

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE
ORAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DE EDAD, DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 82594 PACHACÚTEC -
CAJAMARCA 2017”**

AUTORA:

SUGEYDI ELIZABETH RODRÍGUEZ LINARES

ASESORA:

CD. Mg. AIMEÉ OLIVO ULLOA

CAJAMARCA – PERÚ

2017

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 JORGE RODRÍGUEZ y ELIZABETH LINARES porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega; porque en gran parte, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Por su paciencia e infinito amor, por su apoyo económico y moral demostrándome que con esfuerzo y dedicación se puede lograr las cosas. A mi hijita ANITA, quien me incentiva a realizar muchas cosas para nosotras y a mis hermanos DIEGO Y ALEX, ya que siempre confiaron en mi superación gracias por su apoyo.

Sugeydi Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo, felicidad.

A la Dra. AIMEE OLIVO ULLOA 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 Educativa **N° 82594 PACHACÚTEC** que participaron en el presente trabajo; gracias por su colaboración y por las facilidades para el levantamiento de los datos.

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 10 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 82594 PACHACÚTEC, Cajamarca 2017.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se encuestó a 70 niños de ambos géneros, en el cual se identificó que el 18.6% de los niños de 10 a 12 años de edad se encontraban en el nivel medio de conocimiento sobre higiene oral, el 14.3% en el nivel bueno y el 67.1% en el nivel bajo.

Estos resultados nos muestran la existencia de bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal; así como la deficiente higiene bucal en la mayoría de los niños, mostrando ambas variables una estrecha relación.

Se concluye que el nivel de conocimiento sobre higiene oral en la población escolar del colegio “N° 82594 PACHACÚTEC” de la edad de 10 y 12 años es bajo con el 67.1%.

Palabras claves: Conocimientos, Hábitos de higiene oral.

ABSTRACT

The level of knowledge about oral hygiene of children and adolescents is important to prevent stomatological diseases through the practice of proper oral hygiene habits. The objective of this research was to determine the level of knowledge about oral hygiene in children from 10 to 12 years of age of the EDUCATIONAL INSTITUTION N° 82594 PACHACÚTEC, Cajamarca 2017.

A descriptive, observational and transversal research was carried out. 70 children of both genders were tested. 18.6% of children aged 10 to 12 years were found at the average level of knowledge about oral hygiene, 14.3 at the good level and 67.1% at the low level.

Keywords: Knowledge, Oral hygiene habits.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Delimitación de la investigación.....	2
1.3. Problemas de investigación.....	3
1.4. Objetivos de la investigación.....	3
1.5. Justificación, importancia y viabilidad de la investigación.....	4
1.6. Limitaciones de la investigación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Bases Teóricas o científicas.....	11
2.3. Definición de términos básicos.....	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas.....	22
3.2. Definición Conceptual y operacional de las variables.....	23
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Diseño metodológico.....	25
4.2. Diseño muestral.....	26
4.3. Técnicas e instrumental de recolección de datos.....	27

4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
4.5. Procedimientos para la recolección de datos.....	28
4.6. Procesamiento y análisis de datos.....	28
4.7. Aspectos éticos.....	29

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....	31
5.2. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	34
5.3 Discusión.....	36
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.	40
Fuentes de información.....	41
Anexos.....	45
Matriz de consistencia.....	55
Consentimiento informado.....	59
Ficha de recolección de datos.....	60
Curvas de crecimiento.....	61

INTRODUCCIÓN

Nuestro país enfrenta actualmente un serio problema de salud bucal; mientras que en los países desarrollados; las patologías orales más prevalentes tienden a disminuir y 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 acción².

La eficacia de la educación para la salud depende de la precisión y sistematización efectuadas en su planificación y evaluación. Es importante entonces saber qué 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

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

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

Mientras 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.

Mientras el desarrollo de la adolescencia ocurre 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. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. Delimitación espacial

El presente proyecto de investigación se desarrolló en la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA 2017.

1.2.2. Delimitación social

El grupo social objeto de estudio del presente trabajo de investigación, estuvo conformado por escolares de 10 a 12 años de la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA 2017.

1.2.3. Delimitación temporal

Este proyecto de investigación se realizó en el periodo del mes de octubre correspondiente a dos meses posteriores a su aprobación por el ente universitario.

1.2.4. Delimitación conceptual

Esta investigación detalló el tema de la prevalencia de técnica de higiene bucal en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA 2017.

1.3. Problemas de la investigación:

1.3.1. Problema principal.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca 2017?

1.3.2. Problemas secundarios.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca 2017, según su edad?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca 2017, según género?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N°82594 Pachacútec Cajamarca 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N°82594 Pachacútec - Cajamarca 2017, según edad.

2. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N°82594 Pachacútec -Cajamarca 2017, según género.

1.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Justificación:

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°82594 Pachacútec Cajamarca 2017.

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 10 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.

1.5.2. Importancia.

La presente investigación pretende reorientar y establecer programas de salud oral en conjunto con la institución educativa N° 82594 Pachacútec del distrito de Cajamarca; así mismo, permitirá plantear e incentivar a los profesionales odontólogos a que tomen medidas preventivas tempranas para prevenir las enfermedades orales mediante la utilización de técnicas de higiene oral.

1.5.3. Viabilidad.

Hubo suficientes recursos humanos, tecnológicos, y de financiamiento, para llevar a cabo la investigación en la provincia de Cajamarca, dado que a la fecha se encontraban enmarcados dentro de un proyecto de nivel de conocimientos sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad, en forma articulada en la institución Educativa N°82594 Pachacútec.

1.6. Limitaciones de la investigación

Se realizó el presente trabajo de investigación con limitantes subjetivas como: la idiosincrasia, poco o nulo conocimiento de los padres de familia acerca de las diferentes técnicas de higiene bucal y por ende las diferentes enfermedades bucodentales que aqueja a la población infantil mundial, provocando con ello la negación de los padres al firmar el consentimiento informado.

Por otro lado, está la no periodicidad de asistencia de los menores a la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca o la deserción escolar en la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Almerich y Col (2006, España).⁹ 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.

Díaz y Col (2009, Cuba) ¹⁰ 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.

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 buena actitud hacia la higiene y salud oral.

Iglesias y Col (2013, España).¹² 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.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rosales M. (2014, Perú).¹³ 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 ($p < 0.01$).

Maquera C. (2013, Perú).¹⁴ 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 $OR=11,42$).

Madrid y Col (2010, Perú).¹⁵ 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.

Graos B. (2009, Perú).¹⁶ 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. ($p = 0.024$). Conclusión: en el género femenino presenta mejores indicadores de higiene que en el género masculino.

2.2. Bases Teóricas o Científicas

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:

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.

El conocimiento técnico, se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

El conocimiento empírico es también llamado conocimiento vulgar o popular y es obtenido por azar, es a metódico y asistemático.

El conocimiento científico es otro tipo de conocimiento y es el más certero va más allá de lo empírico¹⁷.

- **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.¹⁸ 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,¹⁹ 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.^{20, 17}

- **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).^{20,}

Tenemos 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. ^{20,17}

La estrecha asociación entre la presencia de la placa bacteriana y las enfermedades periodontales determina la aparición de diversos índices para medir los niveles de higiene oral.

- **Entre ellos pueden destacarse los siguientes:**

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:

- 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.
- 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.²²
- 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.²²
- Mal Aliento (halitosis). Aproximadamente, el 40% de la población padece o ha padecido halitosis debido a una higiene bucal incorrecta o 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:

- Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos.
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental. 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.²²

- **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.²³ Los requisitos que deben considerarse para la elección del cepillo dental son:

Un 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, 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.²⁴

- **Tipos de cepillos**

Cepillo sulcular: tiene dos hileras de fibras y se aconseja a personas sometidas a tratamientos de periodoncia.²⁵

Cepillos interproximales: sirven para limpiar los espacios interproximales en personas sometidas a tratamientos periodontales o con espacios grandes entre los dientes.²⁵

Cepillos dentales eléctricos: son útiles para personas discapacitadas y para ancianos. Otros cepillos, como los de ultrasonidos.²⁵

- **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.²⁵

- **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:²⁶

- **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.²⁴ (anexo 02)
- **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.²⁵ (anexo 02)

- **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.²⁵
- **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.²⁵
- **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.²⁶

- **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.²⁷

- **Hilo/ seda dental:** La seda dental está formada por varios filamentos que se desplazan al entrar en contacto con la superficie del diente, aumentando así el área de contacto para limpiar la superficie interproximal. Se han comercializado varios tipos de seda, desde productos finos no encerados hasta sedas enceradas más resistentes al desgarro, con flúor, mentolados. También existe la seda dental florada, que añade la acción protectora del flúor al efecto de la higiene interdental.²⁷

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.²⁸

- **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.²⁹

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

- **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.

- **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, 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.³⁰
 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.³¹

2.3. Definición de términos básicos

Nivel de conocimiento: Aprendizaje adquirido sobre higiene oral.³²

Higiene oral: Conservación de la boca saludable y limpia.¹⁸

Edad: Número de años cumplidos según fecha de nacimiento.³²

Género: Se determinó según las características externas del individuo.³³

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1. Hipótesis general

H₁: El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la institución Educativa N°82594 Pachacútec – Cajamarca 2017; es alta.

H₀: El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la institución Educativa N°82594 Pachacútec – Cajamarca 2017; es baja.

3.1.2. Hipótesis derivadas

H₁: Existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según edad.

H₀: No existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según edad.

H₁: Existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según género.

H₀: No existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según género.

3.2. Definición conceptual y operacional de las variables

Definición conceptual:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS: aprendizaje adquirido estimado en una escala puede ser cualitativo.³²

HÁBITO: Es el resultado del ejercicio de actividades para poseer un bien o para lograr un fin determinado.³²

HIGIENE ORAL: referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.¹⁸

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona.³²

GÉNERO: Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas en cada cultura en momento histórico, tomando como base la diferencia sexual, a partir de ello se construyen los conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre hombres y mujeres.³³

3.3.2. Definición operacional.

TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL.

Manera propia de realizarse la limpieza de la cavidad oral.²⁵

EDAD.

Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.³²

GÉNERO.

Identificación del género según nómina de matrícula.³³

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico.

4.1.1. Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional.

4.1.2. Nivel de investigación.

La presente investigación de acuerdo a la naturaleza de estudio es de nivel básico, siendo un trabajo descriptivo transversal correlacional.

4.1.3. Método de la investigación.

El método que se utilizó en el presente trabajo fue de tipo deductivo tratando de aplicar el conocimiento general a las características específicas del estudio.

La presente investigación se desarrolló siguiendo los lineamientos del método científico en general y dando

cumplimiento a las pautas establecidas por la epidemiología clínica.

4.1.4 Diseño de la investigación.

El presente proyecto fue de diseño TRANSVERSAL DESCRIPTIVO.

4.2. DISEÑO MUESTRAL.

4.2.1. POBLACIÓN.

La población estuvo conformada por 160 niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017.

4.2.2. MUESTRA.

La muestra de estudio está constituida por niños de 10 y 12 años de edad representativa de la población. Para la selección de los niños se realizó la técnica de muestreo Probabilístico, del tipo de Muestreo Aleatorio Simple³⁴.

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 = 160

$Z^2_{\alpha/2}$ = 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:

$$\frac{N = 160 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2 (160 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$N = 70$$

El tamaño muestral requerido es de 70 alumnos de la Institución Educativa Pachacútec N° 82594 - Cajamarca 2017.

4.3. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos

4.3.1. TÉCNICAS.

La encuesta. (anexo 03)

4.3.2. INSTRUMENTOS.

El instrumento que se usó fue un cuestionario, el cual fue construido por Mego Irma³⁵, el estudio corresponde a un cuestionario validado por juicio de expertos, así mismo a través de la metodología de focus group se realizó la validación de la claridad de los enunciados; así como la validación estadística utilizando Alfa de Cronbach cuyo valor es cercano a 1, lo que indica que la información que se obtendrá con este instrumento es confiable, es decir, su uso repetido obtendrá resultados similares.

4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

4.4.1. Criterio de Inclusión:

- Niño (as) que acuden a clases de la institución educativa durante el período de estudio 2017.
- Niño (as) de edad comprendida entre 10 y 12 años.
- Niño (as) cuyos padres les otorgaron el consentimiento informado a participar en el estudio 2017.

4.4.2. Criterio de Exclusión:

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

4.5. Procedimientos para la Recolección de Datos:

- El primer paso para la realización del presente proyecto de investigación fue la obtención la autorización del colegio para la ejecución. (anexo 05)
- Se pidió autorización a los padres a través de un consentimiento informado para la ejecución del estudio. (anexo 06)
- Este procedimiento se llevó a cabo mediante el recojo de datos que se realizó mediante una encuesta. (anexo 03)

4.6. Procesamiento y Análisis de Datos

4.6.1. Procedimientos:

La presente investigación se realizó en la Institución Educativa N°82594 Pachacútec Cajamarca, donde se ejecutaron todos los trámites necesarios para la autorización, planeación y ejecución del proyecto de investigación.

Se realizó una charla educativa donde se informó al padre de familia la importancia de este proyecto, una vez finalizada la charla se pasó a firma los consentimientos (anexo 05).

4.6.2. Análisis de Datos:

- **Fase descriptiva:** Donde se describió la información correspondiente a la muestra y se demostró con los antecedentes y bases teóricas.
- **Fase inferencial:** Se utilizó la tabulación y gráficas correspondientes. Por medio del software especializado para estadística y encuestas SPSS v24 (Statistical Package for the Social Sciences) y Excel 2013. Bajo un análisis de frecuencias y porcentajes.

4.7. Aspectos Éticos:

Para la presente investigación, se siguió los principios de la Declaración del tratado de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM). Principios éticos para las investigaciones Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial, Washington 2002. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial, Tokio 2004. 59ª Asamblea general, Seúl, Corea, octubre de 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013.

Los principios acordados dicen que el deber del investigador es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano; que solo se justifica la investigación si la población puede beneficiarse de sus resultados, también nos dice que debe estar primero el bienestar de los seres humanos sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad; las personas deben ser participantes voluntarios e informados y poder retirarse en cualquier momento de la investigación.³⁶

Para considerar el aspecto ético de toda investigación, se consideró el consentimiento informado que todos los pacientes tuvieron que firmar para la posterior recolección de datos.³⁷

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSION

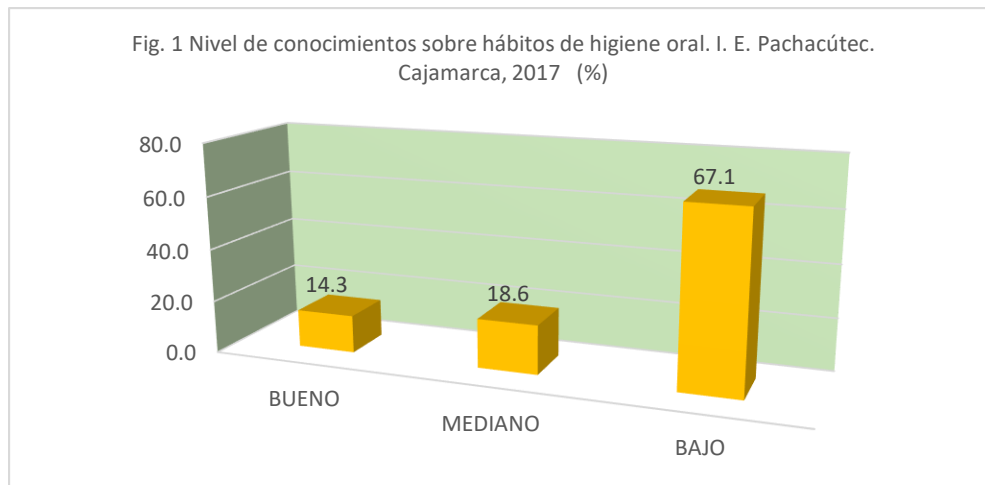
5.1. Análisis Descriptivo y Tablas de Frecuencia.

Objetivo General:

TABLA 01. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 “Pachacútec” Cajamarca, 2017”.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
BUENO	10	14.3
MEDIANO	13	18.6
BAJO	47	67.1
Total	70	100.0

Fuente Aplicación de cuestionario a los niños



En la tabla 01. El 18.6 % de los niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA 2017” se encuentran en el nivel mediano de conocimiento sobre higiene oral, el 14.3% en el nivel bueno y el 67.1 % en el nivel malo.

Objetivos Específicos:

TABLA 02. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N°82594 Pachacútec Cajamarca 2017, según edad.

TABLA N° 2

NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE. I.E. N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA, 2017						
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	EDAD					
	10		11		12	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BUENO	5	18.5	6	20.6	2	14.3
MEDIANO	8	29.6	10	34.4	4	28.5
BAJO	14	51.9	13	45.0	8	57.2
TOTAL	27	100	29	100	14	100

En la tabla 02. Encontramos que en niños de 10 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec -CAJAMARCA 2017”, el nivel de conocimiento bajo es de 51.9%, mediano de 29.6% y bueno de 18.5%.

En los niños de 11 años de edad, encontramos que el nivel de conocimientos es bajo en un 45%, mediano en un 34.4%, y bueno en un 20.6%.

En los niños de 12 años de edad, encontramos que el nivel de conocimientos es bajo en un 57.2%, mediano en un 28.5% y bueno en un 14.3%.

TABLA 3. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N°82594 Pachacútec Cajamarca 2017, según género.

TABLA N° 3				
NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS SEGÚN GÉNERO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE				
HÁBITOS DE HIGIENE. I.E. N° 82594 Pachacútec - CAJAMARCA, 2017				
GÉNERO				
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
BUENO	5	14.3	5	14.3
MEDIANO	6	17.1	7	20.0
BAJO	24	68.6	23	65.7
TOTAL	35	100.0	35	100.0

En la tabla 03. Los niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA, 2017” se

encuentran con un nivel de conocimientos bajo en un 68.6%, el 17.1% en el nivel mediano y el 14.3% en el nivel bueno.

Las niñas de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA, 2017” se encuentran con un 65.7% un nivel de conocimientos bajo, el 20% en el nivel mediano y el 14.3% en el nivel bueno.

5.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS.

Comprobación de hipótesis general:

H₁: el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la institución Educativa N°82594 Pachacútec – Cajamarca 2017 es alta.

Tabla 4. Comprobación de hipótesis general con prueba estadística de CHI CUADRADO DE PEARSON.

Prueba estadística	Nº	Valor	gl	p-valor
Chi cuadrado de Pearson	70	11,629	2	0,04

*p < 0,05.

Como muestra la tabla 4, La prueba chi cuadrado de Pearson es altamente significativa ($p < 0.01$), con una significancia estadística de $p=0,04$; por lo tanto, se acepta la hipótesis general o principal y se rechaza la hipótesis nula.

Comprobación de Hipótesis derivadas

H₁: Existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según edad.

Tabla 5: Comprobación de hipótesis específica según edad con prueba estadística de CHI CUADRADO DE Pearson.

	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	70		

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

H₁: Existe nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec – Cajamarca 2017, según género.

Tabla 6: Comprobación de Chi Cuadrado de Pearson para la hipótesis específica según género.

	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,150 ^a	2	,928
Razón de verosimilitud	,150	2	,928
N de casos válidos	70		

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

5.3 Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en los niños de 10 y 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec Cajamarca 2017". Al final del estudio se determinó que predomina el nivel mediano de conocimientos sobre higiene oral con un 18.6%, seguido del nivel bueno con 14.3% y finalmente el nivel bajo con 67.1%. Estos datos corroboran los resultados de Graos Benites¹⁶ el cual obtuvo una proporción semejante a la nuestra con un conocimiento malo del 50%, seguido de bueno con 35.5% y regular 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 J¹⁰ 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 Maquera¹⁴ 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 Co¹⁵ y Graos Benites¹⁶ en los cuales el nivel de conocimiento medio fue el predominante con 46.7% y 50% respectivamente.

En nuestros resultados encontramos que en niños de 10 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec -CAJAMARCA, 2017", el nivel de conocimiento bajo es de 51.9%, mediano de 29.6% y bueno de 18.5%. En los niños de 11 años de edad, encontramos que el nivel de conocimientos es bajo en un 45%, mediano en un 34.4%, y bueno en un 20.6%. En los niños de 12 años de edad, encontramos que el nivel de conocimientos es bajo en un 57.2%. bueno en un 14.3%, mediano en un 28.5%.El presente estudio determinó que el nivel de conocimiento sobre higiene oral influyen en la edad de los niños, donde fue predominante el nivel bajo con 57.2% en los niños de 12 años y , encontrándose una relación altamente significativa ($p < 0.01$), estos resultados se corroboran con la investigación de Iglesias J¹², el cual determinó 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 la diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre la higiene oral según género de los alumnos, a pesar que predomina más en los niños con un nivel bajo del 68,6% en comparación de las niñas con un 65.7%. Estas diferencias no son 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.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en la población escolar del colegio "N° 82594 Pachacútec" de la edad de 10 y 12 años es bajo con el 67.1%.
2. El nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la población escolar del colegio "N° 82594 Pachacútec" es mediano con un 18.6%.
3. El nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la población escolar del colegio "N° 82594 Pachacútec" es bueno con un 14.3%.
4. El nivel de conocimiento sobre higiene oral influye en las edades de 10 y 12 años en la población escolar del colegio "N° 82594 Pachacútec" la cual es altamente significativa ($p < 0.01$).
5. El nivel de conocimiento sobre higiene oral en niños según género en la población escolar del colegio "N° 82594 Pachacútec" es significativa ($p < 0.01$).

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 de familia sobre el nivel de conocimientos en salud bucal y hábitos de higiene oral, de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec.
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 BIBLIOGRÁFICAS

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. México: 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 odotología de la universidad de la república de Uruguay 2008; 35(1)1-18.
7. Nureña JM. Liderazgo que ejerce la enfermería en el formato de la salud familiar para el desarrollo comunitario. Valle Hermoso.
8. Monsefú – 2010 [Tesis Magíster]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;2012.
9. Almerich JM, Montiel JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004). Rev. científ odontol 2006;11(2):195-201.
10. 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).

11. Adame JC. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N. L., México [Tesis Maestría]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.
12. Iglesias JA, Fernandez MT, Barrón 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.
13. 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.
14. 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 Peruana; 2013.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Carranza N. Periodontología clínica Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. 1ra ed. Madrid: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana; 1998.

20. Lindhe J. Periodontología Clínica. 2da ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1992.
21. Sergas. Técnico especialista higienista dental del servicio gallego de salud. 1era ed. España: Editorial Mad; 2006.
22. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. 1ra ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 2010.
23. Ferro MB, Gómez M. Fundamentos de la Odontología Periodoncia. 2da ed. Bogotá: Editorial javeriana; 2007.
24. Gutiérrez E, Iglesias P. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. 2da ed. Madrid: Editorial editex; 2009.
25. 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-detecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>.
26. 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.
27. 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.
28. Sánchez A, Suara M, Moya MJ. Manual de práctica de periodoncia 4º de odontología clínica odontológica universitaria. 1ra ed. España: Editorial universidad de murcia; 2006.
29. 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.
30. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria principios, métodos y aplicaciones. 4ta Ed. España: Editorial Elsevier Masson; 2013

31. 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, KarringT. Periodontología Clínica e Implantología Odontología. 5ta Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
32. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. 1ª. edición. Madrid: Espasa Calpe, 2006. Edición en cartón.
33. Jiménez J. Introducción a la perspectiva de Género [serie en Internet]. Agosto 2004[consultado 15 de febrero 2017]. Disponible en: http://200.77.230.9/foroinea/lectura_genero.pdf.
34. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. 5ta. Edic. México: Mc Graw Hill.2010
35. Mego Huamán I. Nivel de conocimientos sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la IE N°10022 Miguel Moro Zapota. Chiclayo, 2015. [Tesis bachiller]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán .2015.
36. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas sobre sujetos humanos. Acta Bioética 2000; 6(2):321-333.
37. Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56. <http://uchile.cl/u76030>.

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

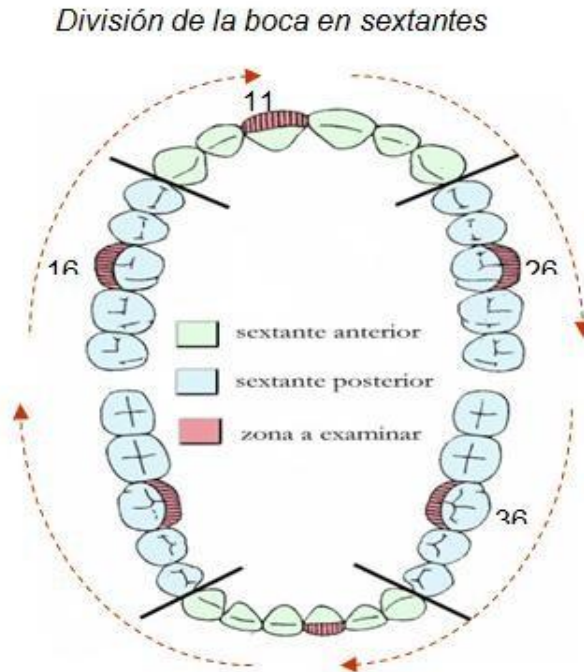
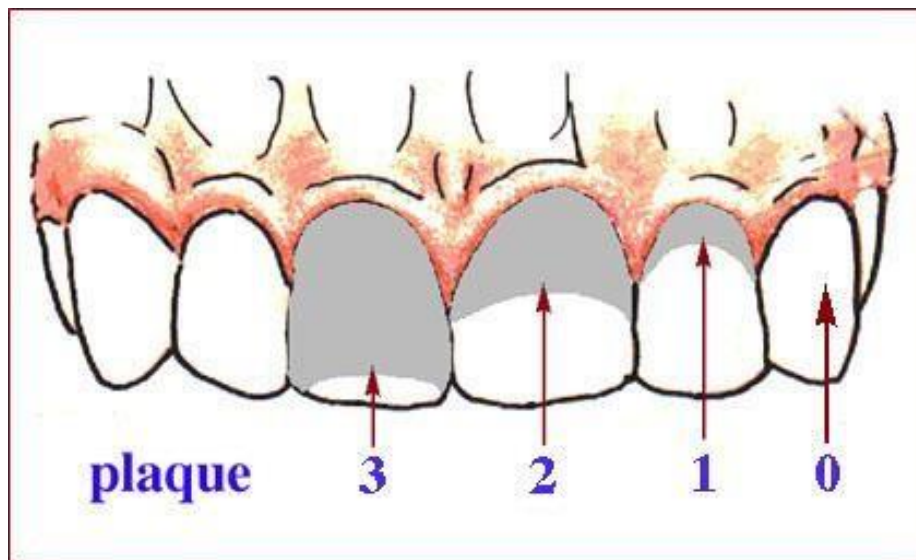


Figura 2. Índice de higiene oral simplificado



Anexo N°2: Imágenes sobre técnicas de cepillado

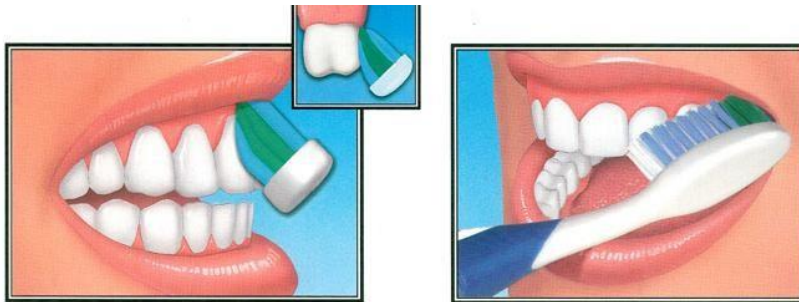
- **TÉCNICA DE FONES (ROTACIÓN VERTICAL).**



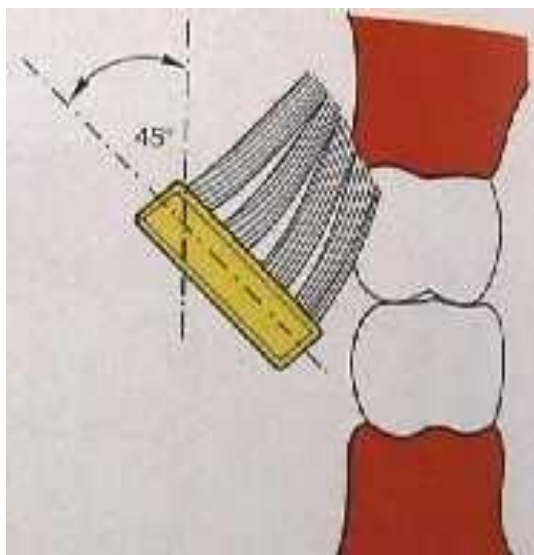
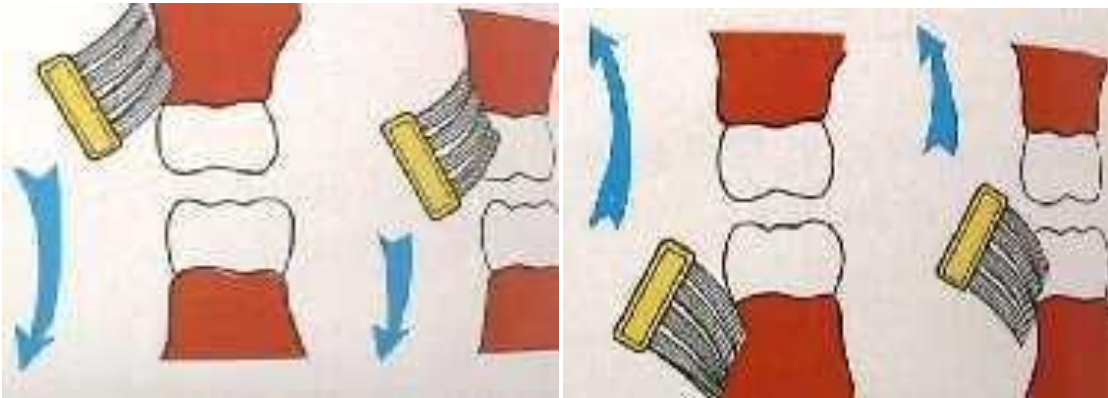
○ TÉCNICA DE BASS.



○ **TÉCNICA DE BASS MODIFICADO.**



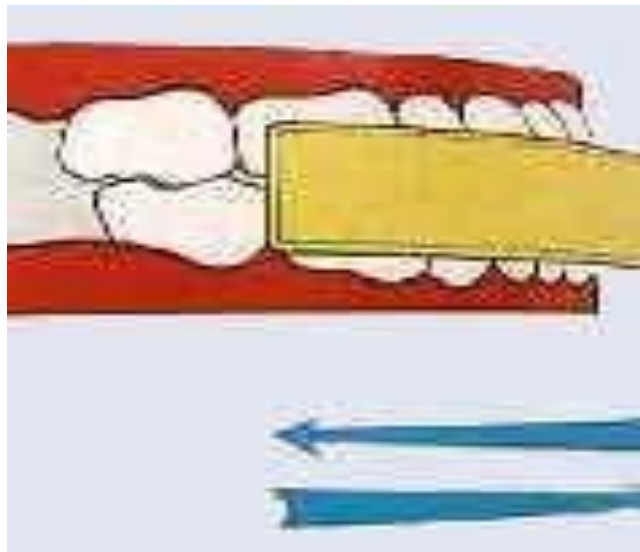
○ **TÉCNICA DE STILLMAN.**



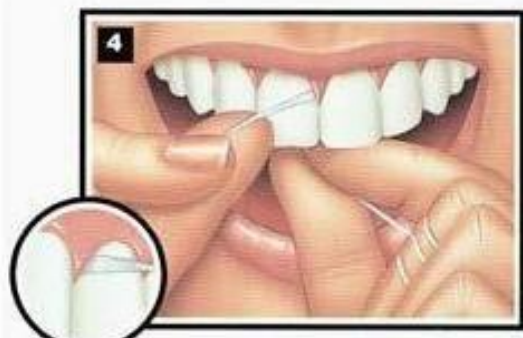
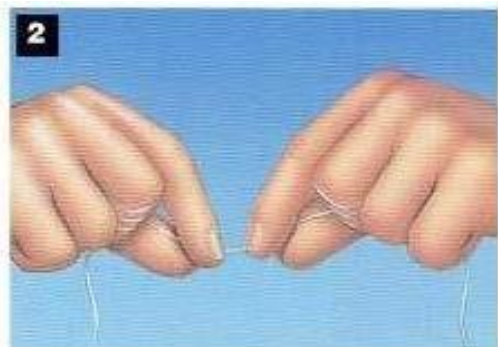
○ **TÉCNICA DE CHÁRTER.**



- **TÉCNICA HORIZONTAL.**



○ HILO/ SEDA DENTAL.





ANEXO 03

ENCUESTA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN N°82594 PACHACÚTEC – CAJAMARCA.

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 cuántas 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 04

Variables	Definición	Dimensiones	Indicador	Tipo de variables	Escala instrumento	Categoría
<p>Independiente:</p> <p>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:</p> <p>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 (10 a 12 aciertos)</p> <p>Regular (5 a 8 aciertos)</p> <p>Malo (0 a 4 aciertos)</p>
<p>Covariable</p> <p>Niños de 10 a 12 años de edad</p>	<p>Edad: se determinó en años</p> <p>Género: se determinó según las características extremas del individuo</p>	<p>Edad</p> <p>Género</p>	<p>11 a 12 años</p> <p>Femenino</p> <p>Masculino</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Razón</p> <p>Nominal</p>	

ANEXO 05

SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA
EJECUCIÓN DE PLAN DE TESIS

SEÑORA DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°82594
PACHACÚTEC – CAJAMARCA

Yo, SUGEYDI ELIZABETH RODRIGUEZ LINARES, identificada con DNI N° 41075754, Bachiller en ESTOMATOLOGIA, con domicilio en el Av. universitaria # 650 - Cajamarca; ante Ud. me presento y expongo:

Que, mi persona está desarrollando un plan de tesis “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DE EDAD” el cual ya ha sido aprobado por la Universidad Alas Peruanas – Filial Cajamarca.

Para la ejecución de dicho plan se ha considerado la población estudiantil de la Institución Educativa que Ud. dignamente dirige.

Por los motivos expuestos, solicito a Ud. Señora Directora la autorización correspondiente y se me brinde las facilidades del caso con toda la comunidad educativa; para que el plan de tesis en mención sea logrado de acuerdo a los objetivos propuestos.

Por tanto:

Invoco hacia su persona acceder a mi petición, por ser de justicia.

Cajamarca, 26 de septiembre del 2017.

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACION:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 82594 PACHACÚTEC - CAJAMARCA 2017”

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Determinar el Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 10 a 12 años de edad de la Institución Educativa N° 82594 Pachacútec - Cajamarca 2017.

Yo.....identificado (a) con DNI N°.....Padre / madre del niño (a) de edad, mediante la información brindada por la bachiller; Rodriguez Linares Sugeydi Elizabeth ; doy la autorización pertinente firmando el presente, para que la investigadora, aplique el instrumento de recolección de información para los fines que crea conveniente, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial, y la identidad de los alumnos (as) no serán revelados.

Cajamarca dedel 2017.

ANEXO N°07 FOTOGRAFÍAS









