oclusal. Para comprender las maloclusiones se debe conocer la oclusión normal. Angle plantea que los primeros molares superiores e inferiores eran fundamentales en la oclusión, y los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluya con el surco mesiobucal del primer molar inferior. Si existe esta relación entre los molares y los dientes estuvieran en una línea de oclusión uniformemente curvada, se produciría una oclusión normal.¹⁷

II.A.3.b.FACTORES DE RIESGO:

Localmente en la cavidad bucal, pueden asociarse como factores de riesgo para la formación y acumulación de placa, los siguientes:

- Anatomía de los dientes (fosas y fisuras dentarias y tercio cervical)
- Dientes en mal posición
- Apiñamiento
- Hábitos:
 - **Respirador oral:** Los respiradores bucales se pueden dividir en dos grupos: Verdaderos respiradores bucales y Falsos respiradores bucales. Los verdaderos respiradores bucales pueden deberse a causas obstructivas, mal hábito respiratorio, e hiperlaxitud ligamentosa. Entre las causas obstructivas que pueden provocar una respiración bucal podemos tener:
 - Alteraciones a nivel de las narinas
 - Desviaciones septales
 - Masas intranasales

- Hipertrofia de cornetes
- Secreciones nasales abundantes
- Hipertrofia de adenoides
- Atresia o estenosis de coanas
- Hipertrofia severa de amígdalas

Los respiradores bucales por mal hábito respiratorio en general son pacientes que en algún momento tuvieron algún factor obstructivo presente que condicionó este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial. Además existen pacientes que tienen una hiperlaxitud ligamentosa. Característicamente son niños que tienen alteraciones posturales producto de su hiperlaxitud. Estos niños tienen una gran capacidad de flexionar sus articulaciones, frecuentemente tienen problemas de pie plano, pueden tener alteraciones en la posición de la columna y rodillas y la mandíbula inferior tiende a caer y el paciente abre la boca, esto último puede favorecer una respiración bucal.

Los Falsos Respiradores Bucles son niños que tienen la boca abierta; pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada sobre el paladar duro, en ambos casos son niños que tienen la boca entreabierta; pero no pueden respirar por la boca ya que está obstruida la respiración por la boca.¹⁸

- **Hábito de succión digital:** El hábito oral más común es la succión digital, ya sea de uno o más dedos o del pulgar. Las consecuencias son una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, provocada por la presión que ejerce la mano y el brazo. La succión digital la podemos observar en el niño en momentos de depresión, aburrimiento o de cansancio, ya que genera tranquilidad e induce al sueño. También se valora el estrés como causa de este hábito, ya que es probable que los niños de hoy en día estén sometidos a grandes cargas de estrés desde edades tempranas. Las consecuencias en la cavidad oral de este hábito vienen dadas por la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, la hiperactividad de los músculos buccinadores que comprimen el paladar, la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar. Efectos bucales del hábito de succión digital:
 - Las arcadas dentarias se estrechan, con más intensidad en el sector anterior.
 - La estabilidad del hueso alveolar está perjudicada.
 - Los dientes anterosuperiores se vestibulizan.
-

- Protrusión dentaria y presencia de diastemas.
- Mordida abierta anterior provocada por el dedo pulgar entre las dos arcadas.
- Paladar más estrecho y hundido, provocado por la presión del dedo sobre los dientes, hueso alveolar y el paladar.

Durante la deglución la lengua se coloca hacia delante para poder sellar el espacio anterior. Provoca deglución atípica.¹⁹

- **Onicofagia:** Costumbre compulsiva de comerse las uñas. Se hace presente en los cuadros de ansiedad y suele estar vinculada al nerviosismo y al estrés. Cuando este hábito se hace crónico, pueden evaluarse alternativas de hambre, aburrimiento o inactividad, pero también hay que contemplar la posibilidad de que sea un síntoma de un desorden de tipo mental o emocional.

Así, se suele determinar que dos básicamente son los tipos de causas que originan que una persona sufra de onicofagia. En primer lugar, estarían los motivos de clase psicológicos como sería el caso de la ansiedad, los nervios, la angustia, los estados compulsivos, y, por supuesto, el estrés, ya sea de tipo laboral, social o incluso educativo.

El segundo tipo de causas serían las llamadas psicosomáticas. Bajo dicha denominación se englobarían una serie de casos que afectan emocionalmente al paciente como, por ejemplo, no asumir la pérdida de un ser querido, violencia doméstica, cambios en el seno de la unidad familiar, presión por los estudios tanto en el ámbito escolar como en el propio hogar, no aceptar la incorporación de nuevos miembros a la familia o aspectos más personales. Entre estos últimos estarían la baja autoestima, la timidez o diversas frustraciones. Entre los efectos negativos de esta actividad se pueden mencionar el transporte de gérmenes de las uñas hacia la cavidad bucal y viceversa, que puede provocar, entre otras consecuencias, la hinchazón de los dedos y motivar la aparición de pus.²⁰

- Factores Sistémicos:
 - Higiene bucal deficiente o ausente
-



Figura 5. Hábitos y Malposiciones Dentales

Fuente: <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/tratamientos-ortodoncia/tratamiento-precoz/>

II.A.3.c.NIVELES DE PREVENCIÓN

II.A.3.c.1.TÉCNICAS DE CEPILLADO

El cepillado, es el conjunto de procedimientos que realiza un paciente para mantener una condición higiénica en la cavidad bucal, gracias a la remoción de la placa bacteriana, de manera minuciosa en todas las superficies bucales, independientemente de la técnica que se utilice. Se deben iniciar éstos hábitos de manera temprana, a fin de lograr establecerlo como un hábito para mantener una buena salud bucal durante toda la vida. Este hábito debe iniciarse manualmente desde recién nacido, con la limpieza de sus estructuras bucales, posteriormente al momento en que erupcionan los dientes se implementa el cepillo dental.

TECNICAS DE CEPILLADOS: Se clasifican dependiendo los movimientos realizados:

- Técnica Horizontal o De Zapatero: Filamentos del cepillo se ponen en noventa grados 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 sextas y se debe realizar veinte movimientos por cada sexta.
- Técnica de starkey: Se divide la arcada en sextas es una técnica ejecutada por los padres colocando al niño por su espalda y apoyando sobre el pecho por las piernas del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de dos o tres años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo. Los filamentos se dirigen en una inclinación de cuarenta y cinco grados y se realizan movimiento horizontal unas 15 veces por sextante. Cepillo debe ser de filamentos muy suaves

- Técnica de charter: Boca ligeramente abierta el objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interproximal el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados con respecto al eje dental pero dirigido al borde incisal y se presiona ligeramente para que los filamentos penetren en el espacio interdental. Se realizan movimientos vibratorios que producen un masaje en las encías. Es necesario un buche potente después del cepillado para eliminar la placa. Requiere mucha habilidad manual.
- Técnica de Bass: Boca ligeramente abierta, el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados con respecto al eje dental los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdentales y el surco gingival sin producir compresión. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 segundos cada dos dientes en las caras linguales del grupo anterior se utilizara la técnica del cepillado separado.
- Técnica de stillman: Los filamentos se colocan dos milímetros por encima del margen gingival encima de la encía adherida. Se realiza mayor presión que en Bass hasta observar la palidez de los márgenes gingivales, la vibración se mantendrá unos 15 seg. por cada dos dientes.
- Técnica deslizante (o técnica de barrido): Boca ligeramente abierta el cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental apuntando hacia apical con ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para Los dientes de la arcada superior y lo más abajo para los dientes de la arcada inferior se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras incisales se cepillan igual y las caras oclusal con movimientos horizontales.
- Técnica del rojo al blanco (o técnica de Leonard) : Boca cerrada y cepillo prácticamente paralelo a la superficie oclusal. Se efectúan movimientos verticales desde la encía (roja) hasta la corona dentaria (blanco). Las caras linguopalatinas y masticatorias se cepillan con otra técnica. El objeto de esta técnica es producir un estímulo de las encías y la limpieza de las superficies bucales de los dientes.
- Técnica de Bass Modificada: Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste en que una vez el cepillo este contra el margen gingival y hayamos realizándolos pequeños movimientos vibratorios se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza a las áreas oclusales.

- Técnica de stillman modificada: Se realiza la técnica de stillman y la modificación consiste en realizar un movimiento de barrido hacia oclusal al finalizar cada movimiento.
- Técnica de charters modificada: Se realiza la técnica de charters y se cambia los movimientos vibratorios por movimientos de rotación.²¹

La técnica que el programa enseña a los niños del Instituto, es la **Técnica universal**, la cual se describe de la siguiente manera:

El cepillo se tomara firmemente para facilitar los movimientos de la muñeca.

Se debe empezar cepillando los dientes de arriba por cada una de sus caras desde la encía hacia abajo, realizando diez veces el movimiento en cada diente. Los dientes de abajo se cepillaran hacia arriba por cada una de sus caras efectuando diez veces el movimiento en cada diente. Los dientes anteriores deben cepillar por vestibular y palatinas/lingual en posición vertical. Las caras masticatorias de los molares y premolares se cepillaran con movimientos repetitivos de atrás hacia adelante o en forma circular²².



Figura 6. Técnicas De Cepillado
Fuente: <http://clinicaencarnaruiz.com/blog/?p=71>

II.A.3.c.2.SELLANTES.

Los sellantes dentales son películas delgadas plásticas que se aplican sobre las superficies de masticación de los dientes posteriores (molares y premolares) y son muy eficaces para prevenir la formación de caries.

Los sellantes dentales son particularmente beneficiosos para los niños porque sus dientes permanentes recién erupcionados son más propensos a las caries y han sido menos beneficiados por el flúor. Sin embargo, los pacientes de todas las edades pueden aprovechar las ventajas de los sellantes dentales.²³



Figura 7. Sellantes

Fuente: <http://detododental.blogspot.com/2010/10/los-sellantes-de-fosas-y-fisuras.html>

II.A.3.c.3.FLÚOR

El flúor es el elemento más electronegativo, y por un margen importante, el elemento no metálico más energético químicamente. El flúor elemental es un gas de color amarillo pálido a temperaturas normales. El olor del elemento es algo que está todavía en duda, el flúor reacciona con violencia considerable con la mayor parte de los compuestos que contienen hidrógeno, como el agua, el amoníaco y todas las sustancias orgánicas, sean líquidos, sólidos o gases. La reacción del flúor con el agua es compleja y produce

principalmente fluoruro de hidrógeno y oxígeno, así como cantidades menores de peróxido de hidrógeno, difluoruro de oxígeno y ozono²⁴

El flúor tiene tres efectos muy benéficos sobre los dientes:

Aumenta la resistencia del esmalte si se aplica sobre los dientes este reacciona con el calcio formando fluoruro de calcio en esta forma el flúor reacciona con los cristales del esmalte dental la hidroxiapatita, resultando un compuesto que aumento la resistencia del esmalte.

Favorece la remineralización al favorecer la entrada de su estructura de iones de calcio y fosfato esto sucede porque el flúor tiene cargas negativas y atrae al calcio cuyas cargas son positivas. Tiene acción antibacteriana: ataca las bacterias que colonizan las superficies de los dientes.



Figura 8. Topificación de flúor

Fuente: <http://odontorural.wordpress.com/2010/03/08/%C2%BFque-es-el-barniz-fluorado/>

Es por esto que en las actividades de promoción y prevención se instruye a los niños de manera clara y entendible de acuerdo a su capacidad cognoscitiva sobre los componentes de la cavidad oral y su importancia dentro del contexto de la salud general, por medio de una educación directa e individual entre los alumnos y los escolares. Valorar la condición nutricional de los escolares como factor de riesgo en la formación de caries dental, para aplicar una orientación específica que genere hábitos alimenticios más saludables.

II.A.4. MARCO LEGAL

EN EL DECRETO No 1757 DEL 3 DE AGOSTO Aclarado por el Decreto Nacional 1616 de 1995 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. Se promulga lo siguiente:

Artículo 1. Participación en salud. Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Artículo 2. Formas de participación en salud. Para efectos del presente decreto, se definen las siguientes formas de participación en salud:

- LA PARTICIPACION SOCIAL, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:
 - a. LA PARTICIPACION CIUDADANA, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
 - b. LA PARTICIPACION COMUNITARIA, es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.
- La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud²⁵.

En la RESOLUCION No. 412 DEL 25 DE FEBRERO DE 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Se promulga lo siguiente sobre protección específica:

Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación: a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) b. Atención Preventiva en Salud Bucal c. Atención del Parto d. Atención al Recién Nacido e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

PARAGRAFO: Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico²⁶

En la LEY 100 DE 1993 EN EL ARTICULO 80 Sobre Programas de Protección Específica lo cual promulga : El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en Salud Bucal y el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.²⁷

En la Ley 1438 De 2011, en el Título II sobre salud pública, promoción y prevención y atención primaria en salud, Capítulo I de acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención se promulga lo siguiente:

ARTÍCULO 10°. USO DE LOS RECURSOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

PARÁGRAFO. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

ARTÍCULO 11°. CONTRATACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13, de la Ley 1122 del 2007.

En el Capítulo 11 de Atención Primaria en Salud se promulga:

ARTÍCULO 12°. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Adóptese la

Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres 6 componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

ARTICULO 13°. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos: 13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.

13.4 Cultura del autocuidado.

13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria. ²⁸

III. MATERIALES Y MÉTODOS

III.A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es observacional analítico de corte transversal, se analizaron las relaciones existentes entre dos o más variables lo cual tenía como objetivo comparar el nivel el nivel de conocimiento y prácticas sobre salud bucal, entre dos grupos de escolares, uno intervenida el Instituto La Cumbre comparado con otro grupo que no ha recibido ninguna instrucción de higiene oral el cual fue tomado como grupo control, constituido por estudiante de primero primaria del Colegio Gonzalo Jiménez Navas.

III.B. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

III.B.1 Universo

El universo de esta investigación consta de 43 niños de primero primaria del instituto la cumbre sede B y 43 niños de primero de primaria del colegio Gonzalo Jiménez Navas, en total el universo está constituido por 86 niños de primero de primaria.

III.B.2 Muestra

La muestra esta conformada por 43 niños de primero de primaria del instituto la cumbre sede B y 43 niños de primero de primaria del colegio Gonzalo Jiménez Navas el cual fue tomado como grupo control, los cuales cumplen con los criterios de selección.

III.B.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN GRUPO DE OBSERVACIÓN**
 - Niños de primero primaria del instituto la cumbre sede B que hayan recibido tres secciones del programa ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
 - Niños cuyos padres firmen el consentimiento informado.
- **CRITERIO DE INCLUSIÓN GRUPO CONTROL**
 - Para el grupo control niños de primero primaria del Colegio Gonzalo Jiménez Navas que no hayan recibido instrucciones de higiene oral
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**
 - Niños del instituto la cumbre que hayan recibido menos de 3 sesiones del programa.
 - Niños que los padres o profesores refieren que presentan algún tipo de limitación psicomotora o que manifiesten estar bajo prescripción médica y psicológica que afecte el sistema nervioso central y su capacidad cognitiva.

III.C. INFORMACIÓN TÉCNICA.

III.C.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó por medio de una encuesta de conocimiento y una de práctica la cual se le aplicó a la institución observada y al grupo control. (Ver Apéndice A y B)

III.C.2 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

- Se inició contactando los colegios donde se llevó a cabo la aplicación de las encuestas, los cuales fueron: Instituto la Cumbre Sede B y Colegio Gonzalo Jiménez Navas el cual será tomado como grupo control.
- Se envió la carta de solicitud a los directores de cada uno de los colegios para que nos permitan llevar a cabo la realización de la encuesta.
- Se elaboró los instrumentos de registro de evaluación práctica y conocimiento.
- En el Instituto La Cumbre Sede B se llevó a cabo la prueba piloto con una muestra de 10 alumnos de grado primero a los cuales se les entregó el kit de higiene oral.
- Con base a la prueba piloto se unificó los criterios para los evaluadores y el tiempo disponible para realizar la prueba, entre 8 y 10 minutos por prueba.
- Se visitó cada uno de los respectivos colegios y se les entregó a los estudiantes del grado primero de primaria los consentimientos informados para que fueran firmados por sus padres o acudientes
- Se realizó la recolección de los consentimientos informados para determinar los estudiantes que van a ser incluidos en la evaluación
- Se realizó el cálculo de la muestra según criterios de inclusión y exclusión
- En horas de la mañana se acudió al Colegio Instituto La Cumbre Sede B, se realizó las encuestas de práctica y conocimiento, las encuestas de practica fueron realizadas por el evaluador 1 y evaluador 2 en la batería de los baños de la institución la destreza sobre la práctica de higiene oral se evaluó por medio de la observación por parte de los elevadores los cuales ya estaban calibrados y tenían unificados los criterio de evaluación y tiempo , se fue aplicando la encuesta de manera individual por medio de una práctica supervisada pero no dirigida. Luego de que el estudiante fue evaluado en práctica los estudiantes evaluador 3 y evaluador 4 llevaron a cabo la encuesta de conocimiento la cual se realizó en el kiosco del patio de juegos, la encuesta fue diligenciada por los estudiantes de acuerdo a lo respondido por el niño encuestado sin hacer un direccionamiento a la respuesta correcta se le leyó la pregunta con las posible respuestas y el tuvo la libertad de escoger la respuesta que

considero correcta. Los niños que iban siendo evaluados se llevaron a un salón o sitio aislado donde no tuvieran contacto con los niños no encuestados, hasta tanto no se terminara el proceso con todos los estudiantes de la muestra.

- En horas de la mañana se acudió al colegio Gonzalo Jiménez Navas y se llevó a cabo la recolección de datos de las encuestas de la misma manera que se realizó en el Instituto la Cumbre Sede B, con la muestra seleccionada.
- Se realizó el análisis de los datos recolectados de las encuestas de conocimiento y practica por medio de los programas SPSS21 Y /O ESTATA 9.0 se procesaron los datos los cuales arrojaron resultados estadísticos.
- Se realizó el informe de resultados
- De acuerdo a los resultados obtenidos se dieron las sugerencias de mejoramiento para el Programa Escuelas Saludables

III.D ESTADÍSTICA Y TRATAMIENTO DE DATOS

III.D.1 VARIABLES

III.D.1.a VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

- Procedencia: Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, puede ser urbano o rural
- Estrato: Es la estratificación social con la determinación de las clases sociales. Esta clasificación puede ir de estrato cero a estrato ocho según el lugar donde se habite.
- Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Sexo: Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina. (Ver apéndice C)

III.D.1.b VARIABLES DE CONOCIMIENTO

- Partes Boca: Partes Que Conforman La Cavidad Oral.
- Función Boca: Funciones Principales De La Cavidad Oral.
- Partes Diente: Son Las Partes En La Que Se Encuentra Dividido El Diente

- Tejidos Diente: Son Los Tejidos Que Conforman El Diente
- Tipo Diente: Son Los Tipos De Dientes Que Vamos A Encontrar En La Cavidad Oral
- Alimen. Malos: Alimentos Desfavorables Que Nos Destruye Los Tejidos Dentales
- Plac. Bacteriana: Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes.
- Caries : Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- Prev. Caries: Cuáles Son Las Formas Y Métodos De Prevenir La Caries Dental.
- Flúor: Es Un Mineral Natural Que Se Encuentra En La Corteza Terrestre Y Tiene Una Distribución Extensa En La Naturaleza. Algunos Alimentos Y Depósitos De Agua Contienen Flúor.
- Prod. Flúor: El Flúor Hace Más Resistentes A Los Dientes Frente A Las Caries.
- Maloclusión: La Mal Oclusión Se Refiere A Cualquier Grado De Contacto Irregular De Los Dientes Del Maxilar Superior Con Los Del Maxilar Inferior.
- Sellantes: Material Preventivo De Consistencia Fluida Que Libera Flúor Y Se Colocan Cubriendo Las Fosas Y Fisuras Del Diente.
- Func. Sellante: Para Que Utilizamos Los Sellantes-
- Gingivitis: Es Una Enfermedad Bucal Generalmente Bacteriana Que Provoca Inflamación Y Sangrado De Las Encías.
- Hábitos: Es la repetición de alguna actividad que no es correcto realizar.
- Hab.Boca : Son hábitos inadecuado que nos alteran las funciones de la cavidad oral (Ver Apéndice D)

III.D.1.c VARIABLES DE PRÁCTICA

- Elementos higiene: Son los implementos de higiene oral que se utilizan para una correcta salud oral
- Cant. Crema: Cantidad promedio de crema dental utilizada en cada cepillado.
- Dom. cepillo: Es la habilidad que tiene el operador para manejar de manera correcta el cepillo dental:

- Mov. Cepillo: Son las acciones que se realizan con cepillo dental cambiando la posición de un lugar a otro, estos movimientos hacen que las superficies dentales queden limpias.
- Dur. Cepillado: Es el tiempo empleado por el operador para lograr un buen cepillado de las superficies dentales.
- Des. Cepi usa seda: La seda dental es un instrumento complementario de la higiene bucal que se utiliza para eliminar la placa que se aloja en los espacios interdentes, donde el cepillo no puede penetrar.
- Des. Cepi usa enjuague: El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. (Ver apéndice E)

E. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos recogidos fueron contados, codificados e interpretados haciendo uso de una estadística descriptiva. Se realizaron la base de datos en Excell aduplicado para observar si habían datos duplicados y se contrastaron con los instrumentos diligenciados para así validar los datos obtenidos. Luego de depurados los datos se exporto a un paquete estadístico SPSS versión 21 licenciado para la USTA.

E.1. Plan de Análisis estadístico:

Plan univariado: para variables cualitativas se realizó el cálculo de frecuencia y porcentaje (Sexo, Procedencia, Estrato, Partes Boca. Funciones Boca, Partes Diente, Tejidos Diente, Tipo De Dientes, Alimen. Malos, Plac. Bacteriana, Caries, Prev. Caries, Flúor, Prod . Flúor, Maloclusión, Sellantes, Func.sellantes, Gingivitis, Hábitos, Hab. Boca, Nivel De Conocimiento, **Elementos Higiene, Cant. Crema, Dom Cepillo, Mov. Cepillo, Dur. Cepillado, Des. Cepi Usa Seda. Des. Cepi Usa Enjuague**); para las variables cuantitativas (edad) se calcularon medidas de tendencia central como media y mediana, y medida de dispersión como el mínimo y el máximo o la desviación estándar

Plan bivariado: **las variables dependiente fueron correlacionadas con las variables dependientes y se utilizaron prueba del Chi 2 Pearson Y Test Exacto De Fischer Y La U De Mann Withney (Apéndice F)**

○ Variables dependientes

- Conocimiento

- Practica
- Variables independientes
 - Colegios
 - Elementos usados
 - Cantidad de crema
 - Agarre
 - Habilidad
 - Zona de agarre
 - Movimiento en oclusal
 - Movimiento en posteriores
 - Movimiento en anteriores
 - Duración de cepillado
 - Uso de seda dental
 - Uso de enjuague
 - Cantidad enjuague
 - Tiempo enjuague
 - Partes de la boca
 - Funciones de la boca
 - Partes diente 1
 - Partes dientes 2
 - Identificación de los dientes
 - Alimentos dañinos
 - Placa bacteriana
 - Caries dental
 - Prevenir caries
 - Flúor
 - Flúor en dientes
 - Maloclusión
 - Sellante
 - Sirve sellante
 - Gingivitis
 - Hábito
 - Hábitos boca

III.F CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la presente investigación se clasifica en el grupo de investigaciones sin riesgos, entendidas estas como los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos no dirigidos a la intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los cuales se considera revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros donde no se identifique aspectos sensitivos de su conducta.

Los padres o acudientes de los estudiantes intervenidos de cada institución firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba acerca de lo que se iba a realizar durante la observación. (Ver apéndice G)

IV. RESULTADOS

Se pudo determinar que en las dos instituciones el sexo que más predominó fue el femenino obteniendo los porcentajes más altos dentro de cada institución, la procedencia con predominancia fue la urbana con un 100% en el Instituto La Cumbre y un 86% en el Colegio Gonzalo Jiménez Navas, el estrato dos fue el que presentó mayor porcentaje en las dos instituciones siendo estos dos valores iguales. Se pudo establecer que las variables sociodemográficas (procedencia, estrato, y sexo) no tienen relación directa con el colegio al cual los participantes pertenecen. (tabla 1)

Tabla 1. Comparación de variables sociodemográficas de las dos Instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Procedencia					0,571*
<i>Urbana</i>	43	100	37	86	
<i>Rural</i>	-	-	6	14	
Estrato					0,319
<i>Estrato 1</i>	6	14	8	18,6	
<i>Estrato 2</i>	35	81,4	35	81,4	
<i>Estrato 3</i>	2	2,3	-	-	
Sexo					0,332*
<i>Femenino</i>	23	53.5	26	60,5	
<i>Masculino</i>	20	46,5	17	39,5	

* Test exacto de Fisher, Chi2.

Con respecto a lo evaluado sobre conocimientos de cavidad oral se pudo determinar lo siguiente : en cuanto a los siguientes conocimientos la institución que presentó un mayor porcentaje en saber fue el Instituto La Cumbre en cuanto a : partes de la boca con un 46,5% , funciones de la boca con una 88,4%, partes del diente (corona y raíz) con una 36 % , partes del diente (esmalte , dentina , pulpa , hueso) , alimentos dañinos con un 70%, el Colegio Gonzalo Jiménez Navas tuvo mejor conocimiento en : identificación de los dientes

con un 14%. Se pudo determinar que los conocimientos de partes de la boca, partes de los dientes (corona , raíz , esmalte , dentina , pulpa y hueso) y identificación de los dientes no tiene ninguna relación con la variables de instituciones a la que los participantes pertenecen. Solo funciones de la boca y alimentos dañinos si presenta relación ya que obtuvieron valores de p menores de 0,05. (Tabla 2)

Con respecto a la pregunta que es la placa bacteriana ? el colegio que mejor conocimiento presentó fue el instituto la cumbre con un 20.9 %, en cuanto a la respuesta que es la caries dental 10 participantes del instituto la cumbre respondió que es una enfermedad que da en el diente lo que equivale a un 23.3 %, en la pregunta cómo se puede prevenir la caries dental? un 39.5% de los participantes del instituto la cumbre respondió que cepillándonos tres veces al día, en la pregunta sabe que es el flúor? 6 niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas respondieron que si sabían acerca del tema. En base a lo anterior se determinó que los temas caries dental, prevención de la caries si tienen relación con la variable colegios en cambio placa bacteriana y flúor no tiene ninguna relación debido a que presentaron valores de P mayores a 0.050. (Tabla 3)

Con relación a la pregunta que produce el flúor en los dientes? 2 de los participantes del colegio Gonzalo Jiménez Navas que equivale al 4.7% respondieron que los hace fuerte a las caries en comparación al instituto la cumbre que un 60.5% no respondió a la pregunta, a la pregunta que es una mal oclusión? Se pudo observar que los mayores niveles acerca de conocimiento se presentó en el colegio Jiménez Navas ya que 6 (14%) niños respondieron que es cuando los dientes están torcidos. Se concluyó que ninguno de estos temas mencionados anteriormente tiene relación con la variable colegios ya que presento un valor de P mayor a 0.050. (Tabla 4)

En la pregunta para qué sirve el sellante? El 30.2% (13 Participantes) del instituto la cumbre respondieron que para proteger los dientes de la caries, un 23.3% de los niños del instituto la cumbre a la pregunta que es la gingivitis? Respondieron que es cuando la encía esta inflamada y sangra al cepillado, el colegio Gonzalo Jiménez Navas tuvo mayor conocimiento en la siguientes preguntas: un 72.4% sabe que es un mal hábito y un 72.1% marco correctamente los malos hábitos para nuestra boca (comerse las uñas, chupar dedo, respirar por la boca). Se pudo deducir que los conocimientos sobre gingivitis y hábitos de boca no tienen ningún tipo de relación con la variable colegios en cambio los temas, para que sirven los sellantes y q es un mal hábitos si presentaron relación ya que sus valores de P fueron menores a 0.050 (tabla 5)

Tabla 2. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos Instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Partes de la boca					0,362
<i>Sabe</i>	20	46,5	15	34,9	
<i>No sabe</i>	23	53,5	28	65,1	
Funciones de la boca					0,018*
<i>Sabe</i>	38	88,4	29	11,6	
<i>No sabe</i>	5	11,6	14	32,6	
Partes del diente (corona – raíz)					0,112
<i>Sabe</i>	36	83,7	21	48,8	
<i>No Sabe</i>	7	16,3	22	51,2	
Partes del dientes (esmalte , dentina , pulpa , hueso					0,112
<i>Sabe</i>	7	16,3	5	16,3	
<i>No sabe</i>	36	83,7	38	83,7	
Identificación de los dientes					0,336
<i>Sabe</i>	3	7	6	14	
<i>No sabe</i>	40	93	37	86	
Alimentos dañinos					0,04
<i>Sabe</i>	28	70	12	30	
<i>No sabe</i>	15	30	31	70	

* Test Exacto de Fisher, Chi2.

Tabla 3. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Placa bacteriana					0,155
Bacterias	2	4,7	1	2,3	
Capa protectora	1	2,3	-	-	
Restos de alimentos	9	20,9	3	7	
No sabe	31	72,1	39	90,7	
Caries dental					0,011
No responde	-	-	2	4,7	
Parte del diente	2	4,7	2	4,7	
Enfermedad	10	23,3	3	7	
Resto de comida	12	27,9	4	9,3	
No sabe	19	44,2	32	74,4	
Prevención de la caries					0,001
No responde	12	27,9	32	74,4	
Comiendo dulces	8	18,6	1	2,3	
Cepillándonos 3 / día	17	39,5	7	16,3	
Sacando los dientes	3	7	1	2,3	
Cepillando 3/ semana	3	7	2	4,7	
Flúor					0,468
No responde	-	-	1	2,3	
Si	4	9,3	6	14	
No	39	90,7	36	83,7	

Tabla 4. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos Instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
Flúor en los diente	No	%	No	%	0,186
No responde	26	60,5	35	81,4	
Los hace fuertes	-	-	2	4,7	
Daña	6	14	-	-	
Blanquea	4	9,3	2	4,7	
Les quita la caries	7	16,3	4	9,3	
Maloclusión					0,198
No responde	18	41,9	11	25,6	
Dientes torcidos	14	32,6	13	30,2	
No se tiene dientes	-	-	2	4,7	
Dientes derechos	2	4,7	1	2,3	
Dientes de leche	9	20,9	16	37,2	
Sellantes					0,346
No responde	-	-	3	7	
Si	5	11,6	6	14	
No	38	88,4	34	79,1	

Tabla 5. Comparación de conocimientos de cavidad oral en las dos instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Sirven los sellantes					0,022
<i>No responde</i>	24	55,8	36	83,7	
<i>Cepillarse</i>	4	9,3	2	4,7	
<i>Proteger</i>	13	30,2	2	4,7	
<i>Masticar</i>	1	2,3	2	4,7	
<i>Caigan</i>	1	2,3	1	2,3	
Gingivitis					0,921
<i>No responde</i>	10	23,3	9	20,9	
<i>Dientes limpios</i>	9	20,9	7	16,3	
<i>Encía inflamada</i>	10	23,3	9	20,9	
<i>Dientes con huecos</i>	2	4,7	2	4,7	
<i>Duele un diente</i>	12	27,9	16	37,2	
Mal habito					0,001
<i>Si</i>	15	34,9	32	74,4	
<i>No</i>	28	65,1	11	25,6	
Hábitos boca					0,381
<i>No responde</i>	8	18,6	6	14	
<i>Sabe</i>	25	58,1	31	72,1	
<i>No sabe</i>	10	23,3	6	14	

El instituto la cumbre presento un nivel de conocimiento malo con un 46.5% y el colegio Gonzalo Jiménez Navas presento un nivel de conocimiento deficiente con un 53.5%. se

pudo establecer que no hay relación entre el nivel de conocimientos y la variable colegios ya que su valor de P fue de 0.678.(tabla6)

Tabla 6 Comparación de los niveles de conocimiento entre las dos Instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Conocimiento					0.678
Deficiente	18	41,9	23	53,5	
Malo	20	46,5	17	39,5	
Regular	4	9,3	2	4,7	
Bueno	1	2,3	1	2,3	
Excelente	-	-	-	-	

Con base en lo observado durante la práctica de higiene bucal realizada por los participantes de cada institución se pudo determinar lo siguiente: en la categoría 1. elementos usados en la higiene oral, 3 participantes (7%) del instituto la cumbre hicieron uso de todos los elementos (cepillo, crema, seda dental, enjuague bucal) en comparación al colegio Gonzalo Jiménez Navas que solo 1 (2.3%) participante utilizó todos los elementos requeridos para una buena higiene oral. Un 41.9% de los niños del instituto la cumbre en la categoría 2. Cantidad de crema que utiliza para el cepillado aplicaron crema dental en media cabeza de cepillo de dientes, y un 46.5% de los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas aplicaron crema en más de media cabeza del cepillo de dientes. En la categoría 3 habilidad demostrada en el dominio del cepillo en el aspecto agarre un 58.1% de los participantes del instituto la cumbre tuvieron un agarre firme en comparación a los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas que tuvieron un agarre medio con un 41.9%; en el aspecto habilidad un 51.2% de los estudiantes del instituto la cumbre tuvieron una habilidad buena, en relación a un 41.9% de los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas que tuvieron una habilidad media de acuerdo a todo lo anterior se pudo determinar que los

aspecto agarre y habilidad tiene relación con la variable colegios, en cambio, los elementos usados en higiene bucal y la cantidad de crema no tienen ninguna relación con la variable colegios (tabla 7)

Tabla 7 Comparación De Prácticas De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Elementos usados					0.213
<i>Cepillo</i>	-	-	-	-	
<i>Cepillo crema</i>	22	51,2	31	72,1	
<i>Cepillo, crema y seda</i>	2	4,7	2	4,7	
<i>Cepillo, crema y enjuague</i>	16	37,2	9	20,9	
<i>Cepillo , crema , enjuague y seda</i>	3	7	1	2,3	
Cantidad de crema					0,501
<i>Menos de media cabeza</i>	9	20,9	6	20,9	
<i>Media cabeza</i>	18	41,9	14	32,6	
<i>Mas de media cabeza</i>	14	32,6	20	46,5	
<i>Toda la cabeza del cepillo</i>	2	4,7	3	7	
Agarre					0,016
<i>Firme</i>	25	58,1	13	30,2	
<i>Medio</i>	14	32,6	18	41,9	
<i>Débil</i>	4	9,3	12	27,9	
Habilidad					0,001
<i>Buena</i>	22	51,2	8	18,6	
<i>Media</i>	16	37,2	18	41,9	
<i>baja</i>	5	11,6	17	39,5	

En el aspecto zona de agarre evaluado en el dominio del cepillo un 53.5% de los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas tuvieron una zona de agarre en el tercio medio del mango y un 51.2% de los estudiantes del instituto la cumbre tuvieron una zona de agarre en el mismo tercio. En la categoría 4 movimientos de cepillado zona oclusal, los participantes de los dos colegios realizaron con más frecuencia el movimiento adelante atrás y solo dos de los participantes de cada colegio realizaron el movimiento correcto el cual es el circular. Un 95.3% de los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas realizaron el movimiento de derecha e izquierda en la zona posterior la cual es la correcta a diferencia del instituto la cumbre que solo un 52.8% realizaron este mismo movimiento. En la zona anterior el movimiento más realizado por los estudiantes del instituto la cumbre fue el arriba y abajo con un 30.2% en comparación con los participantes del colegio Gonzalo Jiménez Navas que realizaron un movimiento de derecha a izquierda con un 93%. Con base a lo anterior se pudo determinar que los aspectos, movimiento de zona posterior y anterior si tiene relación con la variable colegios ya que presentaron valores de P menores a 0.050. (tabla8)

En la categoría duración de cepillado las dos instituciones presentaron el mayor porcentaje en la variable de 30 segundos a 1 minuto, siendo el tiempo correcto un minuto o más. Dos participantes de cada institución hicieron uso de la seda dental, y un 44.2% de los participantes de la cumbre usaron enjuague bucal en comparación al colegio Gonzalo Jiménez Navas que un 76.7% de niños no utilizaron enjuague. En el aspecto cantidad utilizada de enjuague bucal 11.6% de los niños del colegio Gonzalo Jiménez Navas utilizaron de media a una copa de enjuague la cual es la cantidad correcta y un 32.6% del instituto la cumbre utilizaron menos de media copa; en el aspecto tiempo de uso del enjuague 23.3% de los niños del instituto la cumbre usaron el enjuague en un tiempo de 10 a 20 segundos. Los aspectos que tuvieron relación con la variable colegio fueron uso de enjuague, cantidad de enjuague, tiempo de enjuague ya que sus valores de P fueron menores a 0.050. (Tabla 9)

Tabla 8. Comparación De Práctica De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones.

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Zona de agarre					0,975
<i>Tercio externo</i>	18	41,9	17	39,5	
<i>Tercio medio del mango</i>	22	51,2	23	53,5	
<i>Tercio externo</i>	3	7	3	7	
Movimiento zona oclusal					0,398
<i>Circular</i>	2	4,7	2	4,7	
<i>Adelante – atrás</i>	23	53,5	24		
<i>Derecha – izquierda</i>	10	23,3	14	32,6	
<i>Combinada</i>	8	18,6	3	7	
Movimiento zona posterior					0,000
<i>Circular</i>	1	2,3	-	-	
<i>Arriba- abajo</i>	7	16,3	-	-	
<i>Derecha – izquierda</i>	24	55,8	41	95,3	
<i>Combinada</i>	11	25,6	2	4,7	
Movimiento zona anterior					0,000
<i>Circular</i>	1	2,3	-	-	
<i>Arriba- abajo</i>	13	30,2	1	2,3	
<i>Derecha – izquierda</i>	18	41,9	40	93	
<i>Combinada</i>	11	25,6	2	4,7	

Tabla9. Comparación De Las Prácticas De Higiene Bucal Entre Las Dos Instituciones.

Variable	Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Duración del cepillado					0.965
30 seg o menos	11	25,6	11	25,6	
30 seg a un minuto	21	48,8	22	51,2	
Un minuto o mas	11	25,6	10	23,3	
Uso de la seda					0,242*
Si	3	7	6	14	
No	40	93	37	86	
Uso de enjuague					0,040
Si	19	44,2	10	23,3	
No	24	55,8	33	76,7	
Cantidad de enjuague					0,079
No uso	24	55,8	33	76,7	
1 copa dosificadora	1	2,3	-	-	
½ a una copa	4	9,3	5	11,6	
Menos de ½ de copa	14	32,6	5	11,6	
Tiempo					0,072
No uso	24	55,8	33	76,7	
De 0 a 10 seg	6	20,9	6	20,9	
10 a 20 seg	10	23,3	4	9,3	
20 a 30 seg o mas	3	7	-	-	

Un 51.2% de los participantes del instituto la cumbre obtuvieron un nivel de práctica malo en comparación con el colegio Gonzalo Jiménez Navas que un 76.7% tuvieron un nivel de practica deficiente; se pudo determinar que no hay relación entre niveles de práctica y la variable colegios. (Tabla 10)

Tabla 10. Comparación de los niveles de práctica entre las dos instituciones.

Variable	Práctica Instituciones				Valor de p
	Instituto La Cumbre		Colegio Gonzalo Jiménez Navas		
	No	%	No	%	
Nivel de práctica					0.678
Deficiente	18	41,9	33	76,7	
Malo	22	51,2	10	23,3	
Regular	2	4,7	-	-	
Bueno	1	2,3	-	-	
Excelente	-	-	-	-	

Un 46.5% del total de la muestra tuvieron un nivel de practica deficiente pertenecientes al estrato 2 y solo un niño d este mismo estrato un nivel bueno por tanto se establece que el estrato no tiene relación con el nivel de práctica de los niños. Un 56.5% del total de la muestra de procedencia urbana obtuvieron un nivel de practica deficiente y solo uno de la misma procedencia tuvo un nivel bueno por lo tanto se determinó que la procedencia no tiene relación con el nivel de práctica. 22 niños (25.6%)9 obtuvieron un nivel de practica deficientes y 29 niñas (33.7%) obtuvieron un nivel deficiente pero una niña tuvo un nivel de practica bueno lo que equivale a un 1.2% total de la muestra lo que indica que no hay relación entre sexo y nivel de práctica. (Tabla 11)

Un 41.9 % de los participantes totales tuvieron un nivel de conocimiento deficiente pertenecientes al estrato 2 y dos niños del mismo estrato presentaron un nivel de conocimiento bueno por lo cual no hay ningún tipo de relación entre nivel de conocimiento y sexo. Un 45.3% de procedencia urbana tiene un nivel de conocimiento deficiente pero uno de la misma procedencia tiene un nivel bueno, por lo tanto no hay relación entre procedencia y niveles de conocimiento. 26 niñas (30.2%) del total de la muestra tuvieron un nivel de conocimiento deficiente y 15 niños (17.4%) también presentaron el mismo nivel pero dos niños que equivalen al 2.3% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno por lo cual no hay relación entre sexo y nivel de conocimiento. (Tabla 12)

Tabla11. Niveles de práctica según las variables sociodemográficas de toda la población estudiada.

Variable	Nivel práctica según características sociodemográficas								Valor de p
	Deficiente		Malo		Regular		Bueno		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Estrato									0,958
<i>Estrato 1</i>	10	11,6	4	4,7	-	-	-	-	
<i>Estrato 2</i>	40	46,5	27	31,4	2	2,3	1	1,2	
<i>Estrato 3</i>	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	
Procedencia									0,663
<i>Urbano</i>	46	53,5	31	36	2	2,3	1	1,2	
<i>Rural</i>	5	5,8	1	1,2	-	-	-	-	
Sexo									0,483
<i>Femenino</i>	29	33,7	17	19,8	2	2,3	1	1,2	
<i>Masculino</i>	22	25,6	15	17,4	-	-	-	-	

Tabla 12. Niveles de conocimiento según las variables sociodemográficas de toda la población estudiada.

Variable	Nivel conocimiento según características sociodemográficas								Valor de p
	Deficiente		Malo		regular		Bueno		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Estrato									0,718
<i>Estrato 1</i>	4	4,65	9	10,5	1	1,2	-	-	
<i>Estrato 2</i>	36	41,9	27	31,4	5	5,8	2	2,3	
<i>Estrato 3</i>	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	
Procedencia									0.633
<i>Urbano</i>	39	45,3	33	38,4	6	7	1	1,2	
<i>Rural</i>	2	2,3	4	4,7	-	-	-	-	
Sexo									0,256
<i>Femenino</i>	26	30,2	19	22,1	4	4,65	-	-	
<i>Masculino</i>	15	17,4	18	20,9	2	2,3	2	2,3	

V. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio provienen de una información obtenida a partir de unas encuestas de entrevistas realizadas a niños primero primaria del Colegio Gonzalo Jiménez Navas y El Instituto La Cumbre Sede B, en el diseño se lograron incluir los elementos mínimos requeridos para la obtención de resultados válidos.

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos la discusión se presenta en base a ocho grupos de temas encuestados: cavidad bucal, nutrición, placa bacteriana, caries dental, flúor, mal, enfermedad bucal, sellantes, malos hábitos y 7 categorías observadas durante la práctica de higiene bucal: elementos usados, cantidad de crema utilizada para el cepillado, habilidad en el dominio del cepillado, movimientos del cepillado, duración del cepillado uso de enjuague y seda dental.

Es importante poner en evidencia que nuestra muestra fue reducida ya que se utilizó el total del universo que cumplían con las exigencias para poder ser evaluados.

En cuanto a género se encontró que si hubo una diferencia significativa ya que las niñas tuvieron una mayor incidencia en resultados positivos, en este caso hay una gran coincidencia con el estudio de la Dra. Ma. Alejandra Soria Hernández, la Dra. Nelly Molina y el Dr. Raúl Rodríguez P. sobre hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la caries quienes afirman que las niñas son las que más utilizan los métodos de prevención, hacen énfasis en que las niñas tienen más cuidado en su higiene bucal.

Los resultados obtenidos muestran que no está produciendo el impacto esperado sobre los estudiantes de la institución que está recibiendo las Actividades de promoción y prevención ya que el nivel de conocimiento sobre diferentes temas es deficiente para los estudiante del instituto la cumbre, lo que difiere con lo expresado por Bosch y Colaboradores en donde muestra un nivel de conocimiento más alto en los escolares luego de recibir una intervención educativa sobre salud bucodental.

La mayoría de los estudiantes encuestados de la institución intervenida en cuanto a cavidad bucal, alimentos dañinos y placa bacteriana saben acerca de estos temas lo cual coincide con los resultados obtenidos por Bernabé Ortiz Eduardo, Sánchez-Borjas Pablo César, Delgado-Angulo Elsa Karina en su trabajo Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses.

Con respecto a los elementos usados durante la práctica de higiene oral por parte de los estudiantes del Instituto La cumbre la mayoría de los estudiantes utilizo solo cepillo y crema lo cual coincide con los resultados obtenidos por dotado J. Beloso J. en su estudio knowledge, attitude and practices on oral health of public school children of batangas city (conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de niños de escuelas públicas de batangas donde afirman “ aunque se han utilizado diferentes instrumento de limpieza en diferentes cultura el cepillo de dientes es el más utilizado con frecuencia “, pero estos

resultados no coinciden con lo establecido por Bosch y Colaboradores ya que el 100% de los intervenidos luego de recibir el programa utilizaron todos los elementos de higiene oral.

El uso de los elementos de higiene oral fue insuficiente debido que no se utilizaron todos los implementos, ni con la cantidad y el tiempo enseñado estos resultados coinciden a los de Elías Casals Peidró en su estudio Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española que afirma “los hábitos de higiene dental personal en España, pese a una positiva evolución en los últimos años, aún se encuentran lejos del patrón de excelencia deseable y a la cola de los países desarrollados”.

El nivel de conocimiento que se determinó a través de los niveles establecidos la mayoría de los participantes del Instituto La Cumbre presentaron un nivel malo y solo uno presento un nivel bueno lo cual no coincide con lo establecido por Nayana , Umarani J. en su estudio knowledge of children regarding oral hygiene : A school based descriptive study (Conocimiento De Los Niños Con Respecto A La Higiene Bucal : Estudios Descriptivo De Una Escuela)

Los participantes de sexo femenino presentaron mejor conocimiento en cuanto a cavidad oral con respecto al otro sexo lo cual se relaciona con los resultados obtenidos por Borges M. en su estudio Intervención Educativa Para Modificar Conocimientos Sobre Salud Bucal en niños de La Escuela Primaria Bella Vista II. Valencia. Venezuela .Noviembre del 2010 a Julio de 2011 en donde el mayor grado de conocimiento lo obtuvieron las niñas luego de recibir la intervención educativa □

Se pudo determinar que no hay relación entre las variables sociodemográficas (sexo , procedencia , estrato) y el nivel de conocimiento de los estudiantes de la institución intervenida ya que esto no es un factor que afecte directamente el conocimiento de los niños lo cual es apoyado por el estudio realizado por Nayana , Umarani J. donde determinaron que el estudio revelo que no hubo significativa asociación entre el nivel de conocimiento con el seleccionado de variables sociodemográficas .

Con respecto a los resultados obtenidos se pudo determinar que el nivel de conocimiento y practica no se ve afectada por el colegio al que pertenecen los estudiantes difiere totalmente a los establecido por dotado J. Beloso J. l ya que afirmaron que la evaluación se ve afectada para la escuela a la que pertenecen lo cual fue atribuido a los términos de implementación de las prácticas de enseñanza y los programas de salud oral en el entorno escolar.

Es de importancia reseñar que la actitud receptiva de los escolares fue satisfactoria lo cual constituyó un aspecto determinante para llevar a cabo las encuestas realizadas durante nuestra observación y evaluación en cada una de las instituciones.

Para finalizar es necesario que nosotros como profesionales realicemos y mejoremos las Actividades de promoción y prevención a nivel local, regional y mundial para así prevenir el aumento de la presencia de enfermedades orales en la población a causa de

desinformación a cerca de los factores de riesgo y las medidas de autocuidado que deben tener consigo mismos

VI. CONCLUSIONES

Al evaluar la eficacia del programa preventivo actividades de promoción y prevención desarrollado en el instituto la cumbre sede B con respecto al Colegio Gonzalo Jiménez Navas se concluyó:

- Los temas tratados en el programa con mayor evidencia de aprendizaje fueron: función de la boca, partes del diente corona- raíz , alimentos dañinos y malos hábitos de la boca.
- Los temas con menor evidencia de aprendizaje en el grupo intervenido fueron: que es caries dental, prevención de caries dental, que es flúor, flúor de los dientes, mal oclusión, sellantes, para que sirve los sellantes, gingivitis, identificación de dientes y partes del diente (esmalte, dentina, hueso y pulpa).
- El nivel de conocimiento de los estudiantes del instituto la cumbre es mayor que los del colegio Gonzalo Jiménez Navas, pero la diferencia entre estos no es la esperada
- Las Actividades de promoción y prevención desarrolladas por los estudiantes de la USTA en el Instituto La Cumbre sede B no han logrado un nivel de conocimiento bueno y excelente en la población intervenida
- En cuanto al uso de los implementos de higiene oral la población intervenida conto con un mayor número de niños que utilizaron todos los elementos de higiene oral.
- Las niñas tuvieron el mayor nivel de conocimiento en el instituto la cumbre. Para el colegio Navas fueron los niños.
- No se evidencio un tiempo adecuado de cepillado en ninguno de los dos grupos
- Se evidencia una mejor técnica de cepillado en la población intervenida con respecto a la no intervenida

VII RECOMENDACIONES

- Concientizar y sensibilizar al personal docente del instituto la cumbre de la importancia del la salud bucal fortaleciendo los hábitos de higiene en sus estudiantes durante todo el año
- Analizar la metodología y didáctica de las actividades desarrolladas con el fin de lograr un mayor nivel de aprendizaje en los niños
- Vincular de manera más positiva con información y charlas a los padres o tutores de los niños para que propicien los buenos hábitos para la salud bucal en el núcleo familiar.
- Concientizar al estudiante de la USTA de la responsabilidad educativa que tiene con sus “pacientes” en la formación de adecuados conocimiento habilidades y prácticas para su salud bucal
- Incrementar las sesiones de cepillado supervisado a fin de lograr el adecuado adiestramiento en la técnica y uso de los implementos de higiene oral hasta afianzarlo como un buen hábito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Estrategia Sanitarias salud bucal . **Dirección General de Salud de las Personas.** Tomado de :
http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
2. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. 2000. Disponible en : <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>
3. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología . Resultados del III Estudio Nacional de Salud Bucal. 2013. Disponible en : <http://acfo.edu.co/investigacion/index.php/publicaciones-en-linea?id=28:resultados-del-iii-estudio-nacional-de-salud-bucal&catid=20:en-linea&>
4. Manual de convivencia Instituto La Cumbre.
5. Ysla Cheé R. ;Pareja Vásquez M. Eficacia Del Cepillado Dental En La Remoción Del biofilm En Niños De 6 a 12, Años De La Institución Educativa Andrés Bello. Lima, Perú. 2011.Disponible en :
http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2011/Kiruv.8.3/Kiru_v.8.3%20art.6.pdf . 29/09/2013
6. Villaizán C.,Aguilar M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares.Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria .Mayo 2012. Tomado de :
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp>. 29/09/2013
7. Gonzalez Martínez F y Colaboradores. Estudio Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia . Mayo- Junio .2011. Disponible en :
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000300009&script=sci_arttext. 24/07/2014
8. Gonzalez Ariza S. y Colab. Promoción y prevencion en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. 2009. (1) Disponible en :
<http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/32/49> .24/07/2014
9. Espinoza Santander I y Colaboradores. Hábitos De Higiene Oral En Estudiantes De Odontología De La Universidad de Chile. Revista Clínica Periodoncia Implantologia Rehabilitación Oral . Abril 2010 . (1): 11-18. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000100002>..29/09/2013
10. Nayana , Umarani. J . knowledge of children regarding oral hygiene : A school based descriptive study . Journal Of Scientific & Innovative Research . 2014.

11. Burnett , Delia Cahill , M.P.H En Su Studio Oral Health Status, Behaviours And Knowledge Of Children In Addis Ababa, Ethiopia. Mount Sinai School Of Medicine, 2012. Tomado de : <http://gradworks.umi.com/15/09/1509932.html>
12. Badillo Martinez F. Programa De Prevencion Y Control De Placa Dentobacteriana En Niños De 7 a 8 Años De Edad De La Primaria “Alfonso Arroyo Flores De Poza Rica, Disponible en : <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30904/1/BadilloMtz.pdf>
13. Etiología de la Placa Bacteriana. Disponible en : http://www.radiodent.cl/periodoncia/etiologia_de_la_placa_bacteriana.pdf
- 14.
15. Caries . Tomado de : <http://www.slideshare.net/bessy2012/caries-dental-14308987>
16. La caries dental . tomado de : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001055.htm>
17. Stephane J. y colab. Prevalencia de malposiciones en pacientes de 7 a 25 años , **en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez y el Hospital Arturo Grullón, periodo Octubre- Noviembre 2008, Santiago Rep.Dom.”.** tomado de : http://www.destomatologia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=300:-prevalencia-de-malposicion-dentaria-en-pacientes-de-7-a-25-anos-en-el-hospital-regional-universitario-jose-maria-cabral-y-baez-y-el-hospital-arturo-grullon-periodo-octubre-noviembre-2008-santiago-repdom&catid=34:trabajos-de-investigacion&Itemid=55
18. Fonseca X. Respirador Bucal. Otorrinolaringología Escuela de Medicina
19. Succion digital . tomado de : <https://www.propdental.es/blog/ortodoncia/succion-digital/>
20. Onicofagia . tomado de : <http://definicion.de/onicofagia/>
21. Gil Loscos F y colaboradores . Periodoncia para el Higienista Dental . Enero – Marzo 2010 . (15) : 1.Disponible en : <http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>. 15 / 10/ 2013L
22. Badillo Martinez F. Programa De Prevencion Y Control De Placa Dentobacteriana En Niños De 7 a 8 Años De Edad De La Primaria “Alfonso Arroyo Flores De Poza Rica, Disponible en : <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30904/1/BadilloMtz.pdf>
23. Sellante. Disponible en: <http://saludoralessc.blogspot.com/2009/10/que-son-los-sellantes-dentales-los.html>
24. Flúor, wáter treatment solutions, tomado de: <http://www.lenntech.es/periodica/elementos/f.htm>
25. Morante M. Valoración Cruzada Y A Doble Ciego, Mediante El Modelo De Gingivitis Experimental, De La Eficacia De Tres Colutorios De Clorhexidina Sin

- Alcohol Frente A La Prevención De Gingivitis Y A La Neoformación De Placa Supragingival .2013
26. Herrera Hernández M. Técnica de Cepillado Dental. Noviembre . 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/71864176/Tecnica-de-Cepillado-Dental>
 27. Modalidades Y Formas De Participación Social En La Prestación De Servicios De Salud. Decreto 1757 DE 1994. Disponible en : <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850.24/07/2014>
 28. Protección Específica. Resolución 412 de 2000 Febrero 25. Disponible en : <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>. 24/07/2014
 29. Programas de Protección Específica. Ley 100 De 1993. Artículo 80 . Disponible en : <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Proyecto%20Resoluci%C3%B3n%20OS%20Publicaci%C3%B3n.pdf>
 30. Ley 1438 De 2011.Diario Oficial No. 47.957 .19 de Enero de 2011. Disponible en : http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html. 15/ 11/ 2013
 31. Navarrete A ; Burgos A. Programa de higiene bucal, y su impacto en flora bacteriana. Rev Chil Pediatr. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79n3/art04.pdf> . 30 / 09 / 2013
 32. Linares Lizarazo L; Ruiz Paredes N ; Herrera D; Gómez R. Caries Dental Y Condiciones De Higiene Oral En Niños Indígenas Sikuani, Municipio De Puerto Gaitán. Revista colombiana de Investigación en Odontología. 2010 (1). Disponible en : <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/7/13>. 29 /09 / 2013
 33. Galaz Ramos J; Ramos Peña E y Tijerina González I. Riesgo de Presencia De Placa Dentobacteriana Asociado Al Control De Higiene Bucal En Adolescentes. Revista Salud Publica Y Nutrición .Octubre- Diciembre 2009.(10). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/x/4/articulos/placa_dentobacteriana.htm .14/09/2013.
 34. Espinoza Santander I, Muñoz Poblete C, Lara Molina M, Uribe Cifuentes JP. Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [revista en la Internet]. 2010 Abr. 3(1): 11-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000100002>.29/09/2013
 35. Feiruz C. y Colaboradores. Salud Bucal Según el conocimiento y aplicación de técnicas de higiene oral. Revista científica juvenil. Mérida-Venezuela. 2008-2009: 173-182
 36. Hernández Suarez A., Espeso Nápoles N. , Reyes Obediente F., Landrian Díaz C. Promoción De Salud Para La Prevención De Caries En Niños De 5 a 12 Años .2006-2007. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2009/Vol13n6/PDF/amc060609.pdf>

37. Restrepo Chica K y Colaboradores. 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. Enero – Junio. 2011. (7). Disponible en : <http://wb.ucc.edu.co/revistanacionaldeodontologia/files/2012/02/articulo-05-vol7-n12.pdf>
38. Villaizán C., Aguilar M. Estudio de la prevalencia de caries y su relación con factores de higiene oral y hábitos cariogénicos en escolares. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría .Mayo 2012. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art14.asp.29/09/2013>
39. Fernández Collazo M. , Bravo Seijas B. Prevalencia Y Severidad De Caries Dental En Niños Institucionalizados De 2 a 5 Años. Rev Cubana Estomatol. Septiembre. 2009. 46(3): 21-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300003&lng=es.
40. Díaz Cárdenas S., González Martínez F. Prevalencia De Caries Dental Y Factores Familiares En Niños Escolares De Cartagena de Indias . Colombia. Rev. Salud Pública. Octubre. 2010. 12(5): 843-851. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500014&lng=es.
41. Gonzalez C., NAVARRO J., López P.. Cambio De Indicadores De Placa Dentobacteriana, Gingivitis Y Caries Dental En Niños Entre 2 y 5 Años De Edad a Partir De Una Intervención Educativa Dirigida A Madres De Preescolar Medellín. 2003 - 2005. **CES Odontología**, Norteamérica. 2009. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/178>>.
42. Agurto V. Pamela, Díaz M. Rodrigo, Cádiz D. Olga, Bobenrieth K. Fernando. Frecuencia De Malos Hábitos Orales Y Su Asociación Con El Desarrollo De Anomalías Dentomaxilares En Niños De 3 a 6 Años Del Area Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. Noviembre. 1999 .Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S037041061999000600004>
43. Bosch Robaina R., Rubio Alonso M., García Hoyos F.. Conocimientos Sobre Salud Bucodental Y Evaluación De Higiene Oral Antes Y Después De Una Intervención Educativa En Niños De 9-10 Años. Rev. Av Odontoestomatol. Febrero.2012. 28(1):17-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852012000100003>.
44. Cisneros Domínguez G., Hernández Borges Y. La Educación Para La Salud Bucal En Edades Tempranas De La Vida. Rev. Medisan . Octubre. 2011; 15(10):1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es

APENDICE. A

<p>UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE BUCARAMANGA</p>	<p>EFICACIA DEL PROGRAMA PREVENTIVO ESCUELA SALUDABLE DESARROLLADO EN EL INSTITUTO LA CUMBRE SEDE B</p>
<p>CONFIDENCIAL La presente información tiene carácter confidencial y sólo será utilizada con fines estadísticos</p>	<div data-bbox="617 703 693 770"> </div> <p>FORMULARIO INDIVIDUAL PARA NIÑOS DE PRIMERO</p>

FORMULARIO N° 1

IDENTIFICACION

01. Nombre del estudiante:

02. Procedencia: Urbana (1) Rural (2)

03. Estrato : Estrato1 (1) Estrato2 (2) Estrato3 (3) Estrato4 (4)

04. Institución:

II. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

05.Edad: | | |

06. SEXO: Femenino 1 Masculino 1
(1) (2)

CHEKING HABILIDAD Y DOMINIO TECNICAS DE HIGIENE ORAL

07. ELEMENTOS USADOS EN LA HIGIENE BUCAL

08. CEPILLO (1)

09. CEPILLO, CREMA (2)

10. CEPILLO, CREMA, SEDA DENTAL(3)

11. CEPILLO, CREMA, ENJUAGUE BUCAL(4)

12. CEPILLO, CREMA, SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL(5)

<p>16. Cantidad de crema que utiliza para el cepillado</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>(1)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(2)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(3)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(4)</p> </div> </div> <p>17. La habilidad demostrada en el dominio del cepillo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th style="width: 15%;">ASPECTO</th> <th style="width: 25%;">Criterio 1</th> <th style="width: 25%;">Criterio 2</th> <th style="width: 35%;">Criterio 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18 AGARRE</td> <td>Firme(1)</td> <td>Medio(2)</td> <td>Debil (3)</td> </tr> <tr> <td>19 HABILIDAD</td> <td>Buena(1)</td> <td>Media(2)</td> <td>Baja (3)</td> </tr> <tr> <td>20 ZONA AGARRE</td> <td>1/3 EXTERNO MANGO(1)</td> <td>1/3 MEDIO MANGO(2)</td> <td>1/3 INTERNO MANGO (3)</td> </tr> </tbody> </table>	ASPECTO	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	18 AGARRE	Firme(1)	Medio(2)	Debil (3)	19 HABILIDAD	Buena(1)	Media(2)	Baja (3)	20 ZONA AGARRE	1/3 EXTERNO MANGO(1)	1/3 MEDIO MANGO(2)	1/3 INTERNO MANGO (3)	<input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
ASPECTO	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3														
18 AGARRE	Firme(1)	Medio(2)	Debil (3)														
19 HABILIDAD	Buena(1)	Media(2)	Baja (3)														
20 ZONA AGARRE	1/3 EXTERNO MANGO(1)	1/3 MEDIO MANGO(2)	1/3 INTERNO MANGO (3)														

Movimientos del cepillado:						<input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px; margin-bottom: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
22	ZONA	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Criterio 4	
	OCCLUSAL	Circular (1)	Adelante y atraz (2)	Derecha a izquierda (3)	Combinado (4)	
23	Posteriores	Circular (1)	Arriba y abajo (2)	Derecha a izquierda(3)	Combinado (4)	
24	Anteriores	Circular (1)	Arriba y abajo (2)	Derecha a izquierda(3)	Combinado (4)	
<p>25. Duración del cepillado:</p> <p>(1) 30seg ó mes</p> <p>(2) 30seg a 1min</p> <p>(3) 1min ó más</p>						
<p>26. Después del cepillado utiliza la seda dental Si (1) ____ No (2) ____</p>						<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

<p>27. Después del cepillado utiliza enjuague bucal Si (1) ____ No (2) ____ En caso de hacerlo :</p>				☐
ASPECTO	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	☐
Cantidad(1)	1 copa dosificadora	1/2 a 1 copa	Menos de 1/2	☐
Tiempo (2)	0 a 10 segundos	10 a 20 seg	21 a 30 seg ó más	☐

APENDICE B

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE BUCARAMANGA	CONOCIMIENTOS, Y PRÁCTICAS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA ESCUELA SALUDABLE EN EL INSTITUTO LA CUMBRE SEDE B
CONFIDENCIAL La presente información tiene carácter confidencial y sólo será utilizada con fines estadísticos	 TEST INDIVIDUAL DE CONOCIMIENTO PARA NIÑOS DE PRIMERO

FORMULARIO N° I _ _ _ I

I. IDENTIFICACIÓN

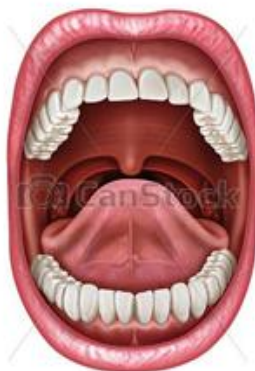
Nombre del estudiante: _____

Grado : _____

1. UNE CON UNA LINEA EL NOMBRE DE LAS PARTES DE LA BOCA CON EL DIBUJO.

Instrucciones: une por medio de líneas los nombres con la imagen correcta.

- Labios (1) ☐
- Dientes (2) ☐
- Lengua (3) ☐
- Paladar (4) ☐
- Encía (5) ☐
- Piso de boca (6) ☐
- Úvula (7) ☐



2. Marque con una X a lo que se hace c

- | | |
|-----------------|------------------|
| a. Masticar (1) | b. Salivar (2) |
| c. Pasar (3) | d. Hablar (4) |
| e. Saborear (5) | f. Silbar (6) |
| g. Morder (7) | h. Respirar (8) |
| i. Ver (9) | j. Escuchar (10) |



3. UNE CON UNA LINEA EL NOMBRE DE LAS PARTES DEL DIENTE CON SU UBICACIÓN EN EL DIBUJO.

- Corona (1) *
Raíz (2) *


☐

4. UNE CON UNA LINEA EL NOMBRE DE LAS PARTES DEL DIENTE CON EL DIBUJO

- Esmalte (3) *
Dentina (4) *
Pulpa (5) *
Hueso (6) *


☐

5. UNE CON UNA LINEA EL NOMBRE DE LOS DIENTES CON EL DIBUJO



- Incisivos (1) Caninos (2) Premolares (3) Molares (4)

☐

6. COLOCA UNA X EN LOS ALIMENTOS QUE CONSIDERA SON DAÑINOS PARA LOS DIENTES

- | | | | |
|------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Dulces (1) | ☐ | Gaseosa (6) | ☐ |
| Café (2) | ☐ | Verduras (7) | ☐ |
| Frutas (3) | ☐ | Queso (8) | ☐ |
| Carne (4) | ☐ | Huevos (9) | ☐ |
| Jugos (5) | ☐ | Chocolatinas (10) | ☐ |

☐

14. PARA QUE SIRVE EL SELLANTE?

- a. Para cepillarnos los dientes.
- b. Para proteger los dientes de la caries
- c. Para masticar más fácil
- d. Para que se caigan más fácil

☐

15. QUE ES LA GINGIVITIS?

- a. Es tener los dientes limpios
- b. Es cuando la encía esta inflamada y sangra al cepillado
- c. Es cuando los dientes tienen huecos
- d. En cuando nos duele un diente

☐

16. SABE QUE ES UN MAL HABITO

☐

SI (1) ☐

NO(2) ☐

17. MARQUE CON UNA X LOS MALOS HABITO PARA NUESTRA BOCA:

- ☐ Tomar agua
- ☐ Comerse las uñas
- ☐ Comer frutas y verduras
- ☐ Hacer deporte
- ☐ Chupar dedo
- ☐ Dormir de día
- ☐ Respirar por la boca

APENDICE C

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA (VARIABLE)	NIVEL DE MEDICION	VALOR
Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, puede ser urbano o rural	Nominal Dicotómica Cuantitativa	Urbana Rural	Urbana (1) Rural (2)
Estrato	Es la estratificación social con la determinación de las clases sociales. Esta clasificación puede ir de estrato cero a estrato ocho según el lugar donde se habite.	Ordinal De orden jerárquico Cuantitativa	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4	Estrato1 (1) Estrato 2 (2) Estrato 3 (3) Estrato 4 (4)
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Numérica De razón Cuantitativa	Años cumplido	Coloque cantidad de años cumplidos
Sexo	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.	Nominal Dicotómica Cualitativa	Femenino Masculino	Femenino (1) Masculino (2)

APENDICE D

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	VALOR
PARTES BOCA	Partes que conforman la cavidad oral.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE (1) NO SABE (2)
FUNCION BOCA	Funciones principales de la cavidad oral.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE(1) NO SABE(2)
PARTES DIENTE	Son las partes en la que se encuentra dividido el diente	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE(1) NO SABE(2)
TEJIDOS DIENTE	Son los tejidos que conforman el diente	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE(1) NO SABE(2)
TIPO DIENTE	Son los tipos de dientes que vamos a encontrar en la cavidad oral	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE(1) NO SABE(2)
ALIMEN. MALOS	Alimentos desfavorables que nos destruye los tejidos dentales	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SABE NO SABE	SABE(1) NO SABE(2)
PLAC. BACTERIANA	Es una película incolora, pegajosa compuesta por bacterias y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	A .Bacterias o animalitos que ayudan a los dientes para que estén fuertes (1) B. Cárita que protege el diente (2) C. Restos de alimentos y bacterias que se pegan al diente (3) D. No sabe (4)
CARIES	Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C	A.Es una parte del diente (1) B. Es una

	destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.		D	enfermedad que daña al diente (2) C. Son restos de alimentos que quedan en los dientes (3) D. No saben (4)
PREV. CARIES	Cuáles son las formas y métodos de prevenir la caries dental.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	A. Comiendo dulces todos los días (1) B. Cepillándose tres veces al día (2) C. Sacando los dientes sucios (3) D. cepillándose tres veces a la semana (4)
FLÚOR	Es un mineral natural que se encuentra en la corteza terrestre y tiene una distribución extensa en la naturaleza. Algunos alimentos y depósitos de agua contienen flúor.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SI NO	SI (1) NO (2)
PROD. FLUOR	El flúor hace más resistentes a los dientes frente a las caries.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	A. Los hace fuertes a la caries (1) B. los daña y les hace huecos (2) C. Los blanquea (3) D. Les quita la caries que ya tiene (4)
MALOCCLUSIÓN	La mal oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C	A. Cuando los dientes están torcidos (1)

	dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior.		D	B. Cuando no se tienen dientes (2) C. Cuando los dientes están derechos (3) D. No sabe(4)
SELLANTES	Material preventivo de consistencia fluida que libera flúor y se colocan cubriendo las fosas y fisuras del diente.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SI NO	SI (1) NO (2)
FUNC. SELLANTE	Para que utilizamos los sellantes-	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	A Para cepillarnos los dientes(1) B. Para proteger los dientes de la caries (2) C. Para masticar más fácil (3) D. Para que se caigan más fácil (4)
GINGIVITIS	Es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que provoca inflamación y sangrado de las encías.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	A . Es tener los dientes limpios (1) B. Es cuando la encía esta inflamada y sangra al cepillado (2) C. Es cuando los dientes tienen huecos (3) D. Es cuando nos duele un diente (4)

HÁBITOS	Es la repetición de alguna actividad que no es correcto realizar.	CUALITATIVA NOMINAL DICOTOMICA	SI NO	SI (1) NO (2)
HAB. BOCA	Son hábitos inadecuado que nos alteran las funciones de la cavidad oral	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	A B C D	SABE(1) NO SABE(2)
NIVELES DE CONOCIMIENTO	Utilizado para medir el conocimiento de los participantes acerca de cavidad oral.	CUALITATIVA NOMINAL POLITOMICA	Deficiente Malo Regular Bueno Excelente	Deficiente: entre 0 y 4 respuestas correctas.(1) Malo: entre 5 y 8 respuestas correctas(2) Regular : entre 9 y 11 respuestas correctas.(3) Bueno : entre 12 y 15 respuestas correctas.(4) Excelente: entre 16 y 17 respuestas correctas.(5)
COLEGIO	Institución educativa	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	Colegio Jiménez Navas Instituto La Cumbre	Colegio Jiménez Navas (1) Instituto La Cumbre(2)

Apéndice E

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZ A (VARIABLE)	NIVEL DE MEDICION	VALOR
Cant. Crema	Cantidad promedio de crema dental utilizada en cada cepillado.	Nominal Cualitativa	Dibujo 1 Dibujo 2 Dibujo 3 Dibujo 4	Dibujo 1 (1) Dibujo 2 (2) Dibujo 3 (3) Dibujo 4 (4)
Dom cepillo.	Es la habilidad que tiene el operador para manejar de manera correcta el cepillo dental:	Nominal Cualitativa	Agarre Habilidad Zona Agarre	Agarre: Firme(1) Medio (2) Débil (3) Habilidad: Buena (1) Media(2) Baja (3) Zona De Agarre: 1/3 Externo Mango(1) 1/3 Medio Mango(2) 1/3 Interno Mango (3)
Mov. Cepillo.	Son las acciones que se realizan con cepillo dental cambiando la posición de un lugar a otro, estos movimientos hacen que las superficies dentales queden limpias.	Nominal Cualitativa	Oclusal Posteriores Anteriores	Oclusal: Circular(1)) Adelante Y Atraz (2) Derecha A Izquierda (3) Combinado (4) Posteriores: Circular(1) Arriba Y Abajo (2) Derecha A Izquierda(3) Combinado (4) Anteriores: Circular(1) Arriba Y Abajo (2) Derecha A Izquierda(3) Combinado (4)

Dur. cepillado	Es el tiempo empleado por el operador para lograr un buen cepillado de las superficies dentales.	Nominal Cualitativa	30 segundos ó minutos 30 segundos a 1 minutos 1 minutos ó más	Marque con una X la respuesta: 30 segundos ó minutos (1) 30 segundos a 1 minutos (2) 1 minutos ó más (3)
Des. Cepi usa seda	La seda dental es un instrumento complementario de la higiene bucal que se utiliza para eliminar la placa que se aloja en los espacios interdentes, donde el cepillo no puede penetrar.	Nominal Cuantitativa	Si No	Si(1) No (2)
Des. Cepi usa enjuague	El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable	Nominal Cuantitativa	Si No	Si (1) No (2) Si responde SI marque <ul style="list-style-type: none"> Cantidad 1 copa dosificadora (1) ½ a 1 copa dosificadora (2) Menos de ½ copa dosificadora (3) Tiempo 0 a 10 segundos (1) 10 a 20 seg (2) 21 a 30 seg ó más (3)
Niveles de Conocimiento	Utilizado para medir la práctica de los participantes acerca de cavidad oral.	CUALITATIVO A NOMINAL POLITOMICA	Deficiente Malo Regular Bueno Excelente	Deficiente : entre 0 y 3 respuestas correctas. Malo: entre 4 y 6 respuestas correctas Regular : entre 7 y 9 respuestas correctas.

				Bueno: entre 10 y 11 respuestas correctas. Excelente: entre 12 y 13 respuestas correctas.
--	--	--	--	--

APENDICE F

Variable	Variable	Niveles de medición	Pruebas estadísticas
Colegios	Sexo	Nominal-Nominal	Chi 2 o test exacto de Fisher
Colegios	Procedencia	Nominal-Nominal	Chi 2 o test exacto de Fisher
Colegios	Estrato	Nominal-Ordinal	Chi2
Colegios	Edad	Nominal-cuantitativa	U de Mann Witheney
Colegios	Sexo	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Nivel De Conocimiento	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Partes Boca	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Funcion Boca	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Partes Diente	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de

			Fisher
Colegios	Tejidos Diente	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Tipo Diente	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Alimen. Malos	Nominal-Nominal	Chi 2 test exacto de Fisher
Colegios	Plac. Bacteriana	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Caries	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Prev. Caries	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Flúor	Nominal-Nominal	Chi 2 , test exacto de Fisher
Colegios	Prod. Fluor	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Maloclusión	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Sellantes	Nominal-Nominal	Chi 2, test exacto de Fisher

Colegios	Func. Sellante	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Gingivitis	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Hábito .	Nominal-Nominal	Chi 2, test exacto de Fisher
Colegios	Hab. Boca	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Elementos higiene	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Cant. Crema	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Dom cepillo.	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Mov. Cepillo.	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Dur. Cepillado	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Des. Cepi usa seda	Nominal-Nominal	Chi 2

Colegios	Des. Cepi usa enjuague	Nominal-Nominal	Chi 2
Colegios	Nivel de practica	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de conocimiento	Sexo	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de conocimiento	Procedencia	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de conocimiento	Estrato	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de práctica	Sexo	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de práctica	Procedencia	Nominal - Nominal	Chi 2
Nivel de práctica	Estrato	Nominal - Nominal	Chi 2

APENDICE G.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

EFICACIA DEL PROGRAMA PREVENTIVO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DESARROLLADO EN EL INSTITUTO LA CUMBRE SEDE B	Javier Roberto Cárdenas Güiza, Deisy Carolina Niño Balaguera, Yineth Karina Salazar Páez, Merkin Mejía		
FECHA:	DÍA:	MES:	AÑO:

Yo _____ (nombre del acudiente)
mayor de edad, identificado con la cedula de identidad: _____ y o
como representante / tutor del
estudiante _____ del grado _____ del
colegio _____ autorizo a los estudiantes de odontología:
Javier Roberto Cárdenas Güiza, Deisy Carolina Niño Balaguera, Yineth Karina Salazar
Páez y Merkin Mejía para la realización de unas encuestas para el proyecto de grado:
Eficacia del programa preventivo escuela saludable desarrollado en el instituto la cumbre
sede B

Nos permitimos informarle que no se realizara ningún tipo de intervención y/o
procedimiento que coloque en riesgo la salud oral y general del estudiante, solo se van a
aplicar encuestas de conociendo y supervisión de una práctica de cepillado a cargo de los
estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás arriba mencionados.
Adicionalmente, la información recolectada tendrá absoluta confidencialidad. Le
agradecemos nos permita que su hijo sea evaluado.

A través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre
y espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO, lo siguiente:

1. He sido informado/a y comprendo claramente el tipo de encuestas que se van a realizar.
2. He sido informado/que no se va a realizar ningún tipo de procedimiento y/o
intervención al estudiante.
3. Se aclara que la información recolectada es de uso académico, donde no se revelara
dirección, teléfono y ningún tipo de información.
3. Acepto la realización de cualquier práctica diagnóstica necesaria para ejecutar las
encuestas.

Firma de la Persona quien da el consentimiento

Nombre Completo: _____

Cédula de Ciudadanía No _____ de _____