

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**ASOCIACIÓN ENTRE EL COMPORTAMIENTO OBSERVADO SOBRE EL
CEPILLADO DENTAL DE LOS NIÑOS Y PADRES CON LA CONDICIÓN DE
SALUD ORAL DE NIÑOS PRE ESCOLARES**

Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

TESISTAS:

- **Bach. FABIAN CLAUDIO, YESSENIA JULIA**
- **Bach. NOLASCO JORGE, NELLY DAYS**

ASESOR : Mg. JESÚS OMAR CÁRDENAS CRIALES

HUÁNUCO-PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, por brindarnos el regalo más preciado, la vida.

A nuestros padres por ser ejemplos de trabajo, fortaleza y superación. Por demostrarnos siempre su apoyo incondicional.

A nuestros hermanos por su cariño y confianza.

AGRADECIMIENTO

Al Mg. Jesús Omar Cárdenas Criales, por ser un gran asesor y una gran persona. Por su paciencia y apoyo incondicional durante todo el desarrollo de esta tesis, por su tiempo y amabilidad en todo momento.

A los padres y niños del Puesto de Salud de Llicua, que nos permitieron realizar este proyecto de investigación.

A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizan Medrano”, por abrirnos las puertas para poder formarnos y a los docentes por brindarnos los conocimientos que contribuyeron a nuestra formación universitaria.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco. Para lo cual se realizó un estudio de tipo analítico observacional con un muestreo de tipo no probabilístico según criterios de inclusión y exclusión, llegando a observar un total de 20 niños con sus respectivos padres.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una ficha de observación que incluyo el Sistema de observación de cepillado de dientes (TBOS) diseñado por la Universidad de Washington, el odontograma y registro de la higiene oral.

RESULTADOS: Se encontró que no existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y los padres tau-b de Kendall para correlación ($p = 0.791$); y si se encontró asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y la condición de salud bucal, realizada la prueba estadística de Chi cuadrado para el índice de caries ceod ($p = 0,020$) y el índice de higiene oral simplificado ($p = 0,006$).

CONCLUSIÓN: Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral en diferente medida.

SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the association between observed behavior on tooth brushing of children and parents with oral health condition of preschool children of the Llicua sector, Amazilis District – Huánuco

This study was of observational analytical type with sampling of non-probabilistic type according to inclusion and exclusion test, observing a total of 20 children with their respective parents.

The data was obtained through the application of an observation sheet, this included the Toothbrush Observation System (TBOS) designed by the University of Washington, the odontogram and register of oral hygiene.

RESULTS: There is no association between the observed behavior on tooth brushing of children and parents Kendall's tau-b for ($p = 0.791$); and if there was an association between the observed behavior on children's tooth brushing and the oral health condition This was through the statistical test of Chi square for the caries index ($p = 0,020$) and the simplified oral hygiene index ($p = 0,006$).

CONCLUSION: There is an association between the behavior observed on dental brushing of children and parents with the oral health condition in different degree.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación y planteamiento del problema.....	8
1.2 Delimitación de la investigación.....	11
1.3 Formulación del problema.....	12
1.4 Formulación de objetivos	13
1.5 Justificación e importancia de la investigación.....	13
1.6 Limitaciones de la investigación.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	16
2.2 Bases teóricas y científicas.....	24
2.3 Definición de términos básicos.....	42
2.4 Formulación de hipótesis.....	43
2.5 Identificación de variables.....	44
2.6 Definición operacional de variables.....	45
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Nivel y tipo de estudio.....	46
3.2 Diseño y método de investigación.....	46
3.3 Determinación de la población y muestra	47
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	49
3.5 Técnica de procesamiento, análisis de datos.....	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES.....	78
RECOMENDACIONES.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	85

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad cada vez más personas practican el cuidado de la salud oral propia y la de sus allegados. Es durante la infancia donde se insiste en los cuidados e introducción de hábitos saludables para la salud oral. Los familiares directos como los padres juegan un rol importante a la hora de mantener la boca de sus hijos en perfecto estado. Mediante una prevención precoz y la creación de hábitos saludables se consiguen evitar la presencia de enfermedades orales frecuentes.

La casa es el lugar más oportuno donde los padres pueden promover hábitos saludables, ya que los niños están en su fase temprana de aprendizaje donde pueden lograr adquirir un adecuado cuidado de su salud y la obtención de los conocimientos básicos para mantener su boca sana. Por lo que el rol de los padres es necesario en la educación del pre escolar.

El pre escolar es muy receptivo a la asimilación de conocimientos y a la adquisición de hábitos que pueden ser no los correctos, los que por repetición se convertirán en formas de comportamiento no muchas veces saludables. Por ello, en la casa deben enseñar a que lo correcto es la práctica de hábitos saludables en la vida cotidiana lo que finalmente se traduzca con el tiempo en personas sanas.

Si al pre escolar desde muy temprana edad se le inculcan actitudes y hábitos saludables, se logrará que se instale como comportamiento cuando sea adulto de una forma natural, habitual y sin esfuerzo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Planteamiento del problema

En los pre escolares, la dentición temporal permanece en la boca de niños y niñas aproximadamente de los 6 hasta los 12 años. No obstante, la mayoría de las personas no le dan la importancia necesaria, ya que desconocen que son órganos guía para la erupción de los dientes permanentes, además de la relevancia de mantenerlos sanos y limpios para que la dentición permanente llegue a un ambiente libre de contaminación y enfermedad; por lo que es necesario el seguimiento a los infantes, incluso desde el embarazo. En este sentido, como ha mostrado la investigación (Ramfjord et al., 1982), aunque se cuente con la ayuda profesional, si los pacientes no llevan a cabo un adecuado cuidado de sus dientes de manera sistemática, las medidas preventivas no tendrán resultados positivos a largo plazo.¹

El entorno que rodea a los niños debería por tanto potenciar que éstos adquieran los conocimientos y habilidades necesarios que les permitan tener una buena salud en general y de cuidado dental en particular. Los padres de familia son los principales responsables de la salud bucodental en el hogar, ya que ellos determinan si los niños y las niñas llevan a cabo una higiene bucal de manera sistemática y si acuden a los servicios de salud.

El cepillado de los dientes con pasta dental fluorada, dos veces al día supervisado por los padres, es una estrategia eficaz para prevenir la caries dental y las enfermedades periodontales. Desafortunadamente, los niños pequeños reciben raramente apoyo necesario para facilitar el desarrollo de este importante comportamiento sanitario.¹ Incluso entre los padres que conocen la importancia del cepillado, muchos de sus hijos comienzan a cepillarse los dientes sin ayuda a una edad temprana, sin que los padres les proporcionen apoyo continuo en el cepillado de los dientes.²

Durante mucho tiempo se vienen realizando programas e intervenciones para promover el cepillado de dientes centrados en los mismos niños, mas no en forma suficiente en la concientización de los padres o cuidadores sobre el cepillado y la salud bucal de la primera infancia y en el aumento de las habilidades del cepillado de dientes. Poca atención se ha dado a las estrategias sobre los padres en el uso del cepillado dental para aquellos problemas de conducta de sus hijos y de esa manera fomentar el cumplimiento.

En un estudio de Huebner y Riedy, sugieren que éste es un tema descuidado, ya que la norma de cepillado de los dientes dos veces al día indicada por los padres, a menudo es rechazada por los hijos. Así, incluso cuando los padres están motivados y educados en la importancia de la salud oral temprana, pueden seguir aun luchando por ayudar a su hijo a establecer esta rutina.²

Diversas investigaciones muestran que los problemas dentales infantiles están vinculados con las dificultades de acceso a los servicios odontológicos, así como las prácticas y conocimientos deficientes en salud bucal de los padres de familia, que se asocian a su vez con una escasa motivación hacia la salud bucal y con una falta de empoderamiento constituyendo un factor de riesgo de orden personal, familiar, social y educativo.³

La teoría del aprendizaje social, influye en el desarrollo de las intervenciones para problemas de comportamiento infantil, por lo que cobra importancia la posible interacción entre la paternidad y el comportamiento de cuidado de salud oral.⁴ En este marco, el manejo del comportamiento infantil en el hogar se considera que promueve o desalienta el compromiso del niño en el cepillado de dientes y otras rutinas de salud oral.

Un estudio de De Jong-Lenters ofrece un apoyo preliminar para la Teoría del aprendizaje social con un modelo de salud oral. En la que usó en su investigación un diseño de caso-control para estudiar a los niños con y sin caries, los autores observaron que el binomio padre-hijo durante el juego, la enseñanza y la planificación para la resolución de problemas tenían efectos positivos. Los autores sugieren que las prácticas parentales pueden ser asociadas con las interacciones durante el cepillado dental y otros comportamientos de salud bucal asociada con caries.⁵

Basándose en estas teorías de aprendizaje y en la investigación que realizó Collett B.⁶, se buscó hallar la asociación entre la interacción de los padres para el cepillado de los dientes y los indicadores de Salud bucal infantil en nuestra población. Para lo cual se empleó una herramienta de observación, el Toothbrushing Sistema de Observación (TBOS) de la Universidad de Washington, para caracterizar a los padres y niños y registro de caries dental e índice de higiene oral. De esta manera se pudo analizar el comportamiento manifiesto y no declarado en una entrevista como usualmente se hace para identificar grados de conocimiento o actitudes.

1.2 Delimitación de la Investigación

La odontopediatría es la especialidad odontológica que aplica los conocimientos científicos en la promoción, prevención e intervención de los niños. Para cumplir con este propósito necesita de estrategias que le permitan adecuar estos tratamientos a la psicología de un niño que actúa generalmente con desconfianza o responde con temor.

Por otro lado cuando se realizan intervenciones en los niños preescolares participan los padres en los tratamientos odontológicos que se les pueda realizar, ya sea como acompañantes o como complemento para que se cumplan las acciones preventivas que indica el profesional.

Este estudio se enfocó en el estudio del comportamiento de los padres conjuntamente con sus hijos en el cuidado de su salud bucal mediante el cepillado dental. Y por otro lado de cómo estas acciones se relacionan con el estado de salud bucal que presentan los menores mediante la observación del estado de sus piezas dentarias y su higiene oral.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema Principal

- ✓ ¿Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- ✓ ¿Cuál es el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres?
- ✓ ¿Cuál es la condición de la salud bucal de los niños?
- ✓ ¿Cómo se asocian el comportamiento sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud bucal de los niños?

1.4 Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Analizar el comportamiento sobre el cepillado dental de los niños y padres.
- Evaluar la condición de la salud bucal de los niños.
- Explicar la posible asociación entre el comportamiento sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud bucal de los niños.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

Estudios diversos se han realizado sobre los grados de conocimiento que tienen los padres para la prevención y cuidado de la salud bucal de sus hijos, incluso se han ideado estrategias para formar programas de prevención y educación para los niños y los docentes. A pesar de estos esfuerzos aún no se obtienen mejoras en la atención que le

dan los niños preescolares al cepillado de los dientes; por lo que los enfoques de investigación e intervención aparentemente están no bien direccionados.

Cabrera, plantea que el uso de teorías y modelos para fundamentar una investigación o un programa de intervención en salud, permiten entender la conducta, los conocimientos y las actitudes de las poblaciones sobre un aspecto en salud, y además mejoran de modo significativo sus probabilidades de éxito.⁷

Es por ello que se propuso realizar esta investigación que tuvo como propósito el análisis del comportamiento de los hijos y sus padres respecto al cepillado de los dientes; empleando un método innovador de analizar y valorar este comportamiento, ideado por la Universidad de Washington.⁶

De esta manera resultó una investigación con importancia epidemiológica porque brinda cifras de como se viene desarrollando estos comportamientos para la prevención de enfermedades. Habiendo demostrado el impacto de este análisis se pueden plantear acciones para modelar el compromiso que deben tener los padres para con sus hijos en el cuidado de la salud bucal. Finalmente se obtuvieron cifras epidemiológicas de caries dental e higiene bucal de los niños preescolares del sector de Llicua para que se adopten acciones de intervención pertinentes.

En nuestra región y en el país no existen estudios anteriores sobre el tema, por lo cual fue necesario hallar esa posible asociación; porque cuando abordamos a un niño para atención odontológica también es ineludible la participación de sus padres.

1.7 Limitaciones de la investigación

Por ser un estudio analítico del comportamiento de niños y padres se tuvo que recurrir al registro filmográfico el que luego fue reproducido y registrado las acciones en el instrumento de investigación, por lo que fue importante la ambientación adecuada en los ambientes del Centro de Salud que no las tenía; requiriendo inversión por parte de los investigadores lo que planteo ciertas limitaciones económicas.

Por otro lado fue muy dificultoso la colaboración y participación activa de muchos de los padres de los niños preescolares, por lo que se tuvo dificultades para captar una mayor muestra para el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios realizados

Antecedentes internacionales:

Gaeta M., Cavazos J., Cabrera M. (MEXICO 2017) Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. En este artículo se analizan diferentes variables que inciden en la conducta de auto-cuidado de los pacientes pediátricos que asisten a consulta médica, así como en la de sus padres, para una buena salud oral como son: las creencias de autoeficacia, la intención y el control del comportamiento. En el contexto mexicano, participaron 43 pacientes pediátricos, entre 6 y 13 años de edad, y 36 padres de familia, entre 21 y 47 años de edad, que acompañaban a sus hijos a recibir tratamiento dental. Los resultados muestran que los pacientes pediátricos presentan mayor autoeficacia que su progenitor encuestado; en cambio, los padres presentan mejores respuestas en intención de comportamiento y hábitos de higiene bucal. El control de la acción no presenta diferencias significativas entre los pacientes pediátricos y sus padres.⁸

Pausa M., Suárez M. (CUBA 2015) Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. El objetivo fue determinar el nivel de actitud y comportamiento sobre salud bucal en escolares de nivel primario. Material y

Métodos: se efectuó una investigación observacional de corte transversal. El universo estuvo constituido por los 116 escolares de la Escuela "Pedro Albizu Campos". Para la identificación de las variables actitud y comportamiento sobre Salud Bucal, se aplicó una encuesta; el nivel de Higiene Bucal se determinó mediante el Índice de Higiene oral Simplificado. Se aplicó el test Chi-cuadrado de Pearson, para identificar la relación entre las variables.

Resultados: el nivel de actitud y comportamiento fue de regular en 79,31%; 91,4% afirman que visitan al estomatólogo y 85,3% consideran haber tenido una experiencia agradable, 88,8 % refieren que es importante el cepillado y 73,3 % que emplean otros medios auxiliares para la higiene bucal.

Conclusiones: los escolares presentaron niveles regulares de actitud y comportamiento sobre Salud Bucal; resultados que justifican el desarrollo de Programas Educativos en los escolares. Más de la mitad presentan un nivel adecuado de Higiene Bucal. No existiendo una relación significativa entre las variables estudiadas.⁹

Castillo K. (EL SALVADOR 2013) Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca. La presente investigación tuvo como objetivo determinar si los conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados influían en la presencia de Caries de la Infancia Temprana (CIT) en los niños de 0 a 66 meses de edad (0 a 5 años y medio) atendidos en la Unidad Comunitaria de Salud

Familiar de San Francisco Chinameca, departamento de La Paz, durante los meses de Junio y Julio del 2013.

Entre los factores evaluados (actitudes, conocimientos y presencia de CIT), se determinó que si existía relación estadísticamente significativa en cuanto a actitudes de los padres de familia o encargados sobre la salud bucal con la presencia de CIT en los niños; obteniendo una actitud predominantemente “indiferente y mala” por parte de los padres o encargados con la presencia de un índice ceo/d alto en los niños evaluados. En lo que se relaciona al conocimiento de los padres o encargados en salud bucal y la presencia de CIT, también se encontró una asociación significativa, ya que los padres o encargados evaluados presentaron solamente conocimientos altos e intermedios en salud bucal obteniendo de un ceo/d moderado y bajo en 83 niños .

En la investigación, el universo de estudio estuvo conformado por 163 niños, entre las edades de 0-66 meses (0 -5 años y medio) con sus respectivos padres o encargados (tíos, hermanos, abuelos). Para la recolección de datos fueron utilizadas dos cédulas de entrevista, una que evaluó las actitudes en salud bucal de los padres o encargados y otra que medía su conocimiento en salud bucal. Además, se empleó una guía de observación para determinar la presencia de CIT en los niños que fueron parte del estudio. Todos los resultados fueron asociados bajo el estadístico Chi-Cuadrado.¹⁰

Navas R., Álvarez C., Rojas T., Zambrano O. (VENEZUELA 2005) Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una metodología

estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Metodología: Muestra constituida por 32 padres y sus niños, provenientes de un preescolar público del municipio Maracaibo, estado Zulia. Venezuela. Se establecieron las condiciones bucales de los preescolares antes y después de la aplicación del método, determinando caries inicial y manifiesta, índice de placa e índice gingival. Se utilizó el Método Altadir de Planificación Popular para impulsar la participación de los padres, propiciándose la discusión sobre la salud bucal, se partió de la selección de un problema, para identificar sus causas, nudos críticos, actores relevantes, y se diseñaron operaciones y acciones para enfrentarlo. Resultados: La caries manifiesta, sin tratar, se reportó en un 56.3% de los niños antes de la aplicación del método, disminuyendo a un 15.6% ($P < 0.05$) posterior a su aplicación. El índice gingival e índice de placa se redujo de 0.65 a 0.37 ($P < 0.05$) y de 1.12 a 0.59 ($P < 0.05$) respectivamente. Conclusión: Después de la aplicación de la metodología se produjeron cambios significativos en las condiciones de salud bucal de los niños preescolares, resultando factible y viable la aplicación de la misma en otros contextos y adecuándola a cada realidad.¹¹

Martignon S., González M., Jacome S., Velosa J. et al. (COLOMBIA 2003)

Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá. El propósito de este estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, de padres de familia/cuidadores de niños/as de 0-5 años de edad de hogares infantiles del ICBF-Usaquén, Bogotá. Se

realizaron 770 encuestas (con validación cuantitativa y conceptual), 194 a padres de estrato socioeconómico (ES) 1 y 576 de ES 2-3. En ES 2-3 por lo menos uno de los padres era bachiller (69%) y de ocupación profesional, técnica o empleado (62%); en ES 1 la figura corresponde a 43% y 42%, respectivamente ($p < 0.05$). La mayoría de la población (80%) sabe por qué se produce la caries y que a través del cepillado dental se puede prevenir, pero sólo el 60% realizaron higiene oral de los niños/as la noche y la mañana anteriores a la encuesta. Únicamente el 63% de la población percibe haber recibido información sobre cómo cuidar los dientes del niño/a; el odontólogo ha sido el encargado en el 79% de los casos. El 66% de la población inició la higiene oral de los niños/as desde que aparecieron los dientes y el 53% considera que los dientes permanentes dependen de los deciduos. La mitad de los niños (49%) usan una cantidad de crema dental superior a la recomendada. Sólo el 55% de los niños/as han asistido a consulta odontológica; dos terceras partes (58%) de los padres y de las jardineras asisten 1 vez/año al odontólogo, principalmente para tratamiento invasivo/ urgencia. Estos datos sirven para la adecuación y desarrollo de programas educativos dirigidos a estos grupos poblacionales.¹²

Antecedentes nacionales:

Carranza A. (LIMA 2011) Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Después de realizada la investigación concluyen: El regular nivel de conocimientos de los padres sobre la caries dental y sus actitudes deficientes con

respecto a la higiene oral, se reflejaron en los altos índices de caries encontrados. Los padres no muestran interés ni supervisión del cuidado oral de sus hijos y por ello se encontró una prevalencia de caries del 100% y alto riesgo generalizado. Se encontró una alta frecuencia en la ingesta de alimentos cariogénicos y una deficiente higiene oral generalizada, siendo éstos los factores de riesgos más prevalentes en la población. El Índice de Higiene Oral malo mostrado por la población estudiada, muestra claramente la diferencia entre el nivel de conocimientos y actitudes de los padres de la caries dental y de la higiene oral, ya que los padres dicen que sus hijos se cepillan, pero a la hora de la examinación clínica, estos presentan placa dental. Se observó una alarmante tendencia a la automedicación en casos de dolor dental, debido al bajo nivel de conocimientos y a la situación económica de la población estudiada que limita su acceso a servicios de salud adecuados.¹³

Ortiz L., Gutiérrez M., Moromi H., et al (LIMA 2009) Identificación del comportamiento de escolares y padres de familia respecto al mantenimiento de la salud bucal. El objetivo del estudio fue determinar el comportamiento de escolares, padres de familia y docentes, en el mantenimiento de la salud bucal del niño. La investigación cuasiexperimental, cualicuantitativo se realizó en una muestra constituida por 46 niños y niñas de 6 años de edad, donde se evaluó condición de salud bucal inicial y final (caries inicial y manifiesta), se midió el índice de placa; también se determinó conocimientos y significados en salud bucal de los padres y/o madres de familia, igualmente de docentes. Se aplicó un modelo de capacitación para incrementar conocimientos y re

conceptualización de saberes en salud bucal, con escenarios de aprendizaje participativos en docentes y padres, asimismo se realizó atención preventiva a las niñas y niños con énfasis en dentición permanente. Los resultados mostraron diferencias antes y después de la capacitación: la caries manifiesta mostró cambios significativos (p-valor 0,0) después de la capacitación y atención preventiva de un 61%, pasaron a ser caries manifiesta tratada en un 54%, siendo un 7% la caries manifiesta no tratada. El porcentaje de niños con obturaciones al inicio de la intervención fue de un 4,3%, después de la capacitación y atención preventiva en las caries manifiesta se elevó a un 58,6% mostró cambios significativos (p-valor 0,0); el número de primeras molares protegidas con sellantes fue significativo (p-valor 0,0), de un 0% inicial a un 95,6%; el índice de higiene oral antes y después de la capacitación halló significancia (p-valor 0,0); los niños sin placa bacteriana se incrementaron de un 0% al 6,5%; los niños con deficiente higiene grado 3, pasaron a tener una higiene regular conformando un 84,8%. En lo referido a la capacitación en prácticas de salud bucal de los padres y madres de familia después de la intervención se halló diferencias estadísticamente significativas (p-valor 0,0). Se concluye que el acceso a la salud bucal en los niños y niñas en edades tempranas, depende de barreras culturales en colectivo tanto en la familia como en la escuela. El acceso a servicios básicos con un enfoque preventivo promocional participativo promueve un cambio de actitud del niño y niña y su entorno.¹⁴

Limaylla R. Chein S. (LIMA 2009) Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y severidad de caries, CPO-D y relación de los factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento a nivel de salud oral en una población escolar adolescente; se encuestó y evaluó una muestra de 212 mujeres de entre 12 y 17 años con dentición permanente de la Institución Educativa Secundaria Nuestra Señora de las Mercedes en octubre del 2008, en Huánuco, Perú. Se encontró una prevalencia de caries de 85,8 %, un CPO-D de 4.0, según la severidad de caries, la clase leve fue mayor (36,

3%); fueron significativos los factores edad, número de personas por hogar, responsable del sustento familiar, frecuencia de cepillado, consumo de productos cariogénicos, atención odontológica, tipo de servicio odontológico.

Se concluyó que la prevalencia de caries fue alta; el CPO-D es moderado y la severidad y prevalencia de caries se incrementa con el aumento de la edad, incremento del número de personas por hogar, el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar, menor frecuencia de cepillado, aumento del consumo de productos cariogénicos, el no uso de la atención odontológica y con el no uso de los tipos servicios odontológicos.¹⁵

Antecedentes locales:

Ninguno

2.2 Marco referencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud Oral como un estándar de los tejidos orales, relacionado con el individuo y su sociedad, permitiendo que este coma, hable y socialice sin enfermedad activa, incomodidad o vergüenza, lo cual contribuye al bienestar.¹⁶

En la sociedad peruana actual cada vez está más concienciada de la importancia que tiene la salud bucal individual y la de las familias. Es durante la infancia donde hay que inculcar los cuidados e introducir hábitos saludables para la salud oral. Los familiares, personal de salud y profesores juegan un rol importante a la hora de mantener la boca de nuestros niños en perfecto estado. Mediante una prevención precoz y la creación de hábitos saludables se pueden lograr mantener una buena salud bucal.

La familia se constituye en una institución base de la sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y el contexto universal para todas las comunidades. A través de la historia, se puede observar a las familias desenvolviéndose en su intimidad, en la búsqueda de satisfacer necesidades, y a su vez, expuestas en el ámbito en que se relacionan. Los aspectos de naturaleza psicológica, biológica y social determinan la dinámica entre los miembros que la conforman y, a su vez, permiten la comunicación entre ellos.¹⁷

Etapas pre escolar

Es la comprendida entre los 3 a 6 años de edad, en la que los pre escolares acatan una serie de normas, aptitudes y actitudes. La mejor edad para que el niño empiece a

aprender buenos hábitos y los comience a realizar por sí mismo de manera natural y habitual es a partir de los 5 años de edad.¹⁸

El periodo escolar se caracteriza por el aprendizaje y la adquisición de hábitos, constituyendo el momento propicio para el inicio de la educación de salud bucodental siendo relativamente sencillo el introducir hábitos saludables, mientras que la consecución en edad adulta supone un alto esfuerzo. Esto es debido a que el escolar, a estas edades, asimila los conocimientos y actitudes, siendo esta etapa la más propicia a fomentar los buenos hábitos, aptitudes y actitudes del escolar en incipiente aprendizaje. Mientras que a una persona adulta le cuesta más cambiar sus hábitos.¹⁸

La escolarización en la actualidad es obligatoria y precoz, lo que llevará consigo la adquisición temprana de estilos de vida, (hábitos dietéticos, de higiene y de conducta) sobreañadidos a los adquiridos en el hogar, por ello, los escolares dispondrán de toda la información posible a su alcance mediante todos los métodos disponibles en la escuela además de los de su hogar.¹⁹

La familia ejercerá un control y refuerzo sobre las medidas higiénicas en el hogar y sus hábitos nutricionales con una dieta anticariogénica, debido a que ahí el maestro no tiene acceso a los hábitos del alumno. Los familiares conocerán las principales enfermedades bucodentales así como las medidas específicas para prevenirlas: las caries dentales, afecciones gingivales, traumatismos orofaciales y maloclusiones, siendo los odontólogos los únicos capaces de realizar los tratamientos convenientes ante la aparición de estas enfermedades.²⁰

Una correcta colaboración del maestro con la familia asegurará el éxito del programa, para ello, la intervención educativa es un método eficaz y adecuado para adquirir e incrementar conocimientos sobre salud bucal, además de transmitirlos a miembros de su familia y demás condiscípulos, se conviertan en verdaderos promotores de salud bucal en su entorno comunitario. Debido a esta situación, Bernardini y Ravera, consideraban la relación y comunicación de Familia/Maestro crucial para la existencia de un buen tándem, porque tanto uno como otro son necesarios para inculcar y fomentar la salud en los preescolares.^{21, 22}

El conocimiento de los padres, la educación, los bajos ingresos familiares, la escuela, las actitudes y las prácticas de salud son variables que intervienen en el estado de salud bucal de los niños. Dependiendo de cada una de estas variables, el estado de salud del escolar podrá progresar de manera satisfactoria o de una forma incorrecta. Por esta razón, el maestro debe tener conocimiento de todo ello para saber hasta qué punto su ayuda puede ser factible o no.²³

En el entorno familiar, el escolar puede estar influenciado por diversos factores que se deben identificar, tales como:^{20, 23, 24}

- Estado civil de sus padres (divorciados, viudo/a, casados).
- Si sus padres son los que normalmente les cuidan o si son otros familiares o tutores.
- Si fomentan o se preocupan por su salud (tanto oral como general).

- La situación económica (si se pueden permitir las intervenciones odontológicas) los niños pertenecientes a familias con escasos ingresos presentan mayores niveles de enfermedad bucal.
- Situación laboral (si los padres trabajan o están sin trabajo).
- Nivel cultural y educación familiar (prácticas y actitudes saludables coincidentes con un menor, nivel de escolaridad).
- Estado nutricional familiar (si abusan de comidas azucaradas o dulces, consumo de frutas, cereales y legumbres, tipo de dieta).
- Hábitos familiares (preocupación por la salud, número de veces que se cepillan al día, si se cepillan correctamente, uso de seda dental y colutorios, malos hábitos, familia donde se fuma y/o beben alcohol).
- Frecuencia con la que acuden a los centros médicos y/o dentales.
- Zona en la que residen (accesibilidad a centros médicos y dentales, zona con soporte social, condiciones medioambientales, sistema de educación, zona con agua fluorizada, accesibilidad a comercios con comida fresca y sana, nivel sociocultural).
- Conocimientos de las enfermedades bucodentales y comportamiento ante traumatismos bucodentales.
- Actitudes y aptitudes sobre la promoción de la salud.
- Accesibilidad a programas de salud bucodental.
- Conocimientos y hábitos bucodentales.

Salud bucal del pre escolar

El estado de salud de los pre escolares, se debe al resultado de una compleja interacción entre factores: biológicos, socioculturales, familiares y variables comunitarias.

Biológicos: debido a los genes y al entorno biológico.²⁵

Socioculturales: hábitos familiares, aptitudes y actitudes, influencia de la cultura de la sociedad e influencias del maestro/a.

Familiares: salud de la familia, hábitos, situación económica, estado civil de los padres, nivel de educación de los padres o tutores, inculcan o no cuidados sobre la salud, conocimientos sobre salud oral, que la familia hable el idioma del país donde residen, etc.

La concientización de brindar una óptima prevención y la necesidad de crear buenos hábitos en higiene oral desde la infancia, cuanto más prevención haya menos probabilidad de padecer enfermedades tendremos. Por ello, la gran importancia de establecer programas y/o charlas de educación en salud bucodental en pre escolares para potenciar el cuidado de los dientes y la salud oral a tempranas edades ya que para los pre escolares es más fácil aprender hábitos correctos que cuando ya son personas de edad avanzada.²⁶

El material básico del programa escolar suele estar compuesto por:²⁷

- ✓ Vídeo educativo o presentación informática (con personas reales, simulaciones o dibujos) que explican los hábitos para una correcta higiene bucodental de forma amena y divertida para los escolares.
- ✓ Guion para los profesores, para que como buenos expertos en el campo de la enseñanza sepan motivar a los escolares a preocuparse por su salud.
- ✓ Canciones que aparecen en el video o presentación para que los más pequeños entiendan de una manera divertida lo importante que es cuidarse los dientes.
- ✓ Libros, hojas, folletos con dibujos para colorear o rellenar para que asimilen los conceptos aprendidos.
- ✓ Muestras de productos (o cepillo dental) para motivar a los escolares, profesores y familiares a que practiquen en casa los hábitos correctos que han aprendido con el programa/charla de salud.

Está demostrado que los hábitos más fuertes que adquirimos en nuestras vidas, son aquellos que desarrollamos en los primeros años escolares ya que los niños tienen una inmensa capacidad de percepción de toda clase de información y comienzan a adquirir hábitos personales.

De esta forma se establece que enseñar hábitos de higiene oral, a una edad temprana, impacta en dichos hábitos de por vida. Una adecuada higiene bucodental se inicia desde la infancia más temprana mediante la enseñanza de un correcto cepillado y limpieza de los dientes, uso de seda dental y colutorios, creación de buenos hábitos para

la salud y concienciándoles de lo importante que es acudir a revisiones odontológicas de manera anual mínimo.²⁸

Comportamiento

La conducta se refiere a toda actividad desarrollada por un organismo vivo. De hecho, incluye "todos y cada uno de los cambios que pueden ocurrir en un organismo o en cualquier parte de él" (Wolpe, 1958). Los comportamientos pueden ser evidentes para el observador, como los que acabamos de mencionar. Podemos constatar que un individuo camina, habla o escribe utilizando simplemente nuestros sentidos, por ejemplo la vista o el oído. Además, estas conductas son intencionales: persiguen un fin, y el sujeto las experimenta como voluntarias.²⁹

En términos generales, llamamos conductas privadas o encubiertas a fenómenos tales como los pensamientos, ideas, expectativas, afectos y emociones cuya ocurrencia no puede ser comprobada directamente por un observador. Se accede a ellas en forma indirecta, a través de la verbalización del sujeto que las experimenta o por el efecto que tienen sobre la conducta observable. Podemos constatar que una persona siente miedo porque nos transmite verbalmente su vivencia, o deducirlo a partir de sus conductas visibles: sobresalto, temblor, palidez, etc.²⁹

Uno de los fenómenos privados que cuesta reconocer como conducta es el acto de ver. Lo que llamamos "ver" es normalmente una respuesta refleja a ciertos estímulos externos al organismo. En tales centros cerebrales tiene lugar la activación de ciertas neuronas en una secuencia determinada. La onda recorre miles de células de acuerdo a un patrón específico de activación témporo-espacial (Eccles, 1970). Cuando ocurre tal activación neuronal tenemos la experiencia subjetiva de ver.²⁹

La conducta, aun la habitual, no ocurre en cualquier momento sino en determinadas circunstancias. Al tomar en cuenta los estímulos, no suponemos que la conducta ocurre siempre que el sujeto se encuentra en esas situaciones. Nos limitamos a consignar en qué circunstancias la respuesta es más probable, con objeto de enriquecer nuestro análisis. Tampoco suponemos que los estímulos siempre son externos al organismo: una idea o una sensación física, por ejemplo, son fenómenos internos que pueden generar futuras respuestas. Por último, estímulos y respuestas se encadenan continuamente, dando lugar a los complejos comportamientos humanos.²⁹

La mayoría de nuestras conductas fueron adquiridas después del nacimiento y a lo largo de la vida. Este proceso de adquisición de nuevos comportamientos se conoce como aprendizaje y ocupa un papel central en el desarrollo de la personalidad. Aprendemos una gama muy amplia de conductas, desde hábitos higiénicos como lavarnos las manos y cepillarnos los dientes hasta normas morales, religiosas y sociales.²⁹

La conducta no refleja siempre los patrones familiares, porque los sujetos no son receptores pasivos de la influencia del medio; ellos actúan, a su vez, sobre su entorno al que pueden modificar. El aprendizaje no es un proceso unidireccional, sino una compleja secuencia de interacciones.²⁹

Las experiencias de aprendizaje son las situaciones específicas que atravesamos durante la vida, las múltiples interacciones con nuestra familia y con el entorno en que vivimos. Estas experiencias son únicas para cada individuo, y por eso no existen dos personas que desarrollen idénticos patrones de conducta o los mismos esquemas de pensamiento. Llamamos procesos de aprendizaje a los mecanismos por los cuales se desarrollan nuevos hábitos. La imitación de otras personas, por ejemplo, es un proceso de aprendizaje. La asociación de estímulos y respuestas, tal como el torno del dentista y el dolor que produce, es también un mecanismo de aprendizaje.³⁰

Por otra parte, el aprendizaje ocurre siempre en sujetos que tienen una determinada constitución genética. Las personas difieren por ejemplo en su reactividad emocional, y tales diferencias pueden facilitar o inhibir el desarrollo de respuestas agresivas o depresivas. La capacidad para adquirir conductas nuevas también es variable.²⁹

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante se refiere a los comportamientos emitidos con una finalidad o propósito. Cuando abrimos la ventana para que entre aire o bebemos agua para aliviar la sed, nuestra conducta está dirigida a promover un cambio en el ambiente que nos rodea o en nuestro propio organismo. Se dice que estas conductas operan sobre el entorno, y por eso se las conoce como conductas operantes. Las mayorías de las conductas emitidas en la vida diaria pertenecen a esta categoría: hablar, caminar, escribir, trabajar, "hacer cosas" en general. El condicionamiento operante, también conocido como aprendizaje instrumental, fue desarrollado por B.F Skinner a partir de 1938, fecha en que publicó su primera obra⁴. Como antecedentes pueden citarse los trabajos de Thorndike (1874-1949), quien desarrolló un concepto similar al de reforzamiento en su "ley del efecto".³¹

Reforzamiento

Decimos que una conducta es reforzada cuando las consecuencias que genera aumentan su probabilidad de ocurrencia futura. La conducta de oprimir el botón del ascensor produce normalmente la llegada del mismo. Esta consecuencia determina que volvamos a oprimir el botón cada vez que necesitamos el ascensor. El proceso de reforzar una conducta se conoce como reforzamiento. El reforzamiento positivo se conoce también como reforzamiento por presentación de un reforzador, porque el incremento en la probabilidad de la conducta se obtiene presentando un evento como consecuencia de la misma.³²

Motivación

El principio básico del condicionamiento operante establece que la conducta está mantenida por sus consecuencias. Es común, sin embargo, invocar otros factores como supuestas causas del comportamiento; uno de ellos es la voluntad. Otra explicación popular de la conducta es la motivación. Decimos por ejemplo que un joven está muy motivado para hacer deportes o que está poco motivado para estudiar. Sin embargo, la conducta no se emite porque el sujeto esté motivado, sino porque tiene una alta probabilidad de ser reforzada.³²

El término motivación tiene un significado descriptivo, pero no explica en realidad el comportamiento. Cuando afirmamos que el joven está muy motivado para hacer deportes, sólo estamos indicando que dicha conducta es muy probable. A su vez, la conducta es muy probable porque está bajo el control de un reforzador muy potente. De modo que la "alta motivación" describe una situación en que la conducta está siendo intensamente reforzada.³¹

La potencia de un reforzador, es decir su capacidad para controlar la conducta, no es siempre la misma para un mismo individuo. Si el sujeto se ha visto privado de alimentos, agua o ejercicio durante un tiempo prolongado, dichos eventos se transforman en potentes reforzadores. Decimos en tales casos que el sujeto tiene avidez por comer, beber o moverse. Técnicamente, esta situación se conoce como privación, y es uno de

los factores que aumenta la motivación, es decir la probabilidad de la conducta orientada a obtener tales reforzadores.³²

Desarrollo del comportamiento en la niñez

El estudio del desarrollo humano en sus diversos aspectos: físico, intelectual, social, emocional, etc., ha permitido conocer cómo el hombre desde su niñez hasta la vejez se va transformando. En cada etapa de su vida el ser humano concibe el mundo de una manera distinta; sus objetivos y metas igualmente difieren; las relaciones que establece con los demás también cambian, así como su apariencia física.³³

Es decir, que la personalidad de un sujeto es algo que se construye a lo largo de la vida y que se ve influida por aspectos culturales, ambientales, hereditarios, familiares, etc.

En la formación de la personalidad del sujeto juega un papel definitivo la cultura en la cual éste se encuentra inmerso; las caracterizaciones psicológicas de las diferentes etapas del desarrollo que aquí se presentan responden a un modelo muy generalizado de la sociedad occidental.³³

La primera parte de la niñez suele llamársele también Primera Infancia. Durante esta época de la infancia, es cuando el nuevo ser comienza a tener una vida

independiente, la cual se empieza por ese rompimiento con la madre de la vida intrauterina a la vida extrauterina. Es aquí cuando el bebé comienza a relacionarse con su medio y con el mundo de una manera diferente. Está aprendiendo sobre su nuevo mundo y es necesario que lo aprehenda. Aquí el niño se transforma de un individuo cuyo comportamiento es básicamente reflejo, en uno capaz de previsión rudimentaria.³³

Empieza, por medio de todas las formas como se relaciona con lo que sucede a su alrededor a formar su personalidad, a irse construyendo como sujeto. Ese pequeño ser no solamente está captando los ruidos que suceden a su alrededor, ni los colores que se le presentan, ni los juguetes que se le ofrecen; está captando también las emociones de las personas que lo circundan y les está dando también un significado.

Es en esta primera infancia y niñez temprana en la cual el sujeto no solamente aprende a hablar, a comer solo, a caminar, saltar, jugar, sino también a interactuar con los demás, y a relacionarse con las personas que le rodean.

Se suele tener la creencia de que los niños tan pequeños todavía no comprenden lo que pasa en la vida y en las relaciones de los adultos, pero hoy en día se sabe que esos seres tan pequeños poseen una tremenda suspicacia y que se encuentran captando lo que alrededor de ellos sucede. Es también durante estos primeros años en los cuales los niños interiorizan lo que deben y no deben hacer, lo que se encuentra bien o mal; es decir, interiorizan la norma y los límites.³³

La gama de emociones en los primeros años tal como la alegría, la risa, el miedo, la preocupación, la inseguridad, el dolor, la ira, la frustración y los momentos de deleite alcanzan efectos determinantes en la personalidad de cada sujeto.

Cada vez es capaz de ser una persona más sociable, pues el ser humano es eminentemente social; por esto resulta importante que los niños interactúen con otros niños de su misma edad, ya sea en su casa, en el jardín y luego en la escuela o colegio.

Su capacidad de aprendizaje es ilimitada y se encuentran en una constante búsqueda del conocimiento. Desean saber siempre más sobre el mundo, sus amigos, su familia y sobre sí mismos. Es una energía de nunca acabar que con el paso del tiempo se invierte en actividades diferentes.³³

Los pequeños la invierten en constante movimiento, van, vienen, suben, bajan, corren, etc. Los más grandecitos pueden combinar este constante movimiento con actividades que requieran algo de quietud y que impliquen más bien su actividad intelectual. Esto es progresivo con el pasar de los años, cada vez se invierte más energía en actividades intelectuales, emocionales, sociales, etc. que en el movimiento físico constante.³³

Teorías de cambio de comportamiento en salud

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados¹. Para una adecuada ejecución y dirección de las acciones de comunicación y educación en salud, se sistematiza a continuación las teorías con mayor acercamiento al campo de la salud tanto a nivel individual y grupal.

Teoría del cambio individual

Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población.

En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.

1. Teoría de etapas o estados del cambio.- Esta teoría (Di Clemente, Prochaska) tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: pre contemplación, contemplación,

decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.³⁴

2. Teoría de creencias en salud.- Este modelo de creencias en salud (Hochbaum, Rosenstock) aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscitan una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso.³⁴

Teoría del cambio grupal

Según estas teorías, el diseño de iniciativas de promoción de la salud para prestar servicios en grupos o comunidades es importante (y no solamente las que se dirigen a los individuos). Por eso, estas teorías están ubicadas en el campo de la salud pública. Desde este punto de partida se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras y políticas

que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos.³⁴

Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales. Los modelos para promover cambios de comportamiento a nivel grupal sugieren estrategias e iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.³⁴

1. Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva.- Supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. Esta teoría supone además, que las personas y sus entornos interactúan continuamente, aborda y explica claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y sirve para diseñar las estrategias para promover el cambio de comportamiento. En esta teoría el

comportamiento humano se explica en términos de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías, en la cual los factores personales, las influencias ambientales y el comportamiento interactúan continuamente.

La experiencia demuestra también que el aprendizaje se da en un contexto dado, puesto que los padres influyen en el comportamiento de la persona y no solo ellos sino los pares, los amigos, los compañeros de clase, los medios de comunicación, etc.

2. Teoría de difusión de innovaciones.- Aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Esta teoría sirve para comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. El desafío de la difusión requiere métodos que difieran de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención en la innovación, sea ésta una idea, producto, práctica o tecnología nueva, así como los canales de comunicación y los sistemas sociales (redes con miembros, normas y estructuras sociales). En esta teoría hay conceptos claves: ventaja relativa de la innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar.

3. Teoría del mercadeo social. Es un proceso para desarrollar, realizar, evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios. También se le define como la adopción de tecnologías de mercadotecnia comercial para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento de audiencias destinatarias con el fin de mejorar su bienestar físico y mental o el de la sociedad de la cual forman parte. Con el fin de cambiar el comportamiento del consumidor es preciso entender lo que impulsa y mantiene el comportamiento actual, así como las “palancas” que podrían impulsar y mantener el nuevo comportamiento. Pero, también se debe comprender lo que impulsa, facilita y mantiene el comportamiento de los potenciales intermediarios, los canales de distribución y comunicación, los competidores reales.

2.3 Definición de términos básicos

- **Comportamiento:** Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.
- **Cepillado dental:** Es el método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries o de las encías
- **Condición de salud bucal:** Presencia o ausencia de enfermedades bucodentales que pueden limitar a la persona en su capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

2.4 Hipótesis

General:

H1. No existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

H0. Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

Ha. Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral en diferente medida, en niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

Específicas:

Ha1: Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y el comportamiento observado de los padres.

H01: No existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y el comportamiento observado de los padres.

Ha2: Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y la condición de salud oral de los niños.

H02: No existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y la condición de salud oral de los niños.

2.5 Identificación de Variables

Variables de estudio.

- Comportamiento observado sobre el cepillado dental
- Condición de salud oral

Variable interviniente.

- Edad
- Género

2.6 Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Comportamiento observado sobre el cepillado dental	Comportamiento observado en los padres	Sistema de observación de cepillado de dientes (TBOS). Universidad de Washington Cuantificación del tiempo	Valoración de 12 ítems	Cuantitativa continua
	Comportamiento observado en los niños		Valoración de 18 ítems	
	Medición del tiempo de evaluación		Valoración en minutos del cepillado dental	Cuantitativa discontinua
Condición de salud oral	Estado de salud dental	Índice de ceo	1 al 20	Cuantitativa continua
	Estado de higiene oral	Índice de higiene oral simplificado	Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal
Edad	Cronología desde el nacimiento	Documento nacional de identidad	3 4 5	Cuantitativa discontinua
Sexo	Características genóticas y fenotípicas	Características sexuales	Masculino Femenino	Cualitativo nominal

CAPÍTULO III

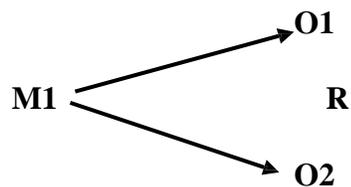
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación

El nivel de investigación fue relacional. El tipo de investigación fue analítico observacional y cuantitativo, se valoró los comportamientos observados en los padres e hijos referentes al cepillado de los dientes en los niños y se analizó si se encuentran asociados con la condición de su salud bucal.

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño fue epidemiológico y analítico transversal.



Donde:

M = Muestra

O = Observaciones

R = Relación

Epidemiológico: Estudian la morbi-mortalidad y eventos la salud en poblaciones humanas.

Analítico. Por ser un estudio de factores de riesgo o etiológicos de enfermedades buscando asociación o causalidad.

Transversal. El estudio transversal analiza un aspecto diferente al del estudio longitudinal común, porque su recolección maestra es en un solo momento.

3.3 Determinación del Universo, Población y Muestra

Universo

El universo estuvo constituido por los niños preescolares con su respectivo padre o madre, del Distrito de Amarilis, Provincia y Región de Huánuco.

Población

La población estuvo constituida por los niños preescolares con su respectivo padre o madre, del sector de Llicua del Distrito de Amarilis, Provincia y Región de Huánuco.

Selección de la Muestra

El muestreo fue no probabilístico intencionado con criterios de inclusión.

Muestra

Se seleccionaron 20 niños preescolares entre 3 a 5 años de edad con su respectivo padre o madre, que viven en el Sector de Llicua del Distrito de Amarilis, Provincia y Región de Huánuco que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de análisis

Niño preescolar con su respectivo padre o madre.

Criterios de inclusión

Niños preescolares:

- Edad entre 3 a 5 años de edad.
- Que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado del padre.
- Realicen el cepillado dental como parte de su higiene personal.

Padre o madre:

- Que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado.
- Disponibilidad para seguir instrucciones por parte de los investigadores.

Criterios de exclusión

Niños preescolares:

- Niños que procedieron de otros sectores del Distrito u otros lugares.
- Niños que no colaboraron en la ejecución de la investigación.
- Niños con limitaciones físicas o mentales.
- Niños con enfermedad sistémica.

Padre o madre:

- Que no aceptó participar del estudio.
- Falta de disponibilidad para seguir instrucciones por parte de los investigadores.

3.4 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Recolección de datos

Cita inicial

Los padres fueron contactados en persona después de la consulta dental de su hijo al establecimiento de salud. Determinando en primer lugar si la familia se encontraba interesado en participar sobre el estudio. Aquellos que expresaron interés fueron entonces abordados por un miembro del equipo de investigación, provisto de información sobre el proyecto y determinar su elegibilidad. Los que no pudieron ser abordado en persona porque no acudió a la consulta en el establecimiento de salud se le invitó mediante visita domiciliaria para que pueda participar o indicar su interés.

Todos los padres tuvieron que dar su consentimiento informado para participar en del estudio. Los Procedimientos de investigación fueron de conocimiento de la Facultad de Medicina y de asesor designado, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Registro de datos

Para este propósito se empleó el Sistema de observación de cepillado de dientes (TBOS). Diseñado por la Universidad de Washington, el TBOS está codificado de la interacción durante el cepillado de dientes grabado en video. Los padres fueron

instruidos para ayudar a cepillar los dientes de su hijo, así como lo haría en su casa y se les permitió determinar cómo hacerlo, si el cepillado será hecho por el niño, el padre o la combinación.

La codificación TBOS incluyó como respuestas el sí / no, analizando por separado el comportamiento de padres e hijos. La evaluación para los padres se centró en la gestión de las estrategias de comportamiento, incluidos los métodos para aumentar comportamientos deseados y respuestas al niño por problemas de comportamiento. La evaluación para los niños incluyó el comportamiento de rechazo y respuestas adaptativas. Mayores puntajes para ambas escalas reflejaron comportamientos adaptativos. En algunos casos, algunos ítems no fueron aplicables a una observación dada. Por ejemplo, si el niño no muestra un comportamiento de rechazo durante la interacción, elementos pertenecientes a los padres referidos a la gestión de los problemas de comportamiento no fueron anotados. Para el cálculo de los puntajes, se asignó a cada padre y niño con comportamiento adaptativo observado un puntaje de 1 por ítem, se calculó el puntaje total y dividió entre los ítems evaluados. Por otro lado también se registraron comportamientos no adaptativos observados con puntaje de cero. Todo esto en dos momentos para corroborar los comportamientos originalmente encontrados de una cita a otra y buscar si existe correlación y por tanto coherencia.

Revisión de condiciones de salud bucal. Los niños fueron examinados para evaluar la condición de sus piezas dentarias registrando en un odontograma y sumando

su historial de caries mediante el índice de ceod, para dentición decidua. Por otro lado también se registró la higiene oral mediante el índice de higiene oral simplificada examinando seis piezas dentarias según lo que indica el procedimiento respectivo.

Las visitas de estudio se realizaron en el consultorio dental del Puesto de Salud de Llicua, en una sala debidamente acondicionada. Los padres fueron instruidos para jugar primero con su hijo para distraer la atención del niño y no se sienta observado. Los padres fueron alertados de que después de aproximadamente 5 minutos, se le comunicará para que pueda hacer la transición para la actividad de cepillarse los dientes. Se proporcionó pasta dental y cepillo de dientes para el niño, así como un cepillo de dientes para adultos para los padres que eligen cepillarse junto con el niño. Los padres determinaron cuando finalizar la actividad del cepillado. Todos los participantes fueron observados en dos oportunidades en un lapso de una semana lo que fue registrado en un video para ser valorado posteriormente por los investigadores.

Las grabaciones fueron codificadas por los investigadores. Los codificadores no registraron identificación o información personal en las fichas de observación más allá de lo que corresponde a la edad y sexo del niño o niña. Se asignó solo un código de identificación con fines de ordenamiento.

3.5 Procesamiento, análisis y presentación de datos.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización de una computadora compatible con sistema operativo Windows 8 Professional; el programa utilizado será SPSS versión 23.0 para el análisis de estadísticos descriptivos como medias, modas, desviación estándar de los resultados del TBOS y de las condiciones de la salud bucal. Por tratarse de variables cuantitativas se empleará como estadístico de contraste la prueba tau-b de Kendall y Chi cuadrado para variables nominales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1. Análisis descriptivo univariado

Tabla N°1. Distribución de la muestra según la edad de los niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
3	3	15.0
4	10	50.0
5	7	35.0
Total	20	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

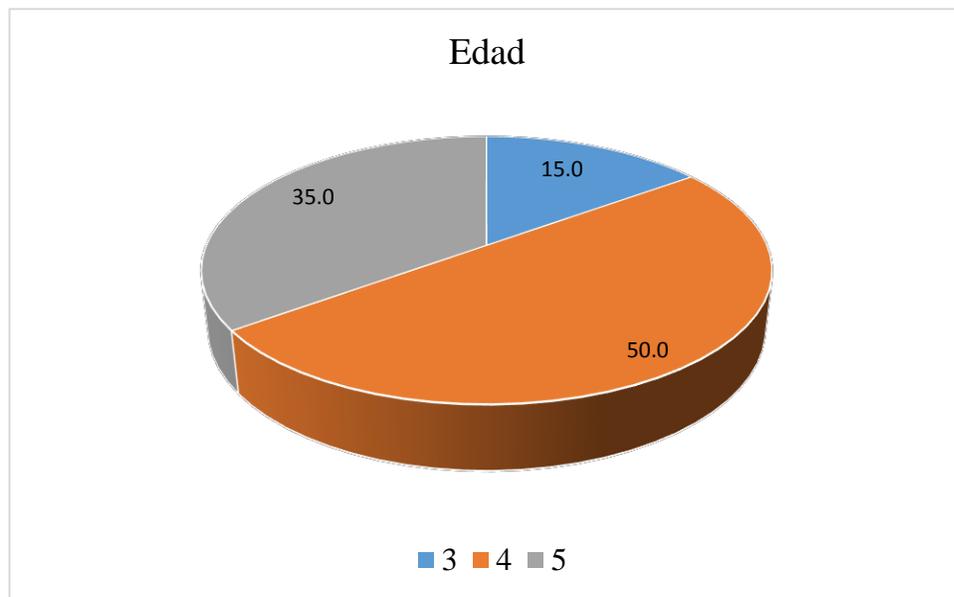


Figura 1. Diagrama de sectores, de la edad de los niños pre escolares del grupo de estudio.

En la tabla N°1, se aprecia que del 100.00%(20), 50%(10) de niños pre escolares presentan la edad de 4 años, 35%(7) de niños pre escolares presentan la edad de 5 años y 15%(3) de niños pre escolares presentan la edad de 3 años.

Tabla N°2. Distribución de la muestra según el género de los niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	65.0
Masculino	7	35.0
Total	20	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

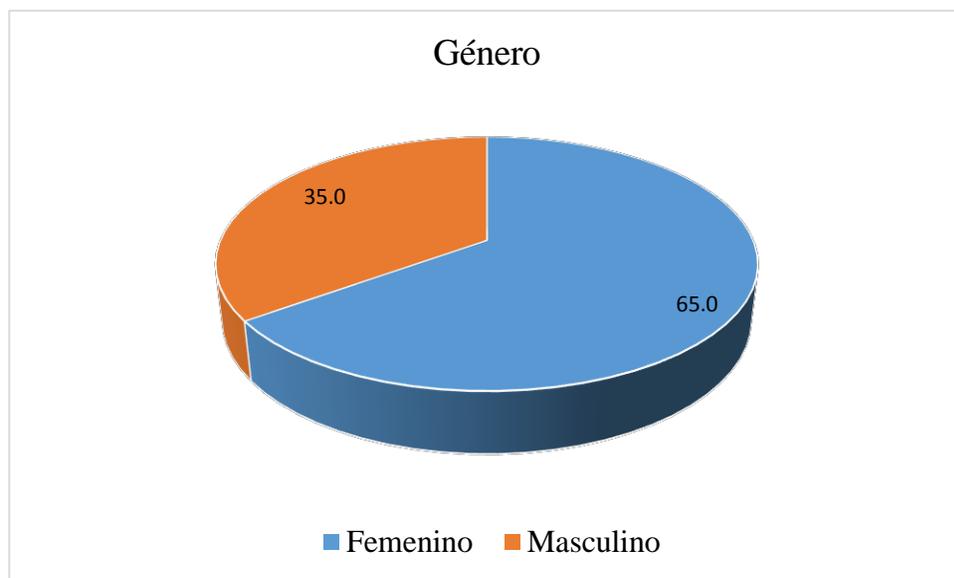


Figura 2. Diagrama de sectores, el género de los niños pre escolares del grupo de estudio.

En la tabla N°2, se aprecia que del 100.00%(20), 65%(13) de niños pre escolares presentan género femenino y 35%(7) de niños pre escolares presentan género masculino.

Tabla N°3. Distribución del Índice de ceod, para dentición decidua de los niños pre escolares del grupo de estudio.

ceod	Frecuencia	Porcentaje
1	2	10.0
2	2	10.0
3	1	5.0
4	7	35.0
5	3	15.0
6	1	5.0
7	2	10.0
8	2	10.0
Total	20	100.0
Moda	4(7)	35

Fuente: Ficha de recolección de datos

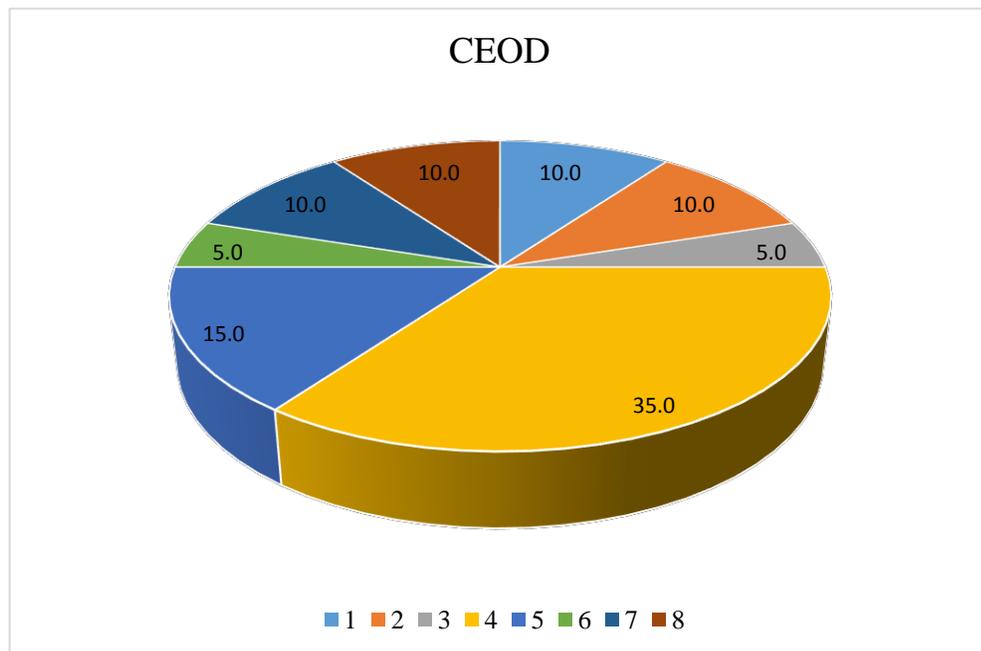


Figura 3. Diagrama de sectores, el índice de ceod, para dentición decidua de los niños pre escolares del grupo de estudio.

En la tabla N°3, se aprecia que del 100.00%(20), 35%(7) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 4, 15%(3) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 5, 10%(2) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 1, 10%(2) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 2, 10%(2) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 7, 10%(2) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 8, 5%(1) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 3 y 5%(1) de niños pre escolares presentan CEO numérica de 6.

Tabla N°4. Distribución del Índice de higiene oral simplificada (IHOS) de los niños pre escolares del grupo de estudio.

IHOS	Frecuencia	Porcentaje
Malo	5	25.0
Regular	11	55.0
Bueno	4	20.0
Total	20	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

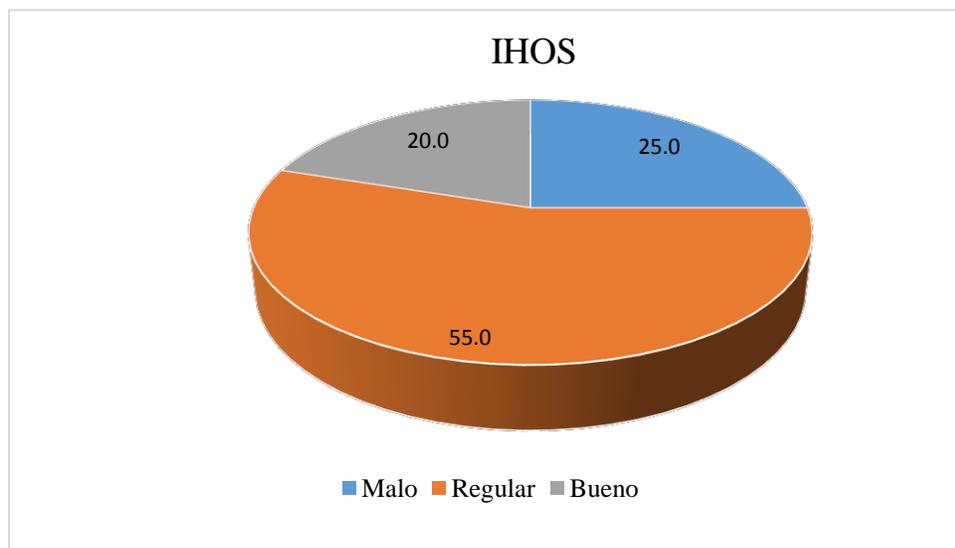


Figura 4. Diagrama de sectores, el índice de higiene oral simplificada de los niños pre escolares del grupo de estudio.

En la tabla N°4, se aprecia que del 100.00%(20), 55%(11) de niños pre escolares presentan un IHOS regular, 25%(5) de niños pre escolares presentan un IHOS malo y 20%(4) de niños pre escolares presentan un IHOS bueno.

Tabla N°5. Primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado de dientes (TBOS) de los niños pre escolares y padres del grupo de estudio.

a)Puntaje de TBOS niño 1			b)Puntaje de TBOS padre 1		
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
,33	2	10.0	,00	1	5.0
,38	1	5.0	,25	1	5.0
,53	1	5.0	,33	2	10.0
,56	1	5.0	,42	2	10.0
,59	1	5.0	,45	1	5.0
,60	1	5.0	,50	3	15.0
,65	1	5.0	,58	2	10.0
,67	1	5.0	,67	6	30.0
,69	1	5.0	,75	1	5.0
,72	1	5.0	,80	1	5.0
,75	3	15.0			
,76	1	5.0			
,82	1	5.0			
,83	1	5.0			
,88	1	5.0			
1,00	2	10.0			
Total	20	100.0	Total	20	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°5(a), se aprecia que del 100.00%(20), 15%(3) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,75, 10%(2) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,33 – 1 y 5%(1) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,38 – 0,53 – 0,56 – 0,59 – 0,60 – 0,65 – 0,67 – 0,69 – 0,72 – 0,76 – 0,82 – 0,83 – 0,88.

En la tabla N°5(b), se aprecia que del 100.00%(20), 30%(6) de padres presentan una puntuación de 0,30, 15%(3) de padres presentan una puntuación de 0,50, 10%(2) de

padres presentan una puntuación de 0,33 – 0,42 – 0,58 y 5%(1) de padres presentan una puntuación de 0,00 – 0,25 – 0,45 – 0,75 – 0,80.

Tabla N°6. Segunda observación del comportamiento observado sobre el cepillado de dientes (TBOS) de los niños pre escolares y padres del grupo de estudio.

a)Puntaje TBOS de niño 2			b)Puntaje TBOS de padre 2		
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
,25	1	5.0	,33	1	5.0
,28	1	5.0	,42	1	5.0
,40	1	5.0	,50	7	35.0
,41	1	5.0	,58	6	30.0
,60	1	5.0	,67	2	10.0
,65	2	10.0	,75	1	5.0
,67	1	5.0	,80	1	5.0
,69	1	5.0	,83	1	5.0
,71	4	20.0			
,73	1	5.0			
,76	1	5.0			
,81	1	5.0			
,88	2	10.0			
,94	1	5.0			
1,00	1	5.0			
Total	20	100.0	Total	20	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°6(a), se aprecia que del 100.00%(20), 20%(4) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,71, 10%(2) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,65 – 0,88 y 5%(1) de niños pre escolares presentan una puntuación de 0,25 – 0,28 – 0,40 – 0,41 -0,60 – 0,67 – 0,69 - 0,73 – 0,76 - 0,81 – 0,94 – 1.

En la tabla N°6(b), se aprecia que del 100.00%(20), 35%(7) de padres presentan una puntuación de 0,50, 30%(6) de padres presentan una puntuación de 0,58, 10%(2) de

padres presentan una puntuación de 0,67 y 5%(1) de padres presentan una puntuación de 0,33 – 0,42 – 0,75 – 0,80 – 0,83.

2. Análisis inferencial bivariado

El análisis se realiza por columnas a fin de observar la relación de las variables.

Tabla N° 7. Comparación de la primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado dental (TBOS) y el IHOS de niños pre escolar en el grupo de estudio.

Puntaje de observación 1 en los niños		IHOS			Total
		Malo	Regular	Bueno	
,33	N°	2	0	0	2
	%	10.0%	0.0%	0.0%	10.0%
,38	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,53	N°	1	0	0	1
	%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,56	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,59	N°	1	0	0	1
	%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,60	N°	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%
,65	N°	1	0	0	1
	%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,67	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,69	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,72	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,75	N°	0	3	0	3
	%	0.0%	15.0%	0.0%	15.0%
,76	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,82	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,83	N°	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%
,88	N°	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%
1,00	N°	0	1	1	2
	%	0.0%	5.0%	5.0%	10.0%
Total	N°	5	11	4	20
	%	25.0%	55.0%	20.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°7 del grupo de estudio, la comparación de la primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado dental (TBOS) e indicador IHOS.

Del 100.00%(20), 15%(3) presenta un IHOS regular con un puntaje de 0,75, 5%(1) presenta un IHOS regular con un puntaje de 1,10%(2) presenta un HIOS malo con un puntaje de 0,33 y 5%(1) presenta un HIOS bueno con un puntaje de 1.

Tabla N° 8. Comparación de la primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado dental (TBOS) y el indicador CEOD de niños pre escolares en el grupo de estudio.

Puntaje de obser niño 1		CEO								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
,33	N°	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	0.0%	10.0%
,38	N°	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,53	N°	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
,56	N°	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,59	N°	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%
,60	N°	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,65	N°	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%
,67	N°	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,69	N°	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,72	N°	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,75	N°	0	0	1	2	0	0	0	0	3
	%	0.0%	0.0%	5.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.0%
,76	N°	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,82	N°	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,83	N°	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
,88	N°	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%
1,00	N°	1	0	0	1	0	0	0	0	2
	%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%
Total	N°	2	2	1	7	3	1	2	2	20

% 10.0% 10.0% 5.0% 35.0% 15.0% 5.0% 10.0% 10.0% 100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°8 del grupo de estudio, la comparación de la primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado dental (TBOS) e indicador ceod en el grupo de estudio.

Del 100.00%(20), 5%(1) presenta un ceo numérico de 8 con una puntuación de 0,59, 5%(1) presenta un ceo numérico de 7 con una puntuación de 0,53, 5%(1) presenta un ceo numérico de 6 con una puntuación de 0,33, 5%(1) presenta un ceo numérico de 5 con una puntuación de 0,82, 5%(1) presenta un ceo numérico de 4 con una puntuación de 1, 5%(1) presenta un ceo numérico de 3 con una puntuación de 0,75, 5%(1) presenta un ceo numérico de 2 con una puntuación de 0,88 y 5%(1) presenta un ceo numérico de 1 con una puntuación de 1.

Tabla N°9. Comparación del indicador CEOD con la edad y género de los niños pre escolares.

CEO		Edad			Total	Genero		Total
		3	4	5		Femenino	Masculino	
1	N°	0	2	0	2	2	0	2
	%	0.0%	10.0%	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%	10.0%
2	N°	1	0	1	2	1	1	2
	%	5.0%	0.0%	5.0%	10.0%	5.0%	5.0%	10.0%
3	N°	0	0	1	1	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	5.0%	0.0%	5.0%
4	N°	0	3	4	7	4	3	7
	%	0.0%	15.0%	20.0%	35.0%	20.0%	15.0%	35.0%
5	N°	1	2	0	3	2	1	3
	%	5.0%	10.0%	0.0%	15.0%	10.0%	5.0%	15.0%
6	N°	0	1	0	1	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%	5.0%	0.0%	5.0%
7	N°	1	1	0	2	1	1	2
	%	5.0%	5.0%	0.0%	10.0%	5.0%	5.0%	10.0%
8	N°	0	1	1	2	1	1	2
	%	0.0%	5.0%	5.0%	10.0%	5.0%	5.0%	10.0%
Total	N°	3	10	7	20	13	7	20
	%	15.0%	50.0%	35.0%	100.0%	65.0%	35.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°9 del grupo de estudio, la variable el indicador CEOD frente a la edad, del 100.00%(20), 5%(1) del indicador CEO numérico de 2-5-7 en la edad de 3 años, 15%(3) del indicador CEO numérico de 4 en la edad de 4 años y 20%(4) del indicador CEO numérico de 4 en la edad de 5 años.

La variable el indicador CEO frente al género, del 100.00%(20), 20%(4) del indicador CEO numérico de 4 en el sexo femenino y 15%(3) del indicador CEO numérico de 4 en el sexo masculino.

Tabla N°10. Comparación del indicador IHOS con la edad y género de los niños preescolares.

IHOS		Edad			Total	Género		Total
		3	4	5		Femenino	Masculino	
Malo	N°	1	3	1	5	3	2	5
	%	5.0%	15.0%	5.0%	25.0%	15.0%	10.0%	25.0%
Regular	N°	1	5	5	11	7	4	11
	%	5.0%	25.0%	25.0%	55.0%	35.0%	20.0%	55.0%
Bueno	N°	1	2	1	4	3	1	4
	%	5.0%	10.0%	5.0%	20.0%	15.0%	5.0%	20.0%
Total	N°	3	10	7	20	13	7	20
	%	15.0%	50.0%	35.0%	100.0%	65.0%	35.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°10 del grupo de estudio, la variable el indicador IHOS frente a la edad, del 100.00%(20), 5%%(1) del indicador IHOS presentan categoría malo, regular, bueno en la edad de 3 años, 25%%(5) del indicador IHOS presentan categoría regular en la edad de 4 años y 25%%(5) del indicador IHOS presentan categoría regular en la edad de 5 años.

La variable el indicador IHOS frente al género, del 100.00%(20), 35%(7) del indicador IHOS presentan categoría regular en el sexo femenino y 20%(4) del indicador IHOS presentan categoría regular en el sexo masculino.

Tabla N°11. Comparación del indicador CEO con el indicador IHOS de los niños pre escolares.

CEO		IHOS			Total
		Malo	Regular	Bueno	
1	N°	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%
2	N°	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%
3	N°	0	1	0	1
	%	0.0%	5.0%	0.0%	5.0%
4	N°	0	7	0	7
	%	0.0%	35.0%	0.0%	35.0%
5	N°	0	3	0	3
	%	0.0%	15.0%	0.0%	15.0%
6	N°	1	0	0	1
	%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%
7	N°	2	0	0	2
	%	10.0%	0.0%	0.0%	10.0%
8	N°	2	0	0	2
	%	10.0%	0.0%	0.0%	10.0%
Total	N°	5	11	4	20
	%	25.0%	55.0%	20.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N°11 del grupo de estudio, la variable el indicador IHOS frente al indicador CEO, del 100.00%(20), 10%(2) del indicador IHOS presentan categoría malo en el indicador numérico CEO de 8, 35%(7) del indicador IHOS presentan categoría regular en el indicador numérico CEO de 4 y 10%(2) del indicador IHOS presentan categoría bueno en el indicador numérico CEO de 1 y 2.

Tabla N°12. Estadísticos descriptivos de la primera observación del comportamiento observado sobre el cepillado de niños pre escolar y padres del grupo de estudio.

Variable de medición	Grupo de estudio	N	Media (Puntuación)	DE*	IC**95% LI	LS
Puntuación	Primera Observación de niño	20	.6795	.19154	.5899	.7691
	Primera Observación de padre	20	.5215	.19400	.4307	.6123

Fuente: Ficha de recolección de datos.

+Puntuación: 0 – 1.

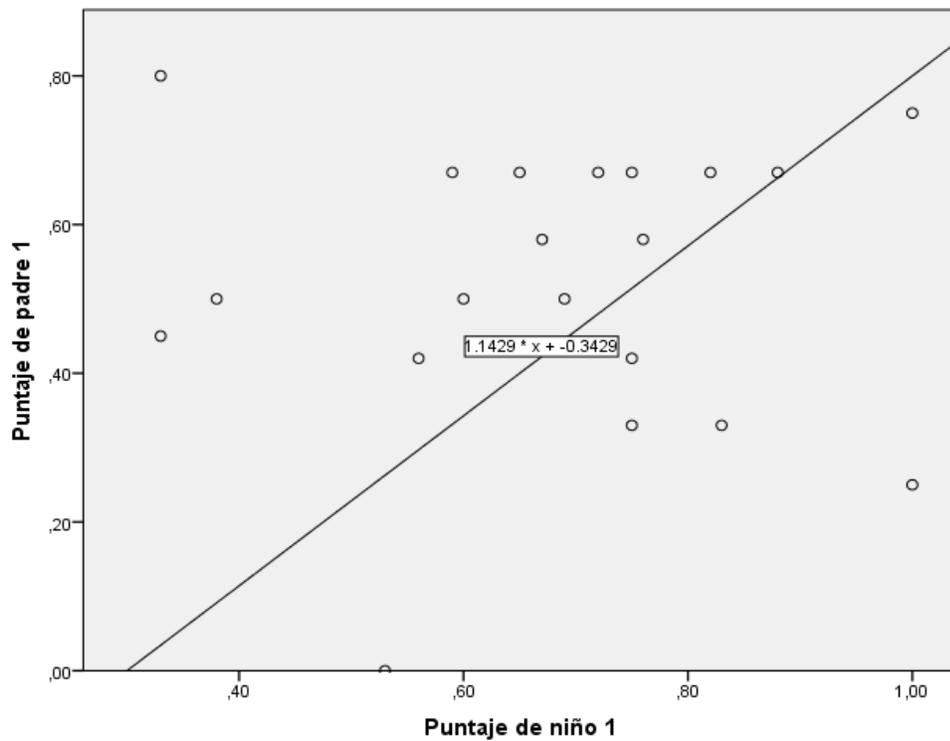


Figura 7. Diagrama de dispersión de la primera observación del comportamiento frente al cepillado de niños pre escolar y padres del grupo de estudio.

En la tabla N°12 se aprecia estadísticos descriptivos de la primera observación del comportamiento frente al cepillado de niños pre escolar y padres del grupo de estudio.

La Figura exhibe una nube de puntos que no evidencia relación significativa entre el puntaje del niño (X) y el puntaje del padre (Y). Se emplea la prueba de correlación de Taub de Kendall.

Comparando la primera observación de niño y padre con la puntuación obtenida en el grupo de estudio, se observa en la puntuación de la observación de niño 0.6795 media +- 0.19154 y en la puntuación de la observación de padre 0.5215 +- .19400. Por lo que los padres no hacen un cepillado correcto y no influye en los niños.

En un estudio similar se pueden obtener los mismos resultados considerando el intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) en el grupo de estudio.

3. Prueba de hipótesis

Considerar que la mayoría de las variables sujetas a contrastación tienen categoría ordinal y se busca la relación entre ellas, se ha determinado el uso del estadístico de prueba de, con 95% del nivel de confianza y 5% de error alfa.

Tabla N°13 Estadística tau-b de Kendall para correlación.

	valor tau -b	N	P valor
Interacción			
Niño1 / Niño2	.142	20	.395
Niño 1 / padre 1	.045	20	.791
Niño 2 / padre 2	-.090	20	.611

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: el nivel de correlación registrado entre el comportamiento observado en la primera observación del niño y la segunda observación del niño es de 14.2% sin embargo no se encontró una asociación significativa ($p=0.395$); el nivel de correlación registrado entre el comportamiento observado en la primera observación del niño y la primera observación del padre es de 4,5%, aceptando la hipótesis de investigación "no existe asociación $\geq 4\%$ en el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños preescolares", sin embargo se necesita determinar otros factores la fuerza de interacción.

El nivel de correlación registrado entre el comportamiento observado en la segunda observación del niño y la segunda observación del padre es de -9% (correlación negativa) no encontrándose asociación significativa ($p \geq 0.05$).

Tabla N°14 Análisis estadístico Chi cuadrado para variables nominales.

Primera Observación		Observado	esperado	Valor x2	gl	p valor
Puntuación						
niño	Malo	5	25%	36,591a	30	0,006
*HIOS	Regular	11	55%			
	Bueno	4	20%			
Puntuación						
niño	1	2	10%	103,333a	105	0,020
*CEOD	2	2	10%			
	3	1	5%			
	4	7	35%			
	5	3	15%			
	6	1	5%			
	7	2	10%			
	8	2	10%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los datos calculados de la primera observación de los niños en asociación con los indicadores HIOS y CEOD indican un p valor ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad del 0.0% de error, se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la primera Hipótesis de investigación; **H1**, “Existe asociación en el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral de niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco” 2017. Y por los resultados obtenidos en la segunda observación sobre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres se acepta la hipótesis alterna; **Ha**. Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral en diferente medida, en niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017

DISCUSIÓN

Se ha demostrado de manera extensa en varios estudios que en la población la caries de inicio temprano y otras enfermedades relacionadas al control del biofilm dental, siguen siendo un problema de salud pública, dentro de un contexto de factores sociales como el nivel socioeconómico y la educación. Es indudable la necesidad que existe de implementar y potenciar programas preventivos en grupos vulnerables como son los niños. Los programas tendrán éxito si son enfocados en la educación sobre la salud bucal y básicamente en la eliminación del biofilm dental a través del correcto cepillado de los dientes los que están íntimamente afectados por el entorno donde vive el niño en sus primeros años de vida como son las conductas de los padres para con los hábitos de higiene bucal de los niños. La mejor edad para que el niño empiece a aprender buenos hábitos y los comience a realizar por sí mismo de manera natural y habitual es a partir de los 5 años de edad.¹⁸

Esta investigación, tuvo la intención de explicar cómo es que se pueden relacionar los comportamientos sobre el cepillado de los dientes de niños y padres, así como de las condiciones de salud bucal manifiestas. Para ello se empleó un indicador para medir el comportamiento a través del indicador TBOS (Sistema de observación de cepillado de dientes) de la Universidad de Washington y por otro lado los indicadores de condición de salud bucal como son el Índice ceod y el Índice de Higiene Oral simplificado. Sustentado en que la familia se constituye en una institución base de la

sociedad, un ecosistema, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y el contexto universal para todas las comunidades.¹⁷

Lo que se logró identificar es que los comportamientos observados sobre el cepillado dental tanto de niños como de padres no es lo adecuado. El niño no muestra comportamientos adaptativos para con el cepillado dental, mostrando relativa autosuficiencia para hacerlo, mostrando un puntaje de 0.6795 de media en la primera observación y los padres tampoco muestran comportamientos adaptativos y positivos obteniendo como puntaje 0.5215 de media en la primera observación. Lo que para la segunda observación varia ligeramente con predominio de puntaje de 0,71 para los niños y de 0,58 para los padres. Estos podrían estar relacionados a que existen barreras culturales, sociales y económicas que limitan el acceso a los servicios de salud como lo indicó Ortiz L.et al¹⁴ y Limaylla R. Chein S.¹⁵.

Por otro lado en el estudio se evidencia una deficiente condición de su salud bucal con un Índice de historial de caries ceod con moda de 4 piezas dentarias con historial de caries dental con frecuencia de 35% de los casos estudiados y un Índice de higiene oral simplificado de Regular con un 55% de los casos estudiados.

Cabe destacar el hecho de que todos los padres de familia no fueron instruidos adecuadamente sobre formas de comportamiento sobre el cepillado de los dientes para sus hijos o como desarrollar un comportamiento positivo como padre; este hecho es frecuente en nuestro país que aún no posee la cultura de prevención y la práctica de

medidas saludables. Lo que para otros investigadores si es importante el trabajo con los padres como lo afirma Navas R. et al¹¹ o que en otros contextos la situación sea distinta con mayor número de padres de familia informados con 63%, como fue hallado por Martignon S. et al¹².

Cuando se buscó la asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y sus padres estos mostraron una asociación cambiante puesto que en la primera ($p = 0.791$) y segunda observación ($p = 0.611$) no se encontró asociación; pero si se encontró una asociación de este comportamiento con la condición de salud bucal, para el ceod ($p = 0,020$) afirmación que es considerada también como resultado de los estudios de Castillo K.¹⁰ que indica que una actitud indiferente trae consigo un mayor índice de caries o índice alto; el índice de higiene oral ($p = 0,006$) esto último diferente a la no asociación manifiesta por Pausa M. et al.⁹. Estos resultados en general son diferentes a los encontrados por Gaeta M. et al⁸ cuyos resultados muestran que los pacientes pediátricos presentan mayor autoeficacia que su progenitor encuestado; en cambio, los padres presentan mejores respuestas en intención de comportamiento y hábitos de higiene bucal. El control de la acción no presento diferencias significativas entre los pacientes pediátricos y sus padres.

CONCLUSIONES

1. El comportamiento observado sobre el cepillado dental por parte de los niños tuvo una media de puntaje de 0.6795 y el comportamiento observado sobre el cepillo dental por parte de los padres tuvo una media de puntaje de 0.5215. Lo que indica relativa autosuficiencia del niño y relativa indiferencia en el comportamiento de los padres.
2. Las condiciones de salud bucal de los niños pre escolares encontradas fueron para el Índice de Caries ceod de 4 (moda) y para el Índice de higiene oral simplificado de regular.
3. Se demostró en el estudio que no existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y los padres, realizada la prueba estadística tau-b de Kendall para correlación ($p = 0.791$).
4. Finalmente si existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y la condición de salud bucal, realizada la prueba estadística de Chi cuadrado para el índice de caries ceod ($p = 0,020$) y el índice de higiene oral simplificado ($p = 0,006$).

5. Existe asociación entre el comportamiento observado sobre el cepillado dental de los niños y padres con la condición de salud oral en diferente medida, en niños pre escolares del sector de Llicua del Distrito de Amarilis – Huánuco 2017.

RECOMENDACIONES

1. A la E.P de Odontología, para que en el desarrollo del curso de odontopediatría se informe sobre la importancia de considerar al padre de familia en las actividades preventivo promocionales para sus hijos menores y de esa manera buscar que la asociación entre los comportamientos saludables sea mutuos para niños y padres.
2. A las instituciones públicas de salud para que consideren como importante el rol de los padres de familia en la promoción de una vida saludable familiar.
3. A los odontólogos de instituciones públicas de salud para que adopten una conducta responsable y comprometida con las familias como una unidad de mejora sanitaria.
4. Realizar estudios de investigación longitudinales que permitan valorar el impacto de la intervención profesional odontológica sobre el comportamiento saludable de las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramfjord, S. P.; Morrison, E. C.; Burgett, F. G.; Nissle, R. R.; Shick, R. A.; Zann, G. J. & Knowles, J. W. (1982). Oral Hygiene and Maintenance of Periodontal Support. *Journal of periodontology*, 53 (1), pp. 26-30.
2. Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of parent's twice daily toothbrushing of very Young children. *Pediatr Dent* 2010; 32: 48–55.
3. Benavente, L.; Chein, S.; Campodónico, C.; Palacios, E.; Ventocilla, M.; Castro, A.; Huapaya, O.; Álvarez, M.; Paulino, W. & Espetia, A. (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina*, 15 (1), pp. 14-18.
4. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. A social learning approach IV: Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia, 1992.
5. De Jong-Lenters M, Duijster D, Bruist MA, Thijssen J, de Ruiter C. The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: a case-control study. *Soc Sci Med* 2014; 116: 49–55.
6. Collett B., Huebner C., Seminario A., Wallace E., Gray K. y Speltz M. Observed child and parent toothbrushing behaviors and child oral health. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2016; 26: 184–192.
7. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública* 2000; 19: 91-101.
8. Gaeta, M. L., Cavazos, J. & Cabrera, M. del R. L. (2017). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (2), pp. 965-978.

9. Pausa M., Suárez M. Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2015;14(1):70-78.
10. Castillo K. Conocimientos y actitudes en salud bucal de los padres de familia o encargados y su relación con caries de la infancia temprana en niños de San Francisco Chinameca. Tesis para optar el grado de Doctor en Cirugía Dental, Universidad de El Salvador 2013.
11. Navas R., Álvarez C., Rojas T., Zambrano O. Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. Ciencia Odontológica, vol. 2, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 17-33. Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela.
12. Martignon S., González M., Jacome S., Velosa J. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquén, Bogotá. Universidad del Bosque Colombia. <https://www.researchgate.net/publication/252931175>.
13. Carranza A. Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista Universidad Alas Peruanas Lima 2011.
14. Ortiz L., Gutiérrez M., Moromi H., Medina K. y Villavicencio J. Identificación del comportamiento de escolares y padres de familia respecto al mantenimiento de la salud bucal. Odontol Sanmarquina 2009; 12(1):13-17.
15. Limaylla R. Chein S. Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. Odontol Sanmarquina 2009; 12(2):57-61.
16. Reyes J, Paz Soldan R, Pailan R, García V, Salud Oral en Pacientes atendidos en un establecimiento psiquiátrico de Lima. Hospital Hermilio Valdizan, Rev. De psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan.2014; 4(1):43-52.

17. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología. 2011; 24 (1).
18. Bejerano González, F. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE 0 A 6 AÑOS. Cuadernos de Educación y Desarrollo. Vol 1, N° 5 (julio 2009). www.eumed.net/rev/ced/05/fbg.htm
19. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3rd ed., Barcelona: Masson, S.A., 2005.
20. Oakley M, Vieira AR. The endangered clinical teacher-scholar: a promising update from one dental school. J Dent Educ. 2012 Apr;76(4):454-60.
21. Bernardini-Zambrini Diego A. La familia, base y eslabón primario de la salud pública del futuro. Rev Panam Salud Publica 31(6), 2012. 529-530.
22. Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. Acta Odontol Latinoam. 2012;25(1):140-9.
23. Kallestal C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Community Dental Oral Epidemiol. 2002.
24. Meneses, EJ. SALUD BUCODENTAL Y CALIDAD DE VIDA ORAL EN LOS MAYORES. ISBN: 978-84-694-0762-2. Madrid 2010.
25. Franco A, Martínez C, Alvarez M, Coutin I, Larrea I, Otero A. Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. Instituto de Ciencias de la Salud - CES. Medellín: 2008; 20 (2): 9-16.
26. ADA. Division communication for the dental patient. JADA 2000;131(2): 1095
27. Guzmán JM. Diseño de un programa de educación para la salud. En: La Educación para la Salud en el siglo XXI. Comunicación y salud. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2002.
28. Baca García P. Uso racional del flúor. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª. ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 143-146.

29. Chertok A. Las causas de nuestra conducta. 8° Edición Centro de Terapia Conductual Uruguay 2006.
30. Bandura, A. y Walters, R.H.: "Aprendizaje social de la conducta de dependencia". En: Psicopatología y Personalidad (Theodore Millon). Nueva Editorial Interamericana, México, 1974 (Cap. 34).
31. Hilgard, E.R. y Bower, G.H. Teorías del Aprendizaje. Edit. Trillas, México, 1980.
32. Skinner, B.F. Ciencia y Conducta Humana. Editorial Fontanella, Barcelona, 1969. (Edición original en inglés: 1953).
33. Candamil E. Grajales G. Curso: Comportamiento Humano. Universidad del Valle Santiago de Cali 1998.
34. Choque R. Comunicación y Educación para la promoción de la salud Lima 2005

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECCOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD DE MEDICINA
 EAP. DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

CÓDIGO:.....

Edad:

Sexo:

Criterios de evaluación para padres e hijos codificados para el Sistema de Observación de Cepillado de Dientes (TBOS).

Ítems para el padre	Si	No	N/A
Ofreció una o más acciones apropiadas			
Participó activamente en la actividad			
Animó al niño a abrir la boca de par en par			
Mostró uno o más mensajes positivos para motivar (por ejemplo, "¡Tus dientes estarán tan limpios!")			
Se rio o sonrió durante el cepillado de dientes			
Usó sobornos para resolver el comportamiento problemático del niño			
Realizó 3 o más declaraciones de alabanza no relacionadas con el cepillado de dientes			
Uno o más comentarios negativos sobre la actividad o para el niño			
Se usa la distracción para ayudar a los niños a cepillarse los dientes (por ejemplo, cantando una canción de cepillado de dientes)			
Gritó al niño o levantó la voz			
Realizó 1 o más declaraciones de alabanza relacionadas con el cepillado de dientes			
Realizó amenazas			

Puntuación principal = Total de elementos sin sombrear / [12 - Total de elementos marcados N / A]

Resultado:

Ítems para el niño	Si	No	N/A
Pasó fácilmente a cepillarse los dientes			
Imitación de las demostraciones de los padres sobre el cepillado de dientes			
Juega con cepillo de dientes, pasta de dientes o agua > 50% del tiempo			
Miró la cara de los padres			
Atención enfocada en el cepillado dental > 50% del tiempo			
Realiza una o más descripciones verbales de cepillado de dientes			
Chupado o masticado del cepillo de dientes			
Se inició un contacto físico suave y social con el padre (por ejemplo, sentado en el regazo de los padres sin aviso)			
Adecuada manipulación de los materiales de higiene			
Preguntas formuladas relacionadas con el cepillado dental			
“Mandón” con sus padres			
Respondió a las señales de los padres > 50% del tiempo			
Mostró señales de angustia			
Confortado por la respuesta de los padres ante la angustia			
Mostró cualquier comportamiento de rechazo			
Quejarse, protestar ante las indicaciones verbales			
Gritó frecuentemente			
Una o más conductas de rechazo			

Puntuación principal = Total de elementos sin sombrear / [18 - Total de elementos marcados N / A]

Resultado:

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores padres de familia:

Es grato dirigimos a usted, y así mismo informarle que las Srtas. FABIAN CLAUDIO, Yessenia Julia y NOLASCO JORGE, Nelly Days Bachilleres de la E.P de Odontología están realizando un proyecto de investigación “ASOCIACIÓN ENTRE EL COMPORTAMIENTO OBSERVADO SOBRE EL CEPILLADO DENTAL DE LOS NIÑOS Y PADRES CON LA CONDICIÓN DE SALUD ORAL DE NIÑOS PRE ESCOLARES”. Es necesario realizar un examen bucal cuidadoso para detectar y determinar los factores de riesgo que se encuentran en los niños del Puesto de Salud de Llicua. El procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Al niño se le realizará un examen clínico dental.
2. El beneficio del ingreso de su niño a este estudio es que se le realizará un perfil de riesgo de caries dental con el cual se puede tomar medidas de prevención.

Leído lo anterior, acepto la participación de mi menor hijo en el trabajo de investigación habiendo leído satisfactoriamente la información.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

FIRMA Y NÚMERO DNI:

ANEXO 3: ODONTOGRAMA

ODONTOGRAMA

The dental chart template consists of a central vertical line. Above and below this line are two horizontal rows of 12 empty boxes each. Below these are two rows of 8 empty boxes each, one on each side of the central line. The main body of the chart contains tooth icons arranged in four rows. The top row of icons is labeled with numbers 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 on the left and 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 on the right. The second row of icons is labeled with 65, 64, 63, 62, 61 on the left and 61, 62, 63, 64, 65 on the right. The third row of icons is labeled with 65, 64, 63, 62, 61 on the left and 71, 72, 73, 74, 75 on the right. The bottom row of icons is labeled with 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 on the left and 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 on the right. Some tooth icons have small arrows pointing to them, and some have small rectangular boxes drawn on them.

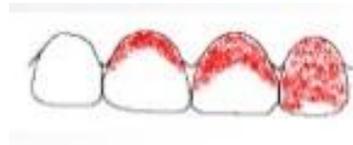
ESPECIFICACIONES: _____

ANEXO 4: INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S)

5.4	5.1	6.4
V	V	V
8.4	7.1	7.4
L	V	L

Condición de IHO-S	
Bueno	0 – 2
Regular	3 – 6
Malo	6 a más



ANEXO 5: CAPTURA FOTOGRÁFICA DEL REGISTRO FILMATOGRÁFICO





ANEXO 6: FOTOGRAFÍAS DE INSTRUCCIÓN PARA EL CEPILLADO



ANEXO 7: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Solicito: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR
EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

SEÑORA:

Obst. TANIA HERRADA ISIDRO
JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DEL PUESTO DE SALUD LLICUA

Los que suscribimos FABIAN CLAUDIO Yessenia Julia, identificado con DNI N° 46363062 y NOLASCO JORGE Nelly Days, identificado con DNI N° 46023909, alumnas del XII Ciclo Odontológica de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan Medrano" de la ciudad de Huánuco ante Ud. respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que estando culminando a la fecha el XII Ciclo de la carrera de odontología, solicito ante Ud. el permiso correspondiente para realizar la ejecución del proyecto de tesis titulado "ASOCIACIÓN ENTRE EL COMPORTAMIENTO OBSERVADO SOBRE EL CEPILLADO DENTAL DE LOS NIÑOS Y PADRES CON LA CONDICIÓN DE SALUD ORAL DE NIÑOS PRE ESCOLARES".

POR LO EXPUESTO: ruego a Ud. acceder a mi solicitud.

Adjunto:

- CD de tesis
- Copia Resolución para Ejecución de Proyecto de Tesis



FABIAN CLAUDIO, Yessenia Julia



NOLASCO JÓRGE, Nelly Days



Tania Herrada Isidro
OBSTETRA
COR 15578
11-12-17