



**UNAP**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**TESIS**

**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE  
LA CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
PRIMARIA 61006-BELÉN-2016**

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

**AUTORES : ROSIO TORRES SALINAS  
MARITZA RIOS PIZANGO**

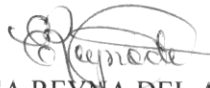
**ASESORA : Dra. EVA LUCIA MATUTE PANAIFO**

**IQUITOS – PERÚ**

**2017**

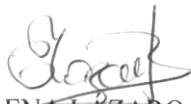
TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 30 DE MAYO  
DEL 2017 EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POST GRADO DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA: EN LA  
CIUDAD DE IQUITOS – PERU

MIEMBROS DEL JURADO



Lic. Enf. ELSA REYNA DEL AGUILA, Dra.

Presidente



Lic. Enf. ELENA LAZARO RUBIO, Dra.

Miembro



Lic. Enf. NANCY ANDREA VILLACIS FAJARDO, Dra.

Miembro



Dra. EVA LUCIA MATUTE PANAIFO.

ASESORA DE LA TESIS



**UNAP**

*Escuela de Post Grado  
Oficina de Asuntos Académicos*



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Con **Resolución Directoral N° 0399-2017-EPG-UNAP**, se autoriza la sustentación de la tesis: **“EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA 61006 BELEN - 2016”** designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dra. Elsa Reyna del Águila	Presidente
Dra. Nancy Andrea Villacis Fajardo	Miembro
Dra. Elena Lázaro Rubio	Miembro

A los Treinta días del mes de mayo del 2017, a horas 06:00 p.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado Evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la sustentación de la tesis: **“EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA 61006 BELEN - 2016”** presentado por las egresadas: **ROSÍO TORRES SALINAS** y **MARITZA RIOS PIZANGO**, como requisito para optar el Grado Académico de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

*Abiertas en su totalidad.*

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones, la sustentación es:

1. Aprobado como: a) Excelente (X) b) Muy bueno ( ) c) Bueno ( )
2. Desaprobado: ( )

Observaciones : *Ninguna.*

A Continuación, la Presidenta del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las *3:15* p.m. del Treinta de Mayo del 2017; con lo cual, se le declara a las sustentantes *aptas* para recibir el Grado Académico de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

*E. Reyna del Águila*  
Dr. Elsa Reyna del Águila  
**Presidente**

*Nancy Villacis Fajardo*  
Dra. Nancy Andrea Villacis Fajardo  
**Miembro**

*Elena Lázaro Rubio*  
Dra. Elena Lázaro Rubio  
**Miembro**

## DEDICATORIA

- A Dios, a mis padres Cirilo y Nery, mi esposo Fernando Meléndez por su noble e incondicional compañía ,a mis hijos, Grethel y Salvador por sus paciencia y amor, que nos fortalece a seguir en el camino que elegimos un día al servicio de la comunidad , a mis hermanos en especial a la Doctora Hayda Torres por su ayuda en el idioma ingles y sus consejos .

C.D. Rosio Torres Salinas

- A mi esposo por su apoyo moral a mi hija Valentina por su compañía durante todo este proceso, a mis padres y hermanos por sus buenos deseos todos ellos hicieron posible este gran logro.

Lic. Enf. Maritza Ríos Pizango

## **AGRADECIMIENTO**

- A todos los niños y niñas de la región Loreto, en especial a los de la I.E. 61006 Distrito de Belén, que son el motivo y aliciente para seguir en este largo camino del desarrollo.
- A la Dra. Eva Matute Panaifo, por sus conocimientos , dedicación y asesoramiento de la presente tesis
- A las doctoras miembros del jurado por sus observaciones y recomendaciones en mejora de la investigación.

**EFFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN  
DE LA CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
PRIMARIA 61006, – BELÉN-2016**

**POR:**

ROSIO TORRES SALINAS

MARITZA RIOS PIZANGO.

**RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar el Efecto de un programa Educativo en la prevención de caries dental en escolares de la IE N° 61006 del Distrito de Belén 2016. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo cuasi experimental. La población de referencia estuvo constituida por 80 alumnos y el marco muestral experimental estuvo constituido por 40 alumnos que asistieron a clases. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y la observación, como instrumento el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, para la validación del instrumento de recolección de datos se utilizó el juicio de expertos y para la confiabilidad se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.745, validez del 80%, el procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22. La prueba estadística empleada para la contrastación de las hipótesis fue la, prueba paramétrica F de Levene para la comparación de varianzas y la Prueba T de student para el efecto nivel de conocimiento, prueba no paramétrica  $X^2$  para el efecto de caries dental con un  $\alpha = 0,05$  y con un nivel de confianza del 95%, siendo los principales hallazgos: El programa educativo en el nivel de conocimiento fue efectiva, con  $F = 16,017$ ,  $t = 10,664$ ,  $p < 0,000$ ,  $gl = 78$ , en el nivel de caries dental también fue efectiva según  $X^2 = 62,222$ ,  $p < 0,000$   $gl = 1$  lo que permitió aprobar la hipótesis general: El programa educativo ejerce efecto positivo en la prevención de caries dental.

**Palabras claves:** Programa Educativo, conocimiento de salud bucal, caries dental.

## ABSTRACT

**TITLE:** EFFECT OF AN EDUCATIONAL PROGRAM ON PREVENTION  
OF THE DENTAL CARIES IN THE EDUCATIONAL INSTITUTION OF  
THE PRIMARY SYSTEM 61006 - BELÉN-2016

BY

ROSIO TORRES SALINAS  
MARITZA RIOS PIZANGO.

For prevention, the best medical treatment can be achieved by maintaining a series of good health habits.

Determine the effect of an educational program in the prevention of dental caries in schoolchildren of the primary educational institution N ° 61006 of the District of Bethlehem 2016.

This is an exploratory, descriptive correlational and explanatory study. With a quantitative method and non-experimental in its quasi experimental mode design. Population: 80 students of the Primary Educational Institution 61006 of the district of Belen. The sample: 40 students attending classes, 40 for the experimental group and 40 for the control group. Interview and observation were used. With a questionnaire as a tool with open and close ended questions related to dental caries. And expert's judgement for validation of the data. For confidentiality, the Cronbach's alpha coefficient was used giving a result of 0.745 reliability of 80%, prepared. It was used for the data processing of the SPSS version 22 statistical package using the non-parametric test, with a significance level of  $\alpha = 0.05$ .

The educational program, was effective, L LEVENE with  $t = 10,664$ ,  $p = 0,000$  ( $p > 0,05$ ),  $gl = 78$ . The 40 children of the experimental group did not present caries, which allowed to accept the general hypothesis: The educational program has a positive effect in the prevention of dental caries of the children in this study.

Key words: Programs Educational, Buccal Health, Dental Caries.

## **PAGINAS PRELIMINARES**

1. PORTADA O CARATULA
2. CONTRAPORTADA O CONTRACARATULA
3. DEDICATORIA
4. AGRADECIMIENTOS
5. RESUMEN Y ABSTRACT
6. INDICE DE CONTENIDOS
7. INDICE DE CUADROS
8. INDICE DE GRAFICOS



## INDICE

	Pág.
CAPITULO I.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.3. OBJETIVOS: General y Específicos .....	6
CAPITULO II .....	7
2.1. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.1 Antecedentes .....	7
2.1.2 Bases Teóricas.....	14
2.1.3 Marco conceptual .....	32
2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES .....	33
2.3. HIPÓTESIS.....	36
CAPITULO III.....	37
3. METODOLOGÍA .....	37
3.1. Método de Investigación.....	37
3.2. Diseño de Investigación.....	37
3.3. Población y Muestra .....	37
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	38
3.5. Procedimientos de recolección de datos .....	38
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de Datos .....	39
3.7. Protección de los derechos de humanos.....	39
CAPITULO IV.....	40
Resultados .....	40
CAPITULO V .....	46
Discusión .....	46

CAPITULO VI.....	48
Propuesta.....	48
CAPITULO VII .....	49
Conclusiones .....	49
CAPITULO VIII.....	50
Recomendaciones .....	50
CAPITULO IX.....	51
Referencias Bibliográficas	
.....	51
Anexos o Apéndices.....	53
Anexo 01: Cuestionario para los Alumnos de Primaria de la Institución Educativa 61006	
Anexo 02: Programa Educativo	
Anexo 03: Cronograma de Actividades del Programa Educativo	
Anexo 04: Validez de Expertos para el Instrumento de Medición	
Anexo 05: Resolución Directoral de la Institución Educativa 61006 aprobando la ejecución del estudio de investigación	
Anexo 06: Odontograma acreditado por el Colegio Odontológico del Perú	
Anexo 07: Hoja de consentimiento informado	
Anexo 08: Fotos de Campo	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N.º 01. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016 .....	39
Tabla N.º 02 Prevalencia de caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes de la I.E. 61006, distrito Belén -2016 .....	40
Tabla N.º 03 Efecto del programa educativo según nivel de conocimiento en los estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016 .....	41
Tabla N.º 04 Efecto del programa educativo según caries dental en estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016 .....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N°1. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016 .....	39
Grafico N°2. Prevalencia de caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo en estudiantes de la I.E. 61006, distrito Belén -2016 .....	40
Grafico N. °3. Efecto del programa educativo según nivel de conocimiento de los estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016 .....	41
Grafico N. °4 Efecto del programa educativo según caries dental en estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016.....	42

## CAPITULO I

### 1.1. INTRODUCCIÓN

Para la prevención, el mejor tratamiento médico que existe es el que no ha de realizarse, esto se puede lograr manteniendo una serie de buenos hábitos de salud. Los responsables de la Educación para la Salud Bucal son los hogares, pero no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados y muchas veces perjudiciales para el niño.

La prevención se puede realizar de diferentes modalidades, la aplicación de fluoruros, selladores, consumo de agua y sal fluorada, así como la instrucción a los padres y niños sobre salud dental. Con este estudio se evaluó el conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de los estudiantes de primaria y de esta manera se obtuvo un conocimiento real de esta problemática que constituye una base para poner en práctica métodos preventivos a través de la Universidad, en la Institución educativa del distrito de Belén y también en la práctica privada, ya como profesionales altamente capacitados, contribuiremos en la mejora de la salud bucal de la población. Es importante tener en cuenta que, en la mayoría de las Instituciones de educación en Salud, poseen una filosofía básica restaurativa en salud bucal, preparando profesionales con excelente destreza para producir las mejores restauraciones, pero no muy preparados para inducir a sus pacientes en el área de la prevención. Las afecciones bucales constituyen un fuerte problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. 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, adquisición de conocimientos sobre problemas

bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras. Por esas razones consideramos que nuestro 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, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.

En Loreto, las acciones de educación para la salud se llevan a cabo en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, no siempre cumplen los requisitos de calidad que garanticen la modificación de actitudes y conductas populares en relación con la salud bucal. Con este estudio se logró que los niños incluidos en el programa adquirieran conocimientos y habilidades para realizar independientemente su propia higiene oral ,como es el cepillado correcto por lo menos dos veces al día uno al levantarse y otro al acostarse , lo ideal es tres veces al día ,pero dado que es una zona de bajos recursos económicos se incide en lo básico. La salud oral desempeña un importante papel en la salud general del individuo, ya que numerosas patologías orales se reflejan a nivel sistémico y viceversa. La prevención de las patologías buco dentales es un objetivo del odontólogo y del profesional de enfermería que lo puede realizar mediante programas de educación para la población orientados a la adquisición y puesta en práctica de determinados estilos de vida bucodental. Estos aspectos nos motivaron a realizar el presente estudio, encaminado a evaluar los resultados de la aplicación de un modelo de intervención educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en escolares de 6 a 12 años de edad y así prevenir y reducir la incidencia de caries dental en los niños sujetos de estudio.

## **1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La Caries dental es una enfermedad infecciosa multifactorial que afecta a la mayoría de la población mundial. Un gran número de publicaciones documentan el descenso de la caries en los niños de los países desarrollados

desde mediados hasta finales de los años 1970. En varios países este descenso se ha detenido, e incluso en los EEUU con muchas ciudades donde se suministra flúor, la caries sigue siendo la enfermedad con más prevalencia en la infancia. Por otro lado, aunque los niveles de caries son generalmente bajos en los escolares de los países en desarrollo, la prevalencia de caries ha aumentado en áreas donde los niños consumen más productos con azúcares refinados. La prevalencia de caries varía entre los diferentes grupos socioeconómicos y étnicos dentro del mismo país. **OMS. (2001)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades. La caries dental junto con la enfermedad periodontal, constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria durante toda la vida de un individuo. Afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza; teniendo una mayor presencia en sujetos de bajo nivel socioeconómico.

Esta situación guarda relación directa con un deficiente nivel educativo, una mayor frecuencia en el consumo de alimentos ricos en sacarosa entre las comidas y ausencia de hábitos higiénicos. A pesar de existir tecnologías preventivas capaces de dominarlas, controlarlas y/o erradicarlas, la Odontología en Latinoamérica continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja e ineficiente, y se sigue ofreciendo al 90% de la población la exodoncia como única solución. Constituye una intensa fuente de dolor para el ser humano y es origen de grandes pérdidas económicas para la sociedad, unido a los elevados costos de los servicios Odontológicos se han convertido en un bien de consumo cada vez más inaccesible a un gran sector de la población. La promoción de la salud oral es sólo una de las muchas disciplinas específicas implicadas en el estudio de la salud oral comunitaria. Puesto que las enfermedades más comunes de la boca son la caries dental, las enfermedades periodontales y enfermedades de los tejidos blandos

bucales, el objetivo básico de la salud oral comunitaria es mantener la salud oral, para impedir enfermedades orales comunes y por lo tanto mejorar la calidad de vida. La promoción de la salud oral debe ser responsabilidad de todos, del gobierno y de los individuos. En comparación con la mejora de salud general, la salud oral ha experimentado una lenta mejora durante este siglo. Esto ha sido así porque la mayoría de los esfuerzos en servicios dentales se concentraron en curar los síntomas de enfermedades comunes como la caries dental y la periodontitis. Los conocimientos básicos para prevenir la caries fueron prácticamente inexistentes hasta después de la Segunda Guerra Mundial con la introducción e implementación de la fluoración del agua potable y el uso de flúor de forma local.

En los años 70 y 80, los programas de alimentos funcionales y dietas con sustitutos calóricos y no calóricos del azúcar llegaron a ser una realidad preventiva. Los enjuagues de flúor se introdujeron para ayudar a prevenir la caries junto con la clorhexidina y otros agentes antiplaca para el control local de infecciones. Para las enfermedades periodontales, los programas preventivos estuvieron disponibles durante los años 60 y 70 con la introducción de la limpieza bucal profesional y en casa. A partir de los años 60 aumentó la concienciación de la necesidad de medidas públicas en salud bucodental. Para la prevención de la caries, se introdujeron programas colectivos de tabletas de flúor y enjuagues en países donde la fluoración del agua no se podía implementar. La introducción de la sal fluorada en los 60 y más tarde la leche con flúor llegó a ser la alternativa práctica a la fluoración. En el futuro, estas medidas preventivas atraerían más el interés dentro de la comunidad europea y se centraría en la prevención en ancianos y niños con alimentaciones deficientes. La introducción del dentífrico con flúor para casi todos ha llegado a ser una medida comparativamente barata y eficiente y un arma clave para prevenir y controlar la caries dental. Otras medidas profesionales preventivas adicionales como un control frecuente de la placa, la aplicación tópica de flúor y antisépticos han contribuido también a la mejora de la salud bucodental en grandes colectivas, especialmente en niños. Sin embargo, la mayoría de las medidas profesionales requieren



personal y en comparación resultan tan caras que limita su implementación completa en muchas sociedades, y especialmente para familias con recursos educativos y económicos limitados.

En los años 70 se originó una nueva estrategia de salud pública por el interés creciente en la concienciación de los grandes costos aumentados no controlados de salud pública incluyendo los cuidados en salud oral y la limitación de principios médicos para tratar enfermedades y síntomas ocasionados por estilos de vida deficientes y factores ambientales. Por lo tanto, la promoción de la salud oral combinada con medidas preventivas debe fortalecerse e implementarse eficientemente dentro de un plazo razonable. La prevención de la salud es un enfoque completo para la mejora de la salud de familias, sociedades y poblaciones, respaldado por sistemas formales de salud pública. La responsabilidad individual así como la social parece estar afianzada si las colaboraciones tienen lugar a todos los niveles de la sociedad. Fundamental al enfoque de promoción de salud es el concepto general de salud como una noción de bienestar más que simplemente la erradicación de la enfermedad. La participación en programas de educación puede mejorar la disposición y la aptitud del niño para la escuela. Otros efectos beneficiosos incluyen la matrícula escolar oportuna, reducción de la tasa de repetición, de deserción escolar y mejor rendimiento académico. Los grupos que tradicionalmente son más desfavorecidos, niñas, niños rurales y niños pobres reciben los efectos más beneficiosos. Los resultados obtenidos de la investigación están a disposición de las instituciones prestadoras de salud y a la Dirección Regional de Salud de Loreto y específicamente a la Alcaldía del Municipio de Belén como una referencia importante para planificar programas y estrategias de atención odontológica eficaces. En este contexto se planteó el siguiente problema de investigación **¿Cuál es el efecto de un programa educativo en prevención de caries dental en la Institución educativa 61006 del distrito Belén-2016?**

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Determinar el Efecto de un programa Educativo en la prevención de caries dental en escolares de la Institución Educativa primaria N° 61006 del Distrito de Belén 2016

#### **Objetivos Específicos**

- Identificar la prevalencia de caries dental a través del odontograma en niños escolares de 6 a 12 años sujetos de estudio, antes y después de ejecutar el programa educativo sobre prevención de caries dental.
- Identificar el nivel de conocimiento de los niños escolares de 6 a 12 años antes y después de ejecutar el programa educativo, sobre prevención de caries dental.
- Aplicar un programa educativo en prevención de caries dental a los niños escolares de 6 a 12 años de la institución educativa 61006.
- Evaluar la efectividad del programa de intervención.

## CAPITULO II

### 2.1. MARCO TEÓRICO

#### 2.1.1. Antecedentes

Los programas preventivos que usan flúor por vía sistémica son eficaces y tienen un alto costo beneficio. Sin embargo, el empleo de programas de fluorización con sal tiene mayor posibilidad de cubrir a toda la población. Los programas promocionales demuestran eficacia en el mejoramiento de conocimientos y actitudes al estar dirigidos a niños, padres de familia y profesores. Los programas que combinan ambos componentes (flúor y educación dan mejores resultados. En un estudio titulado **Programa de Promoción de salud bucal Australia 2007**. Reducción en el sufrimiento innecesario como hospitalización y tratamientos invasivos en niños de 2 a 3 años. Programa de promoción de salud bucal para padres de infantes El resultado fue una incidencia de S-ECC de 1.7% en las madres que recibieron el programa y de 9.6% en las que no la recibieron. **Plutzer K, Soencer AJ 2007**

En un estudio titulado Programa preventivo educacional en la salud bucal de niños preescolares **Hochstetter y Col. en el 2007** En los resultados a los 8 días y después de 6 y 12 meses, se obtuvo una disminución significativa en el índice gingival e índice de placa, y no hubo incremento significativo en caries dental en el grupo preventivos y promocionales han logrado resultados más eficaces, que aplicados individualmente. Por ello, es importante que todo programa tenga ambos componentes. Así mismo, todas las instituciones y profesionales de la salud en el Perú, deben tener en consideración estos aspectos para la implementación de nuevos

programas de salud bucal y la mejora continua de los mismos, estableciéndose programas preventivo promocionales bien elaborados, y a su vez un sistema de vigilancia y de monitoreo que pueda evaluar la evolución de estos programas a lo largo de los años. La reducción de ellas no solo implica un beneficio individual para la persona, sino que involucra toda una cadena de beneficios para el país, al reducir los costos en tratamientos y por ende el presupuesto que el gobierno asigna para la salud. Ya que la salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible, por lo tanto, la salud bucal es un derecho y debe ser apoyado por los gobiernos. **Ascue, (2010).**

Estudios realizados en Cuba, al igual que en otros países, evidencian que la caries es una enfermedad que afecta del 95% al 99 % de la población, y que la tendencia a padecerla en los menores de 15 años ha seguido un comportamiento similar, se ha observado un incremento notable al aumentar la edad de las personas Se estima que afecta aproximadamente al 40 % de los infantes y entre el 60 y el 80 % de los adolescentes y jóvenes. Ni siquiera los países más desarrollados han podido resolver esta situación por su causa factorial y se ha demostrado que existen deficiencias en los educadores y población en general en cuanto a los conocimientos de la educación para la salud bucal que permiten lograr una influencia positiva en los niños a edades tempranas. Con esta información se hizo necesario poner en práctica una orientación sistemática e instructiva acerca de este tema para todo el personal vinculado directamente con los niños, incluyendo los padres y educadores en general cuya responsabilidad es sumarse a las actividades preventivas que han de aplicarse a los niños en las diferentes instituciones infantiles, en las áreas de salud y en los hogares donde hubo una evaluación favorable del texto educativo: la mayoría opinó que el texto es de gran utilidad, que debía ser extendido a otros centros y consideró como necesario introducir estos temas

desde edades tempranas, considerándolo una herramienta muy eficiente y una opción válida para la prevención de la caries dental en niños. **Taño, et al (2010).**

Un estudio realizado por **Pombo (2009)** la prevalencia de caries fue de 24.1% en la Coruña, España y **Pisconte (2010)** encontró una prevalencia de 60.7% en Trujillo.

**Saavedra (2011)** quien en Lima demostró que el nivel de conocimiento de los niños fue bajo en su mayoría con 50,8%, seguido de regular con un 49,2% y alto en un 0%, se puede observar la prevalencia por el conocimiento bajo y regular; esta situación podría deberse a la falta de interés acerca de la salud oral, porque no reconocen la importancia de los dientes deciduos y la prevención de las enfermedades bucales. Otra razón pudo ser que, los programas preventivos promocionales por parte de las instituciones de salud, no están llegando de manera adecuada a la población.

Un estudio realizado en Lima – Norte, fue determinar la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6-71 meses de edad de comunidades urbano marginales de Lima. Se evaluaron a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS, con equipo no invasivo, bajo luz natural, y con técnica de rodilla-rodilla para los más pequeños. La prevalencia de caries dental fue de 62,3%, y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El componente cariado representó el 99,9%. Se concluye que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área. **Villena, et al (2011).**

Un estudio determinó la salud bucal en 132 niños, evaluando la caries inicial. Se midió también el índice de placa y el índice gingival, y se determinaron las actitudes hacia la higiene bucal y el nivel educativo de los padres. La caries se reportó en el 41,9 por

ciento de los preescolares cuyos padres tenían actitudes favorables. En individuos con progenitores cuya educación se ubicó en niveles bajos la caries inicial (33,3 %). Los grados más severos encontrados en el índice de placa y el índice gingival se observaron en individuos cuyos padres tenían actitud desfavorable hacia la higiene bucal (33,3 y 66,6 % respectivamente). Se concluye que en los preescolares estudiados existe relación estadísticamente significativa entre la caries dental, el índice gingival y el índice de placa con las actitudes y nivel educativo de sus padres, reafirmando la necesidad de desarrollar programas preventivos con la participación de los padres de niños en edad preescolar, para la adquisición de hábitos de salud bucal. **Navas, et al (2012).**

Estudio realizado en Arequipa - PERÚ sobre las lesiones de caries con técnicas preventivas y recuperativas de mínima intervención, asociado a la educación y participación de padres, muestra que en menores de 5 años se comprueba el impacto educativo logrado; la relación de las diferencias del índice de higiene oral simplificado y final y la disminución del índice de necesidad de tratamiento. Lo cual indica que la educación y la participación de los padres en técnicas preventivas es fundamental para lograr cambios en la salud bucal de sus hijos a edades tempranas; la técnica de restauración traumática modificada con el uso previo del gel de papaína obtenido de la *Carica pubescens* (papaya arequipeña), logra un impacto psicológico positivo al tratamiento odontológico integral. **Moya, (2012).**

Sobre el Programa de Salud Bucal de la OMS/ OPS. La (OMS), en colaboración con la comunidad internacional de salud bucal, coordina alianzas globales con el fin de compartir responsabilidades para implementar una estrategia global. Las actividades de la OMS abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento, como son:  
La promoción desde un enfoque basado en los factores de riesgo comunes, Los programas de fluorización para mejorar el acceso a los

fluoruros en los países de bajos ingresos. El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública. A través del marco de escuelas de promoción de la salud de la OMS, desde 1995, diseña programas para mejorar la salud de niños, personal escolar, familias y otros miembros de la comunidad a través de los colegios.

Esta iniciativa consiste en cuatro amplias estrategias: Capacidad de interceder en programas de salud escolar mejorados. Crear redes y alianzas para el desarrollo de escuelas promotoras de la Salud; Fortalecimiento de la capacidad nacional. Investigar para mejorar los programas de salud en las escuelas. **OMS/OPS, (2012).**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló el Plan Regional Decenal sobre Salud Bucodental. En él se definen las estrategias y metas para los países de la región, con base al índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años. La OPS tiene un plan de varios años para los programas de fluorización del agua y de la Sal, y ha propuesto tres etapas en la ejecución: evaluación de la factibilidad, evaluación a corto plazo y evaluación a largo plazo. Las metas propuestas por la OPS son: Iniciar evaluaciones de la factibilidad (costo-beneficio) y del punto de comparación para los programas nacionales de fluorización del agua y de la sal en seis países; apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los países para implantar sistemas eficaces de vigilancia epidemiológica; apoyar la elaboración de material didáctico sobre salud bucal adaptado al programa de estudios; continuación de los estudios de factibilidad y las evaluaciones para otros programas nacionales; apoyar el establecimiento de programas sostenibles de fluorización en todos los países; y reforzar la educación en salud oral y los materiales del programa. **OPS (2012)**

Un estudio demostró que la influencia positiva de un programa educativo incrementó los conocimientos y mejoró la higiene bucal, disminuyendo así la caries. **Ávila (2011)**

El efecto de un programa educativo en salud oral en el nivel de conocimiento e índice de higiene oral en adolescentes en la Institución Educativa Nacional N.º 1003 República de Colombia-Lima, Perú. El presente estudio comprende un ensayo clínico, prospectivo, analítico y longitudinal, en los adolescentes del 1º a 5º de secundaria de una Institución Educativa. Fueron evaluados 183 estudiantes sobre su higiene oral a los 0, 90 y 180 días de la aplicación del programa; además los estudiantes fueron evaluados antes y después del programa sobre sus conocimientos de salud oral. El programa de salud bucal consistió en 10 sesiones educativas desarrolladas aplicando las técnicas expositivas, participativas y prácticas supervisadas sobre las estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales más frecuentes, prevención en salud oral, alimentación balanceada y farmacodependencia. Para llevar a cabo el programa fue necesario utilizar materiales educativos didácticos orientados a promover el autocuidado y las medidas preventivas, así como las tecnologías de la información y la comunicación. Para evaluar la higiene oral, fue empleado el índice simplificado de Greene-Vermillion y para medir los conocimientos adquiridos de los estudiantes fue aplicado un cuestionario validado. Resultados: el promedio del índice de higiene oral, a los 0 días fue de 2,54; después de 90 días de la aplicación del programa el promedio del índice de higiene oral fue de 1,77 y en el último control, que fue a los 180 días el promedio fue de 1,51. Conclusiones: Los índices de higiene oral y los conocimientos sobre salud oral fueron mejorados después del programa preventivo de salud oral ( $p=0,000$ ), demostrando la importancia e influencia positiva de las actividades preventivas promocionales en los adolescentes. **Rufasto, et al (2012).**

En Lima se realizó un estudio para determinar los gastos de atención odontológica de niños con caries de la infancia temprana (CIT) que ocasionan a sus familias y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño, siendo la muestra 629 niños



menores de 71 meses de edad, sanos y con CIT, tratamiento preventivo y restaurador, con manejo de conducta, sedación o anestesia general, donde la frecuencia de CIT en la muestra evaluada fue de 82.19% las familias de pacientes sanos gastan por encima de S/.30.00 (min=12, max=84) en procedimientos de prevención y las familias de los pacientes enfermos gastan por encima de S/.113.00 (min=26, max=761) en tratamientos restaurativos ocasionados por CIT, de acuerdo al tipo de tratamiento realizado, según la mediana, lo más resaltante se encontró en el rubro de anestesia general, donde las familias gastan por encima de S/.639.00 (min=440, max=761); es decir, 20 veces más que en procedimientos de prevención, siendo estos gastos aún mayores, por lo tanto, la CIT, ocasiona importantes gastos directos e indirectos a las familias y al Estado representado por el INSN. Las medidas preventivas son altamente costo efectivo. **Torres, (2015).**

En Perú, como en muchos países de la Región de las Américas, la mayoría de la población Infantil tiene caries dental sin tratar, con riesgo de dolor e infecciones. Esta condición puede dar lugar a la pérdida de dientes a una edad muy temprana. En consecuencia, el alivio del dolor es la exigencia de tratamiento predominante de las poblaciones más vulnerables y aisladas. Estas personas en su gran mayoría no visitan los servicios odontológicos para intervenciones de tipo preventivo o para el tratamiento oportuno de las lesiones cariosas, lo que ocasiona la pérdida prematura de los dientes. Los hábitos de higiene bucodental de la población son generalmente insuficientes para prevenir las principales patologías bucales y la accesibilidad a la atención de salud bucodental es mínima, lo que impide mantener una boca sana.

**En Perú,** según los reportes referenciales (1998) de las regiones del país, se estima que el daño ocasionado por la caries alcanza a más de 5 piezas dentales por niño, a la edad de 12 años, en donde resalta el alto porcentaje de dientes con caries sin tratamiento (80 %). En el

año 2002, la cobertura de las acciones odontológicas fue de 8,3% mientras que, en el año 2003, la cobertura fue del 4,7%. Esta información demuestra que las acciones que realizan los servicios de salud del MINSA, no han podido atender adecuadamente la demanda de la población que requieren acciones oportunas y de bajo costo, especialmente en las comunidades más vulnerables y marginadas del país. Además, la atención odontológica que requiere esta población, no tendría alto impacto si es realizada con los tratamientos convencionales que utilizan equipos sofisticados, y una gran variedad de instrumentos y materiales dentales, que además de ser costosos, son tratamientos más traumáticos e invasivos, que aquellos que son realizados con nuevas tecnologías, como la técnica PRAT (Practica de restauración a traumática) MINSA, (2005).

El departamento de Odontopediatria de Essalud hizo un estudio donde "El 90% de niños peruanos tiene caries por no iniciar a tiempo el cuidado, es decir 09 de cada 10 niños en Perú tiene caries lo que nos convierte en el país de Sudamérica con mayor índice de caries dental y es necesario educar a la población para lograr una mejor calidad de vida", **Rocca, (2006)**.

La caries dental es una de las enfermedades bucales, que tienen la más alta prevalencia (95%) en la población peruana. Es una enfermedad crónica que se inicia en la niñez, en la dentición primaria y luego se manifiesta en la dentición permanente (primeros molares). Estudios epidemiológicos y en trabajos de tesis encontraron una relación directa entre la prevalencia de caries en dientes temporales y caries en dientes permanentes. La enfermedad es un proceso de descalcificación localizada de la estructura del diente, que avanza gradualmente hasta llegar a la cámara pulpar, donde se instala una infección cuya manifestación clínica típica es el dolor. **Macdonal (1994)**

### **2.1.2. Bases Teóricas**

### **Importancia de la Educación en niños:**

Existen tres razones fundamentales por las cuales es importante educar a las/os niñas/os sobre salud buco dental: La caries y la gingivitis (inflamación de las encías) son las enfermedades buco dentales más comunes que afectan a los escolares, pueden afectar incluso a los niños pequeños menores de tres años y pueden prevenirse o controlarse en gran medida mediante el cepillado con dentrífico fluorado y modificando hábitos dietéticos.

### **Programas de salud específicos y de educación para la salud oral.**

Los escolares deberían aprender sistemáticamente el modelo biofísico de la salud y la salud oral que propone que la salud y la enfermedad está formada por una compleja interacción de síntomas de enfermedad / desórdenes, procesos psicológicos individuales, y la estructura del sistema social en la que viven. Las consideraciones culturales son importantes y la salud oral y la naturaleza conceptual para los indicadores socio-dentales debería estar basada en los efectos sociales, psicológicos, culturales, y económicos de aspectos de la salud oral y no solamente en la presencia o ausencia de patología oral.

### **Programas escolares sobre salud oral**

Parecer haber un consenso general sobre la eficacia de las intervenciones educativas en salud oral. Numerosos informes de instituciones educativas y compañías privadas apoyan el efecto de la educación en prevención para la salud oral cuando se implementan adecuadamente. A la vez ellos resaltan la importancia de diferentes medidas preventivas y los resultados positivos totales de tales acciones. Uno de los objetivos importantes es desarrollar el conocimiento, así como también sincronizar la conducta a fin de facultar a los niños para implementar y controlar su propia salud oral en el futuro y para proveer habilidades y actitudes durante la

adolescencia y futura vida. Además del conocimiento de la dieta sana y los hábitos dietéticos, es necesario fomentar el uso del cepillo de dientes con un dentrífico con flúor dos veces al día, y el uso de la seda dental y la higiene oral proximal.

Los conceptos secundarios de la salud oral deberían estar basados en la comprensión de los principios básicos dentales, formación bioquímica y metabólica de la placa, procesos microbiológicos, así como también los principios del sistema inmune de la saliva y los procesos biofísicos asociados con los efectos del flúor. La educación para la salud oral debería apoyar los programas y la educación en salud general. Los niños educados en hogares donde los padres están sujetos a desventajas culturales, étnicas, económicas y educativas pueden estar en desventaja respecto al conocimiento sobre salud oral y los tratamientos curativos y preventivos y por lo tanto necesitan el apoyo de un programa escolar en salud oral. La implicación profesional en la planificación de la salud buco dental no se debería dejar de lado. En algunos países los servicios de atención buco dental son de pago. Se debe incluir a los representantes de las sociedades profesionales en el proceso de elaboración de programaciones escolares. Para apoyar y reforzar las relaciones comunidad-escuela es deseable una mayor y más consistente presencia de la profesión buco dental.

## **Enfermedades Bucodentales**

### **Caries Dental**

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de

la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización. Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres. **Pinkham (1999).**

### **Caries Dental**

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. **Pattussi, et al (2001).**

### **Placa Bacteriana**

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven y comenzarán a aparecer manchas en el

esmalte que luego evolucionarán a caries. Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y, además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial.

### **Detección de la Placa Bacteriana:**

La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acúmulo de restos alimenticios y poniéndose de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fucsina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros, que en forma de tabletas o gotas se introducen en la boca y con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta. **Magnusson (2001).**

### **Remoción de la Placa:**

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanta información como instrucciones y esfuerzo. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años). Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario.

### **Enfermedad Periodontal (Gingivitis y Periodontitis)**

Las enfermedades periodontales constituyen una serie de cuadros

clínicos caracterizados por la afectación del periodonto, que son los tejidos que protegen y soportan los dientes: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. Son enfermedades producidas por la placa bacteriana, localizada entre la encía y el diente (gingivitis), que se puede extender progresivamente a los demás tejidos del periodonto (periodontitis) y causar en determinadas personas susceptibles y al cabo del tiempo, movilidad y pérdida dentaria. La enfermedad periodontal puede aparecer en la infancia, pero a diferencia de la caries dental, sus plenos efectos destructivos no pueden percibirse hasta la edad adulta. La mayor parte de la población sufre enfermedad de las encías en alguna etapa de su vida. La enfermedad periodontal es una causa frecuente de mal aliento y puede provocar una apariencia poco atractiva de dientes y encías y la eventual pérdida de los dientes.

#### **Función de los dientes:**

La función principal de los dientes es morder y masticar los alimentos. Es esencial que la comida se mastique adecuadamente para que pueda digerirse con facilidad. La digestión de los alimentos comienza en la boca con una buena masticación y salivación.

Los dientes útiles son para hablar normalmente, algunos sonidos solo pueden producirse con la ayuda de los dientes, estos sonidos son las vocales, a, e, i y las consonantes f, z, t, b, ll, ch, ñ. Los dientes forman parte del aspecto de la cara y de la expresión de las emociones, constituyen algo más que el motivo decorativo de una bella sonrisa, ya que integran junto con los maxilares el armazón donde se apoyan las partes blandas de la cara y por tanto responsables de la posición de la musculatura facial. Por ello participan en la determinación de los rasgos que conforman el carácter y la personalidad. La adecuada relación de contacto que establecen entre si los dientes superiores con los inferiores pueden determinar el normal desarrollo de la cara. La pérdida de dientes puede interferir en los hábitos dietéticos y en el disfrute de los

alimentos y al afectar al aspecto de la cara y claridad en el habla, puede hacer que las personas se cohíban en sus contactos sociales.

### **Tipos de diente**

#### **Incisivos:**

Hay 8 incisivos que se encuentran en la parte delantera de la boca, los incisivos tienen forma de pala y se utilizan para cortar trozos de comida

#### **Caninos o Colmillos:**

Hay 4 caninos que se encuentran al lado de los incisivos, los caninos son puntiagudos y se utilizan para partir trozos de comida duro y fibrosos, como la carne.

#### **Premolares:**

Hay 8 premolares, se utilizan para triturar el alimento.

#### **Molares:**

Hay 12 molares, son dientes posteriores grandes y entre ellos se incluye la muela de juicio o cordal, se usan para moler y masticar la comida.

### **Dentición Temporal.**

Una serie de 20 dientes primarios, también llamados dientes de leche, temporales o deciduos, que se pierden en su totalidad. El primer diente de niños erupciona hasta los 6 meses, y hacia los 2 - 3 años ya han salido toda la dentición temporal. Los dientes primarios tienen el mismo valor y funciones que los dientes permanentes, proporcionan una pauta de orientación y contribuyen a mantener el espacio para los dientes definitivos. Su pérdida precoz puede ocasionar dificultades cuando salen los dientes permanentes. El mantenimiento de una dentición temporal sana es fundamental para la salud del niño, es por ello necesaria la visita anual al dentista desde los 3 años de edad.



### **Dentición Permanente**

Una serie de 32 dientes permanentes, incluidos los terceros molares, cordales o muelas del juicio (esta última no se desarrolla en todas las personas). Los primeros dientes permanentes erupcionan hacia los 6 años de edad, pero el último el cordal o muela de juicio, puede no aparecer hasta los 17 años, incluso no llega a desarrollarse en algunas personas. El primer diente permanente que se llama molar de los 6 años, erupciona detrás del último molar de leche y no reemplaza a ningún diente primario. Por esta razón se confunde muchas veces con una muela de leche, por lo que puede descuidarse y perderse precozmente a causa de la caries.

### **El Recambio de los dientes Primarios o Temporales**

Hacia los 6 años de edad, los dientes primarios empiezan a moverse y se inicia su recambio. El primer diente que se pierde es por lo general el incisivo central inferior, después se pierden los dientes de atrás. Hacia los 12 -13 años de edad, todos los dientes primarios han sido sustituidos por los permanentes. Los dientes permanentes son de color blanco amarillento, mientras que los primarios son de color blanco azulado, el color del diente lo determina la dentina. Cuanto más amarillento es el diente, más acentuada es su calcificación. Debido a la menor calcificación las mujeres suelen tener los dientes más blancos que los hombres. **Zcero, (2000)**

### **Medidas para reducir la caries dental**

#### **Aumentar la resistencia del diente.**

En la Población infantil la caries dental puede reducirse hasta un 30% mediante el cepillado diario con dentífrico fluorado. El flúor se incorpora al esmalte dental haciéndolo más resistente a los ácidos de la placa bacteriana. La medida de auto cuidado más importante para aumentar la resistencia de los dientes es la utilización del dentífrico

fluorado después de cada comida y siempre por la noche antes de acostarse. El dentrífico fluorado debe empezar a usarse a partir de los 2 a 3 años de edad, su aplicación en el cepillo debe ser supervisada por los padres, debe de ser de sabor agradable, pero no debe confundirse con una golosina y evitar su digestión. También aumenta la resistencia del diente la colocación de selladores de hoyos y fisuras. El sellador es una de las técnicas preventivas más eficaces de la que dispone la odontología moderna. Consiste en una resina que se coloca en los hoyos y fisuras de los dientes para evitar la acumulación de la placa bacteriana en estos lugares inaccesibles a un cepillado correcto.

### **Disminuir el consumo de Azúcares.**

Es muy importante reducir la ingesta de azúcares en los escolares. Como parte inevitable que coman golosinas y tomen bebidas azucaradas, se les debe educar para que estas no sean criogénicas y nunca se tomen entre las comidas.

### **Medidas para reducir la enfermedad periodontal**

La enfermedad periodontal puede prevenirse, incluso remitir en sus primeras fases, mediante un correcto cepillado que elimine diaria y minuciosamente la placa bacteriana de los dientes y encías. La placa que ocasiona los problemas es aquella que se encuentra junto a los bordes gingivales y se es eliminada cuidadosamente con el cepillado no irrita los dientes. Es importante que los niños empiecen a eliminar su placa desde pequeño, porque así adquiere el hábito para la vida adulta y esto lo ayude a prevenir la enfermedad periodontal.

### **Higiene oral**

En una higiene oral efectiva, es imprescindible eliminar la placa

bacteriana de todas las superficies dentales, al menos una vez al día. Para identificar la placa bacteriana podemos utilizar las pastillas reveladoras de placa bacteriana, que consiste en un colorante vegetal inofensivo, la eritrosina. Si se mastica media pastilla reveladora, dejan disolver en la boca durante dos minutos y pasando la saliva entre los dientes, la placa que hay en ellos se teñirá del colorante, a continuación, se escupe el exceso de la saliva. Después se cepillan los dientes para eliminar todo el colorante y tras enjuagar de nuevo la boca, veremos qué zonas siguen coloreadas, lo que nos indicará cuales no se han cepillado bien. De esta manera se puede aprender cual es el método de cepillado más eficaz para cada individuo. Si se produce la ingestión accidental del colorante no hay que preocuparse, pues no es perjudicial para la salud. Para eliminar la placa bacteriana podemos utilizar.

### **Medidas para eliminar la placa bacteriana**

#### **Cepillo de Dientes:**

Se recomienda el uso de cepillos de fibra artificial con puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales, de dureza suave y cabeza pequeña para poder llegar a zonas de difícil acceso. El mango debe tener una longitud y una anchura suficientes para poder manejarlo con seguridad.

#### **Dentrífico Fluorado:**

Las pastas de dientes contienen algunos abrasivos y detergentes que ayudan a eliminar la placa, y el flúor hace que los dientes sean más resistentes a la caries dental.

#### **Técnica del cepillado dental:**

La limpieza de los dientes debe comenzar con la erupción del primer diente y continuar durante toda la vida. Su finalidad es la eliminación de la placa bacteriana adherida a las superficies de los dientes, de los residuos alimentarios de la dieta y de las tinciones.

El cepillado dental se asocia al uso de dentríficos fluorados se asume la prevención de la caries por medio del aumento de la resistencia del huésped. Ya en 1964 insistió en el cuidado dental profesional y la educación y motivación del paciente en su cepillado dental. La eliminación de la placa depende, de la técnica y de la frecuencia del cepillado del paciente.

La placa bacteriana vuelve a establecerse en la superficie de los dientes antes de 24 horas, de ahí que debe realizarse un correcto cepillado con dentrífico fluorado después de las comidas y antes de acostarse por las noches, ya que durante el sueño disminuye la secreción de saliva y el diente se encuentra más expuesto al ataque ácido. Además, cesa la función del arrastre de la lengua, labios y mejilla. Hasta los 10 años son los padres y madres los encargados de repasar el cepillado de los dientes a sus hijos/as una vez al día, de preferencia por la noche antes de acostarse. Ya que el niño carece de la destreza manual adecuada. En cuanto a la periodicidad de recambio del cepillo dental, se recomienda reemplazar el cepillo cada tres meses. El desgaste del cepillo diario por su uso no interfiere en la eficacia en la eliminación de la placa bacteriana dental. La técnica del cepillado debe ser fácil de enseñar y de aprender, para poder llevarla a la práctica con eficacia. Debe ser segura para que no dañe las encías ni el esmalte. No existe una técnica mejor que otra, ya que la eficacia de cualquier técnica de cepillado vertical depende de la motivación del usuario. La menos eficaz parece ser del cepillado vertical de encía a diente ya que requiere más habilidad manual para realizarla bien. Es muy importante la minuciosidad del cepillado, más que la técnica en sí. En niñas/os, se trata de motivar y lograr una continuidad, por eso la simplicidad del método es esencial. En niños, la técnica recomendada y la más sencilla es la de barrido horizontal o con movimientos circulares, siempre teniendo en cuenta el no realizar un

cepillado demasiado enérgico. También es importante que la técnica sea sistemática, de manera que no deje ninguna superficie sin limpiar.

El cepillado puede comenzarse por las caras oclusales o masticatorias de los molares (muelas, realizando movimientos de delante hacia atrás. Se continúa por las superficies externas de los dientes, colocando el cepillo en un ángulo de 45° en contacto con la encía y el diente, y se realizan cortos desplazamientos en sentido antero posterior con pequeños movimientos circulares para limpiar las zonas ínter dentaria. Se procede del mismo modo en las superficies internas, teniendo en cuenta que el grupo anterior (incisivos y caninos) el cepillo debe colocarse en posición vertical. Los desplazamientos del cepillo deben ser cortos y repetidos, unas 10 veces debemos también cepillar la lengua, el paladar y la cara interna de las mejillas. Depende de la habilidad de cada persona, el cepillado debe durar unos 3-5 minutos en cada sesión. **Higashida. (2000).**

### **Otros Métodos de controlar la Placa**

#### **La cinta o Hilo Dental**

El cepillado de dientes no puede conseguir eliminar toda la placa que existe entre los dientes en las denominadas caras ínter proximal. Para eliminar la placa ínter proximal entre los dientes es imprescindible el uso de la seda dental fluorada en forma de hilo o cinta. El uso de la seda dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo. La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia, la responsabilidad por los

procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.

### **Modo de empleo**

Se coge aproximadamente 60 cms de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados. En individuos con espacios interdentes cerrados, la forma más adecuada para la eliminación de la placa ínter proximal, es el uso de la seda dental. La seda dental se utilizará introduciéndola con suavidad entre los dientes, deslizándola hasta el surco gingival, rodeando al diente y deslizándola, luego, hacia oclusal con movimientos de sierra en sentido vestíbulo-lingual. Es muy importante usar un nuevo tramo de seda dental para cada espacio ínter proximal, a fin de evitar la transmisión de bacterias de un espacio a otro. Para la higiene ínter proximal existen unos cepillos especiales en formas cilíndricas y cónicas y tamaños, que son necesarios en la higiene de pacientes con espacios interdentes abiertos, por diastemas o, más frecuentemente en pacientes con enfermedad periodontal. La higiene interproximal diaria en pacientes con problemas periodontales es de gran importancia para evitar la progresión de la enfermedad.

### **Importancia del flúor y formas de aplicarlo**

La desmineralización se produce cuando los ácidos, ocasionados por la placa bacteriana, dan lugar a una disminución del pH hasta el punto de que la hidroxiapatita que compone el esmalte se disuelve. El flúor disuelto en el Interior de la placa dental actúa acelerando la entrada de incorporaron de calcio y fosfato en el esmalte desmineralizado, formando una capa de hidroxia y fluorapatita, que es más resistente al ataque del ácido. Este flúor disuelto en la placa

también actúa inhibiendo la desmineralización del esmalte. Además, el flúor actúa sobre el metabolismo de las bacterias interfiriendo en determinadas enzimas (enolasa) que son necesarias para la supervivencia de las bacterias. En consecuencia, es fundamental que en los fluidos orales exista flúor disponible cuando se produce el ataque del ácido. El flúor es el agente más eficaz en la prevención de la caries, independientemente de su forma de aplicación (agua bebible geles, barnices, colutorio, dentífrico, gotas, pastillas, tabletas o comprimidos.).

### **Fluoruros**

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro. El conocimiento de las propiedades cariostáticas del flúor surgió sobre todo a partir de los estudios de Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, único agente eficaz en la profilaxis de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.

### **Mecanismo de Acción**

**Acción sistémica:** Durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

**Acción tópica:** El efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización.

## **Tipos de Flúor**

**Flúor Tópico:** El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no sólo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones. Flúor tópico de aplicación profesional, se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que, por sus características, deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo - eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

### **Soluciones Fluoradas:**

**Geles:** En solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite un rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 ó 6 meses.

**Barnices con flúor:** Compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries. Es de sabor picante, desagradable para los niños.



**Pasta de Profilaxis:** Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos e iontoforesis. Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil. Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo.

**Flúor de Auto aplicación:** Los programas de auto aplicación son mucho más económicos que los métodos de aplicación profesional y a nivel individual alcanzan similar eficacia, con la ventaja añadida de crear un hábito en el paciente. El flúor mediante este método se puede aplicar en forma de: dentífricos, colutorios, geles, seda dental y chicles.

**Colutorios:** Son un método de aplicación de flúor ampliamente utilizado, tanto en programas comunitarios (colegios) como a nivel individual. La frecuencia de aplicación puede ser diaria (fluoruro de sodio al 0,05% o 230 ppm) o semanal (fluoruro de sodio al 0,2% ó 900 ppm). Su uso es contraindicado en menores de 6 años, pues aún no controlan el reflejo de deglución. Es un método económico y de aplicación simple, con enjuagues de un minuto, siendo el momento más conveniente tras el cepillado nocturno con un dentífrico fluorado.

#### **Vehículos de Administración de Flúor:**

**Fluoración del agua:** La fluoración del agua comunitaria continúa siendo la base de los programas preventivos de salud pública oral. Su inocuidad y eficacia han sido ampliamente documentadas. Este es todavía el método con mejor relación de costo efectividad en

prevención de caries. Por otra parte el efecto tópico de la ingestión repetida a lo largo del día de agua fluorada se añadiría a su efecto sistémico. Dependiendo de la temperatura media anual, la concentración óptima de fluoruro en las aguas de abastecimientos públicos aceptada por la OMS oscila entre los 0,7 y 1,2 mg/l. La única limitación para su uso es contar con una red de abastecimiento especializada. Hasta el momento no ha sido posible establecer ningún vínculo entre el flúor utilizado a las dosis recomendadas y condiciones médicas adversas.

**Otro aportes de Flúor sistémico:**

En países o comunidades donde, por razones técnicas o políticas, la fluoración de las aguas de la comunidad no puede ser correctamente llevada a cabo o controlada, estarían indicadas otras formas de suplemento de flúor sistémico: fluoración de aguas escolares, sal o leche fluorados y suplementos con flúor oral. Debido a que las tres primeras formas comentadas ofrecen dificultades técnicas que escapan a nuestro control, la única opción en nuestra comunidad sería la aportación de flúor sistémico mediante preparados farmacéuticos que contengan flúor: comprimidos o gotas de fluoruro sódico. Antes de tragarse deben ser masticados y tanto éstos como las gotas, debieran recorrer las superficies externas de los dientes, con lo que realizarían un efecto preventivo local y al ingerirse, un efecto sistémico general.

**Nivel de Flúor en el agua en ppm (Partes por millón ó miligramos por litro).**

El margen terapéutico de los suplementos orales de flúor es muy amplio. La dosis letal aguda para el niño es de 5 a 15 mg de F / Kg. La intoxicación aguda es muy rara y sólo se produce de forma accidental, aunque la dosificación y envasado de los preparados comerciales hacen muy difícil esa posibilidad.

## **Dieta**

Cada vez se hace más evidente que la alimentación y la ingesta de nutrientes durante toda la vida ejerce una influencia muy profunda sobre el nivel de salud así como la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades, incluyendo las de la cavidad oral. Pese a las obvias conexiones entre nutrición y salud, este tema no ha sido suficientemente destacado en Medicina y en Odontología. La nutrición es importante para el desarrollo de la salud del niño, comenzando antes del nacimiento, y continuando a través de toda la vida. Los alimentos son fuentes de energía y de nutrientes esenciales que han sido clasificados en 6 grupos principales: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Todos son necesarios para favorecer el crecimiento, desarrollo y funcionamiento correcto de todos los órganos y sistemas corporales.

**Villena y Bernal en 1998** estudió e identificó el momento en que los azúcares son introducidos en la dieta y su frecuencia de consumo en un grupo de niños de 0-36 meses de edad. Para ello se aplicó un cuestionario de opciones múltiples a madres de 385 niños bajo control en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima Perú. EL 73% de los niños se inició el consumo de azúcar antes de los 6 meses de edad. Los programas educativos materno-infantiles permiten disminuir el riesgo de caries en la dentición primaria y formar hábitos alimenticios adecuados. La educación en salud dental impartida a las madres y motivada en los niños resulta, por lo tanto, mejor que tratar de cambiar rutinas y establecidas. Sobre la salud bucodental, el efecto de los azúcares es importante. Cuidando más a menudo entre los azúcares en la boca y cuanto más tiempo permanezcan en ella, más probable será que los ácidos producidos por la placa bacteriana ataquen el esmalte del diente. Si los alimentos con contenido de azúcares, se limitan a las horas de las comidas y no se toman

aperitivos azucarados entre comidas, los dientes tendrán menos caries.

### **Asesoramiento Dietético:**

Desde hace tiempo se conoce la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries. Después de numerosos estudios comparativos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones: El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que si lo es durante las mismas. El riesgo es asimismo mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos, Se debe tener cuidado, en la prescripción de medicamentos, muchos de ellos endulzados para facilitar su aceptación. Estos productos pueden afectar los dientes a largo plazo. Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el pH. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización. Así los azúcares refinados acidifican el ambiente sobre el esmalte, al igual que frutas como la manzana, con un pH de 3,7. Los alimentos duros y fibrosos como manzanas y zanahorias no son efectivas en la eliminación de la placa de los dientes. No obstante, las manzanas y zanahorias son alimentos que no dañan los dientes y son una alternativa saludable a los alimentos dulces y golosinas. Si los niños tienen una dieta equilibrada no necesitan calcio adicional o vitaminas para mantener la salud bucodental. Ocasionalmente: dulces, helados y mantequillas, máximo 2 ó 3 veces por semana; carnes rojas, 3-5 veces por semana, huevos, 3-5 unidades por semanas, ave, pescado, 3 veces por semana, lenteja, garbanzos y otros, arroz, fideos, macarrones, otros, a diario; aceite de oliva, lácteos, verduras, ensaladas, agua (litro), en cada comida, pan, frutas variada.

### **2.1.3. Marco Conceptual**

#### **Prevención (OMS 1998)**

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

**Salud Bucal**

**Friedenthal. (1996).** Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.

**Estado de Salud Bucal (OMS)**

Se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, la masticación, comunicación oral y músculo facial.

**Programa Educativo**

Conjunto de actividades para desarrollar conocimientos, así como sincronizar la conducta a fin de facultar a los niños para implementar y controlar su propia salud oral en el futuro y para proveer habilidades y actitudes durante la adolescencia y futura vida.

**2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES**

Variable	Definición	Niveles
<p><b>Variable Independiente</b> Programa Educativo en la Prevención de Caries Dental</p>	<p>Conjunto de actividades para desarrollar conocimientos, así como sincronizar la conducta a fin de</p>	<p><b>Recibió el programa:</b> <b>Si (Grupo experimental)</b> <b>No (Grupo control)</b></p>

	<p>facultar a los niños para implementar y controlar su propia salud oral en el futuro y para proveer habilidades y actitudes durante la adolescencia y futura vida.</p>	
<p><b>Variable Dependiente</b> Efecto del programa educativo en prevención de Caries Dental</p>	<p>Es el resultado que se ha obtenido en el grupo de estudio</p>	<p><b>Efecto positivo:</b> -Modificación en los niveles de conocimiento antes y después del programa educativo en relación al grupo control - Modificación en la prevalencia de caries dental en relación al grupo control</p> <p><b>Efecto negativo:</b> Cuando no hubo modificación en el nivel de conocimiento y prevalencia de caries.</p>

### 2.2.1. Indicadores e índices

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Escala
----------	-----------	--------------	-----------	--------

<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Programa Educativo en Prevención de Caries Dental</p>	<p>Conocimiento sobre Medidas preventivas en Salud Bucal</p> <p>-Examen Dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene Bucal</li> <li>• Prevención de caries</li> <li>• Importancia del cepillado</li> <li>• Dieta</li>   <li>• Odontograma</li> </ul>	<p>Recibió el programa SI (Grupo experimental)</p> <p>NO (Grupo control)</p> <p>Presencia de caries dental SI NO</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>
<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Efecto del programa educativo de prevención de caries dental</p>	<p>Evaluación del conocimiento en la prevención de caries dental y prevalencia de caries dental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de entrada y salida</li> <li>• Cuestionario sobre conocimiento de prevención en salud bucal</li> </ul>	<p><b>Efecto positivo</b> -Modificación en los niveles de conocimiento antes y después del programa educativo en relación al grupo control</p> <p>Conocimiento adecuado Bueno (14 - 20 puntos) Regular (7-13 puntos) Malo (06</p>	<p>Numérica</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de caries dental</li> </ul> <p>SI NO</p>	<p>puntos)</p> <p><b>Efecto</b></p> <p><b>Negativo:</b></p> <p>cuando no hubo modificación a nivel de conocimiento</p> <p><b>Efecto</b></p> <p><b>Positivo:</b></p> <p>Modificación en la prevalencia de caries</p> <p><b>Efecto negativo</b></p> <p>Cuando no hubo modificación en el nivel de prevalencia de caries dental</p>	Nominal
--	--	---	--	---------

### 2.3. HIPÓTESIS



El programa educativo en caries dental ejerce efecto positivo en la prevención de caries dental en los niños escolares de la Institución Educativa 61006 del distrito de Belén.

### **CAPITUL III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de Investigación**

El tipo de investigación que se empleó en el presente estudio fue el exploratorio, descriptivo correlacional y explicativo por que el propósito del estudio es describir el comportamiento de las variables y buscar una explicación de la caries dental como consecuencia del efecto positivo del programa de prevención en salud bucal.

El método que se empleo es el cuantitativo, porque permitió utilizar técnicas y procedimientos e instrumentos, así como la aplicación de pruebas estadísticas en el análisis e interpretación de resultados.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El diseño fue no Experimental en su modalidad de Cuasi Experimental, porque la asignación de los sujetos es no aleatoria, el tipo es de dos grupos no equivalentes con pre test y post test (Grupo experimental y grupo control)

#### **3.3. Población y Muestra**

##### **Población:**

La Población de referencia estuvo constituida por alumnos de primaria de la Institución Educativa Primaria 61006 del distrito de Belén, que fueron un total de 80 niños

##### **Muestra:**

El marco muestral estuvo constituido por los alumnos que asistieron a clases en el momento de iniciada la investigación siendo un total de 40 alumnos para el grupo experimental y 40 para el grupo control. Para la obtención de muestra se utilizó el muestreo convencional con los niños que asistieron a clases y participaron durante todo el proceso de aplicación del programa tanto en el grupo experimental y control.

#### **3.4. Técnicas e instrumentos**

**Técnica:**

En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de la entrevista y la observación.

**Instrumentos:**

Se utilizó el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas de las variables que están relacionadas con la caries dental, elaborado por los investigadores, para medir el conocimiento, y la ficha de registro que contiene el odontograma.

Se realizó validez del cuestionario de pre y post test, mediante juicio de expertos obteniendo validez de 80%. Se realizó prueba piloto para obtener la confiabilidad del cuestionario en un número de 10 estudiantes que no participaron en la muestra, se utilizó el alfa de Cronbach obteniendo coeficiente 0.745

**3.5. Procedimiento de recolección de datos:**

En la segunda quincena del mes de marzo 2016 (17 de marzo) se solicitó un documento de acreditación y autorización a la escuela de postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Seguidamente durante 4 días (18, 21, 22, 23 de marzo) se asistió a las aulas para aplicar el pretest y la evaluación con el odontograma a cada niño de estudio 2° A y 3° A turno mañana. 2° D y 3° D turno tarde previa presentación respectiva ante el director(a) y solicitar el consentimiento informado de los padres de familia.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta personalizada con los alumnos, y la evaluación de cada niño por el profesional (la recolección de datos lo realizó los investigadores y contando con la colaboración de 2 bachilleres en odontología para el odontograma.

La aplicación del cuestionario fue durante el turno mañana y tarde.

A partir del 28 de marzo se aplicó hasta el mes de septiembre el programa educativo de prevención en caries dental según cronograma

que se anexa al informe. En el mes de octubre se tomó el post test y el odontograma de salida al grupo experimental y grupo control.

La clausura se realizó tanto en el turno mañana y tarde el 6 de octubre de 2016.

### **3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de Datos:**

Se procesaron los datos usando el programa SPSS, versión 22 en español.

#### **Estadística Descriptiva:**

Se realizó el análisis univariado y bivariado. El cual permitió describir las variables en estudio haciendo el uso de la estadística descriptiva a través de las frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

#### **Estadística Inferencial:**

Se determinó el efecto del programa educativo de prevención de caries dental, mediante el uso de la prueba paramétrica F de Levene, t de Student y la prueba no paramétrica de distribución libre  $\chi^2$ , con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ , y un nivel de confianza del 95% .

### **3.7. Protección de los derechos Humanos**

El proyecto de investigación, Efectos de un Programa Educativo en la Prevención de Caries Dental en la Institución Educativa 61006 Belén – 2016, se realizó teniendo en cuenta los principios éticos y bioéticos en el trabajo de investigación mediante el respeto de la participación voluntaria de los niños. Se consideró la autonomía mediante el consentimiento informado de los padres y el asentimiento informado de los niños, se aplicó el principio ético de no maleficencia ya que no se forzó ni coaccionó en ningún momento la participación, Los sujetos de estudio podrían retirarse si así lo consideraban conveniente, cumpliendo el principio ético de justicia. Éste trabajo permitió la beneficencia al permitir identificar el nivel de conocimiento sobre la salud bucal en la institución educativa y conocer la prevalencia de caries en los niños, se evidencia en el efecto positivo que se logró con la educación y las

acciones tomadas frente a los niños con caries dental.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Los resultados se organizan para su presentación de acuerdo a los objetivos planteados.

### ANÁLISIS UNIVARIADO

**Tabla N° 1**

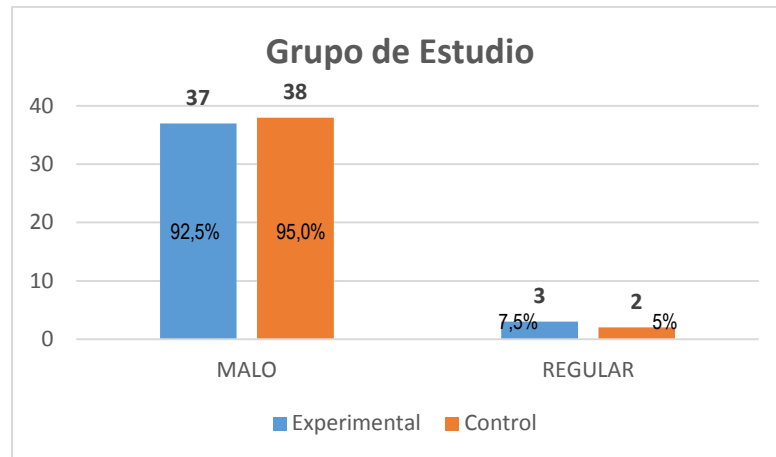
**Nivel de conocimiento del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo de estudiantes de la I.E. 61006, Distrito de Belén -2016**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO DE ESTUDIO			
	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	N°	%	N°	%
MALO	37	92,5	38	95,0
REGULAR	3	7,5	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La tabla 1 permite observar que el nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental fue malo en un 95% para el grupo control y 92.5% para el grupo experimental, mientras que 5% en el grupo control y 7.5% en el grupo experimental obtuvieron regular nivel de conocimiento. De lo que puede deducirse que antes de la aplicación del programa un mayor porcentaje de alumnos presenta nivel de conocimiento malo, y sólo un minoritario porcentaje presenta regular nivel de conocimiento.

**Gráfico N° 1**

**Nivel de conocimiento del grupo de experimental y control antes de la aplicación del programa educativo de estudiantes de la I.E. 61006, Distrito de Belén -2016**



**Tabla N° 2**

**Prevalencia de caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo a estudiantes de la I.E. 61006, distrito Belén - 2016**

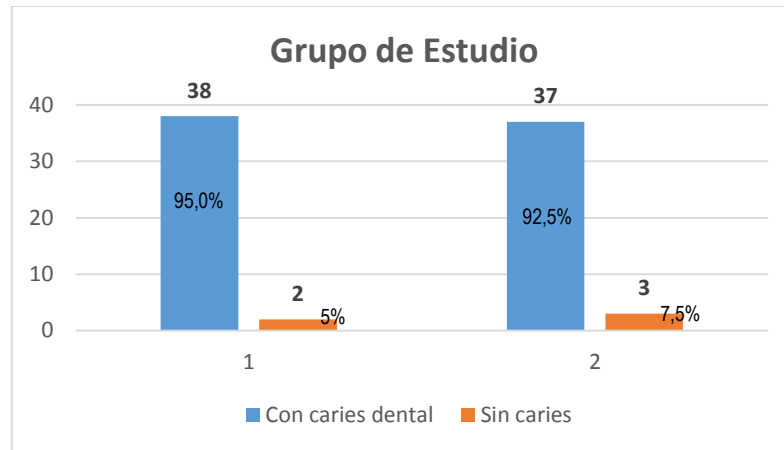
CARIES DENTAL	GRUPO DE ESTUDIO			
	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	N°	%	N°	%
CON CARIES DENTAL	38	95	37	92,5
SIN CARIES	2	5	3	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La tabla 2 permite observar que la prevalencia de caries dental fue de 95% para el grupo experimental y 92.5% para el grupo control, mientras que 5% no presentó caries dental en el grupo experimental y 7.5% en el grupo control. De lo que puede deducirse que antes de la aplicación del programa la prevalencia de caries dental fue mayor en el grupo experimental seguido del grupo control y sólo un minoritario porcentaje no presentó caries dental tanto en el grupo experimental

como en el grupo control.

### Gráfico N° 2

**Prevalencia de caries dental del grupo experimental y control antes de la aplicación del programa educativo de estudiantes de la I.E. 61006, distrito Belén -2016**



### ANÁLISIS BIVARIADO

**Tabla N° 3**

**Efecto del programa educativo según nivel de conocimiento en estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRUPO DE ESTUDIO			
	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	N°	%	N°	%
MALO	5	12,5	38	95
REGULAR	21	52,5	2	5
BUENO	14	35	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**F= 16,017 t=10,664 gl=78 p<0,000 α<0,05**

La tabla 3 permite observar que al finalizar el programa educativo el nivel de

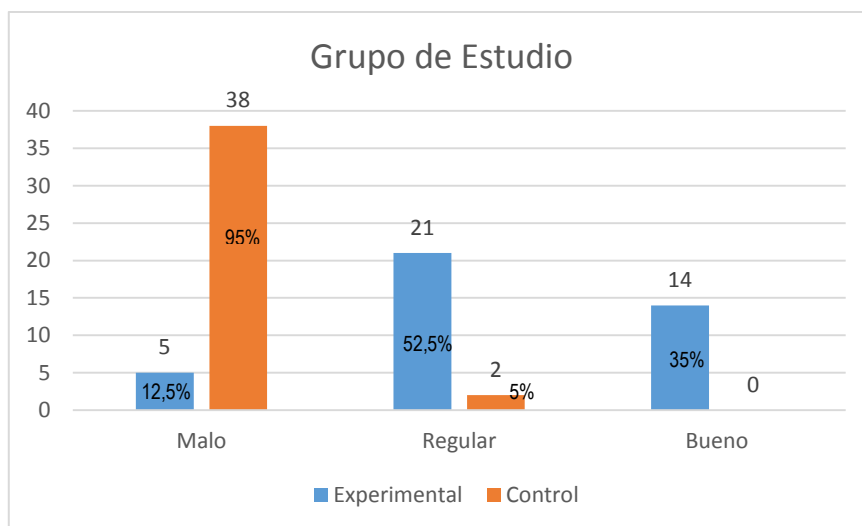
conocimiento sobre prevención de caries dental fue malo en un 95% dado que no recibió el programa educativo es decir el grupo control, mientras que 52.5% y 35% obtuvieron nivel de conocimiento regular y bueno dado que fue el grupo experimental es decir que recibió el programa educativo y 0% y 5% respectivamente obtuvieron nivel de conocimiento bueno y regular en el grupo control dado que no recibieron el programa educativo mientras que en el grupo experimental sólo un 12.5% tuvieron nivel de conocimiento malo dado que recibieron el programa educativo. De lo que puede deducirse que después de la aplicación del programa educativo el grupo experimental obtiene mayores niveles de conocimiento entre regular y bueno en relación al grupo control que no mejoró el nivel de conocimiento.

Para comprobar si las diferencias observadas son significativas características de la muestra estudiada, se aplicó los estadísticos de prueba paramétrica obteniendo **F= 16,017 t=10,664 gl=78 p<0,000 ,  $\alpha$ <0,05**, lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación, el programa educativo en prevención de caries dental tiene efecto positivo en el nivel de conocimiento de los alumnos sujetos de estudio.



**Gráfico N.º 3**

**Efecto del programa educativo según nivel de conocimiento de estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016**



**Tabla N.º 4**

**Efecto del programa educativo según caries dental de estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016**

CARIES DENTAL	GRUPO DE ESTUDIO			
	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
CON CARIES	0	0	35	87.5
SIN CARIES	40	100	5	12.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

$$X^2_c = 62,222, \text{ gl}=1 \text{ p}<0,000 \text{ } \alpha<0,05$$

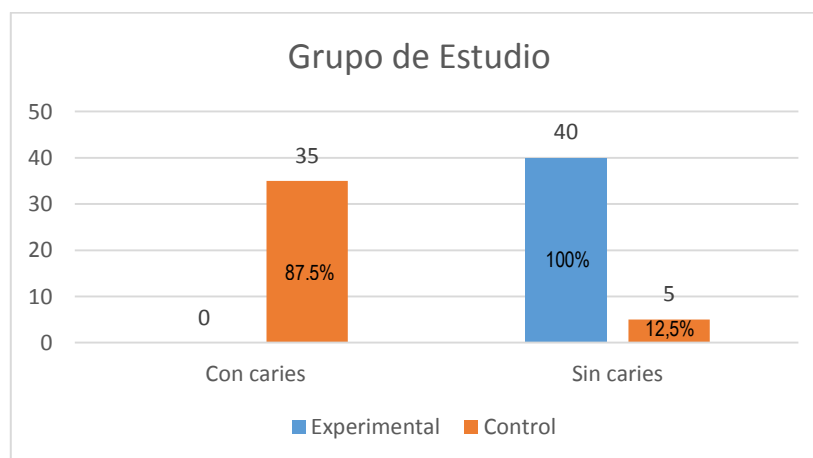
La tabla 4 permite observar que al finalizar el programa educativo la prevalencia de caries dental fue de 87.5% dado que no recibió el programa educativo es decir

el grupo control, mientras que 0% de prevalencia de caries dado que fue el grupo experimental es decir que recibió el programa educativo y 100% de alumnos sin caries dental dado que recibieron el programa educativo es decir en el grupo experimental, mientras que en el grupo control sólo un 12.5% sin caries dental dado que no recibieron el programa educativo. De lo que puede deducirse que después de la aplicación del programa educativo el grupo experimental reduce la caries dental en su totalidad en relación al grupo control que no modifica la prevalencia de caries dental.

Para comprobar si las diferencias observadas son significativas características de la muestra estudiada, se aplicó los estadísticos de prueba no paramétrica obteniendo  $\chi^2_c = 62,222$ ,  $gl=1$   $p<0,000$   $\alpha<0,05$ , lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación, el programa educativo en prevención de caries dental tiene efecto positivo en la prevalencia de caries dental de los alumnos sujetos de estudio.

**Gráfico N.º 4**

**Efecto del programa educativo según caries dental de estudiantes de la I.E. 61006, distrito de Belén -2016**



## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

La promoción de la salud oral en los primeros años de vida es importante para conservarla en buen estado. Debido a que la caries dental es un problema significativo de salud pública, el conocimiento que se adquiriera sobre ésta puede ser de mucha importancia para disminuirla, es necesario difundir este conocimiento hacia los niños y niñas para que ellos manejen con total seguridad mayor información y así puedan tomar acciones preventivas en la aparición de caries desde edades tempranas, permitiendo un adecuado desarrollo del niño y la niña.

El nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental en escolares examinados de la Institución Educativa 61006 antes de la aplicación del programa educativo fue malo en un 95% para el grupo control y 92.5% para el grupo experimental, la mayoría de los niños presentaron un nivel malo y regular de conocimientos acerca de la prevención de caries dental, el cual no permite cumplir con los requisitos óptimos de higiene y tomar acciones preventivas contra la caries dental. Además de la falta de acceso a los servicios odontológicos en el sector privado por los altos costos y los recursos humanos e insumos materiales insuficientes por parte de las instituciones de salud públicas y del propio estado, para atender esta demanda. Estos resultados coinciden con **Saavedra (2011)** quien en Lima demostró que el nivel de conocimiento de los niños fue bajo en su mayoría con 50,8%, seguido de regular con un 49,2% y alto en un 0%. La prevalencia de caries dental en los niños de la Institución Educativa 61006 del Distrito Belén -2016 fue de 95%, la cual es superior a todos los antecedentes encontrados; por ejemplo, si comparamos con un estudio realizado por **Pombo (2009)** la prevalencia de caries fue de 24.1% en la Coruña, España y **Pisconte (2010)** encontró una prevalencia de 60.7% en Trujillo.

Aunque ambos realizaron estudios con poblaciones de las mismas edades, esta variación en la prevalencia podría deberse a las diferencias socioeconómicas entre las poblaciones estudiadas. Además que por lo general, la consulta al odontólogo ocurre muy tarde en los niños, siendo realizada muchas veces sólo cuando se ha establecido un problema dentario, generalmente cuando el paciente presenta dolor o múltiples lesiones cariosas, lo cual implica tratamientos complejos a una edad muy temprana. Por lo tanto, se puede afirmar que en la ciudad de Iquitos existe una alta prevalencia de caries en los escolares y no se encuentran debidamente informados sobre el tema.

En la muestra estudiada se encontró, que si tiene efecto positivo el programa educativo en prevención de caries dental en escolares nivel primario a nivel de conocimiento sobre la prevención de caries. Esto quiere decir que mientras mayor sea el conocimiento, menor será el nivel de caries dental en los niños, porque con un nivel de conocimiento bajo en salud oral, no realizan adecuadas medidas preventivas ya sea en la dieta, higiene o hábitos saludables que se puedan imitar y como consecuencia los niños quedan fuertemente expuestos de presentar y desarrollar caries dental. Este resultado concuerda con Ávila (2011) que demostró en su estudio que la influencia positiva de un programa educativo incremento los conocimientos y mejoro la higiene bucal, disminuyendo así la caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. La evidencia del efecto positivo del programa educativo aplicado en la presencia de caries se refleja en el alto porcentaje de niños sin caries dental al finalizar el programa educativo, el monitoreo permanente permitió eliminar la caries encontrados en niños sujetos de estudio del grupo experimental en relación a los del grupo control que mantuvo una alta prevalencia de caries, demostrando que la educación con acción es un modelo altamente efectivo en la solución de esta problemática del escolar. Este hallazgo coinciden con los encontrados por: **Rufasto (2012)** donde los índices de higiene oral y los conocimientos sobre salud oral fueron mejorados después del programa educativo en salud oral, así mismo coincide con **Moya, (2012)**, quien menciona sobre las lesiones de caries con técnicas preventivas y recuperativas de mínima intervención, asociado a la educación y participación de padres, muestra que en menores de 5 años se comprueba el impacto educativo logrado y coincide también

con **Navas (2012)** quien evaluó la caries inicial el índice de placa bacteriana y el índice de placa gingival y el nivel educativo de los padres donde concluye que en los preescolares existe relación estadística significativa entre la caries dental, índice gingival e índice de placa, con actitudes y nivel educativo de los padres. El estudio demostró que el programa educativo en prevalencia de caries dental ejerció efecto positivo en la prevalencia de caries dental ( $p < 0,000$ ).

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA:**

- Incluir en la currícula de estudio el tema de “Salud bucal” para que los docentes refuercen ese conocimiento; pudiendo solicitar la ayuda de los profesionales.
- Proporcionar información sobre salud oral a la población mediante los medios de comunicaciones y crear programas para así poder llegar a mayor población.
- Implementar políticas de salud orientadas a promover, prevenir, tratar y recuperar a este grupo humano teniendo en consideración que la prevención es una labor en la que todas las personas que se relacionen con los niños tendrán que involucrarse en especial en casa y el colegio.

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir lo siguiente:

1. El programa educativo fue efectivo, ya que se encontró que el 52,5% del grupo experimental presentaron, nivel de conocimiento regular y la prevalencia de caries después de la aplicación del programa fue de 0% de niños sujetos de estudio.
2. La prevalencia de caries dental fue de 95% en el grupo experimental y 92.5% en el grupo control en niños de la Institución Educativa 61006 del Distrito Belén – 2016, antes de la aplicación del programa educativo.
3. El nivel de conocimiento de los niños de la Institución Educativa 61006 sobre prevención de caries dental fue malo en un 92,5%, para el grupo experimental y 95 % para el grupo control antes de la aplicación del programa educativo.
4. Se aplicó el programa educativo en la prevención de caries a 40 niños de la institución educativa 61006 del Distrito de Belén - 2016

## **CAPITULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

Después de haber ejecutado el proyecto y evaluado los resultados recomendamos se ponga en práctica lo siguiente:

- Publicar los resultados de este trabajo para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los programas preventivos implementados en la actualidad.
- Continuar con este tipo de estudios a nivel local, regional y nacional para confirmar el estado de salud oral y de esta manera poder evidenciar la necesidad de prevenir la caries dental en los niños del Perú.
- Realizar estudios con la finalidad de investigar las deficiencias en la efectividad de los programas de educación y prevención en salud oral que en la actualidad son aplicados.
- Realizar talleres sobre salud oral para los padres de familia de diferentes instituciones educativas.
- Capacitar a los diferentes profesionales de la salud con sesiones educativas acerca de la salud oral para así ellos también puedan fomentar el cuidado oral y derivarlos oportunamente para solucionar y prevenir el problema de caries dental.

## CAPITULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ascue S. Ministro de Salud destaca Plan Nacional de Salud Madre-Niño. Actual Odontol Salud. 2010;7(1):3-4
2. Ávila Herrera 2011, Lima – Peru
3. Community Liaison Division Department of health. Basic principles of healthy cities health for all .2009 [acceso 22de Enero del 2012] Disponible en:[http://www.chp.gov.hk/files/pdf/basic\\_principles\\_of\\_healthy\\_citieshealth\\_for\\_all.pdf](http://www.chp.gov.hk/files/pdf/basic_principles_of_healthy_citieshealth_for_all.pdf)
4. 19. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-108 107
5. Rev. 20-Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-108 107
6. Gilmer Torres-Ramos, Daniel José Blanco. Revista. Estomatologica Herediana vol.25 no.1 Lima ene. 2015
7. Higashida B.2000. Odontología Preventiva. Ira. Edición. Mc.Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. México, 2000,212-213.
8. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J. 2003; 53:285-88 [acceso 22de Enero del 2012] Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_goals\\_2020.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf).
9. Hochstetter y Col.2007
10. Moya-Béjar, Zaida Arilmy, Modelo educativo, preventivo y recuperativo para el control de la caries en niños menores de 5 años, Ciudad de Dios-Yura, Arequipa, *Odontol. pediatr. (Lima)*; 11(2): 100-108, jul.-dic. 2012.
11. Navas, Rita; Rojas de Morales, Thais; Salud bucal en escolares y su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres, pp. 27-32,Piura – Perú, 2012



12. OMS. 2001, Avances recientes en Salud Buco dental. Informe de Comité de Expertos de la OMS. Informe técnico, N° 826. Ginebra, Pág. 7,8.
13. OMS. Salud Bucodental. Centro de prensa. Nota informativa N° 318. Febrero 2007[acceso12 de Enero del 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> 2. Vincezi A, Tudesco F. Universidad de Sydney. Glosario OMS. Promoción de la Salud Glosario. [acceso12 de Enero del 2012]; Australia.1998.
14. OPS. 2002, La salud en las América. Edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 15 pp.
15. OPS. Salud Oral en Regiones. 2006 [acceso19 de Febrero del 2012] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf> Rev. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun;23(2):101-108 RESUMEN
16. Otmara Taño Báez; Nelia Espeso Nápoles; Luis Puig Ravinal. Validación de un texto educativo sobre prevención de la caries dental para educadores y padres, Revista Archivo Médico de Camagüey- CUBA , 2010
17. PAHO. 2005, Promoting Oral Health: The use of salt fluoridation to prevent dental caries. Washington DC: Pan American Health Organization; 35 pp-
18. Pattussi M, y W. Marcenes W, y R Croucher R, A. Sheiham, 2001, Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. Social Science & Medicine; Pág. 915-925.
19. Plutzer K, Soencer AJ 2007
20. *Rev.Esomaol Herediana. 2013 Abr-Jun;23(2):101-108*
21. Rita Villena Sarmiento, Flor Pachas Barrio nuevo, prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Docente del Departamento Académico de Odontología Social. Facultad de Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia, pag. 79-86.. Lima, Perú., 2011
22. Rufasto-Goche K. Saavedra-Alvarado B. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. Revista Estomatol Herediana. 2012; 22(2):82-90
23. Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revi Iberoam Educ

[revista online] 2009[acceso12 de Enero del 2012]; 49(7):1-12.Disponible en: [www.rieoei.org/ de los lectores/2819Vicenzi.pdf](http://www.rieoei.org/de_los_lectores/2819Vicenzi.pdf) 3.

24. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ [revista online] 2005 [acceso12 de Enero del 2012]; 83(9):711-8. Disponible en:

## **CAPITULO IX**

### **ANEXO N° 1**

#### **CUESTIONARIO PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 61006**

##### **INTRODUCCIÓN:**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este instrumento serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal en niños de primaria, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

##### **I. DATOS GENERALES:**

###### **Instrucciones:**

Lea y observa cuidadosamente cada pregunta y figura de esta parte del cuestionario y marque con una (x) dentro del paréntesis lo que es correcto.

- Edad :
- Dirección :
- Grado de instrucción :

##### **II. DATOS ESPECIFICOS:**

###### **1. Cuando has ido la última vez al dentista**

Una semana ( ) 1

Un mes ( ) 2

Más de un mes ( ) 3

Nunca ( ) 4

Si es nunca pasar a la pregunta tres

2. ¿Por qué fuiste la última vez al dentista?:

Consulta ( ) 1

Limpieza de dientes ( ) 2

Curaciones ( ) 3

Dolor de muelas ( ) 4

Extracción ( ) 5

Otros ( ) Especifique..... 6

3. ¿Por qué no asististe al dentista?:

Por qué no me duele el diente ( ) 1

Por miedo ( ) 2

Motivos económicos ( ) 3

Otros ( ) Especifique..... 4

4. Cuanto tiempo no debes pasar de visitar al dentista.

Tres meses ( ) 1

Seis meses ( ) 2

Un año ( ) 3

5. ¿Qué es el sarro? (placa bacteriana):

a. Restos de dulces ( ) 1

b. Manchas blanquecinas ( ) 2

c. Microbios ( ) 3

d. No sé ( ) 4

6. ¿Marque cuál de las figuras tiene caries dental?



7. ¿Crees que la caries es una enfermedad?

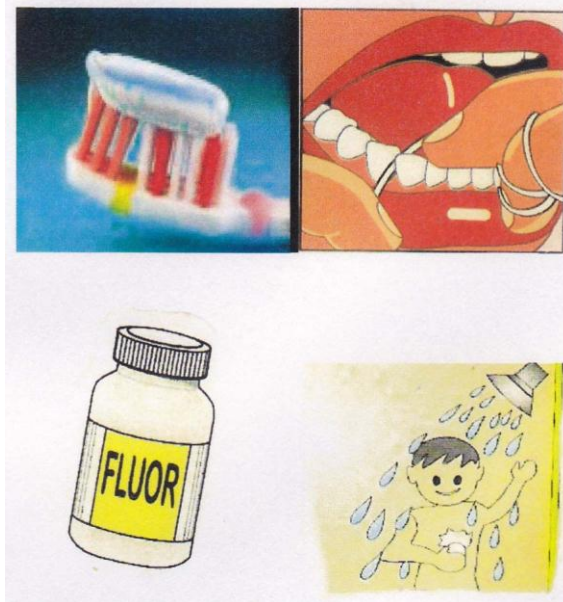
Si ( ) 1 No ( ) 2

### III. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:

#### Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 05 preguntas para contestar cada pregunta. Deberás escoger solo una respuesta que será la que consideres más adecuada, Marque con una x dentro del paréntesis.

1. Marque con una X como debes cuidar tus dientes



2. Marque con una X cuando debes cepillarte los dientes.





3. Marque cuál de las figuras malogran los dientes.



4. ¿Escuchaste hablar de Flúor?

SI ( ) 1      NO ( ) 2

5. ¿Conoces el cepillado correcto?

SI ( ) 1

NO ( ) 2

Si es si como se cuida los dientes.

## ANEXO 2

### PROGRAMA EDUCATIVO

#### I. **Justificación:**

La problemática de las enfermedades Buco Dentarias prevalentes en los niños constituye en la región Loreto uno de los más álgidos problemas sanitarios debido a muchos factores que confluyen y determinan que la prevalencia de estas patologías se den en un 80 % aproximadamente, siendo la caries dental, enfermedad de las encías ,la mal nutrición, los malos hábitos y costumbres de la población.

Los buenos hábitos y cuidado de la salud bucal deben empezar desde la niñez donde el ser humano va creando y fortaleciendo conductas saludables que favorezcan el buen funcionamiento de nuestro organismo.

#### II. **Objetivos :**

##### **General:**

Brindar conocimientos y enseñanza en la aplicación de medidas de prevención primaria en salud bucal.

##### **Específicos:**

- Dar a conocer el programa educativo a todos los niños que recibirán el programa.
- Detectar niños que no tienen caries según odontograma.
- Educar a los niños con la técnica del cepillado convencional y usando la técnica del carbón.
- Crear hábitos saludables en higiene oral.

- Fomentar los conocimientos adquiridos con toda la familia.

### **III. Identificación de Pre-requisito:**

Los niños participantes del programa educativo tienen que estar matriculados en la institución educativa para garantizar la sostenibilidad del programa.

### **IV. Contenidos:**

Aplicación del Pre - Test

#### **1. Conocimientos:**

- Identificación de los dientes, cronología de erupción, partes y funciones
- Caries dental : Definición y causas
- Enfermedad de las encías.
- Placa bacteriana.
- Uso de los Enjuagatorios de flúor
- Orientación dietética

#### **2. Prevención:**

- Higiene buco – dental
- Técnica de cepillado
- Aplicación de la técnica del carbón
- Control de dieta
- visita al dentista.

### **V. Determinación de estrategias:**

El programa educativo se basará en la enseñanza y metodología participativa, constará de 15 sesiones de una hora de duración, cada sesión estará a cargo de los dos investigadores.

### **VI. Organización de grupos.**

Par realizar el programa educativo se organizarán a los niños en dos grupos

de 20 niños por sesión y cada grupo estará a cargo de los dos investigadores.

**VII. Determinación de espacio y horario:**

El programa educativo se desarrollara en tuma tarde en un aula de la institución educativa 61006.

**VIII. Determinación de recursos:**

- Rotafolios relacionados al tema
- videos
- televisor
- cartulinas
- papel sabana
- tijeras
- plumones
- papel bulki
- cinta adhesiva
- cepillos
- pastas dentales.



**ANEXO 3**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**  
**EDUCATIVO**

Fecha	Contenido Educativo	Responsables	Material	Resultados
21-03-16	Aplicación pre-test	Investigadores	Lápices hoja bond	Notas de evaluación
	Realización de odontograma	Investigadores	Odontograma, baja lenguas, lápices de color, rojo y azul	Clasificación de niños sin caries
23-03-16	Realización de odontograma	Investigadores	Odontogramas, baja lenguas, lápices de color rojo y azul	Clasificación de niños sin caries
28-03-16	Partes y funciones de los dientes. Caries dental	Investigadores	Rota folios, cartulinas, plumones	Preguntas y respuestas
25-04-16	Enjuagatorios de flúor. Orientación Dietética	Investigadores	Rota folios, papel sabana, cartulina, plumones	Preguntas y respuestas
12-04-16	Higiene buco dental	Investigadores	Tipodones, cepillo y pasta dental, espejo.	Preguntas y respuestas
18-04-16	Técnicas de cepillado y uso del hilo dental	investigadores	Tipodones, cepillo y pasta dental, espejo	Preguntas y respuestas

04-05-16	Aplicación de la técnica del carbón	Investigadores	Tipodon , tela pequeña, carbón, espejo	Manejo individual de la técnica
17-05-16	Uso de fluoruros	Investigadores	Vaso descartables , cartulinas, papel sabana, plumones	Manejo individual de la técnica
31-05-16	Placa bacteriana, definición ,acción en los	Investigadores	Pastillas reveladoras, cepillo y pasta dental	Preguntas y respuestas
02-06-16	visita al dentista primer grupo	Investigadores	Videos en salud bucal	
06-06-16	Visita al dentista segundo	investigadores	Videos en salud bucal	Niño sin temor al dentista
27-06-16	Evaluación de la técnica del cepillado y la técnica del	Investigadores	Pastillas reveladoras, Cepillos, hilos y pastas dentales	Cero placas bacterianas.
03-10-16	Pos-test Odontograma final	Investigadores	Papel bulki, lapiceros, baja lenguas, lápices de color rojo y azul.	Niño concientizado sin caries y con conocimientos sobre higiene oral.
06-10-16	Clausura del programa educativo	investigadores		

## **ANEXO 4**

### **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA ESCUELA DE POST GRADO**

#### **VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Mediante el presente documento hacemos constar que hemos revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado **“EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA 61006 – BELÉN-2016”** para optar el título de Magister en Salud Pública de las maestrandas, Rosio Torres Salinas y Maritza Ríos Pizango, correspondiente a un cuestionario estructurado de preguntas abiertas y cerradas.

De esta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio. Doy fe de lo expuesto.

**CONSULTOR 1**

**(SE CONSIGNA LO SIGUIENTE: NOMBRE, GRADO ACADÉMICO,  
TÍTULO/DIPLOMADO CARGO, COP, SELLO Y FIRMA)**

## ANEXO 5

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 61006 APROBANDO LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN-LORETO



I.E.P.M. N° 61006  
"SARA ALICIA SABERBEIN PINEDO"  
Distrito- Belén

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

### RESOLUCIÓN DIRECTORAL INSTITUCIONAL N° 035-2016 -DIEPM-N°61006-SASP

Belén, 16 MAR 2016

#### VISTO:

La solicitud presentada por la señora ROSIO TORRES SALINAS, para realizar estudios de investigación denominado "EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 61006 – BELÉN 2016" con estudiantes de 6 a 12 años nivel primaria.

#### CONSIDERANDO :

Que, dicho trabajo de Investigación beneficiarse a nuestros niños en su salud y como parte del proceso de formación integral y en el logro de aprendizajes programados la Dirección de la IEPM N°61006-SASP-Belén.


#### SE DECRETA

**Artículo 1° :** APROBAR, la solicitud y programación del estudio de investigación denominado "EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 61006 – BELÉN 2016"

**Artículo 2° :** Informar al personal docente, administrativo y de Servicio para su apoyo y participación en la ejecución de dicha actividad de investigación que además prestigia nuestra Institución Educativa.

Regístrese y Comuníquese



  
Dc. Remigio Reátegui Borges  
DIRECTOR  
I.E.P.M N° 61006

ANEXO 6

ODONTOGRAMA ACREDITADO POR EL COLEGIO ODONTOLÓGICO



DEL PERÚ  
 DIRESA LORETO  
 ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL  
 SALUD BUCAL



EE.SS. : .....  
 NOMBRE DEL PACIENTE: .....  
 DIRECCIÓN: ..... DISTRITO: .....  
 EDAD: ..... SEXO: ..... FECHA: .....

ODONTOGRAMA 1

INICIO \_\_\_\_\_

ODONTOGRAMA 2

CONTROL \_\_\_\_\_

FECHA	DIAGNOSTICO	ACTIVIDAD REALIZADA	FIRMA

## ANEXO 7

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA ESCUELA DE POST GRADO FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### Hoja de Consentimiento Informado

Yo.....con  
DNI: ....., madre del menor; doy constancia de haber sido informada y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la planificación de acciones de desarrollo y mejoras en la salud integral de los niños. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto que mi menor hijo sea examinado por la responsable del trabajo.

Responsable del trabajo:

Rosio Torres Salinas

Maritza Ríos Pizango

Fecha de aplicación:

Firma del padre de familia:

**ANEXO 8**  
**FOTOS DE CAMPO**



Realizando examen bucal



Charla educativa



Llenado de odontograma





Examen bucal



Charla educativa



Charla educativa