



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**CEPILLADO DENTAL EN NIÑOS DE 1
A 11 AÑOS SEGÚN LA ENCUESTA
DEMOGRÁFICA Y SALUD FAMILIAR
A NIVEL NACIONAL PERU, 2015**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Fátima Beatriz Rojas Camacho

Lima-Perú

2017

ASESOR

Mg. Roberto Antonio León Manco
Departamento Académico de Odontología Social

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Mg Miguel Perea Paz
Secretario : Mg Flor de María Pachas Barrionuevo
Miembro : Mg Carmen Kanashiro Irakawa

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 28/07/2017

CALIFICATIVO : Excelente

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres Luis y Carmela por
Todo a mi Hermana Stefania, por toda su
paciencia Y buen humor durante toda mi
carrera Universitaria.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por su infinito amor, ha sido mi apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera.
- A mis padres Luis y Carmela por haberme demostrado su gran apoyo, consejos en los momentos difíciles y sobre todo por darme todo el amor para cumplir siempre mis objetivos y ser mi motivación e impulso para salir adelante siempre.
- A mi hermana Stefania por su paciencia brindada en todos los momentos de mi vida
- A mi asesor durante este estudio, Dr. Roberto A. León Manco por su paciencia, orientación y dedicación en la elaboración de este trabajo de investigación.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron incondicionalmente para la elaboración del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los hábitos de cepillado dental de 1 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015. **Materiales y Métodos:** El estudio fue de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se utilizaron la base de datos obtenidas por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015. Las variables del estudio fueron Hábitos de cepillado oral, departamento, espacio geográfico, región natural, quintil de riqueza. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado con la prueba de Chi-cuadrado, para los resultados se construyeron tablas y mapas. **Resultados:** A nivel nacional según la encuesta ENDES, la mayor prevalencia de experiencia de cepillado fue de 87.8% (n=37639) con una diferencia de 12.2% (n=5222), que indica no cepillarse los dientes, la mayor prevalencia de hábito de cepillado diario fue de 84.1% (n=31636) y un 15.9% (n=31636), que indica no tener hábito diario de cepillado dental, además se obtuvo que la mayor prevalencia de frecuencia de cepillado diario de 3 a más veces al día fue de 41.2% (n=13031) y los que solo se cepillaba solo un vez al día presentan una prevalencia de 19.0% (n = 6019).

Conclusiones: La mayoría de niños de 0 a 11 tienen un hábito diario de cepillado dental según la ENDES en el Perú en el año 2015.

Palabras claves: Cepillado Dental, Higiene Oral, Niños

ABSTRACT

Objective: To determine dental brushing habits from 1 to 11 years according to the Demographic and Family Health Survey at the national level, Peru, 2015. **Materials and Methods:** The study was cross-sectional, observational, descriptive and retrospective. Data from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) for the year 2015 were used. The variables of the study were oral brushing habits, department, geographic space, natural region, wealth quintile. A descriptive and bivariate analysis was performed with the Chi-square test, for the results tables and maps were constructed. **Results:** Nationally according to the ENDES survey, the highest prevalence of brushing experience was 87.8% (n = 37639) with a difference of 12.2% (n = 5222), indicating no brushing, higher prevalence of habit Of daily brushing was 84.1% (n = 31636) and 15.9% (n = 31636), indicating that they did not have a daily habit of dental brushing, in addition it was obtained that the highest prevalence of daily brushing frequency of 3 to more times Day was 41.2% (n = 13031) and those who only brushed once a day had a prevalence of 19.0% (n = 6019) **Conclusions:** The majority of children from 0 to 11 have a daily habit of dental brushing according to ENDES at Peru in the 2015.

Keywords: Tooth brushing, Oral health, Children

INDICE DE TABLAS

| | | Pág |
|-----------------|---|-----|
| Tabla 1. | Cepillado dental de 1 a 11 años a nivel nacional según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015 | 23 |
| Tabla 2. | Cepillado dental de 1 a 11 años según departamento según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015. | 24 |
| Tabla 3. | Cepillado dental de 1 a 11 años según región natural según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015. | 25 |
| Tabla 4. | Cepillado dental de 1 a 11 años según región geográfica según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015. | 26 |
| Tabla 5. | Cepillado dental de 1 a 11 años según quintiles de pobreza según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015. | 27 |

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

- CIE – UPCH** : Comité Institucional de ética de la Universidad Peruana
Cayetano Heredia
- ENDES** : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- OMS** : Organización Mundial de la Salud.

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN | 2 |
| II.1. Planteamiento del problema | 2 |
| II.2. Justificación | 3 |
| III. MARCO TEÓRICO | 4 |
| IV. OBJETIVOS | 14 |
| IV.1. Objetivo general | 14 |
| IV.2. Objetivo específico | 14 |
| V. MATERIALES Y MÉTODOS | 15 |
| V.1. Diseño de población | 15 |
| V.2. Población y muestra | 15 |
| V.3. Criterios de selección | 15 |
| V.3.1. Criterios de inclusión | 15 |
| V.3.2. Criterios de exclusión | 15 |
| V.4. Variables | 16 |
| V.5. Instrumento | 18 |
| V.6. Procedimientos y técnica | 18 |
| V.7. Plan de análisis | 18 |
| V.8. Consideraciones éticas | 19 |
| VI. RESULTADOS | 20 |
| VII. DISCUSIÓN | 27 |
| VIII. CONCLUSIONES | 32 |
| IX. RECOMENDACIONES | 33 |
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |
| ANEXOS | 38 |

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día la caries dental y entre otras enfermedades bucales se ha convertido en una dificultad para el buen desarrollo de la salud pública, que no solo afecta a los países en subdesarrollo, si no que afecta a las comunidades que presentan más pobreza¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que cinco mil millones de habitantes presentan caries dental y el 99% de la población padece de caries dental.¹

En el Perú, en el año 2016 el Ministerio de Salud (Minsa), el programa preventivo y recuperativo en salud bucal del Plan de Salud Escolar (PSE), brindó a más de 443 778 escolares atención odontológica y acciones de prevención como instrucción de higiene oral además de entrega de cepillo y pasta dental^{2,3}

Es por ello que una buena higiene oral forma parte integral de la salud general para prevenir enfermedades bucales y mantener una salud bucal adecuada. En ese sentido, adquirir hábitos bucales, como la necesidad del cepillado dental, desde la primera etapa de la vida es de suma importancia.⁴

El siguiente estudio se realizó con un enfoque descriptivo, utilizando la base de datos de La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada a nivel nacional en el año 2015. Para obtener dicha información, se accedió a la base de datos del sitio web del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Asimismo, se escogió las variables adecuadas y se reportó los resultados.

Por ello, el objetivo general de esta investigación fue determinar el hábito del cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional en el Perú, en el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

Para prevenir las enfermedades comunes que se encuentra en la cavidad oral se necesita una adecuada higiene oral, es por ello que tener un adecuado hábito de cepillado oral, reducirá el riesgo de enfermedad dentales.⁴

En el Perú en el año 2002, el estudio epidemiológico ejecutado por el Ministerio de Salud dirigido a escolares de nivel inicial y primaria mostró un total de 90.43% de índice de caries, y el promedio de dientes (cariadas, perdidas y obturadas) fue de 5.84% por escolar ⁵

Según Ysla⁶ (Perú; 2001) estudió una muestra conformada por 295 niños de población urbana (Distrito de Miraflores-Lima) y 444 niños en san Gabriel alto (Distrito Villa María del triunfo) resultando que un 70.9% de la población total tenían conocimiento de la técnica del cepillado dental y el 73.6% presentaba placa clasificada como mala.

Según Madrid⁷ (Perú; 2010), en cuanto a hábitos de higiene, un estudio realizado en escolares de 6,12 y 15 años de la Institución Educativa (IE) N°.5130 de Pachacútec Ventanilla, Callao mostraron que los escolares que se cepillaba más de una vez al día fue de 46.7 % y solo una vez al día fue el 21.3 % y un 10.7 % no se cepillaba nunca y un 20.0 % lo hace de vez en cuando.

Según La Fuente⁸ (España; 2002) estudio sobre los hábitos de salud oral en 813 adolescentes a los que se les realizo encuestas de salud bucodental encontrando que el 41.9% de los adolescentes se cepilla los dientes 3 o más veces al día, un 64% nunca usa hilo dental y el 30.0% lo hace sólo a veces.

Por ello, la pregunta de investigación fue: ¿Cuáles son los hábitos de cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional Perú, en el año 2015?

II.2. JUSTIFICACIÓN

La falta de higiene oral es un problema que afecta a toda la sociedad causando así diversas enfermedades bucales, es por ello que el presente estudio determina el hábito del cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica de salud familiar, logrando así obtener resultados que podrán ser utilizados para el diseño de nuevos programas de salud.

La presente investigación fue de relevancia teórica porque existen datos acerca de los hábitos de cepillado, pero no existen datos a nivel nacional.

Es de relevancia social, porque los resultados muestran los hábitos de higiene oral de los niños y en qué zonas del país se encuentran el menor número de niños que realizan el hábito de cepillado, para tomar así decisiones de intervención en prevención y promoción de salud oral además ayudando a la población y a los odontólogos para prevenir la aparición de caries, beneficiando así a la sociedad y al Ministerio de salud del Perú (MINSA) y la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia convirtiéndose en una herramienta para los profesionales de salud.

Los resultados fueron de gran beneficio para los pobladores y para el país porque permitió conocer los porcentajes de hábitos del cepillado bucal en las diferentes zonas más vulnerables, para poner así esta investigación a disposición de las autoridades para que puedan tomar acciones de mejora y sea una herramienta de planificación en la generación de políticas públicas en salud.

III. MARCO TEÓRICO

III.1. Caries Dental

III.1.1. Definición

Se considera a la caries como una enfermedad crónica, infecciosa, producida por microorganismos, que se presenta con mayor frecuencia en el ser humano, donde la dieta destaca un título muy importante en la desmineralización y pérdida dentaria.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como una evolución patológica localizada, que tiene inicio posteriormente a la erupción, conformada por una disminución del tejido duro del diente y progresión hacia el desarrollo de una cavidad.¹⁰

Menaker¹¹ refiere a la caries dental como una enfermedad infecciosa que daña de manera directa a los tejidos dentarios de la cavidad oral. Para Silverstone¹² la caries dental es la pérdida sucesiva del esmalte, dentina y cemento, la cual es iniciada por la acción microbiana en la estructura del diente. Posteriormente, Newbrun¹¹ indica que la caries dental es un desarrollo patológico de destrucción de los tejidos dentales causada por microorganismos debido a la existencia de la placa dental en el desarrollo de la caries dental, llegando a la conclusión que una buena higiene bucal ayuda a disminuir el riesgo de caries.

III.2. Factores Productores de Caries

La caries es el producto de la actividad simultánea de tres factores independientes: el huésped (dientes y saliva), bacterias de la flora bucal y la dieta consumida.^{13, 1}

3.2.1. Huésped:

Los dientes están conformados por tres tejidos mineralizados: la dentina, que forma la corona y la raíz del diente; el esmalte, que está sobre la dentina coronal y expuesta a la cavidad oral; y el cemento, una capa delgada de tejido mineralizado que cubre la raíz de dentina y es responsable de unir a las fibras periodontales que sostienen el diente.^{8,14}

Estas características pueden beneficiar o problematizar el desarrollo de caries dental. Entre ellas están las características morfológicas de los dientes como la mal posiciones dentarias que benefician a la acumulación de alimentos y a la formación de salivas¹²

A sí mismo, la saliva ayuda como defensa en la cavidad bucal, consiguiendo así evitar la aparición de la placa bacteriana y por consiguiente el progreso de la caries dental⁹

III.2.2. Bacterias de la flora bucal

En la cavidad oral existe una variedad de bacterias, entre ellos encontramos a los microorganismos pertenecientes al género estreptococo, que son asociados como principal factor etiológico de la caries.¹⁵

Según Katz¹⁶ la placa bacteriana es una materia blanca, consistente y adhesiva formada por bacterias que se localizan sobre las estructuras dentales, cuando no se realizan métodos de higiene correctos, estos microorganismos son esenciales para la formación de la caries dental.

III.2.3. Dieta consumida

Existe una adecuada evidencia para confirmar que los sustancias que presentan azúcar son los formadores primordiales de la dieta cariogénica que interviene en la prevalencia y el desarrollo de las lesiones de caries dental.¹⁷

Según Berkowitz ¹⁸ define la dieta cariogénica como una consistencia dúctil, con una alta presencia de sacarosa, que se aloja con gran facilidad en las áreas retentivas de los dientes.

III.3. Factores protectores de caries

III.3.1. Flúor

El flúor previene la caries dental porque es un mecanismo de acción, y lo podemos encontrar en las pastas dentales y enjuagues bucales. Puede ser tópico y sistémico: el flúor tópico, es el flúor que se aplica directamente sobre los dientes con el objetivo de proteger y fortalecer; en cambio, el flúor sistémico es ingerido dentro del cuerpo y lo encontramos en los alimentos y el agua.¹⁹

En el Perú, el Ministerio de Salud ha desarrollado diversos programas para la prevención de caries dental. Por ejemplo, en el año 1993 se desarrolló el programa de fluorización de la sal de consumo humano; así también en el año 2001 se aprobó la Norma técnica Sanitaria para el uso de fluoruros en cremas dentales, enjuagatorios y otros productos usado en la higiene bucal, con el objetivo de prevenir la caries.²⁰

Los fluoruros tópicos (colutorios, geles o barnices) utilizados para la higiene bucal, además de la crema dental fluorada juegan un papel muy importante en la higiene bucal ya que logran una moderada reducción de la caries comparada a la pasta de dientes usada sola.¹⁹

Según Gomez³, en un estudio de revisión sistemática, concluyó que las pastas dentales fluoradas deben de ser colocada por una persona adulta en una cantidad que no sea mayor a una arveja. Además, señaló que es recomendable utilizar pastas dentales con una concentración mayor de 1,000 ppm F en niños que se encuentren en alto riesgo.

Según Contreras²¹, existe diversos estudios que considera que es necesario al menos 1000 ppm de fluoruro para que una pasta dental tenga una efectividad anticariostática, así como las pastas dentales con 1500 ppm de fluoruro tienen una mayor efectividad de remineralización en comparación de las pastas dentales con 1000 ppm en su composición en la dentición permanente.

Según la guía de la Academia Americana de Odontología Pediátrica²², manifiestan que el uso de pasta fluorada es eficaz para la reducción de caries en niños que presentan un alto índice de caries teniendo en cuenta una mayor concentración de flúor, la frecuencia de uso y una adecuada supervisión; por lo que se debe usar una cantidad no mayor a tamaño de un arroz para niños menores de tres años ya que puede disminuir el riesgo de fluorosis, y para niños de 3 a 6 años usar una cantidad no mayor al tamaño de un guisante.

Asimismo, en países industrializados existe el programa de Fluorización con el uso de pasta dentífrica donde se utiliza pastas dentales con fluoruro, para niños hasta la edad de 10 años con concentraciones de 500 ppm en el agua o sal en zonas con flúor sistémico, y en concentraciones mayores para aplicaciones con flúor tópico se utiliza el cepillado diario.²⁰

Según un estudio reciente de Lancet²³ (2009), el uso de pasta de dientes con fluoruro a 1000 ppm es la estrategia recomendada de Salud oral en niños y adolescentes, aunque se reconoce que su costo obstaculiza su uso en diversos países con economía baja y mediana.

Según una revisión sistemática de Marinho²⁴ (2002-2004), se encontró una reducción de 24 % de caries por lo que se recomienda la concentración de flúor en pasta dentífrica no menos de 1000 ppm para niños de 3 años. Para niños de 3 a 6 años de edad concentración 1350-1500 ppm de fluoruro y para Niños mayores de 6 años 1350 ppm.

III.3.2. Hábitos de higiene

Según el RAE⁵⁴ la higiene es parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades.

La higiene tiene por objetivo conservar la salud y prevenir las enfermedades, es por ello que se deben cumplir ciertas normas o hábitos de higiene tanto en la vida personal de cada quién como en la vida familiar, en el trabajo, la escuela, la comunidad. La higiene trata sobre las medidas para prevenir y mantener un buen estado de salud. La práctica de las normas de higiene, con el transcurso del tiempo, se hace un hábito. De allí la relación inseparable de Los Hábitos de Higiene. Es conveniente para el aprendizaje, práctica y valoración de los hábitos de higiene que los adultos den el ejemplo a los niños, niñas y jóvenes con la práctica cotidiana de adecuados hábitos de higiene, para que se consoliden los conocimientos conceptuales, actitudinales y procedimentales sobre el tema.⁵⁵

En el desarrollo de hábitos adecuados de higiene, la prevención juega un papel importante y se considera una acción primordial para la formación de la placa bacteriana. Se ha comprobado que una buena higiene oral realizada adecuadamente es altamente eficaz para el control de caries.²⁵

Es importante que se adquiera estilos de vida saludables en una familia, entre ellos el hábito correcto del cepillado dental, hábitos de dieta saludable y un adecuado control de dieta cariogénica, que es muy importante en los primeros períodos de la etapa del niño. Los métodos más utilizados para la remoción de la placa bacteriana son el cepillo y el uso del hilo dental.^{26,27}

Los padres de los infantes deben de adoptar conocimientos acerca del cepillado dental que se debe ejecutar tres veces al día dándole importancia al cepillado nocturno, ya que durante el sueño se incrementa microorganismos productores de caries, dicho procedimiento se debe realizare con el tiempo y herramientas adecuadas para que sea efectiva, teniendo especial cuidado en la selección del cepillo dental donde el tamaño ,la forma y la textura adecuadas sean las correcta , ya que deben ser manipulables, fáciles de lavar de composición firme y duradera.^{24,28}

La higiene bucal es la clave para el control de caries dental, si es que la higiene bucal se hace complicado ya sea por un impedimento físico, edad o enfermedad, el riesgo de caries dental aumentaría. Así mismo las personas que se cepillan inadecuadamente e infrecuentemente o tienen pobre control manual presentan un alto riesgo de caries dental.²⁹

III.3.3. Cepillado dental

La higiene bucal proviene de épocas muy antiguas en las que el ser humano intentó buscar alguna técnica para limpiar la cavidad oral. Los cepillos dentales aparecen en el año 1600 AC en China, donde se inventó el cepillo con cerdas de jabalí, con mango de elefante o huesos de pollo; al transcurrir los años las cerdas del cepillo dental se las cambio por blandas crines de caballo. El cepillo dental ha cambiado a lo largo del tiempo, los egipcios en el año 3000 A.C manipulaban pequeñas ramas con puntas gastadas llamados “palos” para realizar su limpieza bucal.^{30,31}

En la época prehistórica el hombre utilizaba sus uñas o pequeños fragmentos de madera, en la época prehispánica los nativos empleaban la raíz de una hortaliza o se frotaban sus piezas dentarias con el dedo. El cepillo dental fue un hallazgo del siglo XVII; sin embargo, no todos tenían el medio para tener un cepillo dental. A inicios del siglo XX solo las personas con un alto nivel económico podían tener un cepillo de dientes por lo que tenía cerdas naturales y el mango era de hueso de elefante o mamut. Ya en el año 1930 aparecieron los primeros cepillos plásticos, que eran mucho más económicos.³⁰

Un eficaz cepillado dental consiste en la eliminación mecánica de la placa dental, llevada a cabo por el propio individuo, es una práctica que se encuentra entre los hábitos higiénicos considerados como imprescindibles³². EL cepillado dental es un hábito de limpieza que se debe realizar diariamente, los componentes que se encuentran en la pasta dental permiten mantener los dientes libres de restos alimenticios por lo que se debe realizar seguidamente después de consumir algún alimento y se considera una medida preventiva y eficaz para evitar así enfermedades, como caries dental y enfermedad periodontal.³⁰

El cepillado dental presenta los siguientes objetivos: ³⁴

1. Elimina y evita el desarrollo de la placa bacteriana.
2. Limpia cada resto alimenticio de cada estructura dental
3. Estimula los tejidos periodontales

III.3.3. Método de cepillado

En la actualidad las formas, el tamaño, y los diseños de las cerdas y todos los componentes que presenta el cepillo dental, deben cumplir con los requerimientos específicos para su uso y deben ser manejados con destreza y eficacia para así no dañar las principales estructuras duras y blandas de la cavidad oral; no deben adquirir humedad y se deben limpiar con facilidad y conservar en un ambiente limpio así como también tienen que ser económicos y ser renovados cada 2 a 3 meses debido al desarrollo bacteriano y al desgaste que sobrellevan ,además de cambiarlos tras una enfermedad oral o general. ^{35,36}

El manejo de los cepillos dentales utilizando una técnica correcta, demuestra la capacidad de uno u otro individuo, con el objetivo final de retirar la placa dental minuciosamente de las diferentes partes de la boca libremente del método que se lleve a cabo. ³³

Es necesario no hacer resistencia al usar el cepillo dental, ya que usando la mínima fuerza la placa se desintegra. Así mismo es importante usar movimientos verticales, desde la encía al borde del diente, se debe iniciar apoyando el cepillo dental sobre la encía y luego sobre a la fisonomía del diente, es importante tener un orden en el cepillado, iniciando y finalizando una sección de la boca antes de continuar al próximo para asegurar que no existan superficies sin cepillar esto incluye la lengua. ³⁷ El orden, el tiempo y la frecuencia es importante para un adecuado cepillado, el cepillado debe ser de unos 3 minutos y lo ideal es hacerlo posteriormente de cada comida (desayuno, almuerzo y cena) o como mínimo 2 veces al día. La eliminación de la placa antes de ingerir alimentos hace que se produzca un bajo PH iniciadora del proceso de desmineralización. ¹⁶

Por lo tanto, todo especialista tiene como deber conocer los diferentes tipos de cepillos que existen, así como los complementos necesarios para la higiene bucal, mostrando la técnica de cepillado de una manera fácil sencilla, dando los debidos conocimientos sobre el cepillado dentario y la aplicación de este.³⁸

Existen estudios que se han realizado en diferentes lugares del mundo mostrando porcentajes sobre la frecuencia de cepillado dental, estos estudios presentan frecuencias que varían entre 31% a 89% para países de Asia, África y Oceanía.³⁸

Según el estudio de Kusela *et al.*³⁸ (1994), que incluye a más de 20 países europeos, los porcentajes de niños que se cepillaban más de una vez al día fue de 83 % en Suecia y Dinamarca y el 34 % en Rusia y Lituania. Así como un estudio de hábitos de cepillado en Sinaloa- México, el porcentaje de cepillado de al menos de una vez al día en niños de 6 a 12 años fue de 56.3%.

Un estudio realizado en el estado Chablekal Yucatán³⁹, mostro que solo un 4% de la población (3165 habitante), tenía el habito de utilizar el cepillado dental, se observó que la mayoría se cepilla los dientes después de cada alimento, y después de las comidas y principalmente antes de ir a la cama.

Según Otero y Proaño⁴⁰ (Perú; 2000) realizaron un estudio en el Servicio Militar donde, se observó que solo 65.3% de sujetos se cepilla dos veces por día y el 3.4% utilizan sustitutos domésticos como: hilo de coser, palitos de dientes o fósforos y alguna sal común con la idea de higienizar sus dientes.

Según Abeg⁴¹ (Brasil; 1997) estudió los hábitos orales de trabajadores del Brasil y concluyó que la mayoría se cepilla con una frecuencia de tres veces por día; menos de 1% reportó hacerlo una vez al día. El 67.5% manifestaron haber usado hilo dental y 54.6% utilizaron palitos de dientes y este hábito aumenta con el incremento de la edad. No se ha encontrado estudios a nivel nacional que nos indique los hábitos de cepillado dental en el Perú, por lo tanto, es importante dar a conocer acerca de ello

para tener un panorama nacional, sobre el porcentaje de la población que acude a estos servicios.

III.4 Encuesta demográfica y de salud familiar:

Es una de las investigaciones estadística más importantes que ejecuta de manera continua el Instituto Nacional de Estadística e Informática, que se realiza en el marco del programa mundial de las Encuestas de Demografía y Salud que viene ejecutando en el país desde el año 1986, Bajo el modelo MEASURE-DHS estas encuestas se realizaron, aproximadamente, cada cinco años: ENDES I (1986), ENDES II (1991-92), ENDES III (1996) y ENDES IV (2000). En el año 2004, la encuesta pasó a un diseño de encuesta continua para un periodo de cinco años (ENDES 2004-2008), y en el año 2009 a un diseño de encuesta continua para un periodo de tres años (ENDES 2009-2011 y (ENDES 2012-2014). Desde el año 2013 se implementó, en la encuesta, nuevos temas de salud que están relacionados a las enfermedades no transmisibles, prevención y control del cáncer, así como la identificación de enfermedades transmisibles que afectan a las mujeres y hombres de 15 años y más de edad.⁴⁹

Desde el 2010, la ENDES brinda información actualizada sobre la población afectada y si actualmente recibe tratamiento, para la evaluación y formulación de programas de salud orientados a disminuir la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles.⁴⁹

El método de recolección de datos es por Entrevista Directa, con personal adecuadamente capacitado y entrenado para tal fin y que visitó las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información. Esta investigación estadística, se ejecutó entre los meses de marzo a diciembre del año 2014 a una muestra de 29 mil 941 viviendas del país, entrevistándose a de 24 mil 800 mujeres en edad fértil, es decir de 15 a 49 años de edad y a 10 mil 16 niños.⁵⁰

Sus resultados se ponen a disposición de autoridades de gobierno, entidades públicas, centros de investigación y universidades. Los resultados brindan información acerca salud reproductiva y salud materna e infantil, prevalencia de uso de métodos

anticonceptivos, atención del embarazo y del parto; inmunizaciones; prevalencia de ciertas enfermedades en la población infantil; peso y talla de niños menores de cinco años y sus madres; peso y talla para mujeres embarazadas, con o sin niños menores de cinco años; conocimiento y formas de prevenir el SIDA y violencia intrafamiliar.

50

III.5 Determinantes sociales de Salud

Los Determinantes sociales de la salud son condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y dependen de las políticas adoptadas.⁵¹

La Organización Mundial de la Salud, creó una comisión encargada de instituir, a través de evidencia, como la distribución social afecta a la salud de la población, y que es lo que el gobierno y salud pública pueden hacer al respecto, para ello se realizó un cuadro que reuniera elementos sociales, económicos y políticos dando como origen un grupo de posiciones socioeconómicas y estratificación de poblaciones de acuerdo a ingresos, educación, ocupación, genero, raza o etnia. Estos enfoques socioeconómicos forman como resultado determinante específicos de estados de salud o factores intermediarios, que reflejan el lugar de las personas en una jerarquía social. En base a diferentes estados sociales, las personas experimentan vulnerabilidad a condiciones que pueden ser perjudiciales para su salud.⁵²

En el Perú, en los últimos años, se han dado grandes gestiones para fortificar la promoción de la salud con una orientación moderna, que se propaga a los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la simple aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta o estilo de vida de cada individuo. Las autoridades del Ministerio de Salud, con clara visión de sus contenidos, han impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con los determinantes sociales de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública. Algo se ha avanzado en la nada fácil tarea de traducir esta concepción en la práctica sanitaria.⁵³

IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general

Determinar los hábitos de cepillado dental de 1 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar los hábitos de cepillado dental en niños de 1 a 11 años por departamentos según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.
2. Determinar los hábitos de cepillado en niños de 1 a 11 años por región natural según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2015.
3. Determinar los hábitos de cepillado en niños de 1 a 11 años por espacio geográfico según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú 2015
4. Determinar los hábitos de cepillado en niños de 1 a 11 años por quintiles de riqueza según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1. Diseño de estudio

Transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

V.2. Población y muestra

Serán los registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015, la cual tiene un total de 4375 registros de niños de 1 a 11 años de edad que han tenido acceso a los servicios odontológicos distribuidos en todos los departamentos del Perú.

V.3. Criterios de selección

V.3.1. Criterios de inclusión

Datos completos de niños de 1 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

V.3.2. Criterios de exclusión

Datos incompletos de la base de datos que no cuenten con las variables de estudio.

V.4. VARIABLES

| Variables | Definición conceptual | Dimensión | Definición operacional | Tipo | Indicadores | Escala | Valores |
|-------------------------|--|--|---|-------------|--|--------------------|---|
| Cepillado dental | Método de higiene que consiste en remover la placa bacteriana de los dientes mediante el uso del cepillo dental para prevenir enfermedades bucales | Si se lava los dientes con cepillo dental los niños de 1 a 11 años | Pregunta de la base de datos ENDES: ¿Se lava los dientes con cepillo dental? | Cualitativo | Experiencia de cepillado Habitudo de cepillado Frecuencia de cepillado | Dicotómica Nominal | 1.Si 2. No |
| | | Si se cepilla los dientes todos los días los niños de 1 a 11 años | ¿Se cepilla los dientes todos los días? | Cualitativo | | Dicotómica Nominal | 1.Si 2. No |
| | | Las veces que se cepilla al día los dientes | ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? | Cualitativo | | Politómica Ordinal | 1.una vez al día 2.Dos veces al día 3.Tres a más veces al día |

| Variables | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo | Escala | Valores |
|---------------------------|---|---|-------------|--------------------|---|
| Departamentos | División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa | Según lo indicado en la base de datos ENDES | Cualitativo | Politómica Nominal | Amazonas, Ancash, Apurímac Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali. |
| Región natural | Es cada una de las unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación constituye una región natural. | Según lo indicado en la base de datos ENDES | Cualitativo | Politómica Nominal | 1.Costa. 2.Sierra. 3.Selva. |
| Espacio geográfico | Es el entorno en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente. | Según lo indicado en la base de datos ENDES | Cualitativo | Politómica Nominal | 1. Rural. 2. Urbano. |
| Quintil de riqueza | Es la quinta parte de una población estadística ordenada de menor a mayor según el individuo más pobre al más rico de la población. | Según lo indicado en la base de datos ENDES | Cualitativo | Politómica Nominal | 1.Muy pobre 2.Pobre 3.Medio 4.Rico 5.Muy Rico |

V.5. Instrumento

Base de datos de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la sección de salud bucal para niñas y niños de 1 a 11 años. (Anexo 1).³⁵

V.6. Procedimientos y técnica de observación

El primero paso fue ingresar a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se encontró la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015, procediendo a descargar completamente y seleccionar las preguntas de Hábitos de cepillado dental salud en la población de niños de 1 a 11 años.

Además, se procedió a la depuración de la base de datos para obtener los registros finales y pasar al análisis correspondiente según las variables de estudio.

Finalmente, se construyeron tablas en función de los resultados encontrados; además se realizaron los mapas hechas por diseñador gráfico.

V.7. Plan de análisis

El estudio ejecuto un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas de las variables cualitativas, la prueba estadística bivariada fue Chi-cuadrado. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos. El estudio contó con un nivel de confianza de 95% y un $p < 0.05$. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v. 23.0.

V.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó luego de contar con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 9 de marzo del 2017 con código SIDISI N° 100542 (Anexo). En esta investigación se utilizó una base de datos de la ENDES es de acceso público y mantiene la confidencialidad de los participantes porque todo está codificado.

VI. RESULTADOS

De la base depurada se analizó la muestra que estuvo constituida por de 4375 registros de niños el rango de edades oscilo entre 1 a 11 años de edad que han tenido acceso a los servicios odontológicos distribuidos en todos los departamentos del Perú.

De acuerdo con los resultados según la encuesta ENDES, la mayor prevalencia de experiencia de cepillado fue de 87.8% (n=37639) con una diferencia de 12.2% (n=5222), que indica no cepillarse los dientes, y la mayor prevalencia de habito de cepillado diario fue de 84.1% (n=31636) y un 15.9% (n=31636), que indica que no tiene habito diario de cepillado dental, además se obtuvo que la mayor prevalencia de frecuencia de cepillado diario de 3 a más veces al día fue de 41.2% (n=13031) y los que solo se cepillaba un vez al día presentaron una prevalencia de 19.0% (n=6019) (Tabla 1).

Según departamento, el departamento que realizaba una mayor experiencia de cepillado fue San Martín con una prevalencia de 93.1%, (n=1647) la región que presentaba mayor habito de cepillado diario fue Loreto con una prevalencia de 94.7% (n=1876) evidenciándose que Amazonas tenía menos experiencia de cepillado con 81.9% (n=1508). El departamento de Junín fue el que menos habito de cepillado tiene, con una prevalencia de 71.4 % (n=366); según frecuencia de cepillado el departamento que realiza un cepillado diario de 3 veces a más al día fue Amazonas con 51.1% (n=678) y 37.8 % (n=276) los que se cepillan solo una vez al día en el departamento de Puno. Se encontró la asociación entre significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p < 0.01$) (Tabla 2).

Según región natural ,se observó que la región Costa tuvo mayor experiencia de cepillado con 89.7% (n=1479),y a la vez fue la que obtuvo mayor habito de cepillado diario con una prevalencia de 88.3% (n=13059) , la región que presento menos experiencia de cepillado fue la región Sierra con 86.0 % (n= 12625) ,así como también la que menos habito de cepillado diario tiene con 75.9 % (n=9573),

según frecuencia de cepillado diario la región Selva realizaba un cepillado de más de 3 veces al día con una prevalencia de 42.4% (n=3817), y la región que solo se cepillaba una vez al día fue la región sierra con una prevalencia de 21.9% (n=3683). Se encontró la asociación entre significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p<0.01$) (Tabla 3).

La región geográfica que tuvo mayor experiencia fue de cepillado y hábito de cepillado diario fue la región Urbana con una prevalencia de 89.8% (n= 24877) y 84.1% y la que menos experiencia de cepillado y hábito de cepillado diario fue la región rural con 84.1% (n=12762) y 80.3% (n=10250). Según frecuencia de cepillado la región rural realizaba un cepillado diario más de 3 veces al día con una prevalencia de 41.7% (n= 4271) y la región rural solo se cepillaba una sola vez con 20.4% (n= 2093). Se encontró la asociación entre significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p<0.01$) (Tabla 4).

Según quintiles de riqueza la población que se encontraba en la categoría del quintil 5 (muy rico) eran los que presentaban una mayor experiencia de cepillado, y a la vez un mayor hábito de cepillado diario con una prevalencia de 92.7% (n=3970) y 90.2% (n=3579), la población que menos experiencia y hábito de cepillado diario fue la población que se encontraban en la categoría quintil 1 (muy pobre), con una prevalencia de 83.1% (n=10996) y 81.8% (n=8922). Según frecuencia de cepillado la población que se encontraba en la categoría quintil 1 (muy pobre), realizan un cepillado de más de 3 veces al día con una prevalencia de 43.6% (n=3889) y la población que se encontraba en el quintil 2 (Pobre) solo se cepillaba una vez al día con una prevalencia de 20.1% (n=1643). Se encontró la asociación entre significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p<0.01$) (Tabla 5).

Tabla 1. Cepillado dental de 1 a 11 años a nivel nacional según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

| CEPILLADO | n | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Experiencia de cepillado | | |
| Si | 37639 | 87.8 |
| No | 5222 | 12.2 |
| Hábito de cepillado diario | | |
| Si | 31636 | 84.1 |
| No | 5992 | 15.9 |
| Frecuencia de cepillado diario | | |
| Una vez al día | 6019 | 19.0 |
| Dos veces al día | 12582 | 39.8 |
| Tres a más veces al día | 13031 | 41.2 |

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

Tabla 2. Cepillado dental de 1 a 11 años según departamento según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

| Departamento | Experiencia de cepillado | | | | Hábito de cepillado diario | | | | Frecuencia de cepillado diario | | | | | |
|---------------|--------------------------|------|-----|------|----------------------------|------|-----|------|--------------------------------|------|------------------|------|-------------------------|------|
| | Si | | No | | Si | | No | | Una vez al día | | Dos veces al día | | Tres a más veces al día | |
| | n | % | N | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Amazonas | 1508 | 81.9 | 333 | 18.1 | 1327 | 88.0 | 181 | 12.0 | 180 | 13.6 | 469 | 35.3 | 678 | 51.1 |
| Ancash | 1258 | 86.8 | 192 | 13.2 | 997 | 79.3 | 261 | 20.7 | 171 | 17.2 | 390 | 39.1 | 436 | 43.7 |
| Apurímac | 1285 | 87.4 | 185 | 12.6 | 903 | 70.3 | 381 | 29.7 | 140 | 15.5 | 352 | 39.0 | 411 | 45.5 |
| Arequipa | 1178 | 89.4 | 139 | 10.6 | 913 | 78.1 | 256 | 21.9 | 258 | 28.3 | 422 | 46.2 | 233 | 25.5 |
| Ayacucho | 1755 | 90.6 | 182 | 9.4 | 1288 | 73.4 | 466 | 26.6 | 236 | 18.3 | 516 | 40.1 | 536 | 41.6 |
| Cajamarca | 1270 | 88.4 | 167 | 11.6 | 1088 | 85.7 | 182 | 14.3 | 160 | 14.7 | 422 | 38.8 | 505 | 46.5 |
| Callao | 1420 | 92.0 | 123 | 8.0 | 1286 | 90.6 | 134 | 9.4 | 182 | 14.2 | 507 | 39.4 | 597 | 46.4 |
| Cusco | 1223 | 86.3 | 194 | 13.7 | 959 | 78.2 | 267 | 21.8 | 235 | 24.5 | 438 | 45.7 | 286 | 29.8 |
| Huancavelica | 1400 | 84.7 | 253 | 15.3 | 968 | 69.1 | 432 | 30.9 | 244 | 25.2 | 342 | 35.3 | 382 | 39.5 |
| Huánuco | 1575 | 87.7 | 220 | 12.3 | 1305 | 82.9 | 269 | 17.1 | 212 | 16.2 | 427 | 32.7 | 666 | 51.0 |
| Ica | 1357 | 85.5 | 230 | 14.5 | 1157 | 85.5 | 197 | 14.5 | 157 | 13.6 | 484 | 41.8 | 516 | 44.6 |
| Junín | 1278 | 84.3 | 238 | 15.7 | 913 | 71.4 | 366 | 28.6 | 217 | 23.8 | 320 | 35.0 | 376 | 41.2 |
| La Libertad | 1360 | 87.1 | 201 | 12.9 | 1198 | 88.0 | 163 | 12.0 | 209 | 17.4 | 475 | 39.6 | 514 | 42.9 |
| Lambayeque | 1499 | 88.5 | 194 | 11.5 | 1388 | 92.6 | 111 | 7.4 | 224 | 16.1 | 590 | 42.5 | 574 | 41.4 |
| Lima | 3931 | 90.4 | 417 | 9.6 | 3414 | 86.9 | 516 | 13.1 | 547 | 16.0 | 1399 | 41.0 | 1468 | 43.0 |
| Loreto | 1981 | 89.6 | 229 | 10.4 | 1876 | 94.7 | 105 | 5.3 | 315 | 16.8 | 745 | 39.8 | 814 | 43.4 |
| Madre de Dios | 1391 | 91.2 | 134 | 8.8 | 1181 | 84.9 | 210 | 15.1 | 274 | 23.2 | 512 | 43.4 | 394 | 33.4 |
| Moquegua | 1055 | 86.8 | 160 | 13.2 | 893 | 84.6 | 162 | 15.4 | 191 | 21.4 | 377 | 42.2 | 325 | 36.4 |
| Pasco | 1332 | 83.7 | 259 | 16.3 | 1094 | 82.2 | 237 | 17.8 | 206 | 18.8 | 330 | 30.2 | 558 | 51.0 |
| Piura | 1628 | 90.0 | 180 | 10.0 | 1485 | 91.2 | 143 | 8.8 | 268 | 18.0 | 580 | 39.1 | 637 | 42.9 |
| Puno | 1016 | 82.5 | 216 | 17.5 | 731 | 71.9 | 285 | 28.1 | 276 | 37.8 | 292 | 39.9 | 163 | 22.3 |
| San Martín | 1647 | 93.1 | 123 | 6.9 | 1471 | 89.3 | 176 | 10.7 | 247 | 16.8 | 597 | 40.6 | 627 | 42.6 |
| Tacna | 1130 | 89.3 | 136 | 10.7 | 897 | 79.4 | 233 | 20.6 | 217 | 24.2 | 415 | 46.3 | 265 | 29.5 |
| Tumbes | 1490 | 90.4 | 159 | 9.6 | 1365 | 91.6 | 125 | 8.4 | 238 | 17.4 | 582 | 42.6 | 545 | 39.9 |
| Ucayali | 1672 | 82.4 | 358 | 17.6 | 1539 | 92.0 | 134 | 8.0 | 415 | 27.0 | 599 | 38.9 | 525 | 34.1 |

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

*Chi-cuadrado, significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p < 0.01$).

Tabla 3. Cepillado dental de 1 a 11 años según región natural según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

| Región natural | Experiencia de cepillado | | | | Hábito de cepillado diario | | | | Frecuencia de cepillado diario | | | | | |
|----------------|--------------------------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|--------------------------------|------|------------------|------|-------------------------|------|
| | Si | | No | | Si | | No | | Una vez al día | | Dos veces al día | | Tres a más veces al día | |
| | n | % | N | % | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Costa | 14792 | 89.7 | 1690 | 10.3 | 13059 | 88.3 | 1727 | 11.7 | 2222 | 17.0 | 5416 | 41.5 | 5421 | 41.5 |
| Sierra | 12625 | 86.0 | 2053 | 14.0 | 9573 | 75.9 | 3045 | 24.1 | 2096 | 21.9 | 3683 | 38.5 | 3793 | 39.6 |
| Selva | 10222 | 87.4 | 1479 | 12.6 | 9004 | 88.1 | 1220 | 11.9 | 1701 | 18.9 | 3483 | 38.7 | 3817 | 42.4 |

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

*Chi-cuadrado, significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p < 0.01$).

Tabla 4. Cepillado dental de 1 a 11 años según espacio geográfico según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

| Región geográfica | Experiencia de cepillado | | | | Hábito de cepillado diario | | | | Frecuencia de cepillado diario | | | | | |
|-------------------|--------------------------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|--------------------------------|------|------------------|------|-------------------------|------|
| | Si | | No | | Si | | No | | Una vez al día | | Dos veces al día | | Tres a más veces al día | |
| | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Urbano | 24877 | 89.8 | 2817 | 10.2 | 21386 | 86.0 | 3481 | 14.0 | 3926 | 18.4 | 8697 | 40.7 | 8760 | 41.0 |
| Rural | 12762 | 84.1 | 2405 | 15.9 | 10250 | 80.3 | 2511 | 19.7 | 2093 | 20.4 | 3885 | 37.9 | 4271 | 41.7 |

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

*Chi-cuadrado, significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p < 0.01$).

Tabla 5. Cepillado dental de 1 a 11 años según quintiles de pobreza según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Perú, 2015.

| Quintil de riqueza | Experiencia de cepillado | | | | Hábito de cepillado diario | | | | Frecuencia de cepillado diario | | | | | |
|--------------------|--------------------------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|--------------------------------|------|------------------|------|-------------------------|------|
| | Si | | No | | Si | | No | | Una vez al día | | Dos veces al día | | Tres a más veces al día | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Muy pobre (Q1) | 10996 | 83.1 | 2240 | 16.9 | 8922 | 81.1 | 2077 | 18.9 | 1735 | 19.4 | 3297 | 37.0 | 3889 | 43.6 |
| Pobre (Q2) | 9850 | 88.4 | 1293 | 11.6 | 8131 | 82.6 | 1717 | 17.4 | 1643 | 20.2 | 3160 | 38.9 | 3326 | 40.9 |
| Medio (Q3) | 7324 | 89.7 | 845 | 10.3 | 6209 | 84.9 | 1106 | 15.1 | 1204 | 19.4 | 2515 | 40.5 | 2490 | 40.1 |
| Rico (Q4) | 5499 | 91.2 | 532 | 8.8 | 4795 | 87.2 | 702 | 12.8 | 889 | 18.5 | 2075 | 43.3 | 1831 | 38.2 |
| Muy Rico (Q5) | 3970 | 92.7 | 312 | 7.3 | 3579 | 90.2 | 390 | 9.8 | 548 | 15.3 | 1535 | 42.9 | 1495 | 41.8 |

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

*Chi-cuadrado, significancia estadística en experiencia de cepillado general, hábito de cepillado diario y frecuencia de cepillado diario ($p < 0.01$).

VII. DISCUSIÓN

La mayoría de los problemas orales, principalmente las caries y la gingivitis son el resultado de una mala higiene oral, por otro lado, la salud oral afecta significativamente la salud general y la calidad de vida, es por ello que tener un hábito diario de cepillado dental puede prevenir dichos problemas.²²

De acuerdo a los resultados, el presente estudio encontró una prevalencia de 87.8% (n=37639) según experiencia de cepillado, con una diferencia de 12.2% (n=5222), que indica no cepillarse los dientes, y la mayor prevalencia de hábito de cepillado diario fue de 84.1% (n=31636) y un 15.9% (n=31636), que indica que no tiene hábito diario de cepillado dental.

Además, se obtuvo que la mayor prevalencia de frecuencia de cepillado diario de 3 a más veces al día fue de 41.2% (n=13031), los que se cepillan dos veces al día mostraron un 39.8% (n=12582) y los que solo se cepillaba una vez al día presentaron una prevalencia de 19.0% (n=6019).

Dichos resultados encontrados en este estudio son similares al estudio de Madrid⁷ (Perú; 2010), que evaluó a una población de 225 niños entre 6, 12 y 15 años. Los resultados mostraron que el cepillado diario más de una vez al día fue realizado por el 46.7 % de los escolares y solo una vez al día fue el 21.3 %, un 10.7 % no se cepillaba nunca y un 20.0 % lo hace de vez en cuando. Pero estos resultados incluyendo el del estudio, son muy bajos comparados con el estudio de Almarich⁴² (2004) donde realizó una encuesta de hábitos para evaluar la evolución en el periodo 1998-2004, con un total de 478 escolares de 12 años y 401 escolares de 15-16 años de la comunidad Valenciana; en el que se encontró porcentajes en cuanto al cepillado dental diario de las cuales se incrementa ligeramente al pasar de un 73,9 % en 1998 a un 78.7% de los escolares de 12 años en 2004. Excepto al porcentaje de escolares que manifiesta no cepillarse nunca, que se ha reducido de un 20 % a un 12 % al pasar de los 6 años a los 15 años. En el presente estudio los porcentajes de niños que se cepillaban más de una vez al día fue de 41.2 % frente al de Chen⁴³ que realizó un estudio internacional de la OMS llevado a cabo en colaboración con el

Center of Health Administration Studies de la Universidad de Chicago que recogía encuestas realizadas entre 1988 y 1992 que muestran porcentajes de niños que se cepillaban más de una vez al día que oscilan entre el 46 % y 73 %.

Es importante mencionar lo hallado por Rivera *et al.*⁸ (México; 2005) estudio una muestra de 128 estudiantes; la frecuencia de cepillado diario encontrada en este estudio fue de 100% mucho mayor al del estudio, esto se debe a que el 66% de la población estudiada pertenecía a un nivel socioeconómico de nivel muy bajo y presentaba una prevalencia de 97 % de caries dental pero un 40.7% realizaba un cepillado de tres veces al día, este resultado es igual al del estudio.

En otro estudio de Bradwaj (India; 2013)⁴⁴ estudio a una población de 276 escolares mostrando que 93.1% (n=257) tenían uso del cepillo dental o experiencia de cepillado similar al estudio, pero se observó que 79.7% (n= 220) se cepillaba los dientes una vez al día, este dato es mayor al del estudio, pero en cuanto a frecuencia de cepillado un 20.3% (n=56) se cepillaban dos veces el día, por lo que es menor al estudio.

De similar forma, Kusela *et al.*^{7,38} (Europa; 1994) estudio a 20 países europeos, los porcentajes de niños que se cepillaban más de una vez al día fue de 83 % en Suecia y Dinamarca y el 34 % en Rusia y Lituania. Así como un estudio de hábitos de cepillado en Sinaloa- México, el porcentaje de cepillado de al menos de una vez al día en niños de 6 a 12 años fue de 56.3%, por lo que estos difieren al estudiado.

Otro trabajo fue el de Mashoto *et al.*⁴⁵ (Tanzania; 2010), quienes reportaron que el 21.9% de su población de escolares, nunca se cepillaron los dientes y sólo 32.9% cumplieron los criterios estándar para el cepillado de dientes. Bcheraoui⁴⁶ (Arabia; 2013) estudio a una población de 10.735 en Arabia Saudita, observando que los escolares que solo habían visitado, aunque sea una vez al dentista presentaban un 96.63% (n=2009), los que nunca se cepillaban los dientes 93.57% (n=1191), los que se cepillaban menos de una vez 89.17% (n=3245) los que se cepillaban solo una vez y 82.25 % (n=2924) los que se cepillaban dos o más veces al día. Estos

resultados demuestran que los valores son variados según la localidad y población de estudio, pero guardan concordancia entre ellos.

Un estudio realizado por Rodríguez ³⁹(Yucatán;2006) mostró que solo un 4% de la población (3165 habitante), tenía el habito de utilizar el cepillado dental, se observó que la mayoría se cepilla los dientes después de cada alimento, y después de las comidas y principalmente antes de ir a la cama. Folayan ⁴⁷ (Nigeria;2014) estudio a una población de 324 niños de 8 a 12 años en los suburbios de Nigeria, mostrando que un 9.0 % (n= 29), se cepillan más de una vez y 91.0 % (n=296) no se cepillan los dientes. Haciendo la comparación con los valores del estudio observamos que estos son menores al estudio.

También encontramos estudios en Lima de Otero y Proaño⁴⁰ (Perú; 2000) con una prevalencia mayor al estudiado los resultados arrojaron que solo el 65.3% de sujetos se cepilla dos veces al día y el 0.8 % ninguna vez, siendo este resultado menor al de la investigación que fue de un 12.2 %.

Posteriormente, Azgari ²² (Irán; 2011), evaluó a una población iraní de 12.105 individuos de 6-70 años de edad, mostraron que los niños de 6 a 14 años de edad solo el 14.3% (n=179) se cepillan los dientes dos veces al día o más, un 32.5% (n=35) no se cepillan los dientes. Además, se observó que las mujeres iraníes mantienen sus dientes más limpios que los hombres, pero, según habito de cepillado diario fue significativamente mayor en los hombres en comparación con las mujeres (hombres: 39.7%, mujeres: 25.0%, $P < 0,001$) concluyendo que sus resultados son menores según habito de cepillado diario ya que el estudio mostro un 84.1 %.

En la presente investigación se obtuvo que, entre las regiones geográfica, la que tuvo mayor habito de cepillado fue la región urbana según experiencia de cepillado y habito de cepillado diario con una prevalencia de 89.8% (n= 24877) y 84.1% y la que menos experiencia de cepillado y habito de cepillado diario fue la región rural con 84.1% (n=12762) y 80.3%(n=10250). Según frecuencia de cepillado la región urbana realizaba un cepillado diario más de 3 veces al día con una prevalencia de

80.3% (n=8760) y la región rural solo se cepillaba una sola vez con 20.4% (n=2093). En el estudio anterior de Azgari ²² (Irán ;2011), evaluó regiones rurales y urbanas llego a la conclusión que lo, ciudadanos urbanos son casi tres veces más propensos a cuidar sus dientes con un porcentaje de 2,9% en región rural y el 6.9% en región urbana. Artazcos⁴⁸ (Navarra;2007) estudio a una población donde se observó que las regiones urbanas tienen mayor hábito de cepillado con un 68.4% y la que menos hábito de cepillado fue la región rural con un 52.1 %. Por lo que ambos r son similares al estudio.

Según quintiles de riqueza la población que se encontraba en la categoría del quintil 5 (muy rico) eran los que presentaban una mayor experiencia de cepillado, y a la vez un mayor hábito de cepillado diario con una prevalencia de 92.7% (n=3970) y 90.2%(n=3579), la población que menos experiencia y hábito de cepillado diario fue la población que se encontraban en la categoría quintil 1 (muy pobre), con una prevalencia de 83.1% (n=10996) y 81.8% (n=8922). Según Azgari ²² (Irán; 2011) evaluó los determinantes socioeconómicos a nivel mundial, concluyendo que la mayor carga de enfermedades orales es de los socialmente marginados o personas de bajos recursos. Estos resultados incluyendo al del estudio, se debe a que son unos los factores más influyentes en los hábitos de cuidado dental, teniendo en cuenta el hábito de cepillado dental son menos comunes entre las personas que tienen un estatus económico bajo.

Los resultados indican que el hábito del cepillado en el Perú entre los de 1 a 11 años son mayores en la zona urbana, por ello, es necesario el énfasis de la promoción de la practica en la zona rural; por lo que 86.0% de la población que habita en una zona rural no tiene un hábito de cepillado diario.

Una de las principales limitaciones de la investigación es la imposibilidad de caracterizar la muestra según edades y sexo, lo cual hubiera podido describir detalladamente el comportamiento del hábito según grupos, esto es debido a que la base de datos analizada sólo contemplaba los valores de respuesta.

A pesar de ello, este estudio es de suma importancia porque no existen antecedentes de investigaciones de hábito de cepillado dental según la encuesta demográfica a nivel nacional en el Perú. Se necesita establecer en el futuro una evaluación de los hábitos de higiene de cepillado dental. Esto afirma que el presente estudio es el primer en ser realizado, justificando los resultados la necesidad de realizar mayores estudios a nivel nacional con otros enfoques que permitan caracterizar los hábitos de cepillado, con la finalidad de ser utilizados para la mejora de la salud oral en Perú y así contribuir a una mejor calidad de vida.

VIII. CONCLUSIONES

De forma general se concluye que:

La mayoría de niños de 1 a 11 años de edad tiene experiencia de cepillado dental, tiene hábito de cepillado dental diario y se cepillan los dientes tres a más veces al día según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

De forma específica se concluye que:

1. El departamento de San Martín tiene la mayor experiencia de cepillado dental, Loreto tiene el mayor hábito de cepillado dental diario y Amazonas tiene la mayor frecuencia de cepillarse los dientes tres a más veces al día según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
2. La región natural de Costa tiene la mayor experiencia de cepillado dental y mayor hábito de cepillado dental diario y la región Selva tiene la mayor frecuencia de cepillarse los dientes tres a más veces al día según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
3. El espacio geográfico la población Urbana tiene la mayor experiencia de cepillado dental, la población Rural tiene el mayor hábito de cepillado dental diario y a la vez tiene la mayor frecuencia de cepillarse los dientes tres a más veces al día según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
4. El quintil de riqueza 5 (Muy rico) tiene la mayor experiencia de cepillado dental y mayor hábito de cepillado dental diario y el Quintil 1 (Muy pobre) tiene la mayor frecuencia de cepillarse los dientes tres a más veces al día según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

VIV. RECOMENDACIONES

1. Realizar futuras investigaciones teniendo en cuenta las variables del presente estudio y asociarlas con otras variables incluidas en la ENDES.
2. Promover programas de promoción de la salud y prevención de caries dental e higiene oral que permitan mejorar los resultados obtenidos y crear una mejor conciencia sobre la relación entre los hábitos de cepillado oral en el Perú.
3. Realizar estudios que permitan evidenciar la evolución de los datos obtenidos en la presente investigación, con el fin de poder contribuir con el mejor entendimiento de la relación entre los determinantes de la salud y la salud bucal de las personas.
4. Recomendar al ENDES una mejor redacción y organización en el implemento de sus encuestas, ya que el uso del cepillado dental se realiza a partir de los 8 años de edad y no menos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, 2004: Organización Mundial de la Salud;2014.
2. Minsa protege la salud bucal de 8 mil estudiantes de secundaria de la Amazonía ;2016(Consultado el 5 de agosto del 2016). Disponible en URL:<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18771>.
3. Uribe S, Gómez S, Mariño R, Ortiz M, Revisión sistemática sobre el uso de pastas fluoradas en prescolares. Disponible en URL: https://www.researchgate.net/publication/267098235_Revision_sistemica_sobre_el_uso_de_pastas_dentales_fluoradas_en_preescolares__Systematic_review_on_the_use_of_fluoride_toothpastes_in_preschool_children.
4. Castañeda M, Peña S. Estado nutricional y prevalencia de Caries dental en niños de 9-12 años Actualidad Odontológica Salud. 2015; 12 (1) :1-16.
5. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 ;23(2):101-108.
6. Ysla R, Pareja M. Eficacia del cepillado dental en la remoción del Biofilm en niños de 6 a 12 años de la institución educativa Andrés Bello. Kiru 2011; 8(2):1-6.
7. Madrid M, Castro A, Echeandia J, Villavicencio J, Cuentas A, Vásquez R. Hábitos higiénicos orales en escolares de Pachacutec, Ventanilla, Callao. Odontología Sanmarquina.2010; 13(2): 26-29.
8. Rivera G, Martínez Hernández E. Caries dental e Higiene bucal en adolescentes. Revista ADM.2006; 63(6): 231-234.
9. Núñez García L. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010;9(2) 156-166.
10. Ponce C. Prevalencia de caries dental y su relación con los hábitos alimenticios y de higiene bucal en infantes de 06 a 36 meses de edad en el programa Cred, Distritos de Hunter y Socabaya, Arequipa, 2010 [Tesis de Bachiller]. [Ecuador]: Universidad Católica Santa María ;2010.
11. Cuadrado D, Gómez J. Cariología: El manejo contemporáneo de la caries dental facultad de estudios superiores Iztacala. Universidad nacional autónoma de México, (Consultado :9 de diciembre del 2016). Disponible en URL:<https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=563aaf316225ffbac18b4567&assetKey=AS%3A292238572703748%401446686513597>.
12. García G. Caries de Infancia Temprana en niños menores de 5 años de edad del distrito de Socos, departamento de Ayacucho-Perú, en el año 2014. [Tesis de Titulación]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia ,2014.
13. Real C. Hábitos de Higiene Bucal y caries dental en los adolescentes de la comunidad de Guachana del Cantón Guaranda provincia de bolívar durante el periodo de Octubre-Diciembre del 2013 [Tesis de Especialidad] [Guaranda]: Universidad Estatal de Bolivar;2014.

14. Dental Tribune Hispanic & Latin America: la caries dental de hoy, 2011. Disponible en URL: <http://zwp-online.info/epaper/pub/4c88eed2de4ed/epaper/ausgabe.pdf>.
15. Figueroa G, Alonso G, Acevedo A. Microorganismos presentes en las diferentes etapas de la progresión de la lesión de caries dental. *Acta Odontológica Venezolana* 2009; 47(1):1-13.
16. Baca P, Bravo P. Control mecánico de biopelículas orales Disponible en URL: <http://www.ugr.es/~pbaca/p3controlmecanicodebiopelículasorales/02e60099f41037309/prac03.pdf>.
17. Vaisman B, Martínez M. Asesoramiento dietético para el control de Caries en niños. Disponible en url: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp.
18. Aliaga N. Métodos de evaluación de dieta cariogénica. [Tesis de Titulación] [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2010.
19. Ragas R, Tineo P. Administración de fluoruros en salud pública en el Perú. Debilidades y obstáculos. *Rev Estomatol Herediana*. 2015; 25(1):78-83.
20. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana*. 2013 ;23(2):101-108.
21. Contreras J, De la Cruz D, Castillo I, Arteaga M, Dentífricos Fluorados :Composición. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. 2014; 17(2):114-119.
22. Asgari F, Majidi A, Koohpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non communicable diseases. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Jan 30;4(6):343-52.
23. Marinho V, Higgins J, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. (Consultado: 7 de Junio del 2016) Disponible en URL: <https://www.researchgate.net/publication/7724520>.
24. Walsh T, Worthington H, Glenny A, Appelbe P, Marinho V, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. 2010. Disponible en URL: www.cochranelibrary.com.
25. Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC). Bogotá: Guía de práctica clínica en salud oral higiene oral: secretaría distrital de salud Institución Universitaria Colegios de Colombia, 2010.
26. Crespo M, Riesgo Y, Lobaina Y, Torres P, Márquez M. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. *Motivaciones, Medisan*. 2009;13(11):1-13.
27. Ávila S. Influencia del programa educativo “Sonríe Feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, Distrito de Mala. [Tesis de Titulación] [Perú]: Universidad Nacional Federico Villareal, 2009.

28. Hernández S, Molina N, Rodrigues R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica México* 2008; 29(1): 21-4.
29. Mattos M, Melgar R. Riesgo de caries dental. *Rev Estomatol Herediana* .2004; 14(12): 101 - 106.
30. Navarro S. Higiene bucal y la incidencia en la presencia de caries y pérdida dental de primeros molares permanentes en niños de 7 a 12 años de la unidad educativa “Louis Víctor Broglie” en el período 2014-2015”. [Tesis de Titulación] [Quito]: Universidad Central de Ecuador ,2015.
31. Nápoles I, Fernández M, Jiménez P. Evolución Histórica del Cepillado Dental. *Rev cubana Estomatol*. 2015;52(2):71-77.
32. López P, Díaz Comparación de la eficacia de dos métodos de higiene bucal en bebés: Gasa humedecida y Cepillado dental. Seguimiento durante un mes. *Rev Estomatol Herediana*.2011; 21(4):197-204.
33. Gil F, Aguilar M, Cñaamas M, Ibáñez P. Bucodental: El cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración* 2005;(9):43-58.
34. Yncio S. 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 Essalud Rímac de marzo a mayo 2008”. [Tesis de Titulación] [Perú]: Universidad Inca Garcilazo de la Vega ,2009.
35. Nápoles I, Fernández M, Jiménez P. Evolución Histórica del Cepillado Dental. *Rev cubana Estomatol*. 2015;52(2):71-77.
36. Ministerio de salud. Minsa protege la salud bucal de 8 mil estudiantes de secundaria de la Amazonia. Lima: Ministerio de salud; 2016. (Consultado:14 de Septiembre 2016) Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18771>.
37. Vallejo J. Estado de salud Oral de los niños de Primer grado de la escuela Josefina López Bonilla Santa Cruz, Guanacaste”. [Tesis de Titulación] [PAIS]: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología;2009.
38. Hernández C, Medina C, Robles N, Mendoza M, Veras M, Santillana R, Escoffíé M, Márquez S. Uso de auxiliares para la higiene bucal y su distribución por edad y sexo en escolares de seis a 12 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*.2014;66(2):157-163.
39. Rodríguez Y, Manzanilla N, Suchite S, Castañeda X. Higiene bucal y uso de servicios odontológicos en la secundaria no.86 de Chablekal, Yacatán. *Revista Oral*. 2010,11(2): 23-4.
40. Otero J, Proaño D. Prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en Servicio Militar en Lima en el año 2000. *Rev Estomatol Herediana*. 2005;15(1): 11 -7.
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Base de datos de encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. (Consultado el 19 de 09 de 2016). Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.

42. Almarich J, Montiel J. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004) RCOE, 2006. 11(2) :195-201.
43. Chen N, Andersen M, Barmes E, Leclercq H, Lyttle S. Comparing Oral Health Care Systems: a second international collaborative study World Health Organization: Geneva. 1997.
44. Bhardwaj VK, Sharma KR, Luthra RP, Jhingta P, Sharma D, Justa A. Impact of school-based oral health education program on oral health of 12 and 15 years old school children. J Educ Health Promot. 2013 Jul 31; 2:33.
45. Mashoto KO, Astrom AN, Skeie MS, Masalu JR. Socio-demographic in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. BMC Oral Health. 2010 Apr 20; 10:7.
46. El Bcheraoui C, Tuffaha M, Daoud F, et al. Use of dental clinics and oral hygiene practices in the Kingdom of Saudi Arabia, 2013. International Dental Journal. 2016;66(2):99-104.
47. Folayan M, Kolawole A, Oyedele T, et al. Asociación entre el conocimiento de la caries práctica preventiva, hábitos de salud oral preventivo de padres e hijos y la experiencia de caries en los niños residentes en Nigeria suburbana. BMC Oral Health. 2014; 14: 156.
48. Artázcoz J, Cortés, F, Rosel E, González P, Bravo M Percepción y hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes de Navarra, 2007. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, 33(1).
49. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (Consultado el 20 de Noviembre de 2016). Disponible en URL: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/anthist.asp>.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática; (Consultado el 27 de Febrero de 2016). Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
51. Lip C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima, Perú: OPS/OMS en Perú; 2005.
52. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2008. (Consultado el 2 de Enero de 2017) . Disponible en URL http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/.
53. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Washington, D.C; 2008.
54. Higiene pública - Real Academia Española. Diccionario Usua Consultado el 18 de marzo de 2017). Disponible en URL: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=KNL4lw>.
55. Los hábitos de higiene oral. (Consultado 2 de noviembre del 2017) Disponible en URL: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf> .

ANEXOS

Anexo 1

Sección salud bucal ENDES 2015

| SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 808 | VERIFIQUE PREGUNTA 802D | DE 1 A 11 AÑOS | MENOR DE 1 AÑO | DE 1 A 11 AÑOS | MENOR DE 1 AÑO |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PASE A 838A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PASE A 838A |
| 809 | ¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental? | SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ← |
| 810 | ¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días? | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ← | SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ← |
| 811 | ¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes? | UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4 | UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4 | UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4 | UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4 |

Anexo 2

Departamentos según región natural

