



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES  
CHIMBOTE**

**ESCUELA DE POS GRADO**

PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO  
PROMOCIONAL DE LA SALUD BUCAL Y  
CONOCIMIENTO EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS,  
INSTITUCION EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS  
RIOS. DISTRITO LA ESPERANZA 2012

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA**

**MARLENE MEDINA ANTAYA**

**ASESORA:**

**Dra. NELIDA CANTUARIAS NORIEGA**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

# **JURADO EVALUADOR**

**DRA. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA**

Presidenta

**Mg . ELCIRA LEONOR GRADOS URCIA.**

**Secretario**

**Mg . EVA MARIA ARÉVALO VALDIEZO.**

**Miembro**

## AGRADECIMIENTO

Durante todos estos años he conocido y compartido momentos con muchas personas que me han apoyado, no solo en lo académico y en lo científico, sino también en lo personal, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justa y consecuente expresándoles mi agradecimiento.

A la Dra. Nélide Cantuarias, de manera especial y sincera, por el apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador

## DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por darme la vida y la oportunidad de poder culminar la carrera de maestría

A mis padres Marino y Virginia, por sus buenas enseñanzas, por ser mis guías, por sus consejos y apoyo incondicional en todo momento de mi existencia.

A mi hija Luciana, por haber llegado a mi vida en el momento más oportuno y ser el motor de mi vida y la luz de mis ojos. Todo el amor para ella, ocupa el primer lugar en mi vida.

A mi esposo Víctor quien me apoyó en la recuperación de Lucianita, cabe resaltar su comprensión incondicional en el bienestar de mi familia y permitir que culmine mis estudios de maestría.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa educativo sobre “Salud Bucal” en el nivel de conocimiento en niños de 8 a 12 años de la II.E. Telmo Hoyle de los Ríos La Esperanza 2012. La Metodología fue tipo cuantitativo, de diseño cuasiexperimental, pre test – post test en un solo grupo. La muestra estuvo conformada por 65 alumnos del nivel primario. La entrevista se realizó aplicando el instrumento estructurado y elaborado por la autora. Se encontró que el nivel de conocimiento en niños y niñas antes del programa educativo preventivo promocional de la salud oral fue regular en el 52,3%, malo en el 24,6% y bueno en el 23,1%. Mientras que después del programa fue bueno en el 70,8% de ellos y regular en el 29,2%. Concluyéndose que el programa educativo promocional de la salud oral fue eficaz debido a que mejoró el nivel de conocimiento de los niños con diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0.001$ )

**Palabras clave:** Prevención de la salud bucal, nivel de conocimiento, programa educativo

## ASBTRACT

This research aims to determine the effectiveness of the educational program on "Oral Health" in the level of knowledge in children of 8-12 years of I.E. Hoyle Telmo Rivers La Esperanza 2012. The methodology was quantitative, quasi-experimental design, pre test - post test in one group. The sample consisted of 65 students at the primary level. The interview was conducted using the structured instrument developed by the author. It was found that the level of knowledge in children before the promotional preventive oral health education program was adjusted in 52.3%, 24.6% wrong and good in 23.1%. While after the program was good in 70.8% of them and 29.2% regular. Concluding that the promotional educational oral health program was effective because it improved the level of knowledge of children with statistically significant difference ( $P < 0.001$ )

Keywords: Prevention of oral health, level of knowledge, education program

## INDICE

I.- INTRODUCCIÓN .....	01
II.- MARCO TEORICO .....	06
2.1. Bases conceptuales .....	06
2.2. Bases Teóricas .....	16
2.3 Antecedentes.....	20
2.4 Hipótesis .....	26
2.5 Variables.....	26
III.- METODOLOGIA .....	27
3.1. Tipo y Diseño de investigación .....	27
3.2. Población y muestra .....	27
3.3. Definición y Operacionalización de las variables y los indicadores .....	29
3.4. Técnicas e instrumentos .....	30
3.5 Plan de análisis .....	33
3.6. Principios éticos.....	33
IV.- RESULTADOS.....	36
4.1. Resultados .....	36
4.2. Análisis de Resultados.....	42
V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	51
5.1. Conclusiones .....	51
5.2. Recomendaciones .....	52
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
VII.- ANEXOS .....	59

## INDICE DE TABLAS

**TABLA N°1:** Pg. 36

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA. 2012

**TABLA N° 2:** Pg.38

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA. 2012

**TABLA N°3:** Pg.40

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO DE LA SALUD ORAL EN RELACION AL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA 2012

## INDICE DE GRÁFICOS

**GRAFICA N°1:** Pg. 37

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA. 2012

**GRAFICA N°2:** Pg.39

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA. 2012

**GRAFICA N°3:** Pg.41

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO DE LA SALUD ORAL EN RELACION AL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS EN LA ESPERANZA 2012

## **I.- INTRODUCCION**

La Salud bucal Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño y niñas, para mantener una buena salud bucal. En el niño desde que inicia la dentición mixta, es necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y además entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

La Salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, entre otros aspectos, el estado bucal favorable. Esto facilita las relaciones sociales y actividades del desempeño diario como las acciones de deglutir, masticar, estudiar y trabajar, como también mantener una autoestima favorable. El deterioro de la salud bucal puede afectar a otros sistemas y funciones del organismo; al bebé en gestación, dificulta la alimentación en los niños, además de complicar a otras enfermedades existentes conforme avanza la edad como las infecciones respiratorias, renales, diabetes, etc. Es importante que las personas tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, así como también, prevenir las enfermedades bucales más frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares, (1).

La prevención de estos problemas de salud es la manera más efectiva de evitar su aparición, mediante medidas simples realizadas en el hogar, jardín infantil y escuela. La boca es una estructura compleja, que cumple funciones esenciales para la vida:

respiración, masticación, deglución, fonación y estética.

Entre las funciones sociales y de interacción del individuo, la boca y las estructuras que la conforman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa, y, además, complementa la estética facial de las personas. En el presente Estudio del programa educativo preventivo promocional tiene el propósito de mejorar la salud bucal de la población preescolar, de manera que se mantenga saludable y adquiera las herramientas necesarias para continuar esta condición. El objetivo planteado es determinar la efectividad del programa educativo preventivo promocional de la salud oral en relación al conocimiento en niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos - La Esperanza. 2012

Las experiencias a nivel internacional han demostrado que la entrega de conocimientos para el cuidado de la salud bucal es efectiva cuando es realizada por educadores y educadoras. En el marco del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal, se ha diseñado actividades que reúne la información actualizada sobre los distintos temas relacionados con la salud bucal de los menores

Los problemas bucales como caries, gingivitis en niños se observa con frecuencia en la consulta del Hospital Distrital Jerusalén del distrito La Esperanza, La Salud Bucal es importante para la salud en general, juega un rol preponderante en la nutrición, en el crecimiento y desarrollo del niño, en el correcto lenguaje, en el desarrollo normal de la mandíbula, en la adecuada posición de los dientes permanentes; e influye en la apariencia y la autoestima del niño. Es decir la salud bucal contribuye significativamente en la salud general y calidad de vida del niño.

Las actitudes se adquieren durante toda la vida: no se nace con ellas; sin embargo, es de suma importancia que en la niñez y la adolescencia se guíe convenientemente el

trabajo de educación para la salud, pues en la infancia se adquieren las actitudes y patrones de conducta que regulan la vida en la edad adulta. Los escolares de 8 - 9 años están psicológicamente preparados para comprender con claridad el cuidado de la boca y su cumplimiento diario, logrando responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos de manera tal, que al incorporarse a su familia adoptan estilos del cuidado de la boca, (2).

“Actualmente existe un consenso sobre la importancia de medir en la población estudiantil el nivel de conocimiento sobre salud oral y el impacto de las intervenciones educativas. La enseñanza de la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública” (3). Por esas razones se consideró que el mayor esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria especialmente en los niños y niñas donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los niños y niñas con su familia y su entorno, (4).

El presente trabajo es relevante porque permite tener ideas mucho más concretas y prácticas de cómo, luego de brindar el programa educativo el conocimiento de estos niños mejora. Así como dar un aporte con nuevos conocimientos importantes para la prevención y tratamiento dental como consecuencia de la pérdida de dientes y ayudara a

elaborar nuevos instrumentos de investigación de acciones preventivas promocionales en la salud oral que servirán de punto de partida para futuros estudios epidemiológicos de mayor envergadura. Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: ¿Cuál es la efectividad de un programa educativo preventivo promocional de la salud oral en relación al conocimiento en niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos – La Esperanza. 2012?

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general: Determinar la efectividad del programa educativo preventivo promocional de la salud oral en relación al conocimiento en niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos - La Esperanza. 2012.

Para poder conseguir el objetivo general, me he planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar el nivel de conocimiento en niños y niñas de 8 a 12 años de la I.E. THR- La Esperanza 2012 antes del programa educativo preventivo promocional de la salud oral.

Identificar el nivel de conocimientos en niños y niñas de 8 a 12 años de la I.E. THR- La Esperanza 2012, después de desarrollado el programa educativo promocional de la salud oral.

Finalmente la investigación se justifica porque es importante conocer en el ámbito de estudio las principales características de la promoción de la salud oral en relación al conocimiento en niños, teniendo en cuenta el perfil de la población objetivo para garantizar el desarrollo integral del niño brindando el cuidado necesario.

La finalidad de este trabajo de investigación es que sirva como base para futuros estudios y para la organización, planificación y ejecución de programas preventivos-

asistenciales, con el objeto de intentar reducir la caries dental de los niños y niñas, luego brindar una idea real de las necesidades de tratamiento como consecuencia de las alteraciones creadas por ella. Así como dar un aporte con nuevos conocimientos sobre salud pública importantes para la prevención y tratamiento dental como el consecuente de la pérdida de dientes y ayudar a elaborar nuevos instrumentos de investigación de promoción y prevención de la salud bucal a nivel local y regional.

## **II.- MARCO TEÓRICO**

### **2.1.- Bases conceptuales**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en Iglesias (1), y a la Federación Dental Internacional, la caries y la gingivitis son las patologías bucodentales con mayor prevalencia en escolares. En los países desarrollados la prevalencia de caries en escolares oscila entre 60 y 90% y en los países en vías de desarrollo entre 90 y 98%. Ante los altos índices de caries en los escolares de la mayor parte del mundo, varios países han desarrollado programas educativos en salud bucal obteniendo resultados positivos en la disminución de la morbilidad bucodental a través del cepillado dental y el consumo racional de carbohidratos simples.

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica y adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales (2).

“La prevalencia de enfermedades buco-dentales referidas a caries dentales y enfermedades gingivales y periodontales, constituyen un problema de salud pública en el país. Esta situación, sumada a los recursos humanos y físicos insuficientes para su abordaje, hace necesario anticiparse al daño mediante medidas de prevención en edades tempranas de la vida, de modo de impedir su aparición y/o aminorar los niveles de severidad” (4).

En la etapa de la niñez se crean una serie de hábitos y conductas que influirán de manera significativa en la salud del individuo a lo largo de su vida. Por tal motivo, es este el momento más adecuado para fomentar actitudes y estilos de vida saludables en mantener una buena salud bucal, (5).

A su vez, Crespo y Col.(6) refieren que la experiencia e investigación han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje y aprenderán más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena, por lo que hay que tratar de encontrar los mejores métodos para proporcionar nuevos conocimientos y lograr que los escolares participen más activamente en el proceso de aprendizaje, que se basa en la producción de un cambio conductual en el estudiante, pero gradual, aceptable, selectiva y continuamente hacia la selección de una relativa permanencia como resultado de la práctica.

La organización mundial de la salud OMS en Evaristo y Col. (7), conceptualiza la educación para la salud como una herramienta que busca lograr cambios mediante una combinación entre sesiones de aprendizaje, cambios en la conducta de la persona que busca mejorar la salud. Por otro lado, la promoción en salud es, un proceso activo, para la prevención de las enfermedades, que abarca componentes educativos, incluyendo cambios individuales y grupales y técnicas de influencia social las que, junto con intervenciones ambientales, legislativas y organizacionales, constituyen un rango de estrategias para mejorar la salud.

La educación preventiva en salud bucal no ha sido reconocida en todo su potencial dentro del plan de estudios de la carrera de Odontología; si fuera así podría

constituirse en una alternativa ideal para provocar cambios a nivel colectivo dentro de las comunidades, donde la participación y la comunicación social se constituyan en herramientas básicas para satisfacer las necesidades reales de salud poblacional (8).

De allí que se afirme que el odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades (9,10,11).

“La salud bucal, en términos generales, se refiere al estado óptimo de la boca y sus estructuras y órganos, y su funcionamiento normal sin evidencia de enfermedad. La boca, o más correctamente, el sistema estomatognático, es una unidad morfofuncional, bien definida anatómicamente, que comprende las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, y que mantiene una interrelación recíproca y constante con el resto del organismo, tanto en salud como en enfermedad. La boca cumple una serie de funciones corporales que permiten relacionarse con el entorno: masticación, deglución, fonación, respiración, expresión facial y de emociones, protección contra infecciones microbianas y contra agresiones ambientales” (4).

La caries dental constituye actualmente la afección más frecuente en el ser humano y es considerada un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en Mendez (12); debido a su frecuencia y extensión, la considera como la tercera plaga mundial después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Es definida como una enfermedad infecciosa, de origen bacteriano, de carácter multifactorial, que causa la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias capaces de fermentar a carbohidratos, puede afectar el esmalte, la dentina y el cemento (13, 14, 15).

La caries se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial; ya que se calcula que lo presentan un 70% de la población mundial. Sin embargo, esta prevalencia es mucho mayor en los países menos desarrollados y con mayor índice de pobreza. (16, 17) En América Latina, los estudios han demostrado una alta prevalencia desde 91% en Chile hasta 97.9% en Honduras, considerando este último como uno de los más altos de este hemisferio (18).

En los países subdesarrollados y, entre ellos el Perú, la prevalencia de estas enfermedades no sólo no ha disminuido, sino que parece estar aumentando. El fenómeno obedece a que estos países no cuentan aún con los recursos humanos, tecnológicos y económicos necesarios para solucionar dichos problemas. Si a esto se agrega que en el Perú no existe un programa adecuado de salud pública bucal, el panorama se ensombrece aún más. En consecuencia, el único camino que se avizora para resolver la problemática de salud bucal de la población es la aplicación de medidas específicas de prevención (19).

“La caries dental es una enfermedad infecciosa, crónica, multifactorial, transmisible, que requiere de microorganismos específicos para su inicio. Su aparición depende de cuatro factores primarios: el huésped, representado por los dientes y saliva, las bacterias de la flora bucal, y la dieta consumida, todo esto

interactuando en un período de tiempo que les permita dar como resultado la desmineralización del diente” ( 4).

“Respecto al huésped, hay ciertas características de éste que pueden favorecer o dificultar el desarrollo de caries dental. Entre ellas están las características morfológicas de los dientes, mal posiciones dentarias que favorezcan retención de alimentos, cantidad y composición de la saliva, enfermedades sistémicas. Asimismo, los factores socioeconómicos también juegan un rol, ya que se ha visto que existe relación entre caries y pobreza o deprivación” (4).

“En cuanto a las bacterias de la flora bucal en los últimos años se ha implicado al *Streptococcus Mutans* (SM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la patología. Una serie de estudios ha demostrado que la mayor transmisión de SM entre personas se produce por el traspaso de saliva vía dos mecanismos: transmisión vertical y transmisión horizontal. La transmisión vertical es el traspaso de microbios desde el cuidador al niño; mientras que la transmisión horizontal se produce entre los miembros de un grupo” (4).

“Otro factor a considerar en la etiopatogenia, es la dieta, en cuanto a composición, consistencia y frecuencia de ingesta, puesto que las bacterias presentes en la placa dental pueden fermentar los azúcares y otros carbohidratos de la dieta para producir ácidos, como el ácido láctico, fórmico y otros, que disminuyen el pH bucal dando inicio así a la desmineralización del esmalte. Se sabe que los alimentos más viscosos y adhesivos se unen a la superficie dentaria con mayor facilidad que los duros y fibrosos, siendo por tanto, más cariogénicos.

También, que a mayor frecuencia de ingesta, mayor es el potencial cariogénico, lo que se relaciona con el momento de la ingesta, puesto que durante las horas habituales de comida, hay mayor salivación y movimientos musculares que aceleran el paso de los alimentos al estómago” (4).

Por efecto de la globalización el patrón dietético en el ámbito mundial, y sobre todo en la población infantil y adolescente ha cambiado negativamente. El constante bombardeo de publicidad que conduce a una elevada ingesta de productos ricos en carbohidratos y azúcares, está desplazando cada vez más al consumo de proteínas, fibra, frutas y vegetales frescos; lo que trae entre otras consecuencias, la aparición de caries dental (20).

“La necesidad de la prevención en la odontología es de reconocimiento universal. De hecho el 90% de las pérdidas dentarias se deben a la caries y a la enfermedad periodontal, ambas causadas por la placa bacteriana, la cual ataca por la falta de una adecuada prevención, de ahí, la importancia de crear una “Filosofía Preventiva” con la salud oral incentivando medidas educativas de aplicación masiva a nivel infantil” (7).

La evidencia científica muestra que la caries y la gingivitis se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral, que sean de amplia cobertura. Por otra parte, como consecuencia de las discusiones generadas por las estrategias educacionales, propuestas en la declaración de Alma Ata: Salud para Todos, surgió un nuevo concepto, el de promoción en salud, definido como cualquier combinación de educación para la salud con intervenciones

organizacionales, políticas y económicas, diseñadas para facilitar cambios conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud (7, 21).

La promoción de la salud puede ser alcanzada desde distintos enfoques. Dentro de éstos, el enfoque de cambio conductual tiene como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar las habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una elección informada acerca de su comportamiento en salud. Este enfoque no busca persuadir o motivar el cambio en una dirección particular sino más bien intenta obtener como resultado la elección personal y no la que el promotor prefiera (21).

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual (21).

Ha sido sugerido que para lograr cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas se debe usar un enfoque concertado de educación y promoción de la salud, que integre las interacciones interindividuales y con la comunidad. Se han reportado múltiples esfuerzos para contrarrestar las inequidades en salud oral a través del enfoque de cambio conductual; sin embargo, se asume que tales inequidades sólo podrán ser superadas a través de la implementación de políticas de salud oral efectivas y apropiadas (11,22).

La promoción de salud bucal y su herramienta principal, la educación sanitaria, constituye un factor importante y está centrada en el desarrollo de los servicios de higiene bucal y las actividades de prevención, conjuntamente con las de promoción, basada en el enfoque de riesgo para la atención primaria. Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal.

Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas. La salud positiva, el "añadir salud a la vida", depende en gran parte de las acciones de promoción de salud dirigidas a modificar los estilos de vida insanos y a promocionar estilos de vida positivos. Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual, pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada (23).

La educación o consejería en salud oral es el medio generalmente utilizado para promover la salud en las poblaciones, la educación como componente funcional de la promoción en salud puede ser abordada desde diferentes perspectivas: para generar la adopción de apropiadas actitudes y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que puedan ser presentadas y con el fin de suscitar el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud (24).

El objetivo fundamental de la educación en salud es producir cambios en conocimiento y entendimiento o maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o

actitudes, de esta forma facilitando la adquisición de habilidades y originando en algunos casos a modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida (24).

La función educadora en los últimos años ha tomado mayor importancia dentro de su quehacer profesional, sea este mediante la elaboración, ejecución y evaluación de actividades educativas que ayuden a los sujetos a enfrentar y resolver los problemas derivados del proceso salud-enfermedad, contribuyendo en el aprendizaje del individuo a través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de los objetivos, empleando para ello diversas estrategias didácticas, como son: los procesos reflexivos, problematización, lluvia de ideas, trabajos en grupo, etc.; con el fin de identificar el problema existente y permitir que el sujeto construya el conocimiento basado en la información, conocimiento antiguo y experiencia, estimulando y propiciando de este modo la interacción y comunicación fluida (25).

El proceso educativo cuando se enfoca según el modelo participativo permite a los sujetos adquirir una responsabilidad en su aprendizaje que no esté centrada en el saber, sino también en saber hacer. El sujeto busca dentro de su aprendizaje experiencias que le sean útiles para manejar sucesos específicos de los cambios de vida que este experimentando en ese momento; cuanto más sucesos y modificaciones encuentre el individuo, tendrá a buscar oportunidades de aprender, (25).

Como resultado de la enseñanza se pretende que el sujeto modifique su estructura cognitivo-afectiva, la misma que se evidencia en la participación activa del individuo en la identificación de necesidades del mismo. Sin embargo, cabe

mencionar que en realidad no se sabe cuál es el mecanismo por el cual el aprendizaje se produce en el individuo, lo que sí es real es que toda enseñanza influye en cambios de conducta. Estos cambios de conducta modifican las acciones evidentes del sujeto, influyendo en las íntimas, sobre el pensamiento y los sentimientos (26).

Para ello, es necesario que en el plan de enseñanza se seleccione con sumo cuidado el método a emplearse, preparar y probar las ayudas audiovisuales y los equipos a emplear, cuidando que sean siempre claros y legibles, que contengan puntos clave. Para ello es importante practicar y medir sus tiempos, validar sus contenidos, ensayar el ritmo de voz, inflexiones y ademanes corporales.

En la búsqueda de disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales; la profesión odontológica ha implementado modelos que involucran aspectos cruciales como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los cuales empezaron a desarrollarse desde hace algunas décadas y hoy continúan vigentes. Éstos tienen estrategias que involucran tanto un componente de bienestar en los colectivos, como el objetivo de atenuar y disminuir los factores de riesgo que ocasionan numerosas patologías bucales. Cualquiera que sea el modelo o estrategia que se posicione en la persona o en su grupo social, el propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, el desarrollo físico y mental de las personas. Por ello se hace importante considerar el papel del individuo en su propia transformación, en la adopción de hábitos y comportamientos saludables, desde una dimensión integral (27).

Ander E. (28), refiere que el ser humano posee una mayor o menor conocimiento según el grado y modo de participación en la totalidad de la cultura, por lo que se distingue 2 grandes tipos de conocimiento denominados: vulgar y científico; el primero es el modo común, corriente y espontáneo de conocer, caracterizado por ser predominantemente superficial, sensitivo, subjetivo, no sistemático ya crítico por lo que los conocimientos del saber vulgar pueden ser verdaderos o no. En cambio el conocimiento científico se obtiene mediante procedimientos metódicos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo a una búsqueda intencionada por la cual se delimitan y se previenen los medios de integración.

## **2.2.- Bases Teóricas**

La promoción de la salud, describe la naturaleza multidireccional de las personas mientras influyan dentro de su entorno para conseguir la salud. Nola Pender (29). El ser humano es capaz de adoptar diferentes conductas dentro de su entorno cambiar o modificar situaciones siempre y cuando se dé cuenta que estas están causándole daños, o pueden ser agentes que pueden producir alguna alteración a su salud o a algunos de sus familiares.

Esta teoría identifica tres aspectos los cuales son: 1-factores preceptuales cognitivos del usuario (percepciones individuales), 2-factores modificadores (demográficos y sociales), y 3- participación en conductas promotoras de salud (probabilidad de acción)

El personal de enfermería y personal de salud, en este caso el odontólogo debe tener en cuenta estos tres aspecto para obtener un óptimo resultado en la promoción

para la salud; debe conocer y tener la capacidad de comprender y aceptar que hay factores que influyen en el fenómeno y mantenimiento de la salud de los grupos; las tendencias y las pautas que influyan en la tenencia de una enfermedad dentro de la población , los factores del entornos que contribuyan a la salud, y/ o a la enfermedad, los procesos públicos utilizados para influir en las políticas públicas (24).

En este modelo, la salud es considerada como un estado altamente positivo en el que las personas siguen una trayectoria orientada hacia ella. El modelo es de gran utilidad para el personal de salud que se desempeñan en el ámbito de la promoción de la salud, debido a que permite ayudar a los pacientes a identificar sus necesidades y motivar a través de éstas, su cambio de conducta. Por lo tanto la prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y obtener cambios de hábitos y conductas en los niños y niñas, anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo.

Para entender la odontología preventiva es necesario definir lo que es una filosofía de la práctica profesional es la manera como un odontólogo enfoca su presente y lo que tanto ha de lograr. Durante muchas décadas las ciencia de la salud han estado influenciadas por el modelo flexneiciano (biológico), es nuestra profesión esta se ha hecho evidente con la filosofía restauradora de alcances meramente curativos. Con esta práctica no se expresa preocupación ni responde por conocer la causa de los problemas de los pacientes.

Fundamentos dados por Martignon et al (24), Consideran al paciente como unidad y no solo simplemente como un juego de dientes con ciertos grado de

enfermedad, Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerla libre de enfermedad tanto tiempo como sea posible, si existe daño de enfermedad dental activo, trata de retener la salud tan rápida y efectiva como sea posible, Proveer al paciente y motivar necesariamente para mantener su propia salud, así como la de su familia y de los miembros de la comunidad. Actualmente esta filosofía de atención es la que intenta involucrar desde el proceso enseñanza-aprendizaje en las ciencias de la salud. Es ciencia y arte porque en forma organizada, orienta y proporciona los medios y procedimientos técnicos para conseguir la prevención, reducción y curación de las lesiones bucodentales. "la salud buco dental, es parte integral de la salud de las personas por ende, ningún individuo puede ser considerado sano si su boca presenta una enfermedad activa".

Por otro lado, Freire (30) sostiene que el conocimiento es participación dialógica, es decir participación basada en el dialogo, en este caso el dialogo que se debe establecer entre el personal de salud y las familias donde no se puede admitir discriminación alguna en razón de raza, lengua, religión, cultura, etc. El ser humano no podrá ejercer su derecho de participación a menos que haya salido de la situación de desigualdad y sub desarrollo en que se encuentra, porque no ha nacido para ser oprimido, sino para gozar de libertad y ser responsable de su destino.

La educación es creación de cultura y de la capacidad de dialogo de acuerdo a su conocimiento, potencialidades y habilidades para ser desarrolladas y perfeccionadas. El dialogo educativo es opuesto a la composición de ideas del educador, a la invasión de las de las familias que violan los derechos de las personas, exigen al educador una serie de virtudes que le acerquen al educando para dialogar con humildad, fe amor, esperanza y pensamiento crítico (30).

## **Proceso Enseñanza – Aprendizaje**

La enseñanza, es el proceso más o menos deliberado de procurar que otra persona o personas es decir modifique sus conocimientos actitudes, habilidades y comportamiento en general, mediante situaciones de estímulo y esfuerzos que favorezcan la vivencia de las experiencias necesarias para que se produzca en ella o menos estable, modificaciones deseadas.

El aprendizaje es la conducta de “aprender”, es decir, adquirir, procesar, comprender y aplicar luego una información que nos ha sido “enseñada”. El aprendizaje implica adquirir una nueva conducta y al mismo tiempo dejar de lado la que teníamos previamente y no era adecuada; refleja un cambio permanente en el comportamiento el cual absorbe conocimientos o habilidades a través de la experiencia. Puede darse cuatro tipos de aprendizaje (30).

Aprendizaje receptivo: Se da por la incorporación de contenidos por parte del participante, derivado de las instrucciones del maestro profesor, del material textual, audiovisual etc.

Aprendizaje por descubrimiento: Es producto del propio descubrimiento del participante. Puede darse en solitario o bajo la guía del participante.

Aprendizaje memorístico (mecánico o receptivo): Implica la memorización de datos hechos y /o conceptos, de forma arbitraria, con escasa o nula interrelación entre ellos. Aprendizaje significativo: Se construye el conocimiento que incorporara sus esquemas de anteriores; los hechos, datos y/o conceptos, se interrelacionan y adquieren sentido, a partir de la estructura conceptual que el participante ya posee

### **2.3.- Antecedentes:**

Rivera P. et al (31), en su estudio y evaluación de una intervención educativa de enfermería sobre cuidados de salud bucal en niños 2011, Realizaron un estudio pre- experimental, mediante un programa de intervención educativa dirigida a fortalecer los conocimientos en salud bucal. Se encontró en relación a la evaluación previa a la intervención educativa que los niños contaban con conocimiento inadecuado respecto a la salud bucal ya que de acuerdo al nivel de conocimiento, el 21% de los niños se situaron en el nivel alto, 71% en nivel medio y 8% en nivel bajo. En relación a la evaluación previa a la intervención educativa los niños contaban con conocimiento inadecuado y posterior a la intervención el nivel de conocimiento alto pasó de 21% a 64%

Parra S. et al (32), realizó una investigación: intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal en adolescentes de la Escuela Politécnica Pedro Díaz Coello del municipio Holguín, desde noviembre de 2006 a octubre de 2007, con el propósito de modificar hábitos de salud bucal. Se seleccionó una muestra de 80 alumnos entre 15 y 18 años de edad y se distribuyeron en dos grupos: estudio y control. Se aplicó un cuestionario diagnóstico para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención. El nivel de conocimientos antes de la intervención se encontró en la categoría sin conocimientos en el 62.5% del grupo estudio y en 60% en el grupo control. Estos resultados mostraron un incremento del nivel de conocimientos sobre salud bucal y un cambio favorable en la higiene bucal la cual fue mayoritariamente buena después de la intervención educativa.

Crespo M. et al. (6), realizaron el estudio: instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Lidia Doce Sánchez 2010, para lo cual se aplicó un programa educativo Bella Sonrisa, que incluía técnicas educativas, afectivas y participativas. Las diferencias observadas antes y después de la intervención de la prueba estadística de Mc Nemar y del coeficiente de variación, fueron altamente significativas. Siete meses después, al evaluar nuevamente los conocimientos sobre salud bucal, se halló que estos habían aumentado favorablemente en 98% de los escolares y que la acción educativa demostró ser eficaz, de manera que podría efectuarse en otras instituciones de la enseñanza primaria en el territorio.

Dávila M. et al. (3), en su estudio: aplicación de un programa educativo (PE) a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas, 2008. Investigación cuantitativa, cuasiexperimental con una población de 85 niños y una muestra de 66 niños . Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

“En sesiones sucesivas se aplicó el PE, antes de la aplicación del PE, el NC sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El NC sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del PE a 50% después de su aplicación. Al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,001$ )” (3).

Evaristo T. et al (6), en su estudio de educación odontológica en escolares de 7- 9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres, Lima, 2007. Investigación cuantitativa, cuasiexperimental, se entrevistó a los niños antes y después de la intervención. Los resultados fueron:

“Antes de la intervención ninguno reconocía la caries dental como enfermedad, luego de recibir la información pertinente el 37% la identifica como tal, además que el 67% puede reconocer los 4 factores indispensables de su generación. El reconocimiento de los 3 elementos básicos de higiene varió de 46.4% a 88%, se modificó el concepto de momentos de cepillado de modo que lo asocien con los alimentos ingeridos de 17.9% a 56%, la identificación de sellante como elemento preventivo varió de 28% a 74%, entonces concluyeron que los niveles de conocimiento fueron invertidos por la eficacia reafirmando que la educación basada en el juego proporciona resultados positivos en la población infantil” (7).

Aldrete G. et al. (33), en su estudio de prevención de la salud oral a través del teatro guiñol en niños del primer ciclo de educación primaria de Zapopan, Jalisco. estudio cuasi-experimental, con intervención antes - después. Se utilizó el teatro guiñol como estrategia de educación. La población en estudio fueron alumnos del primer ciclo escolar de tres escuelas del subsistema federal del municipio de Zapopan, Jalisco. Las variables de estudio fueron los conocimientos sobre las estructuras de la cavidad oral, alimentos protectores, alimentos cariogénicos, caries, higiene dental y visitas al dentista. Participaron 293 escolares, 51.2% hombres y 48.8% mujeres. El 94.2% tenían entre 6 y 7 años de edad. Las ganancias de conocimientos que tuvieron los niños después de la intervención fueron significativas ( $p < 0.05$ ) en relación a: el número de dientes que debe tener, funciones de los dientes, cuantas veces se debe cepillar los dientes, el concepto de caries dental. Se concluye que la estrategia del teatro guiñol permitió a los escolares adquirir más conocimientos sobre salud oral.

Ruiz N. et al. (10), hizo un estudio de modificación del nivel de conocimiento

grupales, sobre salud bucal. Con una muestra de 68 alumnos de nivel primaria en la Escuela “Josué País” en Santiago de Cuba, para la recolección de datos se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención, mediante la técnica de McNemar. Se obtuvieron los siguientes resultados: Se logró que 88,24 % adquirieran conocimientos adecuados, de modo que las diferencias observadas antes y después de la intervención fueron altamente significativas ( $p < 0,05$ ) y revelaron que el mecanismo demostró ser eficaz al obtener, con participación consciente, resultados satisfactorios en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal.

Biestrock H. et al. en Kenichi, A. y Kanashiro, I. (34), en su investigación *Initial impact of a national dental education program on the oral health and dental knowledge of children*. *J Contemp Dent Pract*. realizaron el estudio en 75 niños de 5 a 15 años de edad con el objeto de determinar el impacto de un programa sobre los conocimientos en los niños. Se obtuvieron los siguientes resultados:

“La media del índice gingival al inicio del estudio fue de 0,37, mientras que 4 semanas después se redujo a 0,18. Esto representa una reducción del 51% ( $p < 0,001$ ). La media del Índice de Placa de Quigley al inicio del estudio fue de 3,80, mientras que después de cuatro semanas fue de 2,68; representando una reducción del 29% ( $p < 0,001$ ). Con respecto a los conocimientos, los sujetos respondieron a un cuestionario de cinco preguntas al inicio del estudio y luego de cuatro semanas. Los sujetos se encontraron significativamente mejor instruidos ( $p < 0,05$ ) con respecto al tiempo óptimo de cepillado dental y la frecuencia de visitas al dentista después del programa de cuatro semanas” (34).

Toassi R. et al. en Kenichi, A. y Kanashiro, I. (34), publicaron un estudio

Motivação no controle do biofilme dental y sangrado gengival em escolares. Rev Saude Pública Brasil en 135 escolares del Municipio de Santa Tereza, del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Investigación de tipo cuantitativa, cuasiexperimental. Se obtuvieron los siguientes resultados:

“En ambos grupos hubo reducción tanto del índice de sangrado gingival como del índice de placa visible después de las sesiones de intervención ( $p < 0,001$ ). Adicionalmente, cuando se comparó entre los grupos, el índice de sangrado gingival, y más marcadamente el índice de placa visible presentaron reducción altamente significativa en el Grupo B en comparación con el Grupo A ( $p < 0,001$ )” (34).

Worthington A. et al. en Kenichi, A. y Kanashiro, I. (34), estudio: A cluster randomized controlled trial of a dental health education program for 10-year-old children con el propósito de probar la efectividad de un programa en los conocimientos en salud bucal de niños de 10 años.

“Ambos grupos tuvieron una evaluación inicial obteniendo el grupo control un índice de placa bacteriana de 1,22 y el grupo control de 1,18. El grupo activo recibió el programa en cuatro sesiones (una sesión semanal) el que después de cuatro meses fue evaluado nuevamente, obteniendo un índice de placa bacteriana de 1,09, en esa etapa la mitad de las escuelas del grupo control fueron también sometidas al programa (nuevo grupo activo). Luego de tres meses fueron examinadas por última vez las escuelas que recibieron el programa. Los grupos activos tuvieron una puntuación de placa bacteriana de 1,22 siendo más bajo que el del grupo control en un 20% y 17% en el cuarto y séptimo mes respectivamente ( $p < 0,001$ )” (34).

## **2.4.- Hipótesis**

H<sub>1</sub> El programa educativo preventivo de promoción de salud oral es eficaz si mejora por lo menos un nivel de conocimiento en niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos del distrito La Esperanza. 2012, después de haber recibido dicho programa.

H<sub>0</sub> El programa educativo preventivo promocional de la salud oral no es eficaz si no mejora el nivel de conocimiento de los niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos del distrito La Esperanza 2012, después de haber recibido el programa.

## **2.5.-Variables**

### **2.5.1.-Variable Independiente**

Efectividad del Programa educativo preventivo promocional de la salud oral.

### **2.5.2.- Variable Dependiente:**

Nivel de conocimiento sobre salud bucal

### III.- METODOLOGIA

#### 3.1.- Tipo Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo de diseño cuasiexperimental. con un solo grupo, en donde se usó un pre y post test de evaluación (35). Su esquema es el siguiente.



Donde:

GE : Grupo de estudio

O1 : Pre test

X : Estimulo “Programa Educativo”

O2 : Post Test.

#### 3.2.- Población y muestra

Población

La población estuvo constituido por 80 alumnos de 8 a 12 años matriculados en la Institución Educativa Telmo Hoyle de los Ríos del distrito de La Esperanza, durante el año académico 2012, que fueron 80

## Muestra

La muestra estuvo conformada por 65 escolares, cifra obtenida de la aplicación de la fórmula para estudios de población finita, Anexo N° 01

La muestra se obtuvo en forma aleatoria dejando conforme la lista de matriculados de 2do, 3ero y 4to grado.

## Criterios de inclusión

Se incluyó a todo escolar de 8 años a 12 años de edad:

- De ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio
- Que tengan el consentimiento de sus padres
- Con asistencia del 100% al programa educativo preventivo de promoción de salud oral.

## Criterios de exclusión

Se excluyó a todo escolar:

- Que presente algún tipo de discapacidad
- Con habilidades especiales
- Que tenga edad < de 8 años y > de 12 años

### **3.3.- Definición Operacionalización de variables**

**Variable independiente: Efectividad del Programa educativo preventivo promocional de la salud oral.**

Definición Conceptual: La efectividad es definida como la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Mientras que el programa educativo es un instrumento donde se organizaran las actividades de enseñanza aprendizaje sobre la salud bucal, con la finalidad de elevar el nivel de conocimiento y moldear los comportamientos de los individuos de manera que contribuya a promover, cuidar y mantener estilos de vida saludable (26).

Definición operacional:

- ❖ Eficaz.- logra incrementar el nivel de conocimiento.
- ❖ Ineficaz.- no hay variación en el nivel de conocimiento.

**Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal**

Definición conceptual: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (22).

Definición Operacional:

- ❖ Nivel de conocimiento bueno: 11 a 15 puntos
- ❖ Nivel de conocimiento regular: 6 a 10 puntos
- ❖ Nivel de conocimiento malo: 0 a 5 puntos

### **3.4.- Técnicas, instrumentos**

#### **3.4.1. Técnicas**

Se aplicó la entrevista individual escrita para aplicar el pre test y el post test. Además de charlas educativas y juegos lúdicos en el desarrollo del programa educativo y demostración.

#### **3.4.2. Instrumento:**

En la presente investigación se utilizó dos instrumentos uno es el programa educativo preventivo promocional salud oral, (anexo 3) y el pre test y post test (anexo N° 02) se aplicó antes desarrollo del programa y al término del mismo elaborado por la autora: Marlene Medina Antaya. Conformado por 15 preguntas otorgándose un punto a cada respuesta correcta y cero ante la incorrecta o en blanco. La puntuación global podrá variar entre 0 y 15.

#### **Validez y confiabilidad**

##### **Validez**

Para la validez se utilizó el criterio de juicio de expertos recurriéndose a tres personas especialistas en el tema a quienes se les pidió su opinión para

mejorar el instrumento, todas las recomendaciones dadas por los especialistas fueron tomadas en cuenta para la estructuración final de los instrumentos que se utilizó en el estudio.

### **Prueba Piloto**

El instrumento se aplicó a 10 escolares de la Institución Educativa Telmo Hoyle de los Ríos del distrito de La Esperanza, el propósito fue determinar su practicidad y entendimiento. Cabe señalar que los escolares que conformaron el estudio piloto no ingresaron a formar parte de la muestra.

### **Confiabilidad**

Para el análisis de los datos se realizó mediante la aplicación de la pruebas estadísticas utilizando el método de las dos mitades o Split - half, que consiste en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de cada factor (par e impar) y se aplicó a los estudiantes con características similares a los integrantes de la población de estudio

### **3.4.3. Procedimiento**

Inicialmente se realizaron las coordinaciones respectivas con las autoridades de la Institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos de La Esperanza, a fin que se nos proporcione el permiso necesario para la realización del presente trabajo de investigación. A su vez, se solicitó el permiso a todos los padres de familia de los alumnos de 8 a 12 años que se encontraban cursando

estudios en el mencionado establecimiento educativo, y firmaron el consentimiento informado.

Con dicha aceptación se procedió a informarles de la investigación y luego seleccionó de manera aleatoria a 65 escolares con edades entre 8 y 12 años; cada uno de los estudiantes seleccionados recibió una explicación sobre el propósito del estudio.

Luego se les entregó el instrumento destinado a determinar su nivel de conocimiento sobre salud oral, lo que sirvió como diagnóstico inicial e identificación de las necesidades de aprendizaje. El instrumento entregado (pre test) (anexo 02) tuvo que ser llenado en un tiempo promedio de 20 minutos. Cabe señalar que cualquier pregunta o duda fue resuelta de la manera más imparcial a fin de que la explicación dada no puede influir en la respuesta del escolar.

Posteriormente se aplicó el programa preventivo promocional de salud oral (anexo N° 3) el cual incluyó tres sesiones una vez por semana cuya duración fue aproximadamente de 40 minutos. Luego de las tres sesiones se aplicó el post test destinado a determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral luego de culminado el programa educativo.

Las sesiones del programa preventivo promocional de salud oral fueron:

1° Sesión: Aplicación del pre test.

Sesión: Anatomía de la cavidad bucal

Se usó de rotafolios

## 2º Sesión: Caries Dental, Higiene bucal y placa bacteriana

Se utilizó rotafolios, maquetas con cepillos, identificación de la placa bacteriana con la participación de los alumnos el cepillado dental su importancia.

Uso de rotafolios y maqueta que explica la evolución de las caries.

## 3º Sesión: El fluor, la dieta cariogénica y no cariogénica, aplicación del post test

Se utilizó rotafolios

### **3.5. Plan de Análisis**

El procesamiento de datos se llevo a cabo con el uso de la informática, para lo cual se creó una base de datos en el programa SPSS Versión 20.0 Se obtuvo tablas de una y doble entrada con valores porcentuales y relativos y gráficos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba X<sup>2</sup>, fijando el nivel de significancia en  $p < 0.05$ .

### **3.6. Principios éticos**

Se empleó los principios éticos de Polit-Hungler (36) y los escolares que participaron en este estudio fueron informados del objetivo de la presente investigación, asegurándoles el carácter anónimo de la encuesta, confidencialidad y libre participación.

Para llevar a cabo esta investigación se consideró ciertos aspectos éticos para asegurar de esta forma la transparencia y confiabilidad de este estudio a modo de no perjudicar a quienes entregan la información, así mismo obtenida la información

requerida se tiene especial cuidado al momento de analizarlos, es decir no se manipuló la información, sino más bien se respetó los datos proporcionados.

**a. Principio de Beneficencia:** Comprende como máxima “No hacer daño”, este principio encierra dimensiones, como:

- Garantía que no sufrirán daños: Es inaceptable que a los participantes de una investigación se les exponga a experiencias que den como resultado daños graves o permanentes, se debe tener en cuenta no solo el daño físico sino también el psicológico.
- Garantía de no utilización de la relación: Implica asegurar a los sujetos de la investigación que su información no será utilizada de ninguna manera en contra de ellos.

**b. Principio de Respeto a la Dignidad Humana:**

- Derecho del sujeto a la autodeterminación: Implica que tiene libertad para conducir sus propias acciones incluyendo su participación voluntaria en el estudio; de este modo una vez que se ha informado a las personas respecto a la naturaleza del estudio a sus derechos que gozan; ellos mismos autorizarán o no su participación en el mismo.

**c. Principio de Justicia:**

- Derecho a un trato justo y a la privacidad: tanto durante la selección de los sujetos, como a lo largo del estudio. La selección de las personas no discriminó la raza, condición económica, sexo, en todas las entrevistas se trató por igual a las personas.

- Derecho a la privacidad: Se conservó a través del anonimato, no se reveló de ninguna manera la identidad de las personas entrevistadas.

**d. Anonimato:**

- Los datos fueron manejados en forma anónima solo respondieron a los objetivos de la investigación.

**e. Consentimiento informado:**

- Se pidió la autorización verbal de la madre del niño para su participación en la investigación, los datos obtenidos fueron guardados en forma rigurosa y confidencial a la que tuvo acceso solo la investigadora.

## IV RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS LA ESPERANZA. 2012**

---

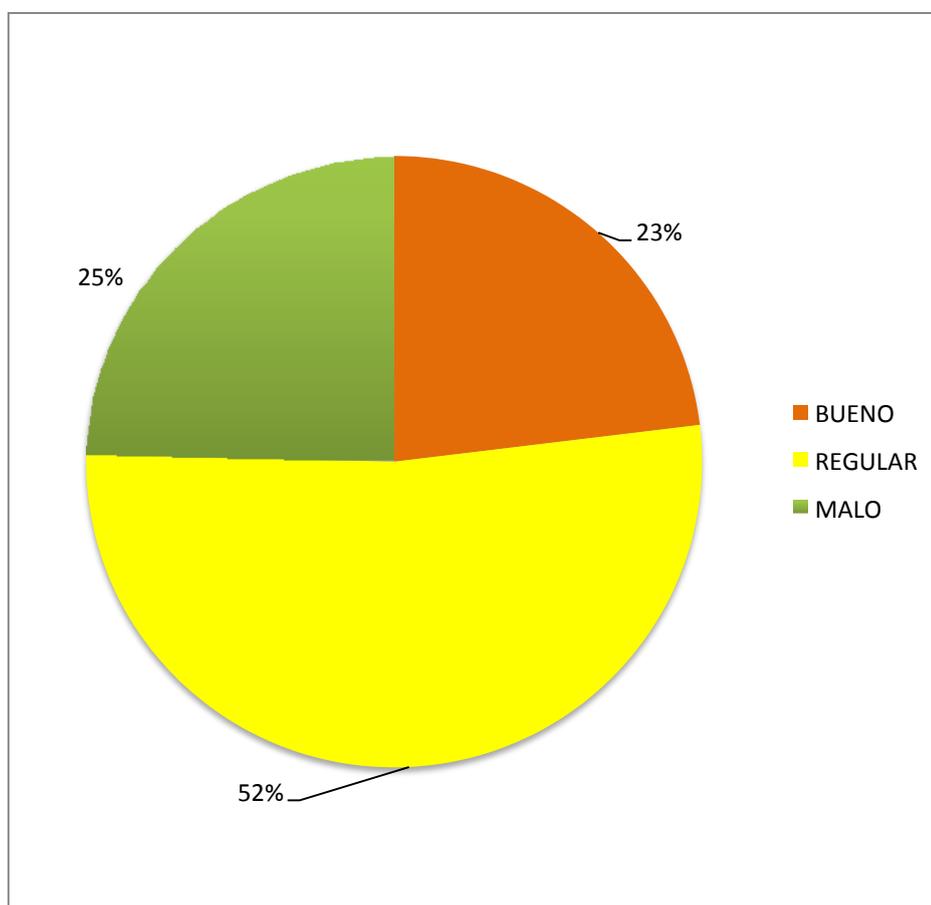
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
BUENO	15	23.1
REGULAR	34	52.3
MALO	16	24.6
TOTAL	65	100

---

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### GRAFICO N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS LA ESPERANZA. 2012**



Fuente: Tabla N° 1

**TABLA N° 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS  
DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO  
PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION  
EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS LA ESPERANZA. 2012**

---

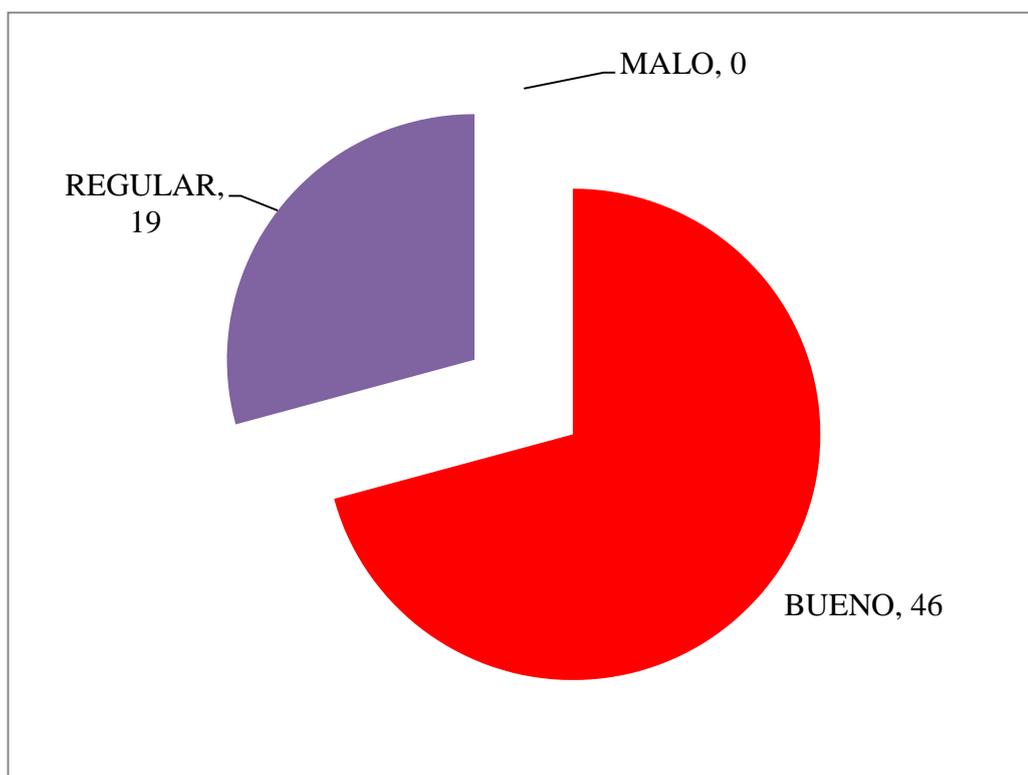
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
BUENO	46	70.8
REGULAR	19	29.2
MALO	0	0
TOTAL	65	100

---

**Fuente: Instrumento de recolección de datos**

**GRAFICO N° 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS  
DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO  
PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL. INSTITUCION  
EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS LA ESPERANZA. 2012**



**Fuente: Tabla N° 2**

**TABLA N° 3**

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO  
PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL EN RELACION AL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO EN LOS NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS . INSTITUCION  
EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RIOS LA ESPERANZA. 2012**

---

<b>PROGRAMA EDUCATIVO</b>				
<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUES</b>	
BUENO	15	23.1	46	70.8
REGULAR	34	52.3	19	29.2
MALO	16	24.6	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

---

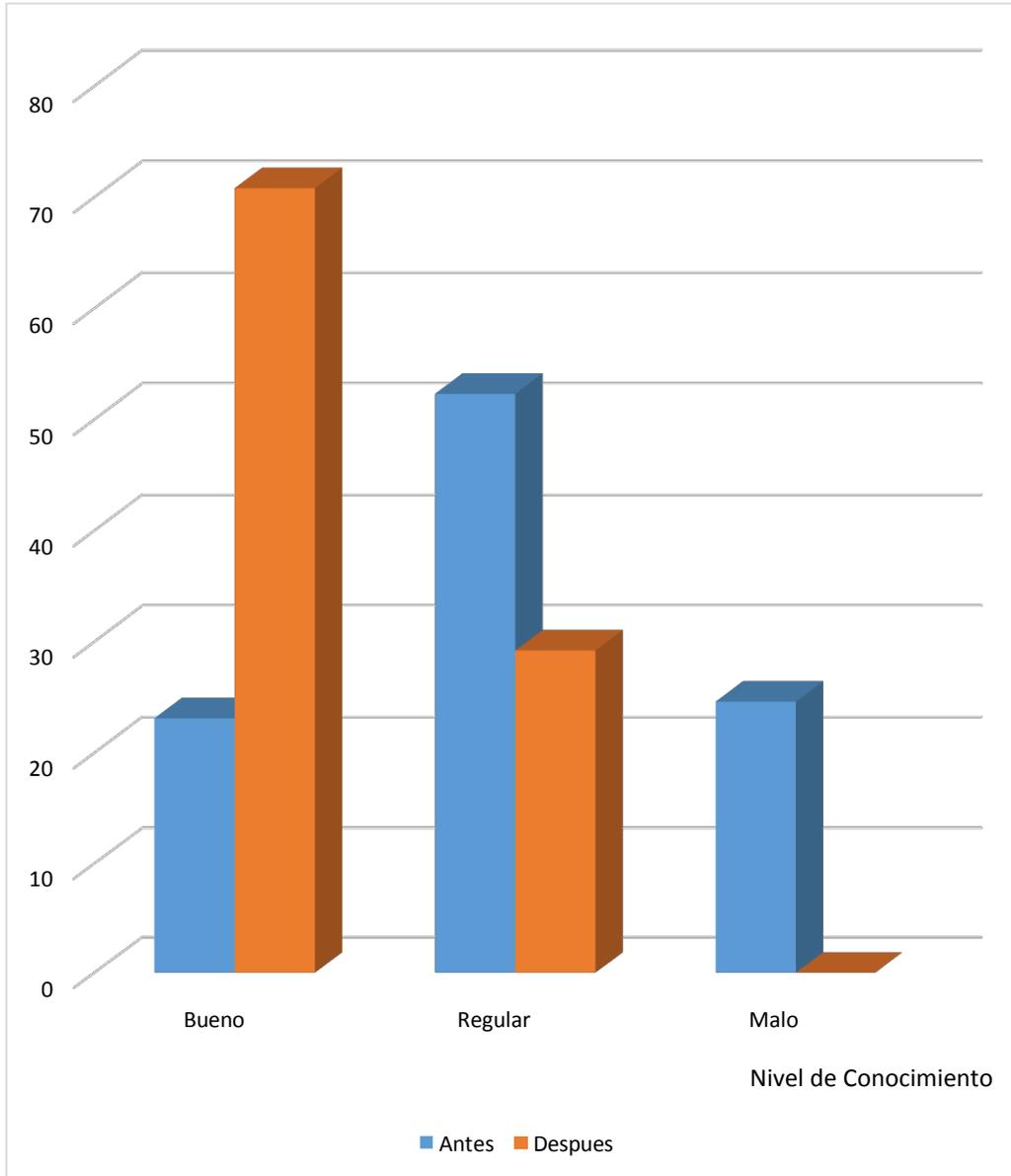
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Chi2 =36.0

G.L =2

P<0.001

**GRAFICO N° 3**



Fuente: Tabla N° 3

## **4.2. Análisis de resultados**

En la Tabla N° 1 el nivel de conocimiento de los niños de 8 a 12 años antes de la aplicación del programa educativo de la salud oral de la Institución Educativa Telmo Hoyle de los Ríos de la Esperanza 2012, se observó que el 52,3% de los niños mostraban nivel de conocimiento regular seguido del 24,6% con nivel de conocimiento malo y del 23,1% con nivel de conocimiento bueno.

Estos resultados se asemejan a lo que reportado por Rivera P. et al (31), en su estudio Evaluación de una intervención educativa de enfermería sobre cuidados de salud bucal en niños, realizaron un estudio pre-experimental, mediante un programa de intervención educativa dirigida a fortalecer los conocimientos en salud bucal; encontrando en relación a la evaluación previa a la intervención educativa que los niños contaban con conocimiento inadecuado respecto a la salud bucal ya que de acuerdo al nivel de conocimiento, el 21% de los niños se situaron en el nivel alto, 71% en nivel medio y 8% en nivel bajo.

De igual forma, Ruffalo K. et al. (37) en su estudio Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana en 183 escolares de una Institución Educativa Nacional N°1003 República de Colombia-Lima, encontraron que antes de aplicar el programa educativo sobre salud oral el nivel de conocimiento regular en el 78,3% y bajo en el 21,3%.

Mientras que difiere de Hormigot L. et al. (38) quienes al realizar un estudio descriptivo transversal sobre promoción de salud bucal y nivel de conocimiento de caries dental en niños de 11-12 años , en 90 estudiantes encontraron que el nivel de conocimiento antes de la aplicación de un programa educativo fue malo en el 57,8%, regular 34,4% y bueno 7,8%.

Las cifras encontradas en esta investigación nos demuestran que sin duda la población escolar carece de conocimiento sobre la salud oral, lo cual tendría como consecuencias la presencia de caries y enfermedad periodontal a corta edad. El bajo nivel de conocimiento encontrado posiblemente se debe a que no existe una programa de salud bucal permanente en la institución educativa en estudio, recibiendo los escolares posiblemente charlas esporádicas con contenidos superficiales; a ello se le suma el hecho de que se trata de una población urbano marginal en donde con frecuencia los padres no priorizan la salud bucal, dejando de salud las medidas preventivas y no orientando adecuadamente a su menores hijos sobre el cuidado de la cavidad oral.

Por otro lado, no hay que olvidar que los términos de salud general y salud oral no pueden interpretarse de forma separada, como si fueran entidades diferentes. La salud oral es parte integral de la salud general. Un individuo no puede estar sano si su salud oral no es buena. Una salud oral deficiente tiene repercusiones importantes sobre la salud y la calidad de vida de las personas incluso entre los niños (39).

“La salud oral es parte de la salud integral, por lo que la cavidad bucal debe ser objeto de una debida atención para mantener el aparato estomatognático en buen estado,

previniendo su deterioro se evitarían problemas de salud que incluso pueden afectar al organismo en general” (3).

En la tabla N° 2 Nivel de conocimiento de los niños de 8-12 años, después de la aplicación del programa educativo preventivo promocional de la salud oral en la Institución Educativa Telmo Hoyle de los Ríos de la Esperanza 2012, se encontró que 70,8% de los niños presentan nivel de conocimiento bueno y 29,2% nivel regular.

Los hallazgos encontrados coinciden con lo descrito por Aldrete G. et al. (33), en su estudio Promoción de la salud oral a través del teatro guiñol en 293 escolares del primer ciclo de educación primaria de Zapopan, Jalisco; cuyos resultados muestran que el 72% de los niños tuvieron un nivel de conocimientos bueno después de la intervención, en relación a: el número de dientes que debe tener, funciones de los dientes, cuantas veces se debe cepillar los dientes, el concepto de caries dental. De igual forma, Hormigot L. et al. (38) en su estudio descriptivo transversal sobre promoción de la salud bucal y nivel de conocimiento de caries dental en niños de 11-12 años en la Escuela Básica Manuel Fajardo Rivero, con el objetivo de estudiar su nivel de conocimientos sobre la caries dental en 90 estudiantes, obtuvieron que el 94,4% presentó un nivel bueno de conocimientos luego de aplicar un programa educativo y el 5,6% un nivel regular.

Así mismo, los datos encontrados coinciden con Escolona D. et al. (40) quienes al realizar un estudio Promoción de salud bucal y nivel de conocimiento sobre el primer molar en niños, con método descriptivo transversal en el consultorio estomatológico del Seminternado “Luis Ángel Rodríguez Muñoz” de Manzanillo con el objetivo de promocionar salud bucal y elevar el nivel de conocimientos sobre la caries dental en niños

de 6 a 11 años de edad; entrevistaron a 60 estudiantes encontrando que el nivel de conocimientos sobre salud bucodental después de la investigación fue bueno en el 86,7% y regular 13,3%

La variación en el nivel de conocimiento obtenido luego de la intervención con el programa educativo en la investigación se debe a la diversa información brindada durante el desarrollo de la intervención educativa realizada, lo cual es gratificante ya que este puede servir de motivación para que los estudiantes apliquen las adecuadas medidas preventivas para la salud oral.

Por otro lado, se sostiene que, es el grupo de edad comprendido entre los siete y doce años en quienes el nivel de pensamiento lógico, su capacidad de abstracción y su nivel de entendimiento permiten acciones efectivas para el momento de la salud, teniendo en cuenta el desarrollo del niño desde la psicología evolutiva. No obstante, si se quiere educar a los niños en salud bucal se debe determinar inicialmente qué conocen ellos de este tema, qué acciones realizan para mantener una buena higiene y qué relación existe entre lo que saben, lo que dicen y practican; además de observar cuáles son las expectativas que tienen en cuanto a salud bucal (41).

No hay que olvidar que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades bucales y la adolescencia brinda una gran oportunidad en este sentido, pues establece un mayor grado de apropiación y asimilación de conocimientos, que necesita el individuo en su formación, como responsable del cuidado de la suya propia; es aquí donde comienza a producirse el proceso de individualización indispensable para

fortalecer los hábitos y actitudes que repercutirán posteriormente en la formación de auto-conductas preventivas, imprescindibles para mantener la salud bucal y por ende la buena salud general y por ende la buena salud general (42).

Según Freire, los escolares tienen saberes y creencias válidas que pueden ser logradas gracias a las estrategias educativas acordes con el contexto cultural. Por lo que las pedagogías más acordes para la reflexión y el análisis por parte de las personas son las que ponen énfasis en el proceso; dicha pedagogía comunicativa busca cercanía e interacción de saberes; esto tiene que ver con los resultados obtenidos en el presente estudio cuando se habla de promoción en salud bucal, las inquietudes del niño en cuanto a su boca y a sus diferentes opiniones del entorno (30).

En la tabla y grafico 3, Efectividad del Programa Educativo Preventivo promocional en la salud oral en relación al nivel de conocimiento de los niños de 8 a 12 años de la Institución Educativa Telmo Hoyle de los Ríos de la Esperanza 2012, antes y después de la aplicación del programa Educativo Preventivo promocional de la salud oral. Se encontró que la frecuencia de niños con nivel de conocimiento bueno se incrementó de 23,1% a 70,8% luego de aplicado el programa educativo mientras que la frecuencia de nivel de conocimiento regular disminuyó de 52,3% a 29,2%. Así mismo la frecuencia de nivel de conocimiento malo se redujo de 24,6% a 0%, es decir luego de la intervención educativa ningún niño tuvo nivel de conocimiento malo, encontrándose diferencias altamente significativas  $p < 0.01$ .

Claramente se puede observar que el programa educativo aplicado incrementó significativamente el nivel de conocimiento de los niños en relación a la salud oral, lo cual es beneficioso para ellos ya que ayudaría a reducir problemas de la cavidad oral como la caries, teniendo en cuenta que ésta es una entidad muy frecuente en la población infantil.

Estos hallazgos se asemejan a lo descrito por diversos autores quienes afirman que la ejecución de un programa educativa incrementa el nivel de conocimiento del tema evaluado. Al respecto, Dávila M. et al. (3), en su estudio sobre aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas, cuantitativo, cuasiexperimental con una población de 85 escolares con edades entre 6 y 10 años; obtuvieron los siguientes resultados:

“Antes de la aplicación del PE, el NC sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" 68% y 14% "bueno" variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del programa. El NC sobre medidas preventivas varió de "regular" (74%) antes del PE a 50% después de su aplicación, observándose diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,001$ )” (3).

De igual forma, Biestrook H. et al. en Kenichi A, Kanashiro I. (34), en su estudio sobre el impacto de un programa educativo sobre la salud bucal, en donde incluyó a 75 niños de 5 a 15 años, obtuvo los siguientes resultados:

“observándose que los niños se encontraron significativamente mejor instruidos ( $p<0,05$ ) con respecto al tiempo óptimo de cepillado dental y la frecuencia de visitas al dentista después del programa de cuatro semanas” (34).

Así mismo, Ruiz N. et al. (9), realizó un estudio de intervención grupal educativa, denominada “Salud a pedir de boca”, para modificar conocimientos sobre salud bucal en 68 alumnos de la Escuela Primaria “Josué País” del municipio de Santiago de Cuba, a quienes se aplicó un cuestionario para determinar sus conocimientos sobre salud bucal antes y después del estudio; se logró que 88,24 % adquirieran conocimientos adecuados, de modo que las diferencias observadas antes y después de la intervención fueron altamente significativas ( $p < 0,05$ ) y revelaron que el mecanismo demostró ser eficaz al obtener, con participación consciente, resultados satisfactorios en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal.

Por otro lado, Evaristo T. et al (7), en su estudio sobre un programa educativo sobre salud oral encontró que antes de la intervención, en el pre test ningún niño reconocía la caries dental como enfermedad, posterior a la aplicación del programa y de recibir la educación el 37% la identifica como tal, también el 67% reconoce los factores que inician esta enfermedad.

“El reconocimiento de los 3 elementos básicos de higiene varió de 46,4% a 88%, se modificó el concepto de momentos de cepillado de modo que lo asocien con los alimentos ingeridos de 17,9% a 56%, la identificación de sellante como elemento preventivo varió de 28% a 74%, entonces concluimos que los niveles de conocimiento fueron invertidos por la eficacia de las estrategias propuestas, reafirmando que la educación basada en el juego proporciona resultados positivos en la población infantil” (7).

“Es oportuno mencionar que diversas experiencias han demostrado que programas integrales de educación en salud dirigidos a escolares ejercen gran influencia

en los conocimientos, actitudes y prácticas. De allí que los centros educativos pueden enseñar sobre buenos hábitos en salud, estimular a los niños para que conserven y repliquen estos hábitos en sus hogares, advertir acerca de los riesgos de imitar hábitos no saludables de adultos y brindar al estudiante modelos alternativos de comportamiento saludable, los cuales puede imitar y valorar” (3).

Así mismo no hay que olvidar que en las escuelas se debe enfatizar que la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y los otros miembros de la sociedad involucrados en el desarrollo de la salud pública; preferiblemente, la educación de los padres debería ir paralela a la educación de los niños, de forma que los padres pudieran apoyar y ayudar a sus hijos.

Es de suma importancia resaltar que los efectos positivos de las intervenciones educacionales tienden a ser considerados transitorios en el tiempo, con la consiguiente desaparición de los beneficios observados en un plazo corto; sin embargo mejorías en el tiempo se pueden obtener con el refuerzo o repetición de la intervención educativa enseñando dentro de grupos líderes pre-existentes y minimizando las potenciales barreras dentista- paciente, sensibilizando a la comunidad educativa que son los profesores y estudiantes sobre la importancia de la salud bucal, posicionando los hábitos de higiene bucal en la cotidianidad de la escuela, reduciendo los valores del índice de higiene oral, mediante la atención a las necesidades básicas de salud, así como el aprendizaje de los estudiantes de odontología sobre las características y el compromiso que requiere el trabajo comunitario (42).

Así mismo, No hay que olvidar que el modelo de promoción de la salud de Nola Pender sustenta que que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo promotor

de salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales modificantes y de indicios para entrar en acción y está fundamentado en el desarrollo humano, la psicología social, experimental y la educación. Así mismo, Identifica en los individuos factores cognoscitivos y perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción (43).

Con los resultados obtenidos en la presente investigación y los antecedentes de los autores consultados que demuestran la eficacia del programa educativo en la promoción de la salud oral para la prevención de caries es posible generalizar que la promoción de la salud oral en niños y niñas debe promocionarse por el personal de salud en las escuelas observando las medidas propuestas.

## V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1.- Conclusiones

En el estudio sobre el Programa educativo preventivo promocional de la salud bucal y nivel de conocimiento en los niños de 8-12 años de la I .E. Telmo Hoyle de los Rios, concluyó que:

1. Antes del programa educativo preventivo promocional de la salud oral el nivel de conocimiento en niños y niñas de 8 a 12 años fue en la mayoría regular seguido del malo y minoría bueno.
2. Después del programa educativo preventivo promocional de la salud oral el nivel de conocimiento en niños y niñas de 8 a 12 fue en la mayoría bueno y en la minoría regular, ninguno malo.
3. El programa educativo promocional de la salud oral demostró ser eficaz debido a que mejoró un nivel de conocimiento de los niños de la I.E. THR- La Esperanza 2012. Aplicándose la prueba estadística de  $\chi^2$  para contrarrestar la hipótesis de investigación propuesta H1 fue altamente significativa  $p < 0.01$ .

## **5.2.- Recomendaciones**

De acuerdo a conclusiones obtenidas se recomienda:

- Continuar con este estudio precisando las medidas preventivas a fin de establecer un programa sostenido, sistemático y permanente, dentro de la filosofía de actividades educativo preventiva y aliarlo a medidas asistenciales en las instituciones de salud y escuelas.
- Dirigir este tipo de programas educativos a otras poblaciones escolares, así como también incluir a los docentes y padres de familia de las escuelas para fortalecer las actividades y lograr un efecto multiplicador.
- Implementar programas educativos dirigidos a los profesionales de las demás áreas de la salud, a fin de capacitarlos en temas de salud bucal y puedan orientar e influenciar de manera adecuada a la población.
- Continuar incentivando y apoyando la ejecución de actividades de extensión en esta área dirigidos a la población escolar, docentes, padres y/o representantes a fin de fortalecer los programas preventivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Iglesias C, Arenas L, Bonilla P. Cruz E. Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México. Rev. ADM 2008; 65(5):247-252
2. Limonta E, Araujo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN 2000; 4(3):9-15.
3. Dávila M, Mujica de G M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta odontol. venez 2008; 46(3):58-63.
4. Serani F. Vásquez P. Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de Párvulos De La Junta Nacional De Jardines Infantiles, De La Provincia De Santiago. Universidad de Chile. 2007
5. Díaz Y. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Revista Médica Electrónica 2011; 33(1):115-9.
6. Crespo M, Riesgo Y, Laffita Y, Rodríguez A, Copello A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria Lidia Doce Sánchez. Medisan 2010; 14(2):58-69.
7. Evaristo T, Pinto H, Salas O, Gallegos J. Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres.Lima-Perù Odontol. Sanmarquina 2007; 10(2): 21-23
8. Rodríguez C. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. Tesis de Bachiller. Universidad de Chile. 2005.

9. Campos F. Impacto de una Intervención Educativa, en el Proceso Salud – Enfermedad Bucodental, de Niños y Niñas menores de 5 años de Tacaes de Grecia y Palmares de Alajuela, Costa Rica. 2003. Publicación Científica Facultad de Odontología • UCR • N°11. 2009
10. Ruiz N, Gonzalez E, Soberats M, Amaro I. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. MEDISAN Cuba 2004; 8(3):24-26.
11. Hospital Distrital Jerusalén. Niños con problemas de salud bucal. Oficina de Estadística. La Esperanza
12. Rodríguez L, Contreras R, Arjona J, Soto M. Prevalencia de caries y conocimientos sobre salud-enfermedad bucal de niños (3 a 12 años) en el Estado de México. Revista ADM 2006; 53(5):170-175
13. Mendes, D. Caricote, N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws" edición electrónica Diciembre 2003.

14. Perez J, Duque J, Hidalgo I. Asociación del Estreptococos mutans y lactobacilos con la caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol. 2007; 44(4):125-33.
15. Montero d, López p, Castrejón Perecí R. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista Odontológica Mexicana 2011; 15(2): 96-102.
16. Tascón J, Aranzazu L, Velasco T, Trujillo K, Paz M. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. Colomb Med 2005; 36 (Supl 3): 41-
17. González H, Brand S, Díaz F, Farfán M, González V, Rangel W. et al. Prevalencia de caries rampante en niños atendidos en el Centro Odontopediátrico Carapa, Antímano, Venezuela. Rev Biomed 2006; 17:307-310
18. Portilla J, Pinzón M, Huerta E, Obregón A. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. Revista Odontológica Mexicana 2010; 14(4): 218-225
19. Arévalo S, Rivera M, Rivera I, Sánchez F. Situación de la salud bucal de la población universitaria hondureña. Rev. méd. hondur 2005; 73(4):161-165
20. Vásquez P. Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, de La Provincia de Santiago. Tesis de Maestría. Universidad de Chile. 2007.
21. Olavez D, Velazco N, Solorzano E. Hábitos alimenticios, hábitos odontológicos y caries dental en estudiantes de odontología y arquitectura de la Universidad de Los

Andes. Revista Odontológica de los Andes 2009; 4(2):39-48.

22. Delgado E, Sánchez P, Bernabé E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev. Estomatol. Herediana 2006; 16(2)
23. Castillo J, Rodríguez M, Guerrero F. El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(5), 2001 311-315
24. Bolaños M, González C. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de cuarto grado. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11\\_supl2\\_05/articulos/a2\\_v11\\_supl205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a2_v11_supl205.htm). Fecha de acceso octubre 2011.
25. Martignon S, González M, Santamaría R. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños/as de 0-5 años, ICBF-Bogotá, Colombia. Revista Científica 2004; 10(2):325-331.
26. Napan M. Nivel de conocimientos en pacientes sometidos a hemodiálisis luego de participar en una actividad educativa de enfermería, Centro de Diálisis del Norte S.A.C. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima. 2004.
27. Reyes F, Espeso N, Hernández A. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. Revista Archivo Médico de Camagüey 2009; 13(5):125-36.
28. Agudelo A, Martínez L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal,

medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. Rev Fac Odont Univ Ant 2005; 16 (1 y 2): 81-94

29. Pender N. Promoción de la salud en la práctica de enfermería (3rd Edición). Stamford, 1996.
30. Freire P. La educación como práctica de la Libertad. Editorial Técnica Nuevo Montevideo 1999.
31. Rivera P, Maldonado G, Castro R, Balderas Y. Evaluación de Intervención Educativa de Enfermería en Salud Bucal en Niños. Desarrollo Científico Enfermero. 2011; 9(5):589-91.
32. Parra S, Pacheco C. Intervención educativa para modificar hábitos de salud bucal en adolescentes de la Escuela Pedro Díaz Coello. Corr Med Cient Holg 2011; 15(2): 32-9.
33. Aldrete G, Lorelei P, Aranda C, Perez M, Galvan M. Promoción de la salud oral a través del teatro guiñol. Revista de Educación y Desarrollo Mexico 2007; 7:15-9.
34. Kenichi A, Kanashiro I. Evaluación de un programa educativo- preventivo de salud oral con uso de recurso multimedia, en adolescentes peruanos.[ Artículo en línea]. Rev. Estomatol Herediana. 2009; 19(1); 31-38. Disponible desde el URL: <file:///C:/Users/WINDOWS8/Downloads/1815-3127-1-PB.pdf>
35. Hernández C. Fernández Baptista. Metodología de la investigación 61º edición. Edit. 14c Graw – Hill. México 2010.
36. Polit D. Hungler, B. Investigacion Cientifica en ciencias de la salud. 6Ta edic. Edit. Mc GRaw-Hill Interamerican, Mexico 1999.
37. Rufasto K, Saavedra B2. Aplicación de un programa educativo en salud oral en

adolescentes de una institución educativa peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 2012; 22(2):82-90.

38. Hormigot L, Reyes D, González A, Meriño Y. Estudio descriptivo transversal sobre promoción de salud bucal y nivel de conocimientos de caries dental en niños de 11- 12 años. *Medwave* 2013; 13(5):11-6.
39. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31 (supl 1): 3-24.
40. Escalona D, Escalona E, Aleaga O, Suárez M. Promoción de salud bucal y nivel de conocimientos sobre el primer molar permanente en niños. *Multimed* 2015; 19(2):21-6.
41. Agudelo A, Libia I. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, medios de comunicación y mercadeo social en escolares de 7 a 12 años de una institución de Medellín. *Rev Fac Odont Univ Ant*, 2005; 16 (1 y 2): 81-94
42. Hernández C, González B. Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. *Área Norte Sancti Spiritus*.2010. *Gaceta Médica espirotuana*.2013;15.
43. Marriner A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 3ra. ed. Madrid: España. Ed. Harcourt – Brace. 1997. Pp. 106 – 107.

# ANEXOS

## ANEXO N° 01

El cálculo se realizó de la siguiente

$$\text{manera: } n = \frac{Nz^2 pq}{d^2(N-1) + z^2 pq}$$

n = tamaño de muestra

p = Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia = 0,68

d = Nivel de precisión = 0,05 = Tamaño de la población =

80 z = Valor normal de nivel de confianza = 1.96

q = Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno de estudio = 0.32

$$\begin{aligned} n &= \frac{Nz^2 pq}{d^2(N-1) + z^2 pq} \\ n &= \frac{80 (1,96)^2 (0,68) (0,32)}{(0,05)^2 (79) + (1,96)^2 (0,68)(0,32)} \\ n &= \frac{80 (0,8359)}{(0,05)^2 (79) + 0,8359} \\ n &= \frac{66,8746}{1,0334} \\ n &= 64,71 \quad n = 65 \\ &60 \end{aligned}$$



## ANEXO N° 2

### UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

#### ESCUELA DE POST GRADO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Cuestionario: Programa educativo preventivo promocional de la salud oral y conocimiento de los niños de 8-12 años I.E.T.H de los Rios. La Esperanza 2012

Autora: Marlene Medina Antaya

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (Pre test)-Post Test

#### DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD..... SEXO....1. Masculino    2. Femenino

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO:

**Puntuación del Pre test:** \_\_\_\_\_

#### **Instrucciones:**

Estimado alumno(a)

A continuación le presentamos 15 preguntas acerca de la salud bucal, por favor encierra en un círculo la letra de la respuesta correcta

1.- ¿Cuáles son los dos tipos de dentición que se presenta en los seres humanos?

- Temporal y permanente
- Temporal y la intermedia
- Temporal y la de leche

2.- ¿Cómo se llama los dientes que aparecen en la boca de los niños?

- a) Incisivos, premolares y molares
- b) Anteriores, colmillos y posteriores
- c) Incisivos, caninos y molares.

3.- Los dientes temporales son veinte, mientras que los dientes permanente son:

- a) 36
- b) 28
- c)32

4.- ¿Cada que tiempo se deberá cambiar el cepillo dental?

- a) diariamente
- b) al año
- c) cada 3 meses

5¿Que es placa bacteriana?

- a) Una capa de fluor que se forma alrededor de los dientes
- b) Una capa formada por agrupaciones de bacterias que dañan encías y dientes
- c) Una capa formada por el cepillado con pasta dental.

6.- ¿Cómo se llama a la inflamación y agrandamiento de las encías?

- a) Caries
- b) Mucosita

c) Gingivitis

7.- ¿Cuál es el problema más común que produce una caries dental profunda?

a) Se empieza a mover

b) Hay mucho dolor

c) Se produce sangramiento

8.- A que edad se producen las caries dentales

a) a cualquier edad

b) Solo en niños

c) Después de los cinco años de edad.

9.- Los cálculos dentarios o sarro se forma en:

a) La encía

b) En el hueso

c) En el esmalte

10.- ¿Sabes en que alimentos se encuentra el flúor?

a) pescado, espinaca, te, sal fluorada.

b) pera, café, plátano, arroz

c) lenteja, fresa, leche, gelatina.

11.- ¿Qué consideras una lonchera saludable?

a) jugo de manzana, galleta, chizito

b) jugo de naranja, manzana, pan con atun

c) pulpin, papa lays, keke

12.- ¿Cuándo se deben cepillarse los dientes necesariamente?

a) Solo cuando están sucios

b) Al levantarse y al acostarse por la noche

c) Después de las comidas.

13.- ¿Qué se espera obtener con un buen cepillado?

a) Controlar adecuadamente la placa bacteriana

b) evitar que los dientes quebrados duelan

c) Detener la caries dental dolorosa.

14.- Para que sirve el hilo dental?

a) Limpiar las superficies masticadoras de los dientes.

b) para eliminar la placa bacteriana en el espacio entre diente y diente

c) Para alisar los dientes.

15.- ¿Cuánto tiempo demora en cepillarse los dientes?

a) 10 a 15 min.

b) 8 a 12 min.

c) 3 a 5 min.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS (Post test)

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD..... SEXO .....1. Masculino 2. Femenino

**Puntuación del Post Test:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

A continuación le presentamos 15 preguntas acerca de la salud bucal, por favor encierra en un círculo la letra de la respuesta correcta

**NIVEL DE CONOCIMIENTO:**

1.- ¿Cuáles son los dos tipos de dentición que se presenta en los seres humanos?

- a) Temporal y permanente
- b) Temporal y la intermedia
- c) Temporal y la de leche

2.- ¿Cómo se llama los dientes que aparecen en la boca de los niños?

- a) Incisivos, premolares y molares
- b) Anteriores, colmillos y posteriores
- c) Incisivos, caninos y molares.

3.- Los dientes temporales son veinte, mientras que los dientes permanente son:

- a) 36
- b) 28

c) 32

4.- ¿Cada que tiempo se deberá cambiar el cepillo dental?

a) diariamente

b) al año

c) cada 3 meses

5.¿Que es placa bacteriana?

a) Una capa de flúor que se forma alrededor de los dientes

b) Una capa formada por agrupaciones de bacterias que dañan encías y dientes

c) Una capa formada por el cepillado con pasta dental.

6.- ¿Cómo se llama a la inflamación y agrandamiento de las encías?

a) Caries

b) Mucosita

c) Gingivitis

7.- ¿Cuál es el problema más común que produce una caries dental profunda?

a) Se empieza a mover

b) Hay mucho dolor

c) Se produce sangramiento

8.- A que edad se producen las caries dentales

a) a cualquier edad

b) Solo en niños

c) Después de los cinco años de edad.

9.- Los cálculos dentarios o sarro se forma en:

a) La encía

b) En el hueso

c) En el esmalte

10.- ¿Sabes en que alimentos se encuentra el flúor?

a) pescado, espinaca, te, sal fluorada.

b) pera, café, plátano, arroz

c) lenteja, fresa, leche, gelatina.

11.- ¿Qué consideras una lonchera saludable?

a) jugo de manzana, galleta, chizito

b) jugo de naranja, manzana, pan con atun

c) pulpin, papa lays, keke

12.- ¿Cuándo se deben cepillarse los dientes necesariamente?

a) Solo cuando están sucios

b) Al levantarse y al acostarse por la noche

c) después de las comidas.

13.- ¿Qué se espera obtener con un buen cepillado?

a) Controlar adecuadamente la placa bacteriana

b) evitar que los dientes quebrados duelan

c) Detener la caries dental dolorosa.

14.- Para que sirve el hilo dental?

a) Limpiar las superficies masticadoras de los dientes.

b) para eliminar la placa bacteriana en el espacio entre diente y diente

c) Para alisar los dientes.

15.- ¿Cuánto tiempo demora en cepillarse los dientes?

a) 10 a 15 min.

b) 8 a 12 min.

c) 3 a 5 min.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL**

<b>PREGUNTA</b>	<b>LITERAL CORRECTA</b>	<b>SALUD BUCAL ENUNCIADO CORRECTO</b>
<b>1</b>	a	Temporal y permanente
<b>2</b>	c	Incisivos, caninos y molares
<b>3</b>	c	Treinta y dos
<b>4</b>	c	Cada 3 meses
<b>5</b>	b	Una capa formada por agrupaciones de bacterias
<b>6</b>	c	Gingivitis
<b>7</b>	b	Hay mucho dolor
<b>8</b>	a	A cualquier edad
<b>9</b>	c	En el esmalte
<b>10</b>	a	Pescado, espinaca, te, sal, fluorada
<b>11</b>	c	Cepillo y pasta dental
<b>12</b>	c	Después de las comidas
<b>13</b>	a	Controlar adecuadamente la placa

<b>14</b>	b	bacteriana
<b>15</b>	c	Para eliminar la placa bacteriana en el espacio entre diente y diente De 3 a 5 minutos

Nivel de conocimiento :      bueno :      11 a 15 puntos

Regular:      06-10 puntos

Malo:      0-5 puntos



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**ANEXO 3**

**PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL SOBRE SALUD**

**ORAL**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBÓTE**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**ANEXO 3**

**PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL SOBRE SALUD**

**ORAL**

**Autora: Marlene medina Antaya**

## **I. Fundamentación**

Tener unos dientes sanos y una sonrisa feliz, implica seguir unas pautas de higiene y prevención. No se debe esperar a ser adolescentes o grandes para recién preocuparse por los dientes y la salud bucal. Es importante que estos cuidados se inicien desde la infancia. Para asegurar unos dientes sanos y por ende una buena salud bucal, debemos establecer buenos hábitos de limpieza desde pequeños y estas prácticas saludables

deben ser marcadas por los padres de familia y complementadas en las instituciones educativas. Los buenos ejemplos se aprenden siempre. El presente programa pretende *establecer pautas para el* cuidado de la salud bucal de los niños que son *el futuro del* país.

## **II. Objetivos**

### **2.1. General**

- Establecer estrategias didácticas para prevenir problemas de salud bucal y modificar conocimiento de salud bucal en niños de 8 a 12 años de la institución educativa Telmo Hoyle de los Ríos del distrito de la Esperanza.

### **2.2. Específicos**

- Identificar los conocimientos referentes a la salud bucal mediante la aplicación de un pre - test.
- Reconocer la anatomía de la cavidad bucal.
- Valorar la importancia de la higiene bucal y la placa bacteriana.
- Identifica los problemas de salud ocasionados por la Caries dental
- Reconocer la importancia del Flúor en los alimentos.
- Señalar la dieta cariogénica y no cariogénica
- Beneficiarios los niños

## **III. Descripción del programa preventivo promocional de la salud oral**

Las sesiones se desarrollaron en el aula una vez a la semana por un lapso de 3 semanas con una duración aproximada de 40 minutos. Cada sesión contó de una exposición y se complementó con una actividad lúdica que permitirá la interacción con la población y mantenerla atenta durante el desarrollo de la misma. Los contenidos fueron los siguientes:

- Anatomía de la cavidad bucal.- Para la cual se utilizará el Completadent, poster que sirvió como introducción a la exposición dialogada para que los niños reconozcan las estructuras anatómicas básicas que se encuentran en la cavidad oral.
- Caries dental.- En la exposición se utilizará material gráfico que explica qué es, y cuáles son los factores necesarios para su formación y como refuerzo se utilizará el Memocareando, un juego de memoria de los factores de riesgo para caries dental consistente en 16 afiches en los que se encuentran los 4 factores que predisponen a caries dental: estreptococo mutans, diente, dulces, tiempo, con sus respectivos pares que estarán mezclados con diversas imágenes, los escolares debían encontrar las duplas y colocarlas luego en el tablero de sumatoria que indicara que todos los factores sumados dan como producto la enfermedad de caries dental.
- Higiene y placa dental.- Se utiliza un rotafolio para graficar el proceso de formación de placa, material macro para explicar los elementos básicos de higiene además de las técnicas del uso de los mismos.
- Flúor.- Se utilizará un rotafolio que describe los alimentos que lo contienen, complementándose con la actividad "Fortaleciendo", demostración acerca de las propiedades del flúor utilizando huevos y vinagre a modo de graficar el proceso de descalcificación dental.
- Dieta.- Se utilizará material visual para explicar la diferencia de los alimentos además de la utilización de la Lonchera Ideal como retroalimentación, se proporcionó dos tipos de lonchera, con alimentos de tamaño real, pidiendo a los niños que identifiquen cuales la correcta para la conservación de la salud oral.

- Evaluación: Aplicación del pre test y post test.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	TEMA	METODOLOGIA	RESPONSABLE
8 de Junio 40'	Pre Test Anatomía de la Cavidad Bucal	Exposición Rotafolio	Marlene Medina Antaya
15 de Junio 40'	Caries Dental Higiene Bucal y Placa Bacteriana	Material Gráfico Afiches Rotafolios Exposición	Marlene Medina Antaya
22 de Junio 40'	El Fluor Dieta Cariogenica y no cariogenica y aplicación del Post Test	Exposición Material Visual Material Gráfico Rotafolios Exposición	Marlene Medina Antaya



## ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ANGELES DE CHIMBÓTE  
ESCUELA DE POST GRADO MAESTRÍA EN SALUD  
PÚBLICA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO: "PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL Y CONOCIMIENTO EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RÍOS LA ESPERANZA 2012"**

**Autor:** CD. Marlene Medina Antaya

Yo.....

Voluntariamente deseo que mi menor hijo participe del estudio sobre la efectividad del PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO PROMOCIONAL DE LA SALUD ORAL Y CONOCIMIENTO EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TELMO HOYLE DE LOS RÍOS LA ESPERANZA 2012, cuyo objetivo es determinar la efectividad de dicho programa educativo y el investigador es la maestra Marlene Medina Antaya y la asesora es la Dra. Nélica Cantuarias Noriega.

Los datos obtenidos y resultados se mantendrán en el anonimato y servirán para obtener el grado académico de Maestría en Salud Pública en el Área de Odontología.

Trujillo, ..... de..... del 2012.

\_\_\_\_\_  
Firma del colaborador

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Firma de la asesora