



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Estomatología

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE
11 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 10022
“MIGUEL MURO ZAPATA” CHICLAYO,
2015”**

Para Optar El Título Profesional De Cirujano Dentista

AUTORA: MEGO HUAMÁN IRMA

Pimentel, 25 de Noviembre del 2015

**“Nivel de Conocimiento sobre Hábitos de Higiene Oral en Niños de
11 a 12 Años de Edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel
Muro Zapata” Chiclayo, 2015”**

APROBACIÓN DE LA TESIS

Mego Huamán Irma
Autora

Mg. CD. Esp. Imer Duverli Córdova
Salinas
Asesor metodólogo

CD. Esp. Rosa Galecio Calle
Asesor especialista

Mg. CD. Jorge Leonidas Ruiz Cárdenas
Presidente del jurado de tesis

C.D. Tania Belù Castillo Cornock
Secretario del jurado de tesis

CD. Esp. Rosa Galecio Calle
Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria

A Dios por dame el regalo de la vida y darme las fuerzas suficientes para seguir adelante en los momentos de adversidad, a lo largo de mi carrera profesional.

A mis padres Rosas Mego y Doris Huamán quienes con su ejemplo, paciencia e infinito amor me han apoyado de forma económica y moral demostrándome que con esfuerzo y dedicación se puede lograr las cosas. A mis hermanos Hermita, Gilberto, Jhoner, ya que siempre confiaron en mi superación y por apoyarme.

Agradecimiento

A la Dra. Rosa Galecio Calle y al Dr. Córdova Salinas Imer Duverli por su asesoramiento y sus grandes aportes en el desarrollo de esta investigación y por brindarme su tiempo y optimismo.

A las autoridades de la Institución Educativas N° 10022 “MIGUEL MURO ZAPATA” que participaron en el presente trabajo, por su colaboración y por las facilidades para el levantamiento de los datos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Situación problemática.....	10
1.2. Formulación del Problema.....	11
1.3. Delimitación de la investigación.....	11
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación.....	11
1.5. Limitaciones de la Investigación.....	12
1.6. Objetivos de la Investigación.....	12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes de estudio.....	13
2.2. Bases teóricas científicas.....	18
2.3. Definición de la terminología.....	30

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	31
3.2. Población y muestra.....	31
3.3. Variables.....	33
3.4. Operacionalización.....	34
3.5. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de dato.....	35
3.6. Procedimiento para la recolección de datos.....	36
3.7. Análisis estadísticos e interpretación de los datos....	37
3.8. Principios éticos.....	37
3.9. Criterios de rigor científico.....	38

CAPÍTULO IV:ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados de tablas y gráficos.....	39
4.1. Discusión de los resultados.....	45

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones.....	48
6.2. Recomendaciones.....	49

REFERENCIAS.....	50
------------------	----

ANEXOS.....	55
-------------	----

RESUMEN

El nivel de conocimiento sobre higiene oral de los niños y adolescentes, es importante para prevenir enfermedades estomatológicas mediante la práctica de hábitos adecuados de higiene oral. El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”, Chiclayo 2015.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se encuestó a 68 niños de ambos géneros. El 63.2% de los niños de 11 a 12 años de edad se encontraron en el nivel regular de conocimiento sobre higiene oral, el 23.5% en el nivel bueno y el 13.2% en el nivel malo. Sobre los elementos usados en la higiene oral se encontró en el nivel regular con un 63.2% en cuanto a los hábitos de higiene oral que practican los niños se encontró en un nivel regular con un 76.5%, así mismo sobre las técnicas que practican se encuentra en el nivel regular con un 70.6%.

Palabras claves: conocimientos, hábitos de higiene oral.

ABSTRACT

The level of knowledge about oral hygiene of children and adolescents, it is important to prevent stomathological diseases by practicing proper oral hygiene. The objective of this research was to determine the level of knowledge about oral hygiene in children from 11 to 12 years of School No. 10022 "Miguel Zapata Wall", Chiclayo 2015.

An investigation of descriptive, observational and cross-sectional performed. I surveyed 68 children of both genders. 63.2% of children aged 11-12 years old were found in the regular level of knowledge about oral hygiene, 23.5% in the good level and 13.2% at the wrong level. On the elements used in the oral hygiene was found in the regular level with 63.2% in terms of oral hygiene practiced by the children was found in a regular level to 76.5%, also on the techniques practiced is at the regular level with 70.6%.

Keywords: knowledge, oral hygiene habits.

INTRODUCCION

Nuestro país enfrenta actualmente un serio problema en salud bucal, mientras que en los países desarrollados las patologías orales más prevalentes tienden a disminuir, en los países en vías de desarrollo como el nuestro va en aumento.

Según el estudio de Maquera¹ menciona que existe un deficiente nivel de conocimiento en gran parte de los niños y adolescentes y en muchos casos acompañados de hábitos inadecuados de salud bucal. Este es un problema muy importante que se caracteriza por la alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en la población en general, siendo también alarmante que dichas enfermedades suelen comenzar en etapas muy tempranas de la vida.

En la etapa de la adolescencia, se piensa que deben asumir su responsabilidad de practicar hábitos higiénico- dietético y deben estar conscientes de que omitir estas prácticas saludables repercutirá en su salud bucal.

Durante este periodo, los adolescentes creen que comienzan a ser más independientes en cuanto a su salud bucal, ya que atraviesan por una serie de cambios hormonales durante la pubertad. Sin embargo los hábitos de higiene oral en los adolescentes también pueden depender de la educación, o el nivel socio-económico y la amplia complejidad de los problemas ocasionados por su estilo de vida. Una buena higiene depende de la enseñanza, habilidad y frecuencia con que se efectúe la acción. ²

La eficacia de la educación para la salud depende de la precisión y sistematización efectuadas en su planificación y evaluación.

Es importante entonces saber que conocimientos y hábitos de higiene presentan los adolescentes sobre salud bucal.

En odontología los adolescentes son un grupo etario de gran importancia porque en este periodo ocurren las principales alteraciones en su desarrollo dento-maxilares y se consolida la identidad; y el impacto que se puede tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática

La salud bucodental infantil debería ser uno de los objetivos de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública³.

Durante el crecimiento que experimenta el ser humano en su paso desde la niñez hasta la etapa de la adolescencia representa un periodo crucial en su evolución biológica y psicológica.⁴ En esta etapa de la adolescencia está considerada como un factor de riesgo estomatológico, donde el individuo adquiere cierta independencia y responsabilidad sobre su salud bucal⁵.

Durante el desarrollo de la adolescencia ocurren cambios hormonales donde su comportamiento y actitudes son negativos frente al descuido personal sobre todo en la higiene oral es ahí donde se incrementa la actividad de la caries por una mala higiene oral.⁶

A nivel internacional según el estudio de Almerich⁷ menciona que han mejorado ligeramente los hábitos de higiene oral debida principalmente al incremento de la frecuencia de cepillados diarios y las visitas constantes al dentista y así poder evitar las enfermedades periodontales.⁷

En el ámbito nacional según el estudio de Madrid⁸ nos indican que hay la necesidad de realizar un programa preventivo, para mejorar los conocimientos de los niños acerca de la prevención de la caries y crear hábitos de higiene oral para un mejor resultado logrando un incremento en la frecuencia de cepillados diarios para mejorar salud bucal.⁸

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 Miguel Muro Zapata Chiclayo, 2015?

1.3. Delimitación de la Investigación

En el presente estudio participaron los niños de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 Miguel Muro Zapata Chiclayo.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

A lo largo de la carrera de estomatología es común observar la deficiencia en salud oral y hábitos de higiene oral en los niños. Esta situación despierta el interés y la necesidad de investigar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los estudiantes de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”.

El presente estudio tiene relevancia cognitiva, porque los resultados evidencian los conocimientos y hábitos de higiene oral en estudiantes de nivel primario de la edad de 11 y 12 años. Tiene relevancia académica, porque condujo a resultados que pueden ser compartidos con docentes del centro educativo. El estudio buscó promover la incorporación de temas básicos sobre la higiene oral en el plan de estudios de la institución educativa con la intención de concientizar, orientar, educar y reforzar a los estudiantes de los beneficios de una buena higiene oral ya que serán ellos quienes ayuden a socializar la información con sus padres y amigos, con el único fin de evitar posibles complicaciones a causa de la mala higiene oral. Uno de los problemas que afronta nuestro país hoy en día es la falta de conocimiento sobre salud oral especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

A nivel institucional este trabajo de investigación, servirá de guía y pauta para continuar con la ejecución de otros estudios similares.

1.5. Limitaciones de la Investigación

El presente estudio estuvo limitado al rechazo de algunos padres que sus hijos no participen en la investigación.

1.6. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015”.

Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos usados en la higiene oral en niños de 11 a 12 años.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que practican los niños de 11 a 12 años.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre las técnicas de higiene oral que practican los niños de 11 a 12 años.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños según su edad.
5. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral según género.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudios:

Rosales M. (2014, Perú).⁹ En esta investigación evaluaron la relación entre la prevalencia de gingivitis y la higiene oral en los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche. Se realizó en una población de 424 donde se encontró una prevalencia de 76.7% de gingivitis; así mismo el 4.9% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 42.1% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 53% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Con respecto al índice de higiene oral en el género masculino, el 5.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 37.4% índice de higiene oral aceptable y el 57.1%, índice de higiene oral deficiente. En el género femenino, el 4.5% presentaron un índice de higiene oral adecuado, el 46% presentaron un índice de higiene oral aceptable y el 49.5% presentaron un índice de higiene oral deficiente. Se concluye que los estudiantes de 13 a 16 años de las instituciones educativas estatales del distrito de moche padecen gingivitis y esta se encuentra relacionada a la higiene oral ($p < 0.01$) .⁹

Maquera C. (2013, Perú).¹ El propósito de este estudio fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en los estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas públicas del Distrito de Ciudad Nueva Tacna. Se encuestaron a 280 alumnos; donde 185 presentaron mal nivel de conocimientos generales sobre salud bucal, representando el 66,1% del total. Mientras que 95 tenían conocimientos regulares de salud bucal, lo que representa el 33,9%. Se observaron también,

que ningún alumno presentaba buen nivel de conocimiento general sobre salud bucal. La mayoría de alumnos presentan hábitos de higiene oral inadecuada, representando el 80,7% del total de alumnos encuestados. Mientras que el 19,3% restante presentan hábitos de higiene oral adecuados. En conclusión el nivel de conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral ($p=0,000$ y $OR=11,42$).¹

Iglesias y Col (2013, España).¹⁰ En esta investigación analizaron la evolución de conocimientos y hábitos en higiene bucodental en escolares de Valencia. Se encuestaron a 13.474 estudiantes de 5to de Educación Primaria entre 2001 y 2011. La tendencia ha sido de mejora en los conocimientos de los escolares sobre los alimentos que producen caries en el curso 2006/07 con un 99,3%. Se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, pero al comparar el curso 2006/07 con el 2010/11 no encontramos diferencias. Por lo tanto, los conocimientos tienden a mejorar hasta el curso 2006/07, y después se estancan. En cuanto a los hábitos, al comparar el curso 2001/02 con el 2010/11 se constata un descenso en el número de estudiantes que se cepillan los dientes sólo una vez, con diferencias estadísticamente significativas (14,2% frente a 6,3%), a la vez que aumentan los que se cepillan tres veces al día con un 55,1% frente a 59,2%. hasta el curso 2006/07 aumentan los sujetos que se cepillan tres veces diarias a la vez que decrece el consumo de dulces.¹⁰

Adame G. (2012, México).¹¹ En este estudio se evaluaron si hay una relación entre la actitud y el tipo de conocimiento sobre salud oral e higiene oral entre los adolescentes de Monterrey, N.L., México. Se eligieron aleatoriamente 3 escuelas secundarias. Se

encuestó a 258 alumnos de las edades de 13 y 15 años, la mayoría de los adolescentes obtuvieron el 79.1% de conocimiento moderado, el 15.5% de los adolescentes mostró un conocimiento bajo y solamente el 5.4% mostró un conocimiento alto sobre salud e higiene oral. El 79.1% mostró un conocimiento moderado sobre salud e higiene oral, de los cuales fueron las mujeres las de mayor conocimiento con un 41.1% aunque no es significativa la diferencia con relación a los hombres con un 38.0%. El 79.1% de los adolescentes entre los 13 y 15 años muestran una buena actitud, hacia la higiene y salud oral el 20.2% una actitud regular. Entre los adolescentes de 13 años se observó que el 77.4% tiene una buena actitud hacia la higiene y salud bucal. En conclusión los adolescentes cuentan con un grado de conocimientos moderado sobre salud e higiene oral y buen actitud hacia la higiene y salud oral.¹¹

Madrid y Col (2010, Perú).⁸ En este estudio evaluaron los hábitos de higiene oral en escolares de la Institución Educativa (IE) N°.5130 de Pachacútec Ventanilla, Callao. Se encuestaron a 225 niños de las edades índice 6, 12 y 15 años. Donde mostraron que el cepillado diario más de una vez al día fue un 46,7 % de los niños. Un 34,7 % ha ido al dentista en los últimos seis meses. El 72,0 % nunca ha realizado enjuagues con flúor en la IE. Se concluye que los hábitos de higiene oral en los escolares de esta población indican que hay la necesidad de realizar un programa de enjuagatorios sostenido, y educación para la salud para mejorar los conocimientos de los escolares acerca de la prevención de la caries y para mejorar los hábitos de higiene oral logrando incremento de la frecuencia de cepillados diarios.⁸

Graos B. (2009, Perú).¹² El propósito fue determinar si existe relación entre la frecuencia de caries dental, el índice de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en adolescentes de 12 a 16 años de edad del C.E.E. "San Nicolás" Trujillo, 2009. Encuestaron a 158 estudiantes: 77 masculino y 81 femenino. La prevalencia de caries dental fue un 99%, encontrando un índice CPOD de 5.9 correspondiente a un nivel alto. El Índice de higiene oral encontrado fue deficiente con un (51.25%), seguido del aceptable (42.25%) y adecuado (6.5%). El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral alcanzado por los estudiantes fue regular (50%), seguido de bueno (35.5%) y malo (14.5%). Al relacionar la prevalencia de caries dental, el Índice de higiene oral y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral con el género de los estudiantes no se hallaron relaciones estadísticamente significativas. Concluyendo que en este estudio se halló que si existe relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de caries dental y el índice de higiene oral ($p < 0.01$). Sin embargo no se halló relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de caries dental y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral ($p = 0.2382$). También se halló relación estadísticamente significativa entre el Índice de Higiene Oral y el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral. ($p = 0.024$)¹²

Díaz y Col (2009, Cuba)¹³ En este estudio evaluaron el nivel de conocimientos sobre salud e higiene bucal en los niños de la escuela primaria "Gerardo Medina" del municipio Pinar del Río, antes y después de realizada la intervención educativa, evaluando así su eficacia. Estuvo constituida por 142 niños, 70 del sexo masculino y 72 del femenino, en edades comprendidas entre los 9 y 11 años. Se les aplicó una encuesta con el fin de determinar sus

conocimientos sobre salud bucal y evaluar su higiene bucal antes y después de realizada la intervención. Los resultados mostraron que antes de la intervención existían bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal, así como deficiente higiene bucal en la mayoría de los niños, mostrando ambas variables una estrecha relación; después de la intervención se alcanzó una mejoraría significativa en los conocimientos y la higiene bucal. Se concluye la eficacia del programa educativo participativo aplicado y de los métodos y medios de enseñanza utilizados, dado por los cambios favorables alcanzados después de realizada la intervención.¹³

Almerich y Col (2006, España).⁷ En este estudio se realizó una encuesta sobre hábitos de higiene oral y conocimientos acerca de la prevención de la caries dental que presentan los escolares de 12 y 15-16 años de la Comunidad Valenciana, y que fue realizada simultáneamente con el estudio epidemiológico de salud oral de 2004. Donde se encuestaron a 478 escolares de 12 años y 401 de 15-16 años. El 67,2% de la edad de 12 años y a los 15 a 16 años con el 75,9% utilizaron servicio odontológico privado. El 56,4% de los encuestados de 12 años y el 45,6% de los de 15-16 años han ido al dentista en los últimos seis meses. En cuanto al cepillado diario más de una vez al día con un 52,3% de los niños de la edad de 12 años y los de 15 y 16 años con un 52,4%. Los que realizaron enjuagues de flúor en el colegio más de dos veces con un 51,7% a la edad de 12 años y a la edad de 15 y 16 años obtuvieron un 62,5%. En cuanto a la ingesta de alimentos azucarados altamente cariogénicos una o dos veces a la semana la realizaron el 22,6% de los encuestados de 12 años y el 27% de los de 15-16 años. En

conclusión en el género femenino presenta mejores indicadores de higiene que en el género masculino.⁷

2.2. Bases Teóricas científicas

2.2.1. Conocimientos

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

Existen diferentes tipos de conocimientos:

- a). Conocimiento cotidiano es también conocido como empírico-espontáneo, y es obtenido por la experiencia de las prácticas diarias que realiza el ser humano. Este conocimiento permite acumular experiencias a lo largo de la vida y es transmitido de generación en generación.
- b). El conocimiento técnico, se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.
- c). El conocimiento empírico es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es a metódico y asistemático.
- d). El conocimiento científico es otro tipo de conocimiento y es el más certero. Va más allá de lo empírico¹¹.

2.2.2. Higiene oral

La higiene bucal es el cuidado adecuado de sus dientes, encías y boca para prevenir y promover la salud de las enfermedades bucales. La buena higiene bucodental incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.¹⁴ Los dientes saludables tienen menos caries y mantener los dientes limpios hace que los depósitos de sarro desaparezcan o se minimicen. Las encías sanas se presentan rosadas y firmes,¹⁵ razón por la cual la higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas, pero sobre todo la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. Desde el nacimiento, la boca es colonizada por múltiples microorganismos. De forma permanente, sobre la superficie de los dientes y tejidos adyacentes se depositan las bacterias, constituyendo la placa dental bacteriana, esta placa bacteriana en sus inicios no es tan perjudicial para los dientes, por esa razón debemos utilizar herramientas que nos ayuden a reconocerla para así poder prevenir con secuencias adversas.^{16,17}

A. Índice de higiene oral

El Índice de Higiene Oral Determina el grado de higiene bucal considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental (sarro),^{16,17}

¿Hay 2 formas que nos permite observar la placa bacteriana?

Control químico: actúa sobre el agente causal.

Control mecánico: actúa sobre el agente causal y sobre el medio ambiente.^{16,17} La estrecha asociación entre la presencia de la placa bacteriana y las enfermedades periodontales determino la aparición de diversos índices para medir los niveles de higiene oral.

Entre ellos pueden destacarse los siguientes:

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

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

derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores. Los criterios para las puntuaciones del IHO-S se muestran a continuación: ¹⁵ (ver anexo N°1)

2. Consecuencias de una Mala Higiene oral.

Placa. Conjunto de bacterias que hay en la superficie de los dientes y de las encías. Tiene forma de película incolora y pegajosa, se deposita sobre los dientes y es la principal causa de las caries y de enfermedad de las encías. Sarro. Es la placa bacteriana endurecida. Cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza.

Es la placa bacteriana endurecida. Cuando se encuentra en la base del diente, sólo lo puede eliminar el dentista con una limpieza. También se puede formar en el borde de las encías y debajo de éstas, lo que irrita el tejido gingival. Su color es marrón o amarillento.¹⁸

Caries. Una higiene bucal deficiente permite que se acumulen en la boca restos alimenticios que producen ácidos que destruyen el esmalte.

Estos restos, principalmente azúcar, alimentan a otros microbios que atacan la estructura debilitada de los dientes. Enfermedad periodontal. Es una patología crónica causada por la placa bacteriana y que conduce a la pérdida de soporte periodontal de los dientes, es decir, del hueso en el que éstos se sujetan y de las encías.¹⁸

Mal Aliento (halitosis). Aproximadamente, el 40% de la población padece o ha padecido halitosis debido a una higiene bucal incorrecta o a enfermedad de las encías, entre otras causas. Este

problema disminuye con un buen cepillado y una limpieza profunda con hilo y enjuague bucal. ¿Qué significa buena higiene bucal?

La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que:

1. Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
2. Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
3. El mal aliento no es un problema constante si las encías duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental, o usted sufre de mal aliento persistente, visite a su odontólogo.¹⁸

2.2.3. Cepillo Dental

Es el instrumento primario para la eliminación de la placa dental, que no daña tejidos blandos o duros orales. El cepillo dental debe de cumplir una serie de requisitos como son, su fabricación con cerdas sintéticas o de nilón de igual longitud (cuanto menor es el diámetro de la cerda, más blanda es su textura), blandas, con punta redondeada (para evitar daño a tejidos gingivales), alineadas en varias hileras, agrupadas en penachos dispuestas en un cabezal pequeño para el fácil acceso a todas las zonas de la boca.¹⁹ Los requisitos que deben considerarse para la elección del cepillo dental son:

Una adecuado tamaño de la cabeza, que debe ser lo suficientemente pequeña como para permitir una buena maniobrabilidad en la cavidad bucal.

El largo de la superficie activa, que es adecuado cuando cubre dos dientes vecinos.

El número de hileras de penachos, que está sujeto al ancho de la cabeza: muchos permiten tres o cuatro hileras con suficiente espacio entre ellas para una adecuada flexibilidad de las fibras y su fácil secado.²⁰

Los cepillos dentales pueden albergar microorganismos como bacterias como bacterias, virus y hongos entre sus cerdas, favoreciendo de esta manera la translocación de especies entre un mismo individuo y/o la transmisión de especie entre individuos.

Se ha llegado inclusive a encontrar bacilos entéricos gramnegativos, en aquellos cepillos dentales que han sido almacenados en la cercanía del sanitario. Por lo anterior sería aconsejable seguir las recomendaciones que brinda la asociación dental americana (ADA) sobre el cuidado de los cepillos dentales.²¹

Tipos de cepillos

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

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

Cepillos dentales eléctricos: son útiles para personas discapacitadas y para ancianos. Otros cepillos, como los de ultrasonidos.²²

2.2.4. El cepillado dental

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

enfermedad periodontal. Veremos que la mayoría de sistemas que se utilizan para eliminar placa bacteriana se basan en un efecto mecánico, la placa es eliminada por arrastre o fricción de los diferentes sistemas usados. En los niños suele ser frecuente la técnica del restregado que comprende un movimiento horizontal del cepillo dental a lo largo de las caras externas e internas de las arcadas dentarias; si este es el método practicado por los padres no se debe modificar, siempre que se consigan los resultados adecuados.²²

2.2.5. Técnicas de cepillado

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

2.2.6. Técnica de Fones (rotación vertical)

Es la técnica más conocida. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.²⁴ (ver anexo N°2)

2.2.7. Técnica de Bass

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

Éste método es ampliamente aceptado como el más efectivo para la remoción de placa adyacente al margen gingival. ²⁵ (ver anexo N°2)

2.2.8. Técnica de Bass modificado

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

superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.²⁶ (ver anexo N°2)

2.2.9. Técnica de Stillman

El cepillo se coloca con los extremos de sus puntas descansando, parte sobre la porción cervical de los dientes, y parte sobre la encía adyacente, formando, en dirección apical, un ángulo oblicuo (45°) con el eje mayor de los dientes. En esta técnica el cepillo se coloca más alto que en la de Bass; se vibra y se desplaza hacia la corona (desplazamiento en sentido vertical), limpiando desde la encía hacia la corona. Aquí se utilizan los lados más que los extremos de las cerdas, y se evita que penetren en el surco gingival. Es un método indicado para la limpieza de las zonas con recesión gingival y exposición radicular.²⁶ (ver anexo N°2)

2.2.10. Técnica de chárter

El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia la corona, con un ángulo de 45° con respecto al eje mayor de los dientes. Las cerdas no penetran en el surco gingival, pero si en los espacios interproximales, y una vez en posición lo vibramos para que las cerdas limpien estos espacios. Está indicado en pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que han perdido puntos de contacto. Es una técnica especialmente indicada para el masaje gingival, y la higiene de los espacios interproximales.²⁶ (ver anexo N°2)

2.2.11. Técnica horizontal

Las cerdas del cepillo se colocan perpendiculares a la corona y el cepillo se mueve hacia adelante y hacia atrás. Esta técnica es útil

en la primera dentición por las características anatómicas de los dientes; sin embargo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y dañar la unión amelocementaria.²⁷ (ver anexo N°2)

2.2.12. Complementos para la limpieza interdental

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

A. Hilo/ seda dental:

La seda dental está formada por varios filamentos que se desplazan al entrar en contacto con la superficie del diente, aumentando así el área de contacto para limpiar la superficie interproximal. Se han comercializado varios tipos de seda, desde productos finos no encerados hasta sedas enceradas más resistentes al desgarrar, con flúor, mentolados. También existe la seda dental florada, que añade la acción protectora del flúor al efecto de la higiene interdental.²⁸

El uso del hilo dental fue efectivo en reducir el riesgo de caries interproximal en niños solo cuando era aplicado por un profesional. Se podría considerar que un profesional que domine bien la técnica consigue un alto nivel de eficacia del hilo dental.²⁹ (ver anexo N°2)

Modo de empleo: Se coge aproximadamente 30-45 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo

tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente, incluyendo el interior del surco, este movimiento de arriba abajo se repite más de una ocasión.³⁰

B. Cepillos interdetales.

Los cepillos interproximales están compuestos por filamentos de nailon suaves enroscados en un fino alambre de acero inoxidable, son cónicos o cilíndricos de cerda montados en un mango, de penacho único. Los cepillos interdetales son aptos para la limpieza de superficies dentarias cóncavas, irregulares y grandes adyacentes a espacios interdetales amplios.

Modo de empleo: Los cepillos se insertan en sentido oblicuo en el espacio interdental desde una dirección apical; la limpieza se realiza mediante un movimiento de vaivén. Este cepillo es el elemento interdental de elección cuando hay concavidades o surcos que han quedado expuestos. Estos cepillos interproximales representan una herramienta de limpieza interdental ideal, especialmente para pacientes con periodontitis.³⁰

C. Palillos dentales

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

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

2.2.13. Pasta o crema dental

Las cremas dentales o dentífricos pueden ser suspensiones o geles estables que se aplican en el cepillo dental con el fin de ayudar a la limpieza de las superficies dentales y generar un aliento fresco.

Están compuestas por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como monofluorofostato de sodio, fluoruro de sodio, fluoruro de estaño, clorofila, sábila, clorhexidina, sustancia reveladora y muchas más. Puede considerarse que aplicar otras sustancias en la cavidad bucal.³¹

2.2.14. Colutorios o enjuagatorios:

Los enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método sencillo y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro.

Para uso diario se recomienda una solución al 0,05% (0,023 de fluoruro) y una a 0,2% (0,09 de fluoruro) para uso semanal o quincenal. En Cuba, las aplicaciones las reciben los niños con edades comprendidas entre 5 y 14 años, ambos inclusive. Para su

preparación y metodología, se disuelve una tableta de un gramo de fluoruro de sodio en 500 ml de agua, cada niño recibe 10 ml de la solución. Es importante que retengan la solución en la boca durante un minuto y en los primeros segundos deben moverla para que Resulta de suma importancia recomendar que después de realizar enjuagatorio, laca flúor, barniz o gel no se debe ingerir alimentos hasta las 2 horas, no cepillarse los dientes hasta pasadas 12 horas y dieta blanda durante 12 horas. En pacientes con riesgos de caries se puede realizar aplicación de solución de fluoruro de sodio a 2%, combinado con laserterapia, durante 5 días continuos, cada 3 meses o una vez al año en dependencia del riesgo.³²

2.3. Definición de la terminología

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

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

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

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional.

3.1.2. Diseño de la investigación:

Transversal porque mide las variables en un momento determinado.

3.2. Población y muestra

La población estará conformada por todos los niños de la Institución educativa “Miguel Muro Zapata” de la ciudad de Chiclayo, 2015 que constituyen de 229 alumnos entre la edad de 11 a 12 años.

La muestra de estudio está constituida por niños de 11 y 12 años de edad representativa de la población. Para la selección de los niños se ha realizado mediante la técnica de muestreo Probabilístico, del tipo de Muestreo Aleatorio Simple.

El tamaño muestra se calcula de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2 \alpha / 2 * P * Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \alpha / 2 * P * Q}$$

Dónde:

N = total de población = 229

$Z^2\alpha/2$ = nivel de confianza al 95% = 1.96

P= 0.5 Q= 0.5 (asumiendo varianza máxima)

D = tamaño de presión al 10%

Remplazamos los valores:

$$n = \frac{229 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2 (229- 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

N = 68

El tamaño muestral requerido es de 68 alumnos de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”, Chiclayo 2015

Criterios de inclusión

- a. Niño que acuden a clases de la institución educativa durante el período de estudio 2015.
- b. Niño de edad comprendida entre 11 y 12 años.
- c. Niño cuyos padres les otorgaron el consentimiento informado a participar en el estudio 2015.

Criterios de exclusión

- a. Niño que no aceptan la encuesta
- b. Niño que se ausentaron de asistir a su centro de estudios durante la fecha que se ejecutó el proyecto.

3.3. Variables

Variable independiente:

Nivel de conocimientos sobre hábitos de higiene oral

Covariable:

Edad: Se determinó en años

Género: Se determinó según las características externas del individuo, en masculino (M) ó femenino (F)

3.4. Operacionalización

Variables	Definición	Dimensiones	Indicador	Tipo de variables	Escala instrumento	Categoría
<p>Independiente: Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral.</p>	<p>Nivel de conocimiento: aprendizaje adquirido sobre higiene oral.</p> <p>Higiene oral: Conservación de la boca saludable y limpia</p>	<p>Elemento de higiene oral.</p> <p>Hábitos de higiene oral.</p> <p>Técnicas de higiene oral.</p>	<p>Cuestionario de 12 preguntas: 04 preguntas de Elementos de higiene bucal. Compuesta por las preguntas 1 hasta 4.</p> <p>04 preguntas de Hábitos de higiene bucal. Compuesta por las preguntas 5 hasta 8</p> <p>04 preguntas de técnicas de higiene bucal Compuesta por las preguntas 9 hasta 12</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p>	<p>ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>	<p>Bueno (9 a 12 aciertos)</p> <p>Regular (5 a 8 aciertos)</p> <p>Malo (0 a 4 aciertos)</p>
<p>Covariable Niños de 11 a 12 años de edad</p>	<p>Edad: se determinó en años Género: se determinó según las características extremas del individuo</p>	<p>Edad</p> <p>Genero</p>	<p>11 a 12 años</p> <p>Femenino Masculino</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Razón</p> <p>Nominal</p>	

3.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Métodos de investigación

El método que se realizó para la recolección de datos fue mediante una encuesta. (Ver anexo N° 3).

3.6.2. Técnicas de recolección de datos

El primer paso para la realización del presente proyecto de investigación fue la obtención la autorización del colegio para la ejecución (ver anexo N°4).

Se pide autorización a los padres a través de un consentimiento informado para la ejecución del estudio (ver anexo N° 5).

Se pide autorización a los niños para la participación de este proyecto a través de asentimiento informado (Ver Anexo N° 6)

Este procedimiento se llevó a cabo mediante el recojo de datos que se realizó mediante una encuesta (ver anexo N° 3).

3.6.3. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró una encuesta de 12 preguntas cerradas, (ver Anexos N° 3), referidas a la higiene oral, disgregado en tres partes, de acuerdo a los objetivos y a las dimensiones de la investigación: 1. La primera parte: elementos de higiene oral 2. La segunda parte: hábitos de higiene oral. 3. La tercera parte: Técnica de higiene oral, Cada parte constaba del ítems cuyas respuestas son de tipo cerrada la calificación fue:

Niveles	Puntaje
Malo:	0-4
Regular:	5-8
Bueno:	9-12

Mediante el cual este instrumento fue validado por 4 expertos en odontopediatría, donde tres de los expertos su valoración es alto (ver anexo N° 7, 8, 9) y una de las valoraciones es medio (ver anexo N° 10) después de haber obtenido los resultado de las encuestas fue aplicado por anticipado una prueba piloto al 10% del total de la población, esta se realizó en la Institución educativa “Miguel Muro Zapata” obteniendo un índice de confiabilidad de 0,722 (ver anexo N° 11) lo cual indica que el instrumento tiene una grado de confiabilidad aceptable.

3.6. Procedimiento para la recolección de datos.

La presente investigación se realizó en la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” de la ciudad Chiclayo, donde se ejecutaron todos los trámites necesarios para la autorización, planeación y ejecución del proyecto de investigación.

Se solicitó autorización al Director Víctor Lozano Días de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”. (Ver anexo N° 3) luego se realizó la ejecución del consentimiento informado a los padres de familia donde se les explico en qué consistía la encuesta a la que sus hijos fueron sometidos.

Se entró a cuatro aulas y se seleccionó a los niños, se les explicó en qué consistía el cuestionario y el asentimiento informado, el

llenado de las encuestas por los alumnos fueron 15 minutos por cada aula.

3.7. Análisis estadístico e Interpretación de los datos

El plan de análisis conlleva la indicación de cómo serán evaluados los procedimientos utilizados en la investigación. Utilizaremos: Tabulación y gráficas correspondientes. Por medio del software especializado para estadística e encuestas SPSS v22 (Statistical Package for the Social Sciences) y Excel 2013. Bajo un análisis de frecuencias y porcentajes.

3.8. Principios éticos

En la presente investigación se consideró que la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Donde se consideró los tres principios básicos de los criterios éticos:

1. Proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.³⁴
2. Bienestar y la responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación.³⁴
3. Promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.³⁴
4. En la investigación, la autora escogió la bioética personalista, porque ha permitido desarrollar una ética de virtudes envuelta en valores, con la consecuente responsabilidad; además han tenido la libertad de elegir siempre el bien común.

3.9. Criterios de rigor científico

Los criterios de rigor científico son de suma importancia para la investigación, los cuales han sido tomados en cuenta desde el tipo de investigación cualitativa en que está enfocado este trabajo de investigación, en ese sentido se ha tenido en cuenta los criterios propuestos por Lincon y Guba citado por Plack, los cuales permiten evaluar el rigor y la calidad de la investigación científica del estudio estos son: la credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad.³⁵

La credibilidad: se logra cuando los resultados del estudio son reconocidos como “verdaderos” por los investigadores que realizan y participan en el estudio y también por las personas que han experimentado o estado en contacto con el sujeto investigado; se produce a través de las observaciones y conversaciones ampliados con los sujetos de investigación en el estudio, recolectando información que produzca hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Este criterio fue utilizado por la investigadora, en la investigación y se logró a través de la confianza impartida hacia el entrevistado, sintiéndose seguro de sí mismo.³⁵

La confirmabilidad: se entiendo como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo realizado por el investigador original. Por ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación a su estudio.³⁵

La transferibilidad: este criterio se refiere a la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones.³⁵

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados de tablas y gráficos.

TABLA 01

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015”.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
MALO	9	13.2%
REGULAR	43	63.2%
BUENO	16	23.5%
Total	68	100.0

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 01; el 63.2% de los niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015” se encuentran en el nivel regular de conocimiento sobre higiene oral, el 23.5% en el nivel bueno y el 13.2% en el nivel malo.

TABLA 02

Nivel de conocimiento sobre elementos usados en la higiene oral en niños de 11 a 12 años.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
MALO	18	26.5%
REGULAR	43	63.2%
BUENO	7	10.3%
Total	68	100.0%

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 02; el 63.2% de los niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015” se encuentran en el nivel regular de conocimiento sobre elementos usados en la higiene oral, el 10.3% en el nivel bueno y el 26.5% en el nivel malo.

TABLA 03

Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que practican los niños de 11 a 12 años.

NIVEL	DE	
CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
MALO	14	20.6%
REGULAR	52	76.5%
BUENO	2	2.9%
Total	68	100.0%

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 03; el 76.5% de los niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015” se encuentran en el nivel regular de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral, el 2.9% en el nivel bueno y el 20.6% en el nivel malo.

TABLA 04

Nivel de conocimiento sobre las técnicas de higiene oral que practican los niños de 11 a 12 años.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
MALO	9	13.2%
REGULAR	48	70.6%
BUENO	11	16.2%
Total	68	100.0%

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 04; el 70.6% de los niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015” se encuentran en el nivel regular de conocimiento sobre las técnicas de higiene oral, el 16.2% en el nivel bueno y el 13.2% en el nivel malo.

TABLA 05

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños según su edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		EDAD		TOTAL
		11	12	
MALO	Recuento	2	7	9
	% del total	2,9%	10,3%	13,2%
REGULAR	Recuento	34	9	43
	% del total	50,0%	13,2%	63,2%
BUENO	Recuento	11	5	16
	% del total	16,2%	7,4%	23,5%
TOTAL	Recuento	47	21	68
	% del total	69.1%	30,9%	100.0%

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 05; se observa que, según la edad el nivel de conocimiento sobre la higiene oral, que en el nivel malo predomina la edad de 12 años (10.3%), en el nivel regular predomina la edad de 11 años (50%) y en el nivel bueno predomina la edad 11 años (16,2%).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,269 ^a	2	,004
Razón de verosimilitud	10,539	2	,005
Asociación lineal por lineal	3,293	1	,070
N de casos válidos	68		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,78.

La prueba chi cuadrado es altamente significativa ($p < 0.01$). Esto indica que es la edad influyen en el nive de conocimiento.

TABLA 06

Nivel de conocimiento sobre higiene oral según género.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		GÉNERO		TOTAL
		masculino	femenino	
MALO	Recuento	4	5	9
	% del total	5,9%	7,4%	13,2%
REGULAR	Recuento	21	22	43
	% del total	30,9%	32,4%	63,2%
BUENO	Recuento	7	9	16
	% del total	10,3%	13,2%	23,5%
TOTAL	Recuento	32	36	68
	% del total	47.1%	52,9%	100.0%

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños

En la tabla 06; se observa que, según género el nivel de conocimiento sobre la higiene oral que más predomina en mínima diferencia porcentual en el nivel malo con las niñas (7.4%) en el nivel regular son los niños (32.4%) y en el nivel bueno son las niñas (13,2%).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,150 ^a	2	,928
Razón de verosimilitud	,150	2	,928
N de casos válidos	68		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,24.

La prueba chi cuadrado no es significativa ($p > 0.05$). Esto significa que el género no influye en el nivel de conocimiento.

4.1. Discusión de los resultados

El propósito del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en los niños de 11 y 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 “Miguel Muro Zapata”.

Al final del estudio se determinó que predomina el nivel regular de conocimientos sobre higiene oral con un 63.2%, seguido del nivel bueno con 23.5% y finalmente el nivel malo con 13.2%. Estos datos corroboran los resultados de Graos Benites¹² el cual obtuvo una proporción semejante a la nuestra con un conocimiento regular del 50%, seguido de bueno con 35.5% y malo con 14.5%. De la misma manera se corroboran los datos de Adame Guerrero¹¹ el cual obtuvo un resultado moderado sobre conocimiento de salud e higiene oral con un 79.1%. Es necesario recalcar que las diferencias porcentuales se debieron a que los estudios tuvieron diferentes poblaciones y muestras, no obstante en ambos estudios el nivel de conocimientos medio fue el predominante. Así mismo contradicen en el estudio de Díaz J¹³ ante de haberse realizado una intervención el nivel de conocimiento predominante es el malo.

Así mismo se determinó que el 63.2% de los niños tienen un nivel regular de conocimiento sobre elementos usados en la higiene oral, seguido del nivel bueno con 10.3% y finalmente el nivel malo con 26.5%, estos datos son semejantes a los obtenidos sobre higiene oral, y se debe probablemente a una interrelación entre ambos, es decir para tener una buena higiene es necesario tener buenos conocimientos de los elementos usados.

En cuanto a los conocimientos sobre hábitos de higiene oral se obtuvo que el 76.5% de los niños se encuentran en el nivel regular, seguido de un 20.6% en el nivel malo y finalmente en el nivel bueno 2.9%.

El estudio de Maquera¹ y que esto se puede deber al poco conocimiento que existe en la población y que mejorando estos conocimientos se mejora los hábitos de higiene oral, donde los alumnos de primer y segundo grado de secundaria presentaron hábitos de higiene oral inadecuados el cual que obtuvo como resultado que el 80,7 %, esto se debe probablemente a que en Chiclayo hay un mayor conocimiento y practica de los hábitos de higiene oral que en la población de Nueva Tacna. Así mismo se encontró concordancia con los estudios de Madrid y Col⁸ y Graos Benites¹² en los cuales el nivel de conocimiento medio fue el predominante con 46,7% y 50% respectivamente.

En el presente estudio se determinó que el nivel de conocimiento sobre higiene oral influyen en la edad de los niños, donde fue predominante el nivel regular a la edad de 11 y 12 años con 50% y 13,2%, encontrándose una relación altamente significativa ($p < 0.01$), estos resultados corroboran la investigación de Iglesias J¹⁰, el cual determino que había una tendencia constante a mejorar en cuanto a los conocimientos y hábitos sobre higiene oral, siendo el nivel regular el que predomino al final de su estudio donde se encontró una vínculo altamente significativa.

En nuestro estudio no influye diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre la higiene oral según género de los alumnos, a pesar que predomina más son las niñas con un nivel regular con 32,4% seguido por el nivel bueno con 13,2% y finalmente el nivel malo con 7,4%, así mismo en los varones el nivel que más predomino fue el regular con 30,9%, seguido por el nivel bueno con 10,3% y finalmente el nivel malo con 5,9%, estas diferencias no es significativas ($p > 0.05$), esto datos contradice a Rosales⁹ el cual obtuvo una mayor tendencia en el género masculino con 57.1% y femenino con 49.5% en ambos casos para

un nivel de higiene oral deficiente donde se encontró una significancia de ($p < 0.01$) Esto se debe probablemente a que en nuestra muestra hubo mayor cantidad de niñas que niños y que las poblaciones eran geográficamente distintas. Asimismo los resultados corroboran los datos de Almerich⁷ el cual encontró un mejor conocimiento sobre hábitos de higiene oral en el género femenino.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en la población escolar del colegio “Miguel Muro Zapata” de la edad de 11 y 12 años es regular con el 63.2%
2. El nivel de conocimiento de los elementos usados en la higiene oral en la población escolar del colegio “Miguel Muro Zapata” es regular con un 63.2%.
3. El nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral en la población escolar del colegio “Miguel Muro Zapata” es regular con un 76.5%.
4. El nivel de conocimiento de las técnicas de higiene oral en la población escolar del colegio “Miguel Muro Zapata” es regular con un 70.6%.
5. El nivel de conocimiento sobre higiene oral influye en las edades de 11 y 12 años en la población escolar del colegio “Miguel Muro zapata la cual es altamente significativa ($p < 0.01$).
6. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños según género en la población escolar del colegio “Miguel Muro Zapata” no es significativa ($p > 0.05$).

6.2. Recomendaciones

1. Se recomienda realizar talleres donde se enseñe y refuerce las técnicas adecuadas de cepillado y uso de hilo dental a los niños de nivel primario, a cargo de personal capacitado.
2. Se recomienda realizar talleres que concienticen o capaciten a los padres sobre el nivel de conocimientos en salud bucal y hábitos de higiene oral de la Instituciones Educativas N° 10022 “Miguel Muro Zapata”
3. Se recomienda en estudios posteriores incluir datos que nos permitan determinar sobre el nivel socioeconómico que constituirían una variable importante en este tipo de estudios.
4. Se recomienda realizar mayor labor preventiva en niños de las diferentes instituciones educativas brindándoles conocimientos básicos sobre salud oral y medidas sobre hábitos de higiene oral.

REFERENCIAS

1. Maquera CR. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas públicas del distrito de Ciudad Nueva-Tacna. [Tesis bachiller]. Tacna – Perú: Universidad Alas Peruanas; 2013.
2. Mazariegos M, Stanford A. Salud Bucal en la Adolescencia. 1era Ed. Mexico: Cenaprece; 2012.
3. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av. Odontoestomatol 2012;28(1):17-23.
4. Mafla A, Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. Colomb Méd 2008;39(1):41-57.
5. Vila G, Sanz E. Estudio retrospectivo de uno de los factores que influyen en la Salud Bucal, de adolescentes que concurren a la Cátedra Práctica Clínica Preventiva I. acta odontol venez 2005;144:1-3
6. Gugelmeier. V. Proyecto de enseñanza “Nueva Alternativa Metodológica Digital en la Enseñanza de la Odontopediatría”. Revista de odontología de la universidad de la republica de uruguay 2008;35(1)1-18.
7. Almerich JM, Montiel JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004). Rev cientif odontol 2006;11(2):195-201.
8. Madrid M, Castro A, Echeandia J, Chein S, Villavivencio J, Cuentas A, Vásquez R. Hábitos higiénicos orales en escolares de Pachacútec, Ventanilla, Callao. Rev Odontol Sanmarquina 2010;13(2):26 -29.

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

17. Lindhe J. Periodontología Clínica. 2da ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana;1992.
18. Sergas. Técnico especialista higienista dental del servicio gallego de salud. 1era ed. España: Editorial Mad;2006.
19. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ra ed. Buenos Aires: Edictorial édica Panamericana;2010.
20. Ferro MB, Gómez M. Fundamentos de la Odontología Periodoncia. 2da ed. Bogota: Editorial javeriana;2007.
21. Gutiérrez E, Iglesias P. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. 2da ed. Madrid: Editoral editex;2009.
22. Barranca A. Manual de Técnicas de Higiene Oral. Publicado el 24 mayo 2011. Revisado el 22 octubre del 2015. Disponible en: <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>.
23. Casals E. Guía de Formación Campaña Mes de la Salud Bucal II. Publicado el 1 oct 2009. Revisado el 16 septiembre del 2015. Disponible en : http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Mes_de_la_salud_bucal_II.pdf.
24. Yncio SI. Prevalencia de Caries Dental en Relación al Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene Oral en Primigestas y Multigestas que se Atendieron en el Policlínico Francisco Pizarro es salud Rímac de Marzo a Mayo 2008 [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega;2009.
25. Sánchez A, Suara M, Moya MJ. Manual de práctica de periodoncia 4º de odontología clínica odontológica universitaria. 1ra ed. España: Editorial universida de murcia;2006.

26. Higashida, BY. odontología Preventiva. 2da Ed. México: Editorial McGraw Hill Interamericana;2009.
27. Echeverría JJ, Cuenca E. El manual de odontología. 1era Ed. España: Editorial Masson;1995.
28. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. 4ta Ed. España: Editorial Elsevier Masson;2013.
29. Cabellos DA. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro de Sullivan del Perú [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2006.
30. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología Clínica e Implantología Odontología. 5ta Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2009.
31. Herazo B. Clínica del Sano en Odontología. 4ta Ed. Bogotá: Editorial Ecoe;2012.
32. Crespo MI, Riesgo YC, Laffita Y, Torres PA, Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. Revista Medisan 2009;13(1).
33. Rodríguez MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002 [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2002.
34. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas sobre sujetos humanos. Acta Bioética 2000;6(2):321-333.
35. Nureña JM. Liderazgo que ejerce la enfermería en el formato de la salud familiar para el desarrollo comunitario. Valle Hermoso-

Monsefú – 2010 [Tesis Magíster]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;2012.

ANEXOS

Anexo N°1: cuadro / imagen

Criterios para la puntuación del índice de Higiene Oral

Puntuación	Criterios
0	No hay presencia de detritos o tinciones
1	Detritos blandos cubriendo no más de un tercio de la superficie dental.
2	Detritos blandos cubriendo más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental.
3	Detritos blandos cubriendo más de dos tercios de la superficie dental.

Cuadro 1. Índice de higiene oral simplificado. Carranza. Newman. Periodontología clínica) ^{17,18}

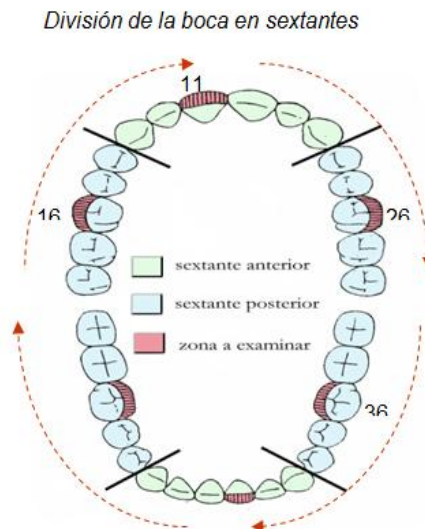


Figura 1. Índice de higiene oral simplificado

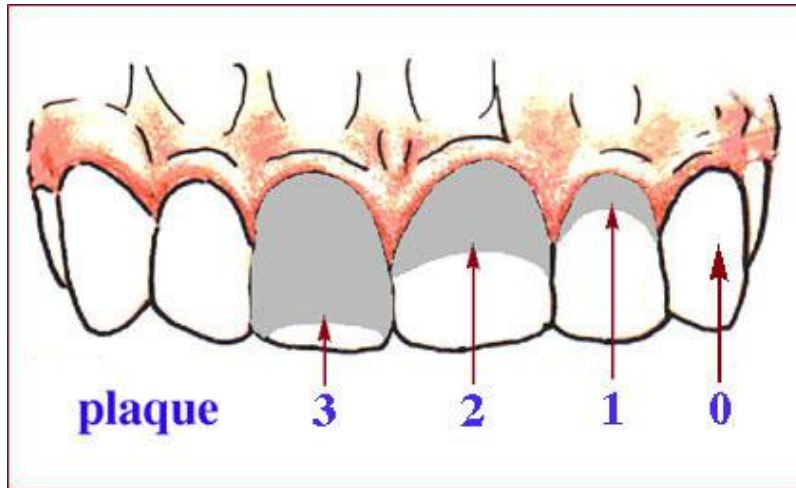


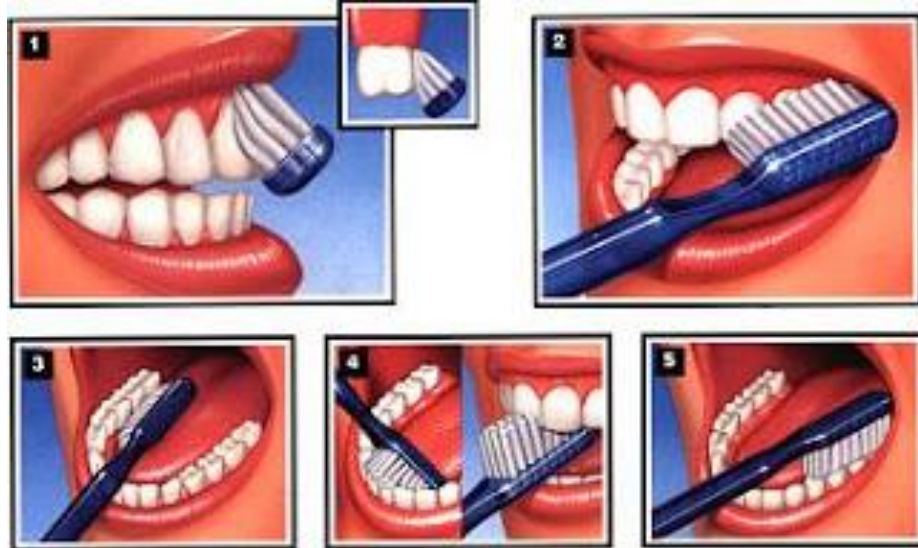
Figura 2. Índice de higiene oral simplificado

Anexo N°2: Imágenes sobre técnicas de cepillado

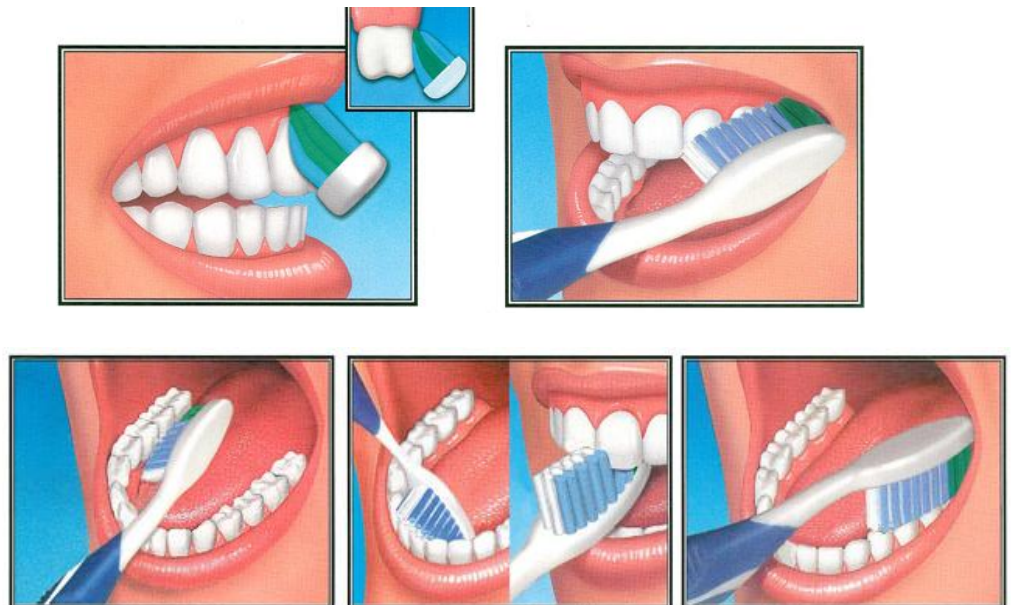
1. Técnica de Fones (rotación vertical)



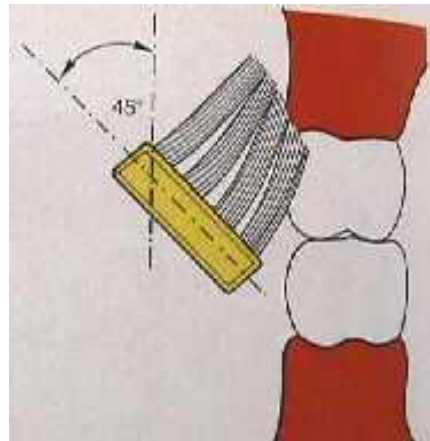
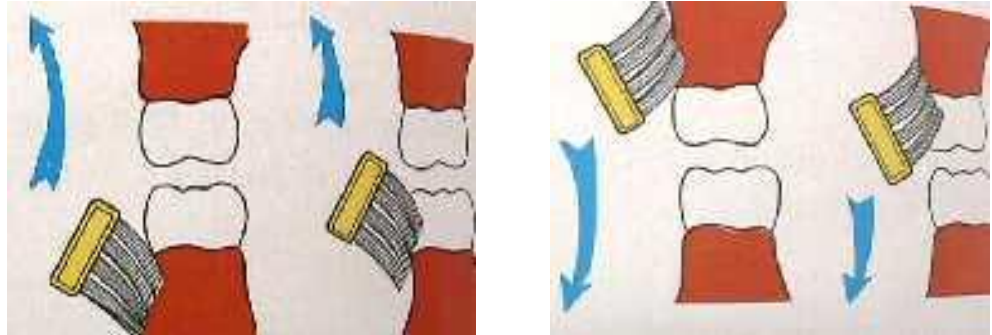
2. Técnica de Bass



3. Técnica de Bass modificado



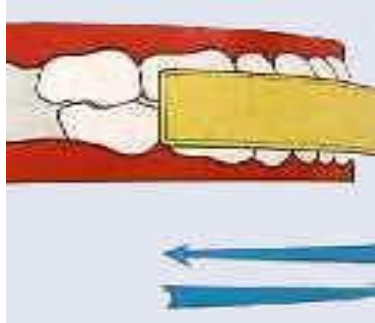
4. Técnica de Stillman



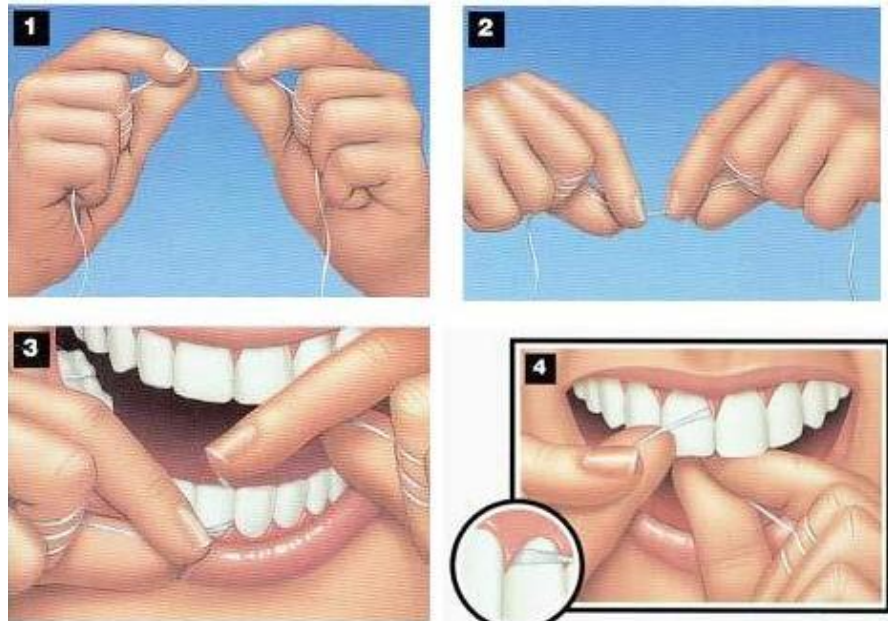
1. Técnica de charter



2. Técnica horizontal



3. Hilo/ seda dental



Anexo N°3

ENCUESTA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 11 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN N° 10022 “MIGUEL MURO ZAPATA” CHICLAYO, 2015”

Para cada de las preguntas encierre en un círculo la respuesta que considere correcta

Edad: _____

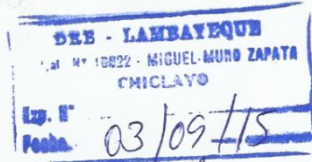
Género: F M

1. ¿Cuáles son los elementos de higiene?
 - a. Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuagatorios.
 - b. Sólo cepillo y pasta
 - c. Cepillo, pasta dental, flúor y enjuague.
 - d. No se debe cepillar los dientes.
2. La pasta dental es importante porque:
 - a. Contiene flúor y fortifican los dientes
 - b. Da un aliento fresco
 - c. Contiene blanqueadores
 - d. Contiene sabor a menta
3. Los enjuagues orales o colutorios son importantes porque:
 - a. Dan un aliento fresco
 - b. Blanquean los dientes
 - c. Reducen la formación de caries y el sarro
 - d. Fortalecer los dientes
4. ¿Cuándo es el momento ideal que debe usar el hilo dental?
 - a. 1 vez al día
 - b. Después de cada comida
 - c. Sólo cuando tengo alimentos entre diente y diente
 - d. Después del cepillado
5. ¿Cuántas veces al día debe cepillarse los dientes?
 - a. 1 vez
 - b. 2 veces
 - c. Después de cada comida
 - d. Sólo al levantarse
6. ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente debe cambiar su cepillo dental?
 - a. Cada mes
 - b. Cada 2 a 3 meses
 - c. Cada 6 meses
 - d. cuando las cerdas del cepillo están deterioradas
7. ¿Cuál es el tiempo promedio que debería durar el cepillado dental?
 - a. 1 minuto
 - b. 2 minutos.
 - c. 3 minutos.
 - d. 5 minutos
8. ¿idealmente cuantas veces cree Ud. que debe usar los enjuagues?
 - a. 1 vez al día
 - b. 2 veces al día
 - c. Después de cada comida
 - d. De vez en cuando
9. ¿Cuál es la forma ideal de cepillado dental?
 - a. Horizontal
 - b. De arriba para abajo
 - c. De izquierda a derecha
 - d. Circular
10. El cepillo dental de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba pertenece a:
 - a. Técnica vertical
 - b. Técnica de fones
 - c. Son movimientos vibratorios
 - d. Técnica horizontal
11. ¿Qué consecuencias causa una mala técnica de cepillado dental?
 - a. Buen aliento fresco
 - b. Encías y dientes en buen estado
 - c. Acumulación de sarro
 - d. Ayuda a eliminar las caries
12. La técnica con cepillo rotatorio es:
 - a. Corta la encía
 - b. Retira mejor el sarro dental
 - c. Puede favorecer el pase de energía eléctrica.
 - d. No elimina el sarro dental

ANEXO N° 4

CARBO

"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"



Pimentel, 31 de Agosto del 2015

SR. LIC.

VICTOR LOZANO DIAZ

DIRECTOR DE LA I. E. N° 10022 MIGUEL MURO ZAPATA

Me es grato saludarlo por medio de la presente y al mismo tiempo presentarle a la alumna Srta. **Mego Huamán Irma** alumna del X ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán que está desarrollando su proyecto de Investigación denominado "Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la Institución educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata", como parte del desarrollo del curso de investigación como requisito indispensable para obtener su título profesional.

Motivo por el cuál acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder la autorización a la estudiante por el periodo de Setiembre-October, en un tiempo de 45 minutos previa coordinación con su persona para la no interferencia con sus actividades académicas programadas, para realizar como parte de su proyecto: encuestas a un aproximado de 68 alumnos para determinar los problemas dentales en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Sin otro particular y agradeciendo la atención a la presente.

Atentamente



ERIKA RAQUEL ENOKI MIÑANO

DIRECTORA DE ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN

Anexo N° 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento hago constar que

Yo Rosita Liliana Sandoval Sanchez acepto

que mi menor hijo participe en el trabajo de investigación titulado **“Nivel de Conocimiento sobre Hábitos de Higiene Oral en Niños de 11 a 12 Años de Edad de la Institución N° 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo, 2015”**, autorizando la participación de mi menor hijo en dicho estudio.

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación podrá en riesgo la salud y bienestar de mi personas ni la de mi menor hijo. Además de haberseme aclarado que no hare ningún gasto ni recibiré contribución económica por mi participación.

Apellidos y nombres: Rosita Liliana Sandoval Sanchez

DNI: 04050375

Firma: Rosita Sanchez

Chiclayo 09 De Septiembre del 2015

Anexo N° 6



ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo... *Peter Chirinos Sanchez* acepto ser encuestado (a) y colaborar con el presente trabajo de estudio, cuyo fin es obtener información sobre "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 11 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN N° 10022 "MIGUEL MURO ZAPATA". Responsable del trabajo:

Mego Huamán Irma de la escuela de Estomatología

Fecha de aplicación: *09 de Septiembre 2015*

Acepta ser examinado (a):



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Encuesta"

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene Oral en Niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata" Chiclayo, 2015"

DIRIGIDO A: ALUMNOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Isabel Luz de Paríje

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR

Maestría en Ciencias Salud - Especialista en Pedagogía

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del investigador esta valoración es solo un ejemplo)

Isabel Luz de Paríje

FRMATA DEL EVALUADOR
ISABEL LUZ DE PARÍJE
DENTISTA
COP 5383

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Encuesta"

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene Oral en Niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata" Chiclayo, 2015"

DIRIGIDO A: ALUMNOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Callejo Calle Rosa Isabel.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR

Bachiller odontólogo / Especialista en Odontopediatría

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del investigador esta valoración es solo un ejemplo)

FIRMA DEL EVALUADOR

cap574

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Encuesta"

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene Oral en Niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata" Chiclayo, 2015"

DIRIGIDO A: ALUMNOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Baidanos Luzo May Carmen.

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR

Bachiller, Esp.

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del investigador esta valoración es solo un ejemplo)


FIRMA DEL EVALUADOR
MAY CARMEN BAIDANOS LUZO
C.C.O. N° 14.011.757

Anexo N° 10

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Encuesta"

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene Oral en Niños de 11 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 10022 "Miguel Muro Zapata" Chiclayo, 2015"

DIRIGIDO A: ALUMNOS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Calderon Torres Roxana Patricia

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR

Maestra en docencia e investigación Especialista en docencia

VALORACIÓN:

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	------	-------	------	----------

(La valoración va a criterio del investigador esta valoración es solo un ejemplo)

Roxana P. Calderon Torres
Cirujano-Dentista
C.O.P. 18870

FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo N° 11

FIABILIDAD DEL ESTUDIO (RELIABILITY)

Confiabilidad

Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos. Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.

CONFIABILIDAD

Muy baja	Baja	Regular	Aceptable	Elevada
	0			1
	0%			100%
	de confiabilidad en la medición (la medición está contaminada de error).			de confiabilidad en la medición (no hay error).

Escala: todas las variables

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	35	100,0
	Excluidos	0	.0
Total		35	100,0

El cuadro anterior indica la cantidad que los casos válidos son 35, lo que significa que en el estudio se considera el 100% de los datos.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,722	12

El grado de confiabilidad está dado por el Alfa de **Cronbach**, que es de 0.722 indicando que el estudio es regularmente confiable.

ANEXO N°12 FOTOGRAFIAS





