



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TESIS

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL
EN MADRES E HIGIENE BUCAL DE PREESCOLARES DEL CENTRO
DE SALUD BELÉN IQUITOS 2017**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN SALUD
PÚBLICA**

**PRESENTADO POR: NANCY JULISSA SÁNCHEZ COSAVALENTE
ROXANA LORENA SOTOMARINO LÓPEZ**

**ASESOR(ES): C.D. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE, DR.
LIC. ESTAD. ELISEO EDGARDO ZAPATA VÁSQUEZ, MGR.**

IQUITOS, PERÚ

2020



UNAP

Escuela de Postgrado "JOSÉ TORRES VÁSQUEZ"
Oficina de Asuntos Académicos



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
052-2019-OAA-EPG-UNAP

Con Resolución Directoral N° 0652-2019-EPG-UNAP, se autoriza la sustentación de la tesis: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL EN MADRES E HIGIENE BUCAL DE PREESCOLARES DEL CENTRO DE SALUD BELÉN IQUITOS 2017", designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dra. Matilde Rojas García	Presidente
Dr. Alejandro Chávez Paredes	Miembro
Mgr. Luis Enrique López Alama	Miembro
Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante	Asesor
Mgr. Eliseo Edgardo Zapata Vásquez	Asesor

A los Veintiseis días del mes de Junio del 2019, a horas 12:30 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: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL EN MADRES E HIGIENE BUCAL DE PREESCOLARES DEL CENTRO DE SALUD BELÉN IQUITOS 2017" presentado por las señoras NANCY JULISSA SÁNCHEZ COSAVALLENTE Y ROXANA LORENA SOTOMARINO LÓPEZ, como requisito para optar el grado académico de **Maestra 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:

Respuestas en su momento

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

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

Observaciones: *Ninguna*

A Continuación, el Presidente del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las *1:40* p.m. del Veintiseis de Junio del 2019; con lo cual, se le declara a las sustentantes *apta* para obtener el Grado Académico de **Maestra en Salud pública**.

Dra. Matilde Rojas García
Presidente

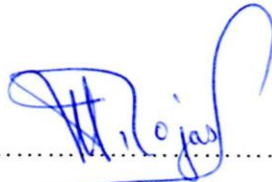
Dr. Alejandro Chávez Paredes
Miembro

Mgr. Luis Enrique López Alama
Miembro

Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante
Asesor

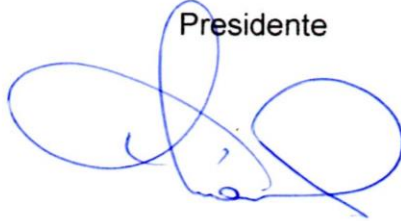
Mgr. Eliseo Edgardo Zapata Vásquez
Asesor

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 26 DE JUNIO DEL 2019, EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS-PERÚ.



.....
Lic. Enf. MATILDE ROJAS GARCÍA, Dra.

Presidente



.....
C.D. ALEJANDRO CHÁVEZ PAREDES, Dr.

Miembro



.....
CD. LUIS ENRIQUE LÓPEZ ALAMA, Mgr.

Miembro



.....
C.D. RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE, Dr.

Asesor de Tesis



.....
Lic. Estad. ELISEO EDGARDO ZÁPATA VÁSQUEZ, Mgr.

Asesor de Tesis

DEDICATORIA

*A nuestros **Padres** por ser el ejemplo a seguir y los pilares fundamentales en nuestra educación, por enseñarnos a ser responsables, perseverantes, y a luchar por el cumplimiento de nuestros objetivos, por su apoyo, respaldo y amor incondicional.*

*A nuestros **Hermanos** por apoyarnos e incentivarnos siempre.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, por ser nuestro guía, y por brindarnos la fortaleza necesaria para el cumplimiento de nuestros objetivos.

A nuestra Alma Mater, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por acogernos y brindarnos la oportunidad de aprender y ser mejores profesionales.

A nuestros asesores: Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante y Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por el tiempo compartido y la asesoría, para la ejecución de este trabajo de investigación, brindándole el respectivo peso científico.

A los miembros del Jurado Calificador de la Tesis, por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

A las madres de familia que junto con sus hijos colaboraron para la ejecución de la presente investigación.

A todas las personas que nos apoyaron de alguna u otra forma, tanto en la realización de este proyecto, como en nuestra formación profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Acta de Sustentación	ii
Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Bases teóricas	10
1.3 Definición de términos básicos	22
CAPÍTULO II: VARIABLES E HIPÓTESIS	23
2.1 Variables y su operacionalización	23
2.2 Formulación de la hipótesis	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	25
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	25
3.2 Población y muestra	26
3.3 Técnicas e instrumentos	27
3.4 Procedimientos de recolección de datos	27
3.5 Técnicas de procesamientos y análisis de los datos	28
3.6 Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	29
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
CAPÍTULO VI: PROPUESTA	46
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES	47
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	49
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la intervención educativa, Iquitos 2017.	29
Tabla 02. Nivel de conocimiento en salud oral en madres, después de la intervención educativa, Iquitos 2017.	30
Tabla 03. Pruebas de normalidad para los puntajes de conocimiento sobre salud oral en madres, antes y después de la intervención educativa, Iquitos 2017.	31
Tabla 04. Prueba de muestras independientes del conocimiento sobre salud oral y diferencias en madres después de la intervención educativa, Iquitos 2017.	32
Tabla 05. Prueba de muestras independientes del conocimiento sobre salud oral y diferencias en madres después de la intervención educativa, Iquitos 2017.	33
Tabla 06. Nivel de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la intervención educativa, Iquitos 2017.	35
Tabla 07. Nivel de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa, Iquitos 2017, Iquitos 2017.	36
Tabla 08. Pruebas de normalidad para los puntajes del IHO en preescolares, antes y después de la intervención educativa, Iquitos 2017.	37
Tabla 09. Prueba de muestras independientes del IHO en preescolares antes de la intervención educativa, Iquitos 2017.	38
Tabla 10. Prueba de muestras independientes del IHO y sus diferencias de preescolares después de la intervención educativa.	39

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo, determinar el efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento en salud oral de las madres e higiene bucal de preescolares del Centro de Salud de Belén 2017. Tipo de estudio cuantitativo, diseño cuasi experimental; muestra de 30 madres y 30 niños por grupo, se utilizó un cuestionario para medir el conocimiento de las madres y el índice de higiene oral (IHOS) de sus niños. Antes de la intervención educativa, las madres del grupo experimental, presentaron el 53,3% conocimiento regular, 36,7% deficiente y 10% bueno; en madres del grupo control, 63,3% regular, 33,3% deficiente y 3,3% bueno. Después de la intervención, en el caso de las madres del grupo experimental, el 76,7% presentaron nivel de conocimiento bueno y el 23,3% nivel regular, ninguna madre con conocimiento deficiente. En madres del grupo control el 70,0% conocimiento regular; 23,3% bueno y el 6,7% deficiente. Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares del grupo control y experimental (t calculado = 4,100 y $p=0,000130$) después de aplicada la intervención educativa. Existe diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor del IHO del grupo experimental, el p : valor t calculado = **5,236** con significancia bilateral $p = 0,000002$, y los puntajes del pre y pos test del grupo control y experimental de: t calculado = **3,410** con significancia bilateral $p = 0,001$. El nivel de conocimientos de las madres fue bueno en el 76,7% y la higiene oral de los preescolares fue adecuada y aceptable en el 100% (60% adecuada y 40% aceptable), demostrándose que la intervención educativa tuvo efectos significativos sobre el conocimiento en salud oral de las madres e higiene bucal de los preescolares, del Centro de Salud de Belén.

Palabras claves: Conocimiento en Salud Oral, Higiene Bucal, Intervención Educativa.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the effect of an educational intervention on oral health knowledge of mothers and oral hygiene of pre-school children of the Belen Health Center 2017. Type of quantitative study, design quasi-experimental; sample of 30 mothers and 30 children per group, a questionnaire was used to measure the knowledge of mothers and the oral hygiene index (IHOS) of their children. Before the educational intervention, the mothers of the experimental group presented 53.3% regular knowledge, 36.7% deficient and 10% good; in mothers of the control group, 63.3% regular, 33.3% deficient and 3.3% good. After the intervention, in the case of the mothers of the experimental group, 76.7% had a good level of knowledge and 23.3% had a regular level, no mother with poor knowledge. In mothers of the control group 70.0% regular knowledge; 23.3% good and 6.7% poor. There is a significant difference between the level of oral health knowledge in preschool mothers of the control and experimental groups (calculated $t = 4,100$ and $p=0,000130$) after the educational intervention was applied. There are significant differences ($p < 0.05$) in favor of the IHO of the experimental group, the p : calculated t value = 5.236 with bilateral significance $p = 0.000002$, and the pre and post test scores of the control and experimental group of: calculated $t = 3.410$ with bilateral significance $p = 0.001$. The level of knowledge of the mothers was good in 76.7% and the oral hygiene of the preschoolers was adequate and acceptable in 100% (60% adequate and 40% acceptable), demonstrating that the educational intervention had significant effects on the knowledge in oral health of mothers and oral hygiene of preschool children, from the Belen Health Center.

Key Words: Oral Health Knowledge, Oral Hygiene, Educational Intervention.

INTRODUCCIÓN

El futuro de la salud bucal de un niño aún antes de que nazca, puede ser determinado por la madre y los cuidados que le provean en los primeros meses de vida, es así que resulta más que importante establecer estrategias y medidas eficaces de prevención, como son las de realizar intervenciones educativas periódicas, que garanticen un mayor cuidado y mantenimiento de la misma.¹

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007), presenta como las principales causas de morbilidad bucal, la caries dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la enfermedad periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas.

Las enfermedades de la cavidad bucal constituyen un grave problema de salud pública en el Perú por ser la segunda causa de morbilidad en la consulta externa a nivel nacional, están presentes en todas las etapas de vida de las personas, alteran y deterioran el estado nutricional, la salud general, la autoestima, la calidad de vida y el desarrollo humano. Su atención genera altos costos a las familias y al Estado.²

Con el objeto de solucionar el estado deficiente de Salud Bucal en el Perú, el Gobierno Peruano emitió la Resolución Ministerial N° 538–2005/MINSA del 18 de Julio del 2005, considerando que la Salud Bucal en nuestra población atravesaba una situación crítica debido principalmente a la alta prevalencia de patologías odontoestomatológicas, por lo que en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, fue necesario implementar un Plan Nacional, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención en el Campo de la Salud Bucal.³

En las edades preescolares, la tendencia de la enfermedad no es tan clara, de un lado porque son menos los estudios y del otro porque la mayoría de los programas preventivos se han concentrado en la población escolar. En el caso de nuestro país, en donde los limitados recursos deben ser invertidos en aquellas actividades que generan mejor “costo/ beneficio”, la salud bucal de los niños y niñas menores de seis años no ha sido nunca priorizada,

incluso en muchos casos todavía con el argumento de que es “más rentable invertir

en la dentición permanente que en la dentición primaria”. La promoción en salud, desde la intervención educativa en la primera infancia, se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida y la detección y control temprano de factores de riesgo común que puedan afectar la salud y la adquisición temprana de hábitos y actitudes favorables para el autocuidado y la conservación de salud integral, en la que obviamente se incluye la salud oral. En el Perú no existen programas de salud bucal en niños preescolares. Por lo tanto, la investigación sobre los efectos de una intervención educativa en las madres de esta población, es de utilidad y va a brindar mayor interés en la búsqueda de soluciones. Esto nos motivó a ampliar nuestro estudio no sólo midiendo el nivel de conocimiento de las madres antes y después de la intervención, sino también al reflejarse en los niveles de higiene oral de los niños; comparándolo con un grupo control.

El conocimiento que tienen los padres sobre condiciones dentales se ha encontrado altamente relacionado con la prevalencia de caries; de igual forma asociaciones entre el nivel de ansiedad de los padres, pobreza y características familiares con mayor susceptibilidad a la enfermedad dental. En el Perú el alto valor del índice a la edad de 6 años apunta que los programas preventivos de caries dental en dentición primaria deben iniciarse a temprana edad. Es así que resulta de suma importancia implantar de manera inmediata una intervención educativa que conlleve a mejorar el nivel de conocimiento y las prácticas de higiene oral en las madres de los preescolares y que garanticen a su vez el restablecimiento de la salud oral en los niños de esta edad.⁴

Los resultados de la presente investigación contribuirán desde el punto de vista metodológico a implementar programas preventivos en favor de la niñez, que serán impartidos en las diferentes instituciones educativas, que permitirá prevenir enfermedades y restablecer la salud bucal de este grupo etario y desde el punto de vista teórico, conseguiremos aportar información para posteriores investigaciones, por otros profesionales de la salud bucal.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Farias J. (Chile, 2015), realizó un estudio para evaluar la salud oral de los niños entre 4-5 años y su relación con el nivel de conocimiento materno, evaluó una muestra constituida por 52 niños y sus madres, aplicó a las madres una encuesta que evaluó el nivel de conocimientos sobre salud oral. A los niños se les aplicó un examen oral básico, que incluirá CEOD, CEOPD y gingival, la asociación del nivel de conocimiento y la higiene oral, demostraron que aquellas madres que obtuvieron un mayor nivel de conocimientos, sus hijos mantenían una buena higiene oral. Por otro lado, el nivel de conocimientos de las madres se concentró en el nivel regular con un 73%. Existen los suficientes conocimientos de las madres para que sus hijos mantengan una buena salud oral, por lo que establecer estudios sobre buenas prácticas en salud oral podría complementar en gran medida esta investigación.⁵

Henostroza RCY. (Perú, 2015), ejecutó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la prevalencia de caries y riesgo cariogénico de la dieta en preescolares, con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral en niños en el Hospital Distrital Laredo. La muestra estuvo constituida por 125 madres y sus respectivos hijos. Se evaluó la prevalencia de caries y el riesgo cariogénico de la dieta de los niños. Se midió el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de las madres. El análisis e interpretación de los datos se hizo con prueba estadística Chi cuadrado, y significancia del 95 % de confianza. Se encontró prevalencia de caries de 92%, un índice ceo-d de 4.28 y un riesgo cariogénico de la Dieta Moderado 55.2%. En cuanto a las madres, el 56.0% tuvo conocimiento bueno, el 78.4% actitudes adecuadas y prácticas deficientes en un 70.4%. Al relacionar la prevalencia de caries, se encontró relación estadística significativa con el nivel de conocimientos ($p < 0.05$) y relación altamente significativa con el nivel de

prácticas ($p < 0.01$). Se concluye que existe asociación directa entre la prevalencia de caries y el nivel de conocimientos y prácticas, mas no existe asociación con las actitudes y riesgo cariogénico de la dieta.⁶

Panduro M. (Perú, 2015), realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia, Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. La investigación estuvo enmarcada dentro del método no experimental, diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo constituida por 108 niños y niñas entre 2 y 3 años de edad con sus respectivas madres, se consideró como muestra 60 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizaron los Índices de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion, y de CEO-D de Gruebbel para determinar el estado de salud bucal de los niños, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, para la validación del instrumento se utilizó el coeficiente del Alfa de Cronbach dando un resultado de 0.741. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que de un total de 60 (100%) de madres, el 83.3 % (50) tiene un nivel de conocimiento deficiente sobre prevención en salud bucal, y el 16.7 % (10) presentó un nivel regular. Además de un total de 60 (100%) de niños, el 75 % (45) presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23.3 % (14) bueno. Con respecto a la prevalencia de Caries Dental, el Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. Los resultados de estas pruebas fueron analizados a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS v20 para IBM, mediante la prueba no paramétrica de Ji–Cuadrado con un nivel de significancia del $\alpha = 0.05$, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia de la zona de Bagazán.⁷

Gonzáles R, García C. (Perú, 2013), hicieron un estudio para comparar la influencia de dos programas educativos en la salud bucal de preescolares de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Niño Jesús de Praga, del distrito de San Luis en el año 2010. Material y métodos. Estudio prospectivo, longitudinal, realizado en 224 preescolares y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: grupo A: intervenidos con el programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y postintervención con el IHOS, el nivel de conocimiento en salud bucal pre y postintervención con una encuesta estructurada de ocho preguntas, considerando los valores: bueno (6-8), regular (3-5) y malo (0-2). En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario de quince preguntas que consideró los valores: bueno (11-15), regular (5-10) y malo (0-4). Ambos instrumentos fueron previamente validados. Resultados. Los valores promedio comparando los programas “Sonrisa feliz” y “Tradicional expositivo”, respectivamente, fueron: en los preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05. Conclusiones. El programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ($p < 0,05$), tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.⁸

Gonzáles CGE (Colombia 2012), realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de comprender, interpretar y explicar la evaluación de un programa integral de salud oral destinada a prevenir la caries de infancia temprana en su esencia teórica y la manifestación de hechos concretos en la práctica, como la interiorización de conocimientos para la conservación de la salud oral. La muestra

seleccionada estuvo conformada por 118 niños a los cuales se les realizó el examen clínico y la constatación del ceo-d, por medio de una valoración clínica con registro de datos en el odontograma descriptivo y recuento de biopelícula, como indicador de estado de salud oral en esta comunidad preescolar. Se aplicó encuestas a los cuidadores y concluyó que el ceo-d de los niños valorados del jardín corresponde a un 0,805 que, según la OMS, está catalogado como muy bajo. En una valoración en el 2005, se encontró un 36,06 % de niños enfermos con caries cavitacionales contra el 14,4 % de niños con presencia de caries activas cavitadas y no cavitadas.

Esto demuestra mejores condiciones de salud bucal, si se compara con el 54,4 % de niños que presentan caries a los cinco años en el ámbito nacional y el 59,3 % de niños en las mismas condiciones en Bogotá. En cuanto a educación para la salud, los resultados de las encuestas revelan que el 80 % de los cuidadores de los niños tienen una suficiencia conceptual que les permite brindar cuidados y promover conductas para prevenir enfermedades bucales. Se concluyó que en Colombia la caries de infancia temprana requiere un abordaje con programas basados en adquisición de hábitos saludables mediados por educación con énfasis en nutrición e higiene desde antes del nacimiento y con alianzas estratégicas con escuela saludable y empresas promotoras de salud.⁹

García Z. (Perú, 2011), hizo un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en los tutores y padres de familia de niños del nivel inicial. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; asimismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: Bueno, Regular y Malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 65,4% mostró un nivel Malo y el 34,6% tuvo un nivel Regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90,4% tuvo un nivel Regular y el 0,0% un nivel

Malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 96,2% tuvo nivel Malo, y el 3,8% tuvo un nivel Regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 90,4% mostró un nivel Malo, el 9,6% tuvo un nivel Regular. Y respecto a conocimiento de hábitos bucales hubo un 73,1% de desconocimiento, asimismo la asociación de hábitos con mal-oclusiones con un 82,7% negativo, que manifiesta la realidad en esta área.¹⁰

Gonzales-Martínez F, Sierra-Barrios CC, Morales-Salinas LE. (México 2011), elaboraron un estudio con enfoque mixto (cuantitativo - cualitativo) con el objetivo de describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Su muestra consistió en 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante el 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba χ^2 para significancia. La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres, colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. Se concluyó que los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños.¹¹

Carrasco MAP.(Chile, 2010), efectuó un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil de padres o cuidadores de niños de 2 años a 5 años de edad pertenecientes al CESFAM de Pelarco, entre los meses de Septiembre y Octubre de 2010, fueron seleccionados 113 menores inscritos en el CESFAM de Pelarco mediante un muestreo por

conveniencia, donde se encuestaron a los respectivos padres o cuidadores, mediante un cuestionario autoaplicado que incluía conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil, y diario dietético. Se realizó una revisión clínica oral de los menores, donde se analizó el índice ceod y se observó presencia de lesión cariosa incipiente e índice de higiene oral modificado y simplificado. Los padres o cuidadores presentaron conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil aceptables. Los menores presentaron un riesgo cariogénico de la dieta, moderado; un grado de severidad para el índice ceod bajo; 46 menores (40%) presentaban al menos una lesión cariosa incipiente, y el índice de higiene oral reveló una higiene mala, para casi la totalidad de los niños examinados. Se concluyó que los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil de padres y los cuidadores de menores entre 2 y 5 años en la comuna de Pelarco para el año 2010, son considerados aceptables, encontrándose una asociación significativa entre el nivel educacional y conocimientos, conocimientos y prácticas, prácticas y lesión cariosa incipiente, riesgo cariogénico de la dieta y lesión cariosa incipiente y entre edad e índice ceod y de la importancia de implementar programas preventivos en salud oral desde edades tempranas, en donde el trabajo se realice en conjunto con las personas que se sitúan en el entorno del menor: padres o cuidadores, para lograr afectar, no sólo los conocimientos, sino también las actitudes y prácticas.¹²

Menguez BT, Sexto DN, González BY. (Cuba, 2009), realizaron el estudio con el objetivo de demostrar la efectividad de una estrategia de intervención educativa en madres de niños en edad preescolar. Se ejecutó un estudio cuasi experimental, de intervención educativa, para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 40 madres con hijos en edad preescolar (de 4 a 5 años) residentes en el Consejo Popular "Isla de Pinos" del Municipio Cruces, en el período comprendido de enero 2006 a noviembre de 2007. Mediante la aplicación de una encuesta, se obtuvo la información que sirvió para valorar los

conocimientos que poseían antes y después de la acción educativa, a través del análisis de variables como: forma y frecuencia del cepillado, alimentación azucarada, hábitos deformantes, visita al estomatólogo, preocupación por la salud de su hijo y lactancia materna. Se aplicó el programa educativo de salud bucal con técnicas educativas y afectivo-participativas, complementado con el juego didáctico como retroalimentación. Los conocimientos sobre salud bucal de las madres encuestadas, difieren antes y después de la intervención realizada. Se pudo apreciar el incremento del nivel de conocimientos de manera significativa. Se concluyó que la evaluación efectuada al terminar el programa educativo demostró la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos relacionados con el cuidado de la salud bucal de sus hijos.¹³

Guerrero RVM, Godínez MAG, Melchor SCG, Rodríguez GME, Luengas QE, González PJ et al. (México, 2009), aplicaron un estudio con el objetivo de fundamentar el Programa Nacional de Salud Bucal del Preescolar de la ADM para dirigir acciones de educación y prevención en la disminución de la prevalencia e incidencia de la caries dental en México. Se realizó un estudio transversal descriptivo sobre prevalencia y severidad de la caries dental, se elaboró una encuesta referente a la exposición a factores de riesgo a caries asociada a los niños, la cual fue aplicada a los padres, fue realizado en México en una muestra de 7105 en 12 entidades federativas en preescolares de 3, 4, 5 y 6 años de edad, durante los meses de septiembre a diciembre del 2008 que asistían al jardín de niños de poblaciones o ciudades donde hacen actividades de servicio social los socios de la ADM. Del número de niños examinados se encontró libre de caries el 60.6% a los tres años, son los de mayor número, disminuyendo con la edad hasta los 6 años con un 38.9%. La prevalencia de caries dental en el grupo examinado fue de 91.0%, el promedio de índice cpod fue de 2.4. Los niños de 3 años de edad presentaron un cpod de 1.5 y los de 6 años presentaron casi 3 dientes afectados. La prevalencia de placa dental es del 65.92%, siendo los niños de 3 años los que mejor higiene

presentaron, se encontró que el 3.28% contaban con una higiene bucal mala, concurriendo el número más alto a los 5 años. En lo referente a la encuesta entre el 7 y 8% de las madres de los preescolares no contestaron alguna pregunta. En relación a la edad en la que se inició el cepillado bucal en los preescolares estudiados se encontró que el 2,62% lo inició al erupcionar el primer diente, el 46.12% después de los 2 años y antes de los 4 años de edad y el 2,71% todavía no ha empezado. En cuanto al conocimiento de la madre del niño de tener caries dental en su boca el 39.25% da una respuesta afirmativa, el 37.75% niega padecer la enfermedad y el 15.75% menciona desconocer su situación. Siendo un estudio descriptivo los datos obtenidos a través de éste, mostraron el estado de la dentición primaria en relación con la caries dental en edad preescolar, con el propósito de fundamentar una estrategia de dirigir acciones de educación y prevención en la edad más temprana es la manera de impactar en la disminución de la prevalencia e incidencia de la caries dental en la población contribuyendo así de manera certera a tener futuras generaciones libres de caries en México.¹⁴

1.2. Bases teóricas

Diagnóstico Educativo

Romero GCM, Hidalgo GCR, Arias HSR, Muñoz FL, Espeso NN (2005).

El diagnóstico educativo es importante porque sirve como punto de partida para el diseño de estrategias con un marco de referencia adecuado. Mediante él podemos, además detectar y comprender los problemas, adoptar decisiones en cuanto a prioridades, objetivos y actividades, identificar y obtener recursos, promover la acción y su seguimiento, seleccionar los métodos apropiados y finalmente, evaluar los resultados, avances y logros de la estrategia.¹⁵

Diagnóstico Educativo o diagnóstico de necesidades educativas

Fernández A, Arco JL (2004). El diagnóstico educativo o diagnóstico de necesidades educativas, consiste en determinar los factores

relacionados con los comportamientos, actitudes y creencias asociados a los problemas de salud, así como los problemas básicos susceptibles de intervención educativa; lo cual es sumamente importante porque se debe reconocer que no todos los problemas de salud mejoran con educación solamente sino, que requieren de otras acciones para su consecución. Está íntimamente relacionado con el diagnóstico de salud, el cual brinda información sobre la naturaleza y la extensión de los problemas o condiciones en las cuales debemos trabajar. El estudio de las necesidades, ofrece una idea en qué medida es importante la salud para las personas y partiendo de allí, incidir en su personalidad, creando necesidades en ellos con respecto a la prevención de las enfermedades, con la finalidad de lograr una mayor motivación e interés, todo lo cual redundará en beneficios de los cambios de conductas que perjudican la salud.¹⁶

Educación para la salud

Nizama RE, Samaniego SA (2007). La educación para la salud busca el desarrollo de capacidades. Para ello, debe emplear diversos procesos de aprendizaje, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud, así como la de la familia y la comunidad. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales (sociales, afectivas y cognitivas) y la valoración por sí mismo y por los demás, condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas al control y la mejora de la salud. Tiene como objetivo fundamental el incidir sobre los comportamientos. En este sentido, tiene en cuenta las percepciones, creencias y prácticas de la persona, la familia y la comunidad. Además, los métodos y materiales educativos reconocen la diversidad cultural y el enfoque de género, y emplean un lenguaje comprensible y adecuado para el grupo. Para ser efectiva, la educación sanitaria debe responder a las necesidades particulares de la población a la que va dirigida.¹⁷

Otra definición de Educación para la salud

Ministerio de salud (2004). Uno de los espacios de intervención propuesto para implementar la promoción de la salud es la Educación para la salud, que consiste en la aplicación de metodologías de educación y comunicación participativas, en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Para asegurar que los grupos objetivo adopten nuevos hábitos y comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas, desarrollar reuniones educativas grupales, reforzando con mensajes en los medios de comunicación masiva, utilizando como materiales de apoyo, rotafolios, folletos educativos, afiches, material lúdico, íconos o imágenes, etc. Es importante que se utilicen métodos de aprendizaje activos que refuercen los valores individuales y las normas grupales y que promuevan el desarrollo de habilidades sociales, fundamentalmente. Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales o pares (niño a niño, madre a madre, etc.), que permite en general mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y credibilidad de la información.¹⁸

Educación para la salud oral

Secretaría Distrital de Salud (2004). La educación en salud oral es el medio utilizado para promover la salud en la población. Puede ser abordada desde diferentes perspectivas, para generar la adopción de actitudes apropiadas y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que se puedan presentar y suscitar, con el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud. La educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional por parte de las auxiliares, higienistas en salud oral y odontólogos, y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud oral.¹⁹

Yépez M, et al (2000). En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa. Las enfermedades bucales, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud. Estas enfermedades comienzan desde edades muy tempranas y son evitables con correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, actitudes que no nacen con las personas; los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer. Por ello, son los padres los mejores aliados del odontólogo para poder educar al niño en los cuidados preventivos de salud bucal. Estos pueden moldear la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen, por medio de un esfuerzo y un rechazo selectivo ante un comportamiento específico, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les conciernen. En lo anterior radica la importancia de lograr cambios de comportamiento en los padres, lo cual es posible mediante el desarrollo de estrategias e intervenciones educativas, encaminados al aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con esta problemática.²⁰

Intervención educativa para la salud

Barraza MA (2010). En la práctica profesional, se busca eliminar o minimizar la existencia de los problemas de salud, reduciendo en la mayoría de los casos, su explicación al factor más inmediatista signado por el contexto o las políticas educativas nacionales. La Propuesta de Intervención Educativa es una estrategia de planeación y actuación

profesional que permite a los agentes tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución constituido por las siguientes fases y momentos:

- a) La fase de planeación. Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución.
Esta fase tiene como producto el Proyecto de Intervención Educativa.
- b) La fase de implementación. Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la Propuesta de Intervención Educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario, es menester recordar que la solución parte de una hipótesis de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad.
- c) La fase de evaluación. Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar Propuesta de Intervención Educativa
- d) La fase de socialización-difusión. Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada.²¹

La Intervención Educativa y Social

Gonzales AM, Cabrera PL (2007). Es una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales. Las variables objeto de la intervención, por lo tanto, serían comportamentales, que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidos tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Los modelos básicos de intervención que existen son tres: clínico, de consulta y de programas.

Intervención clínica

El modelo clínico, también denominado counseling, es un modelo de intervención directa e individualizada, a instancias del cliente o alumno, se centra en la relación personal orientador-orientado, utiliza la entrevista y el diagnóstico como principal técnica, tiene una finalidad eminentemente terapéutica y requiere una intervención especializada.

Intervención de consulta colaborativa

Es un modelo de intervención indirecta, preferentemente de proyección grupal, centrado en la relación entre dos profesionales, un consultor o asesor (normalmente un orientador o un psicopedagogo) y un consultante o asesorado (normalmente un profesor-tutor). De lo que se trata es de aumentar la competencia y el desarrollo de habilidades del profesor-tutor en el ejercicio de orientación y la tutoría respecto de sus alumnos. Éste, a su vez, orienta posteriormente al alumno o grupo de alumnos. Una variante es la consulta colaborativa, en la que consultor y consultante comparten todo el proceso, interviniendo el consultor de forma directa con alumnos en algún momento.

Intervención por programas

Es el modelo de orientación que más se propugna actualmente desde la década de los 70. Supone, la intervención directa (a veces, indirecta) sobre un grupo ante necesidades detectadas expresamente mediante una evaluación previa. Mediante este modelo es posible asumir los principios de prevención y desarrollo social y proporcionar un carácter

educativo y social a la intervención. Siendo el objeto central de este modelo de intervención el programa.

Las fases de este modelo son:

- 1.- Análisis del contexto para detectar necesidades.
- 2.- Formulación de objetivos.
- 3.- Planificación de actividades.
- 4.- Realizar estas actividades
- 5.- Evaluación del programa

Es decir, un programa es una secuencia de actividades planificadas que, partiendo de un análisis de necesidades en el contexto, sirve a unos objetivos, implica una temporalización, compromete a los responsables de llevarla a cabo, supone la búsqueda y elaboración de materiales y recursos y finaliza con una evaluación del mismo. Considerado el análisis de necesidades y demandas el punto de partida de la planificación de los programas.²²

Intervención Educativa para la salud

Torres R.S (2009). La intervención educativa para la salud puede ser dirigida individualmente, en grupos o a la población. Los principales campos de aprendizaje son tres:

1. Cognitivo: Comprensión del conocimiento basado en hechos (saber que consumir dulces se asocia con el desarrollo de la caries dental).
2. Afectivo: Las emociones, sentimientos y creencias están asociados con la salud (creer que los dientes deciduos no son importantes).
3. Conductual: Desarrollo de habilidades (se requiere de habilidad para el uso efectivo del hilo dental). Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear, para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad al que estarán dirigidas y de sus características particulares. Los temas se seleccionarán de acuerdo con el análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades.²³

Conocimiento

Martínez A, Ríos F (2005). Se puede decir que el conocimiento es un proceso a través del cual un individuo se hace consciente de su realidad y en este se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.²⁴

Gonzales M (1995). Proceden de la propia experiencia de la persona, de los padres, de los maestros, de los amigos, los libros, en fin, de todos los agentes socializadores; surgen de la interacción hombre-medio, es lo que nos permite conocer la realidad de los que nos rodea.²⁵

Conocimiento sobre salud oral

Carvajal C, Rodríguez M (1995). Los conocimientos que, en materia de salud bucal, tienen los niños en edades tempranas, tienen su origen en la familia; esa célula básica socializadora, donde las madres juegan un rol determinante, las cuales se convierte en portadora de normas, costumbres; en la familia se interiorizan las primeras reglas sociales de la conducta y es portadora de un determinado modo de vida que incluye las creencias en salud.²⁶

Factores epidemiológicos de la dentición en preescolares

Harris R. Nicoll AD, Aldair PM, Pine CM (2004). El factor más confiable para predecir con exactitud el riesgo a caries en el futuro es la presencia de la misma caries, ya sea en la forma de cavidades o de lesiones de mancha blanca (primera evidencia clínica del proceso de desmineralización del esmalte). En preescolares, la presencia visible de placa sobre la superficie labial de los dientes anteriores es un factor importante para predecir el desarrollo de cavidades cariosas. La dieta también es un factor determinante. Como parte de la determinación de

riesgo, se incluyen consideraciones como: nivel socioeconómico, grado de educación de las madres.²⁷

Tinanoff N, Douglass JM (2002). Los factores más importantes para predecir el futuro estado de salud bucal del infante están asociados con el nivel educativo, socioeconómico y la salud bucal de la madre.²⁸

Placa Bacteriana

Lindhe J, Torkild K, Noklaus P (2003). Es definida como una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60 - 70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios. El conjunto de bacterias que se colonizan en los diferentes hábitats orales estará determinado, no solo por las características anatómicas, sino por factores físicos, nutricionales y, especialmente, por la adhesión bacteriana. Por lo tanto, la placa se define como un depósito que se adhiere sobre la superficie de los dientes y consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias.²⁹

Caries dental

Boj J. et al (2005). La caries dental es una enfermedad de origen microbiano, localizado en los tejidos duros dentarios, que se origina con una desmineralización del esmalte por acción de ácidos orgánicos producido por bacterias orales específicas que metabolizan a los hidratos de carbono de la dieta.

Se considera una enfermedad multifactorial y crónica porque necesita de la intervención de 4 factores para establecerse: el huésped, dieta cariogénica, microbiota con potencial cariogénico y el tiempo.³⁰

Newbrun E (2000). En preescolares, la presencia visible de placa sobre la superficie labial de los dientes anteriores es un factor importante para predecir el desarrollo de cavidades cariosas. Existe una probabilidad más grande para desarrollar caries cuando las

bacterias asociadas a caries dental, en particular los estreptococos mutans, se adquieren a una edad temprana.

El signo más temprano de la lesión de caries es una mancha blanca. La primera manifestación macroscópica que podemos observar en el esmalte es la pérdida de su translucidez, que da como resultado una superficie opaca, de aspecto gris y sin brillo.³¹

Hábitos dietéticos

Guedes A (2003). Dentro de los componentes más importantes de la educación de nutrición para los padres, está el que puedan reconocer el potencial cariogénico de los distintos alimentos y bebidas, así como el papel de su frecuencia y consistencia en el proceso de desmineralización y remineralización, ya que cada vez que se ingiere un alimento se produce una disminución en el pH de la placa, lo cual debe entenderse como ataque ácido, además, es relevante citar que las bacterias asociadas con caries pueden no sólo producir ácidos durante los momentos de ingesta de sacarosa, sino almacenar esta para emplearla en períodos de apoyo. La dieta es uno de los factores etiológicos importantes de la caries dental. Los microorganismos cariogénicos, tales como el S. Mutans y los Lactobacilos tiene la capacidad de metabolizar los azúcares especialmente la sacarosa para obtener energía. Cuanto más bajo el pH, mayor es la acidez y mayor el grado de disolución de hidroxiapatita. Por lo tanto, si la ingestión de un tipo de alimento provoca una caída de pH, por debajo de los niveles considerados críticos (pH 5,5) podrá ocurrir la disolución del esmalte y consecuentemente lesiones cariosas.³²

Orientación dietética

Guedes A (2003). Es esencial tener conocimiento de los hábitos alimenticios del paciente para una mejor comprensión de su actividad de caries con el propósito de establecer un plan de tratamiento y medidas preventivas de acuerdo a sus necesidades, permitiendo el mantenimiento de la salud bucal. La elección de dieta afecta la salud bucal, así como la salud general y el bienestar, es necesario que el

equipo de salud ofrezca orientación e información sobre la ingesta frecuente de azúcares y otros carbohidratos (jugos de frutas, bebidas ácidas) y el contacto prolongado de estas con los dientes, ya que son factores de riesgo para el desarrollo de la caries.³²

Higiene Oral

Lindhe J, Torkild K, Noklaus P (2003). Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y enfermedad periodontal.²⁹

Índices de Higiene oral

Guedes A. (2003). Se define como índice, la medida empleada para cuantificar y comparar la prevalencia de diferentes enfermedades (Caries, enfermedad periodontal o cúmulo de placa, entre otras) en la población. Las características principales de los índices son:

- Sencillez.
- Objetividad.
- Posibilidad de registrarse en un período corto.
- Económico.
- Aceptable para la comunidad.
- Susceptible de ser analizado estadísticamente.
- Que sea reproducible. (Secretaría Distrital de Salud 2010)³²

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)

Guedes A. (2003). Se compone de los índices de placa y de cálculo, el valor del índice se obtiene sumando los valores obtenidos del índice de placa más el del cálculo.

Determina cuantitativamente los depósitos blandos y duros sobre las superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide únicamente en

superficies de dientes completamente erupcionados o que hayan alcanzado el plano oclusal.

Los valores son los siguientes:

Bueno	0.0 – 1.2
Regular	1.3 - 3.0
Malo	3.1 – 6.0

Prácticas de Higiene oral

Técnica del cepillado

Guedes A (2003). Mecanismo por el cual se remueve placa microbiana de la superficie dental, la limpieza se debe realizar después de cada comida y siempre antes de dormir y debe empezar con la erupción del primer diente independiente de la técnica de cepillado a ser adoptada en niños que cuentan con poca habilidad manual, se recomienda un posicionamiento específico del niño y de la madre, con la finalidad que se realice la higiene bucodental de manera correcta. La posición indicada por Starkey es considerada ideal y consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espalda a la madre, apoyando la cabeza contra ella. Starkey recomienda que la mano izquierda estabilice la mandíbula del niño y la mano derecha sujete firmemente el cepillo dental para ejecutar los movimientos del cepillado. Es necesario estabilizar la encía para evitar daños en ella y obtener el éxito en el cepillado.³²

Flúor

Boj J. et al (2005). El flúor es un elemento del grupo de los halógenos electronegativos, que por lo general se encuentra unido a otros elementos debido a su gran actividad. El flúor reduce la incidencia de la caries dental y disminuye o invierte la progresión de las lesiones ya existentes. Favorece la capacidad del esmalte para la remineralización retrasando así la progresión de cualquier lesión cariosa presente.

Boj J. et al (2005). El flúor puede utilizarse tanto en forma sistémica como tópica. Se ha comprobado que el flúor ejerce principalmente su

efecto protector de la caries en el periodo post eruptivo, sobre todo gracias a su acción tópica. Además, el flúor vía sistémica parece tener un efecto preventivo más modesto, actuando principalmente en el periodo pre eruptivo por incorporación del flúor a través de la circulación sanguínea al esmalte en desarrollo.³⁰

1.3. Definición de términos básicos

Conocimiento sobre Salud Bucal

Carvajal C, Rodríguez M (1995). Los conocimientos que, en materia de salud bucal, tienen los niños en edades tempranas, tienen su origen en la familia; esa célula básica socializadora, donde las madres juegan un rol determinante, las cuales se convierten en portadoras de normas, costumbres; en la familia se interiorizan las primeras reglas sociales de la conducta y es portadora de un determinado modo de vida que incluye las creencias en salud.²⁶

Higiene Oral

Lindhe J, Torkild K, Noklaus P (2003). Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y enfermedad periodontal.²⁹

Intervención Educativa

Barraza MA (2010) Intervención Educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución.²¹

CAPÍTULO II: VARIABLES E HIPÓTESIS

2.1 Variables y su operacionalización

Variables

Variable 1: Intervención Educativa sobre el conocimiento en salud oral.

Variable 2: Nivel de Conocimientos en Salud Oral.

Variable 3: Higiene bucal.

VARIABLES	ÍNDICES	INDICADORES
Intervención educativa sobre conocimiento y salud oral.		Efecto positivo: Nivel de conocimiento mayor al 70% y cuando logre una valoración de aceptable o adecuada en prácticas de higiene oral de preescolares. Efecto negativo: Nivel de conocimiento menor al 70% y cuando logre una valoración deficiente en prácticas de higiene oral de preescolares.
Nivel de Conocimientos en Salud Bucal.		Bueno: Desarrollen correctamente de 19 a 27 respuestas (70% a más). Regular: Desarrollen correctamente de 10 a 18 respuestas (37 -69%). Deficiente: Desarrollen correctamente de 0 a 9 respuestas (< de 36 %).
Higiene bucal.	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).	Buena: 0.1 – 1.2 Regular: 1.3 - 3.0 Mala: 3.1 – 6.0

2.2 Formulación de la Hipótesis

Hipótesis general:

La Intervención Educativa tiene efectos significativos sobre conocimiento en salud oral de las madres e higiene bucal de los preescolares, del Centro de Salud de Belén 2017.

Hipótesis específicas:

- Las madres de preescolares presentarán conocimientos diferentes antes y después de la intervención educativa.
- Los niños preescolares presentarán IHO diferentes antes y después de la intervención educativa.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación:

En la presente investigación se empleó el método del tipo cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos que se investigó, fueron expresados cuantitativamente y se utilizó pruebas estadísticas para probar la hipótesis planteada, dándose respuesta al problema de investigación.

El diseño fue experimental, de tipo cuasi experimental, con pre test y post test, cuyo principio es la colecta de información durante un periodo y la introducción de una intervención durante la obtención de datos, la perspectiva temporal ampliada reforzó en gran medida la capacidad de atribuir los cambios a la manipulación experimental, porque se pretendió medir el efecto de la intervención educativa en las madres sobre la higiene bucal de los preescolares.

El diseño presenta el siguiente esquema:

GE:	O1	X	O2
GC:	O3		O4

Especificaciones:

GE: Grupo experimental.

O1: Nivel de Higiene bucal antes de la intervención educativa,

X: Aplicación de la intervención educativa.

O2: Nivel de Higiene bucal después de la intervención educativa.

GC: Grupo Control.

O3: Nivel de Higiene bucal antes de la intervención educativa.

O4: Nivel de Higiene bucal después de la intervención educativa.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población:

La población estuvo constituida por 300 madres de niños desde los 3 y < 6 años de edad que acudieron al Centro de Salud Belén durante 3 meses en el año 2017.

3.2.2. Muestra:

La muestra fue calculada por medio de la fórmula para la muestra de la comparación de 2 grupos utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.

La cual es la siguiente

$$n=2 \left(\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \sigma}{\Delta} \right)^2$$

Donde:

Z_{α} = Es el punto crítico del área bajo la curva normal con un nivel del error de tipo I (α) = 0.05 (1.96).

Z_{β} = Es el punto crítico del área bajo la curva normal con un nivel de error de tipo II (β) o función potencia del 0.10 (0.842).

Δ = Es la razón de la diferencia entre grupos control y experimental a través de una prueba piloto (0.154).

σ = Desviación típica de la razón de la diferencia (0.30).

Reemplazando y resolviendo para los valores asumidos se tiene:

$$n=2 \left(\frac{(1.96 + 0.842) 0.30}{0.154} \right)^2 = 2 (29.7945) = 2(30)$$

Luego el número de sujetos para el estudio fue de 30 para el grupo experimental y 30 para el grupo control.

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.3.1 Criterios de inclusión

- Madres mayores de 18 años de edad.
- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que desearan participar en forma libre y voluntariamente.

-Madres con niños entre los 3 y < 6 años de edad.

-Niños entre 3 y <6 años de edad.

3.2.3.2 Criterios de exclusión

-Madres menores de 18 años de edad.

-Madres que no sepan leer y escribir.

-Madres que no desearan participar en forma libre y voluntariamente.

-Madres con niños fuera del rango entre los 3 y < 6 años de edad.

-Niños fuera del rango entre 3 y <6 años de edad.

3.2.4. Muestreo:

El muestreo fue no probabilístico, por accidente.

3.3 Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron fueron la observación directa y la encuesta y el experimento mediante demostraciones, talleres, diálogo y participación activa de las madres en estudio, como instrumento un programa de enseñanza- aprendizaje sobre temas de: caries dental, placa bacteriana, higiene oral, orientación dietética, técnicas de cepillado y uso de flúor.

Instrumentos

Se utilizó el test de conocimiento sobre salud oral que se les aplicó a las madres de preescolares del Centro de Salud de Belén durante el año 2017 (anexo 02), fue validada por el método Delphi o juicio de expertos y su confiabilidad fue a través una muestra piloto del 10% con el coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) cuya confiabilidad fue del 91,07% y para la observación directa fue la ficha de índice de higiene oral simplificado (IHOS) de los niños preescolares que acuden al Centro de Salud de Belén (anexo 03).

3.4 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó de la siguiente manera:

- Se coordinó con el Gerente del Centro de Salud de Belén para la autorización del estudio.

- Identificación a través del servicio de CREDE a las 30 madres y sus niños(as) en edad preescolar de 3 a 5 años, menores de 6 años donde se dio a conocer los objetivos, fines y metodología de la investigación.
- Se solicitó la participación voluntaria de las madres, aplicando el consentimiento informado.
- Se aplicó los instrumentos (cuestionario y ficha de higiene oral) antes y después de desarrollar la intervención educativa.
- Se aplicó el modelo de intervención educativa al grupo experimental de 5 sesiones durante un mes, el cual se desarrolló a través de talleres, demostraciones, discusiones grupales, etc.
- Se retroalimentaron a las madres que participaron a los 30 días.
- Se analizó e interpretó la información.
- Resultados de la información.

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos

- Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 en español y se realizó en dos etapas:
- Análisis univariado, para ello se utilizó las medidas de tendencia central y de dispersión.
- Análisis bivariado, se utilizó las pruebas de inferencia estadística (de Kolmogorov- Smirnov y T de Student para muestras independientes).

3.6 Protección de derechos humanos

Durante el desarrollo de la investigación se respetó los derechos de las madres que participaron en el estudio. Se aplicó el consentimiento informado.

- Se respetó la decisión de la madre de retirarse de la investigación como sujeto de estudio y por ende de su niño o niña.
- Antes de iniciar el desarrollo de la investigación se informó a las madres sobre los objetivos, procedimientos y actividades a realizar en la presente investigación.
- Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. Presentación de resultados, análisis e interpretación de los datos.

Tabla N° 01

Nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la Intervención Educativa. Iquitos 2017.

Nivel de conocimiento sobre salud oral	Grupo de Estudio			
	Experimental		Control	
	Nº	%	Nº	%
Bueno (De 19 a 27)	3	10,0	1	3,3
Regular (De 10 a 18)	16	53,3	19	63,3
Deficiente (De 0 a 9)	11	36,7	10	33,3
Total	30	100.0	30	100.0
$\bar{x} \pm \sigma$	11,27±4,719		11,33±3,772	

Fuente: Datos de la Investigación

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la intervención educativa sobre salud oral e higiene bucal, se deduce que, en el caso de las madres de preescolares del grupo experimental, el 53,3% (16) de ellas presentaron nivel regular (de 10 a 18) en conocimiento sobre salud oral, 36,7% (11) nivel deficiente (de 0 a 9) y 10,0% (3) nivel alto (de 19 a 27) respectivamente. En las madres de preescolares del grupo control se aprecia similar distribución, 63,3% (19) con nivel regular (de 10 a 18), 33,3% (10) con nivel deficiente de (0 a 9) y el 3,3% (1) con nivel bueno (de 19 a 27) respectivamente. Además, se aprecia que los promedios y desviaciones estándar alcanzados en las calificaciones del grupo experimental frente al grupo de control son cuantitativamente cercanos, $11,27 \pm 4,719$ para el grupo experimental y para el grupo control de $11,336 \pm 3,772$ promedios que se ubican en el nivel regular (10 a 18). Tabla N° 01.

Tabla N° 02

Nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Nivel de conocimiento sobre salud oral	Grupo de Estudio			
	Experimental		Control	
	Nº	%	Nº	%
Bueno (De 19 a 27)	23	76,7	7	23,3
Regular (De 10 a 18)	7	23,3	21	70,0
Deficiente (De 0 a 9)	0	0,0	2	6,7
Total	30	100.0	30	100.0
$\bar{x} \pm \sigma$	21,57±3,598		16,10±4,528	

Fuente: Datos de la Investigación

Los resultados de la administración de la prueba de conocimiento sobre salud oral en las madres que se atienden en el Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa, se concluye que, en el caso de las madres de preescolares del grupo experimental, el 76,7% (23) de ellas presentaron nivel bueno (de 19 a 27) y el 23,3% (7) nivel regular (de 10 a 18), no hubo estudiante con conocimiento deficiente en salud oral. En las madres de preescolares del grupo control en quienes no hubo intervención educativa la distribución fue la siguiente, 70,0 % (21) presentaron nivel de conocimiento regular (de 10 a 18); 23.3% (7) nivel de conocimiento bueno (19 a 27) y el 6,7% (2) con nivel deficiente (de 0 a 9) respectivamente. Además, se evalúa que los promedios y desviaciones estándar alcanzados en las calificaciones del grupo experimental frente al grupo de control son cuantitativamente distantes, $21,57 \pm 3,598$ para el grupo experimental y para el grupo control de $16,10 \pm 4,528$ promedios que se ubican en el nivel bueno (de 19 a 27) para el grupo experimental y de regular (10 a 18) para el grupo control.

(Tabla y gráfico N° 02).

Tabla N° 03

Pruebas de normalidad de los puntajes de conocimiento en salud oral en madres de preescolares antes y después de la intervención educativa.

Iquitos 2017.

Puntajes de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares antes y después de la intervención educativa	Grupo de estudio	Kolmogorov-Smirnov (K-S)	
		Estadístico	Sig. Bilateral (p valor)
Antes de la intervención educativa	Experimental	0,123	0,200
	Control	0,105	0,200
Después de la intervención educativa	Experimental	0,155	0,064
	Control	0,153	0,070
Diferencia de antes y después de la intervención educativa	Experimental	0,142	0,128
	Control	0,157	0,058

Fuente: Datos de la Investigación

Al aplicar la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov de normalidad a los puntajes de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares (Tabla N° 03), en los que se evalúa los estadísticos Z-KS de Kolmogorov-Smirnov, antes de la intervención educativa se obtuvo, para el grupo control de Z-KS = 0,105; para el grupo experimental Z-KS = 0,123; después de la intervención educativa los valores fueron; para el grupo control Z-KS = 0,153, para el grupo experimental de Z-KS = 0,155, en las diferencias de los puntajes en el antes y después de la intervención educativa en ambos grupos fue de Z-KS = 0,157 para el grupo control y de Z-KS = 0,142 para el grupo experimental, con respecto a las significancias bilaterales (p) encontradas fueron de: 0,200; 0,200; 0,064; 0,070; 0,128 y de 0,058 todas ellas mayores del 5% ($p > 0,05$), lo que indica que los puntajes obtenidos de conocimiento sobre salud oral antes y después de la intervención educativa provienen de poblaciones con distribución normal. Luego se puede aplicar las pruebas paramétricas como en nuestro caso la prueba t de Student para la comparación de muestras independientes tanto para comparar el nivel de conocimiento sobre salud oral antes y después de la intervención educativa.

Tabla N° 04

Prueba de muestras independientes del conocimiento sobre salud oral y diferencia en las madres de preescolares, antes de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Puntajes de conocimiento sobre salud oral antes de la intervención educativa	Prueba de Levene para la comparación de varianzas		Prueba t para la comparación de medias		
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral) (p valor)
Experimental Vs Control antes	0,481	0,491	0,060	58	0,952

Fuente: Datos de la Investigación

Análisis del pre test del conocimiento sobre salud oral.

Hipótesis referida al puntaje de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares antes de la intervención educativa.

Hipótesis nula:

Los puntajes obtenidos en la prueba de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares del grupo experimental y control antes de la intervención educativa sobre salud oral **son iguales**.

Hipótesis alterna:

Los puntajes obtenidos en la prueba de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares del grupo experimental y control antes de la intervención educativa sobre salud oral **no son iguales**.

Nivel de significancia: 0,05 = 5%

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de significancia obtenido es menor de 0,05 ($p < 0,05$), caso contrario se le acepta.

Para la prueba de hipótesis planteadas se utilizó el programa estadístico SPSS, y la prueba estadística t de Student para muestras independientes (Tabla N° 4). Previamente se realizó el contraste de la igualdad de varianzas con la prueba de Levene, con su estadístico F de Fisher.

Los resultados muestran que las varianzas de los puntajes de conocimiento salud oral en los grupos experimental vs control antes de la intervención educativa son homogéneas (iguales) siendo la significancia mayor al 5% ($p > 0,05$). ($F_{\text{calculado}} = 0,481$; **significancia $p = 0,491$**). Se cumple con el requisito de homogeneidad de varianzas en muestras independientes.

Al aplicar la prueba t de Student para comparación de promedios en muestras independientes antes de la intervención educativa, se determina que no existe diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el grupo experimental y de control, con valor $t_{\text{calculado}} = 0,060$ y significancia bilateral **$p = 0,952$** . (Tabla N° 04 y gráfico N° 03). Demostrándose que no existe diferencia significativa entre el conocimiento sobre salud oral de las madres de preescolares del grupo control y experimental antes de la intervención educativa.

Tabla N° 05

Prueba del nivel de conocimiento sobre salud oral y diferencias en madres de preescolares después de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Puntajes de conocimiento sobre salud oral	Prueba de Levene de comparación de varianzas		Prueba t para la comparación de medias		
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral) (p valor)
Experimental Vs Control después	2,448	0,123	5,177	58	0,00004
Diferencia del antes y después GE y GC	0,705	0,405	4,100	58	0,000130

Fuente: Datos de la Investigación

Análisis del post test del conocimiento sobre salud oral.

Hipótesis referida al puntaje de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares después de la intervención educativa.

Hipótesis nula:

Los puntajes obtenidos en la prueba de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares después de la intervención educativa sobre salud oral e higiene bucal y los del grupo control a quienes no se les aplicó la intervención educativa, **son iguales.**

Hipótesis alterna:

Los puntajes obtenidos en la prueba de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares después de la intervención educativa sobre salud oral y los del grupo control a quienes no se les aplicó la intervención educativa **no son iguales.**

Nivel de significancia: 0,05

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de significancia obtenido es menor de 0,05 ($p < 0,05$), caso contrario se acepta la hipótesis nula.

Al igual que en la hipótesis anterior, se aplicó la prueba estadística paramétrica t de Student para muestras independientes (Tabla N° 5), no sin antes de contrastar la igualdad de varianzas con prueba de Levene para la comparación de varianzas, con su correspondiente estadístico F de Fisher.

Los hallazgos demuestran que las varianzas de los puntajes de conocimiento sobre salud oral, del grupo control a quienes no se le intervino educativamente y a los del grupo experimental intervenidos educativamente resultaron ser iguales dado que las significancias fueron mayores al 5% ($p > 0,05$). ($F_{\text{calculado}} = 2,448$; **significancia p = 0,123**). Situación similar ocurre con la diferencia de los puntajes del pre test y pos test ($F_{\text{calculado}} = 0,705$; **significancia p = 0,405**).

Luego en la comparación de puntajes promedio de conocimiento sobre salud oral y diferencia de los mismos del grupo experimental y de control, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para poblaciones normales e

independientes cuyos resultados determinaron que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor de las madres de preescolares del grupo experimental siendo los valores **t_{calculado} = 5,177** y la significancia bilateral **p:valor $p = 0,00004$** , y para la diferencia de los puntajes del pre y pos test de: **t_{calculado} = 4,100** y significancia bilateral **p = 0,000130** (Tabla N° 05 y gráfico N° 04); demostrándose que existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares del grupo control y experimental.

Tabla N°06

Nivel de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Nivel de higiene bucal	Grupo de Estudio			
	Experimental		Control	
	Nº	%	Nº	%
Higiene bucal adecuado	1	3,3	0	0,0
Higiene bucal aceptable	28	93,4	24	80,0
Higiene bucal deficiente	1	3,3	6	20,0
Total	30	100.0	30	100.0
$\bar{x} \pm \sigma$ 0,556	2,567 ± 0,464		2,490 ±	

Fuente: Datos de la Investigación

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el nivel de higiene bucal a través del IHO de preescolares del Centro de Salud Belén antes de la intervención educativa, se concluye que, en el caso de los preescolares del grupo experimental, el 93,4% (28) presentaron nivel de higiene oral aceptable y el 3,3% (1) nivel de higiene bucal adecuado y deficiente respectivamente. En los preescolares del grupo control se aprecia similar distribución, 80,0% (24) preescolares con nivel higiene bucal aceptable y 20,0% (6) preescolares con nivel de higiene bucal deficiente respectivamente. Además, se aprecia que los promedios y desviaciones estándar alcanzados en sus respectivos índices de higiene oral son

similares, $2,567 \pm 0,464$ para el grupo experimental y para el grupo control de $2,490 \pm 0,556$ promedios que se ubican en el nivel de higiene bucal aceptable. Tabla N° 06.

Tabla N° 07

Nivel de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa, Iquitos 2017.

Nivel de higiene bucal	Grupo de Estudio			
	Experimental		Control	
	Nº	%	Nº	%
Higiene bucal adecuado	18	60,0	6	20,0
Higiene bucal aceptable	12	40,0	23	76,7
Higiene bucal deficiente	0	0,0	1	3,3
Total	30	100.0	30	100.0
$\bar{x} \pm \sigma$	1,200 ± 0,416		1,980 ± 0,702	

Fuente: Datos de la Investigación

Los resultados encontrados en los preescolares que se atienden en el Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa, muestran que, el 60,0% (18) de ellos presentaron nivel higiene bucal adecuado y 40,0% (12) nivel de higiene bucal aceptable. En los preescolares del grupo control a quienes no se les intervino educativamente, su distribución fue 76,7% (23) tuvieron nivel de higiene bucal aceptable, 20,0% (7) nivel de higiene bucal adecuado y 3,3% (1) nivel de higiene bucal deficiente, respectivamente. El puntaje promedio de IHO en el grupo experimental fue de 1,200 puntos y desviación estándar $\pm 0,416$ puntos, en el grupo control fue de 1,980 puntos y desviación estándar de $\pm 0,702$ puntos. Promedios que ubican al grupo experimental en el nivel de higiene bucal adecuado y nivel de higiene bucal aceptable en el grupo control. (Tabla N° 07).

Tabla N° 8

Pruebas de normalidad para los puntajes del IHO en preescolares antes y después de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Puntajes del IHO en preescolares antes y después de la intervención educativa	Grupo de estudio	<i>Kolmogorov-Smirnov (K-S)</i>	
		Estadístico	Sig. Bilateral (p valor)
Antes de la intervención educativa	Experimental	0,137	0,156
	Control	0,157	0,058
Después de la de la intervención educativa	Experimental	0,100	0,200
	Control	0,114	0,200
Diferencia de antes y después de la intervención educativa	Experimental	0,099	0,200
	Control	0,144	0,117

Fuente: Datos de la Investigación

Al aplicar la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov de normalidad a los puntajes de IHO de preescolares (Tabla N° 08), en los que se evalúa los estadísticos Z-KS de Kolmogorov-Smirnov, antes de la intervención educativa se obtuvo, para el grupo control de Z-KS = 0,157; para el grupo experimental Z-KS = 0,137; después de la intervención educativa los valores fueron; para el grupo control Z-KS = 0,114, para el grupo experimental de Z-KS = 0,100, en las diferencias de los puntajes en el antes y después de la intervención educativa en ambos grupos fue de Z-KS = 0,144 para el grupo control y de Z-KS = 0,099 para el grupo experimental, con respecto a las significancias bilaterales (p) encontradas fueron de: 0,156; 0,058; 0,200; 0,200; 0,200 y de 0,117 todas ellas mayores del 5% ($p > 0.05$), lo que demuestra que los puntajes obtenidos del IHO antes y después de la intervención educativa provienen de poblaciones con distribución normal.

Tabla N° 09

Prueba de muestras independientes del IHO en preescolares antes de la intervención educativa. Iquitos 2017.

Puntajes del IHO antes de la aplicación de la intervención educativa	Vs	Prueba de Levene de comparación de varianzas		Prueba t para la comparación de medias		
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral) (p valor)
Experimental		0,465	0,498	1,764	58	0,083
Control antes						

Fuente: Datos de la Investigación

Análisis del pre test del IHO

Hipótesis referida al puntaje del IHO de preescolares antes de la intervención educativa.

Hipótesis nula:

Los puntajes obtenidos en el IHO de preescolares del grupo experimental y control antes de la intervención educativa sobre salud oral **son iguales**.

Hipótesis alterna:

Los puntajes obtenidos en el IHO de preescolares del grupo experimental y control antes de la intervención educativa sobre salud oral **son diferentes**.

Nivel de significancia: 0,05 = 5%

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de significancia obtenido es menor de 0,05 ($p < 0,05$), caso contrario se la acepta.

Para la prueba de hipótesis planteadas se utilizó el programa estadístico SPSS, y la prueba estadística t de Student para muestras independientes (Tabla N° 9).

Previamente se realizó el contraste de la igualdad de varianzas con la prueba de Levene, con su estadístico F de Fisher.

Los resultados muestran que las varianzas de los puntajes de conocimiento salud oral en los grupos experimental vs control antes de la intervención educativa son homogéneas (iguales) siendo la significancia mayor al 5%

($p > 0.05$). $F_{\text{calculado}} = 0,465$; **significancia $p = 0,498$**). Cumple con el requisito de homogeneidad de varianzas en muestras independientes.

Al aplicar la prueba t de Student para comparación de promedios en muestras independientes antes de la intervención educativa, se determina que no existe diferencias significativas entre los puntajes obtenidos del IHO por el grupo experimental y de control, con valor $t_{\text{calculado}} = 1,764$ y significancia bilateral **$p = 0,083$** . (Gráfico N° 08), demostrándose que los IHO de los preescolares del grupo control y experimental son iguales antes de que se dé la intervención educativa.

Tabla N° 10

Prueba de muestras independientes del IHO y sus diferencias en preescolares después de la intervención educativa.

Puntajes del IHO después de la intervención educativa	Prueba de Levene para la comparación de varianzas		Prueba t para la comparación de medias		
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral) (p valor)
Experimental Vs Control después	10,864	0,002	5,236	47,1	0,000002
Diferencia del antes y después GE y GC	0,604	0,440	3,410	58	0,001

Fuente: Datos de la Investigación

Análisis del IHO después de la intervención educativa

Hipótesis referida al puntaje del IHO en preescolares después de la intervención educativa

Hipótesis nula:

Los puntajes obtenidos en el IHO de preescolares que se atienden en el Centro de Salud de Belén, después de la intervención educativa sobre salud oral y los del grupo control a quienes no se les aplicó la intervención educativa **son iguales**.

Hipótesis alterna:

Los puntajes obtenidos en el IHO de preescolares que se atienden en el Centro de Salud de Belén, después de la intervención educativa sobre salud oral y los del grupo control a quienes no se les aplicó la intervención educativa **son diferentes**.

Nivel de significancia: 0,05

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis nula si el valor de significancia obtenido es menor de 0,05 ($p < 0,05$), caso contrario se acepta la hipótesis nula.

Al igual que en la hipótesis anterior, se aplicó la prueba estadística paramétrica t de Student para muestras independientes, no sin antes contrastar la igualdad de varianzas con prueba de Levene para la comparación de varianzas, con su correspondiente estadístico F de Fisher.

Los hallazgos demuestran que las varianzas de los puntajes del IHO del grupo experimental a quienes se les intervino educacionalmente y los del grupo control a quienes no, no resultaron ser iguales dado que las significancias fueron mayores al 5% ($p < 0,05$). (**$F_{\text{calculado}} = 10,864$; significancia $p = 0,002$**), para la cual se tomará los grados de libertad de **Welch**; mientras que, en la diferencia de los puntajes del pre test y pos test del grupo experimental y control, las varianzas resultaron ser iguales (**$F_{\text{calculado}} = 0,604$; significancia $p = 0,440$**).

Luego en la comparación de puntajes promedio del IHO y la diferencia de los IHO de los del grupo experimental y de control, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para poblaciones normales e independientes cuyos resultados determinaron que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) a favor del IHO de los preescolares del grupo experimental, cuyos valores fueron p : valor **$t_{\text{calculado}} = 5,236$** con significancia bilateral **$p = 0,000002$** , y para la diferencia de los puntajes del pre y pos test del grupo control y experimental de: **$t_{\text{calculado}} = 3,410$** con significancia bilateral **$p = 0,001$** (Tabla N 10), demostrándose que existe diferencia significativa en el IHO entre los preescolares del grupo control y experimental.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el Perú la alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas hizo que el Gobierno Peruano emitiera la Resolución Ministerial N° 538 – 2005/MINSA del 18 de julio del 2005, con el objeto de solucionar el estado deficiente de la Salud Bucal, considerando que la Salud Bucal de nuestra población atravesaba una situación crítica, por lo que en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, fue necesario implementar un Plan Nacional, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención en el Campo de la Salud Bucal.³

El propósito de la presente investigación que se llevó a cabo con la participación de las 30 madres y sus niños (as) para el grupo experimental y 30 madres y sus niños (as) para el grupo de control, es que estas lograsen un nivel bueno de conocimientos sobre salud oral y que, a su vez, sus niños (as), consiguieran una mejora de las prácticas de higiene bucal, la cual se vio reflejada, mediante índice de higiene oral y a través de la intervención educativa.

En los resultados de nuestra investigación sobre nivel de conocimiento en salud oral de las madres de preescolares del grupo experimental, que participaron de la intervención educativa, se concluye que un 76,7% presentaron un nivel de conocimiento bueno, coincidiendo con los resultados obtenidos por Gonzales en el 2012, quien demostró que mediante la aplicación de programas de educación para la salud se obtuvo que el 80 % de los cuidadores de niños tuvieran una suficiencia conceptual que les permitió brindar cuidados y promover conductas para prevenir enfermedades bucales, demostrándose que, las enfermedades odontoestomatológicas requieren un abordaje con programas basados en adquisición de hábitos saludables mediados por educación con énfasis en nutrición e higiene desde antes del nacimiento y con alianzas estratégicas con escuela saludable y empresas promotoras de salud.⁹

Carrasco en el 2010, efectuó un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil de padres o cuidadores de niños de 2 años a 5 años de edad, realizándose un

cuestionario, así como el análisis del índice de higiene oral. Los padres o cuidadores presentaron conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil aceptables,¹² lo que coincide con nuestros resultados en cuanto a conocimientos, antes de la intervención educativa, en donde se obtuvo la clasificación de regular en ambos grupos, los menores presentaron una higiene mala, para casi la totalidad de los niños examinados, difiere de nuestro estudio en el cual antes de la intervención educativa, se encontró una higiene regular en ambos grupos, coincidiendo en la importancia de implementar programas preventivos en salud oral desde edades tempranas, en donde el trabajo se realice en conjunto con las personas que se sitúan en el entorno del menor.

Gonzales y colaboradores en el 2011, elaboraron un estudio con 333 padres y 8 cuidadores de hogares infantiles, obteniendo en el nivel de conocimiento, un porcentaje de 58.9,¹¹ encontrándose similitud en los resultados de nuestro estudio donde se obtuvo un 53,3% y un 63,3% en el grupo experimental y control, respectivamente, antes de la intervención educativa, concluyéndose que resulta sumamente importante incrementar los conocimientos de las personas responsables de los cuidados de los niños, ya que estos constituyen entes favorables para promocionar hábitos higiénicos en los niños.

Henostroza en el 2015, ejecutó un estudio con el objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral en niños. La muestra fue de 125 madres y sus respectivos hijos. Se midió el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de las madres. En cuanto a las madres, el 56.0% tuvo conocimiento bueno,⁶ coincidiendo con los resultados de nuestro estudio, los cuales fueron de 53,3% y 63,3%, antes de la intervención educativa; concluyéndose que un buen nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral, repercutirá en la mejora de las prácticas de higiene oral de sus hijos.

Menguez y colaboradores en el 2009, realizaron un estudio con el objetivo de demostrar la efectividad de la intervención educativa en 40 madres con hijos en edad preescolar. Mediante una encuesta, se aplicó el programa

educativo de salud bucal. Los conocimientos sobre salud bucal de las madres encuestadas, difieren antes y después de la intervención realizada, encontrándose que de 40 madres el 37,5% (15) de ellas presentaban conocimientos sobre salud bucal antes de la intervención educativa y el 100% (40) presentaron conocimientos sobre salud bucal en su totalidad después de la intervención educativa, demostrándose un efecto positivo significativo¹³ al igual que en nuestro estudio en donde se pudo apreciar la mejora del nivel de conocimientos de manera significativa, que de un 53,3% antes de la intervención educativa mejoró en un 76,7% después de la intervención educativa en el grupo experimental, constituyendo un efecto positivo, concluyéndose que en la evaluación efectuada al terminar el programa educativo se demostró la eficacia del proceder en la adquisición y modificación de conocimientos relacionados con el cuidado de la salud bucal de sus hijos.

Guerrero y colaboradores en el 2009, realizaron un estudio, en donde la prevalencia de placa dental fue del 65,92%, siendo los niños de 3 años los que mejor higiene presentaron, encontrándose que el 3,28% contaban con una higiene bucal mala, concurriendo el número más alto a los 5 años,¹⁴ lo que difiere de nuestro estudio en el cual se encontró que un 36,7% presentaba higiene bucal deficiente antes de la intervención educativa en el grupo experimental, concluyendo que resulta necesario fundamentar una estrategia para dirigir acciones de educación y prevención en la edad más temprana, coincidiendo con nuestro estudio al enfatizar la necesidad de crear estrategias por medio de intervenciones educativas, con diferentes temáticas sobre salud oral a fin de contribuir en la mejora de conocimientos sobre salud oral de las madres y disminuir los índices de higiene oral a través de buenas prácticas direccionadas.

García en el 2011, hizo un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en los tutores y padres de familia de niños del nivel inicial. Se dividieron los resultados en tres niveles: Bueno, Regular y Malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 65,4% mostró un nivel Malo y el 34,6% tuvo un nivel Regular,¹⁰ lo que difiere con nuestros resultados registrados al inicio, antes de la intervención educativa en el cual las madres presentaron un nivel de conocimiento regular de 53,3%, 36,7%

nivel deficiente y 10,0% nivel bueno, en el grupo control el 63,3% con nivel regular, 33,3% con nivel deficiente y el 3,3% con nivel bueno, llegando a la conclusión que resulta de vital importancia establecer estrategias metodológicas para la aplicación de intervenciones educativas que contribuyan en la mejora de los conocimientos sobre salud oral de las madres y tutores de los preescolares.

González R, García C. en el 2013, hicieron un estudio para comparar la influencia de dos programas educativos en la salud bucal de preescolares de 3, 4 y 5 años, en 224 preescolares y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: grupo A: intervenidos con el programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y pos intervención con el IHOS. En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario de quince preguntas que consideró los valores: bueno (11-15), regular (5-10) y malo (0-4). Los valores promedio comparando los programas “Sonrisa feliz” y “Tradicional expositivo”, respectivamente, fueron: en los preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05. Conclusiones. El programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ($p < 0,05$), demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños,⁸ coincidiendo con los resultados de nuestro estudio en donde el grupo experimental presentó una mejora en el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral, luego de la intervención educativa que de tener un 53,3% de nivel de conocimiento regular pasó a tener un 76,7% de nivel de conocimiento bueno, resaltando la importancia de implementar programas sobre salud oral como parte de intervenciones educativas, dirigidas a las madres y sus niños.

Panduro M. en el 2015, realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres y el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad, con una muestra de 60 niños y niñas y sus madres, donde se utilizó el Índice

de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación. Entre los hallazgos se encontró: que el 83,3 % de las madres tiene un nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal deficiente, y el 16,7 % presentó un nivel regular. Además del total de niños, el 75 % presentó un Índice de Higiene Oral regular, y el 23,3 % bueno,⁷ lo que difiere en los resultados encontrados en nuestro estudio donde las madres del grupo experimental presentaron un 36,7% de nivel de conocimientos deficiente y un 53,3% nivel regular, siendo que en el grupo control se encontró un nivel de conocimiento deficiente de 33,3% y regular de 63,3%, y coincidiendo con similares resultados en cuanto al índice de higiene oral registrado antes de la intervención en el grupo experimental fue de 93,4% de los preescolares presentaron nivel de higiene oral aceptable (regular) y el 3,3% nivel de higiene bucal adecuado y deficiente respectivamente, en los preescolares del grupo control se aprecia similar distribución, 80,0% preescolares con nivel higiene bucal aceptable (regular) y 20,0% preescolares con nivel de higiene bucal deficiente respectivamente, demostrando así que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños.

Farias, J, en el 2015, realizó un estudio para evaluar la salud oral de los niños entre 4-5 años y su relación con el nivel de conocimientos maternos, evaluó una muestra constituida por 52 niños y sus madres, aplicó a las madres una encuesta que evaluó el nivel de conocimientos sobre salud oral. A los niños se les aplicó un examen oral básico, que incluirá CEOD e índice gingival, la asociación del nivel de conocimiento y la higiene oral, demostraron que aquellas madres que obtuvieron un mayor nivel de conocimientos, sus hijos mantenían una buena higiene oral. Por otro lado, el nivel de conocimientos de las madres se concentró en el nivel regular con un 73%,⁵ lo que difiere de los resultados de nuestro estudio antes de la intervención educativa en donde el grupo experimental presentó un 53,3% de nivel de conocimiento regular y el grupo control un 63,3% de nivel regular; concluyendo que, a través de una intervención educativa, aplicada a las madres de preescolares se consigue mejorar el nivel de conocimientos de las mismas sobre salud oral.

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

Luego de conocer la realidad de este grupo poblacional, consideramos necesario, promover la ejecución de programas educativos sobre salud oral dirigidos a las madres, a fin de poder contar con una serie de elementos metodológicos, conceptuales y actitudinales que permitan mejorar el conocimiento sobre salud oral, prácticas de higiene oral, alimentación saludable, (asesoramiento dietético), tratamientos preventivos y las enfermedades más prevalentes en boca, y cómo prevenirlas ya que estas afectan no solo a los preescolares sino también a la población en general.

Resulta necesario incentivar la creación de estos programas preventivos promocionales porque los mismos contribuirán en mantener una salud oral óptima, evitando en gran medida la aparición de enfermedades bucales como la caries dental, gingivitis y periodontitis y maloclusiones, las cuales, de no ser atendidas a tiempo, podrían repercutir, en el estado de salud general, afectando la calidad de vida de las personas, constituyendo a la vez un serio problema de salud pública.

La educación en salud bucal constituye uno de los principios fundamentales de la odontología comunitaria, nuestra propuesta es desarrollar hábitos de higiene bucal y de consumo racional de carbohidratos, en niños en edad preescolar, mediante intervenciones educativas, haciendo uso de talleres didácticos dirigidos a madres, quienes podrán convertirse en aliadas de los profesionales responsables, al generar un efecto multiplicador de los conocimientos compartidos con sus familias y comunidad.

Finalmente proponemos la continuidad de investigaciones y estudios sobre el estado de salud bucal de la población, en especial la que se encuentra en etapa preescolar, con el fin de establecer estrategias preventivas promocionales, las mismas que deberán ser aplicadas por medio de intervenciones educativas a través de programas los cuales tendrán como objetivo garantizar el mejoramiento de la salud bucal, debido a su gran importancia ya establecida por medio de la presente investigación.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación nos han permitido formular las siguientes conclusiones:

1. Antes de la intervención en el grupo experimental el 53,3% de las madres presentaron nivel regular en conocimiento sobre salud oral, 36,7% nivel deficiente y 10,0% nivel bueno, en el grupo control el 63,3% con nivel regular, 33,3% con nivel deficiente y el 3,3% con nivel bueno.
2. Después de la intervención en el grupo experimental el 76,7% de las madres presentaron nivel bueno y el 23,3% nivel regular, no hubo madres con conocimiento deficiente en salud oral, en el grupo control el 70,0 % presentaron nivel de conocimiento regular; 23,3% nivel de conocimiento bueno y el 6,7% con nivel deficiente.
3. No existe diferencia significativa entre el conocimiento sobre salud oral de las madres de preescolares del grupo control y experimental antes de la intervención educativa ($t_{\text{calculado}} = 0,060$ y $p = 0,952$).
4. Existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral en madres de preescolares del grupo control y experimental ($t_{\text{calculado}} = 4,100$ y $p = 0,000130$), después de aplicada la intervención educativa.
5. Antes de la intervención en el grupo experimental, el 93,4% de los preescolares presentaron nivel de higiene oral aceptable y el 3,3% nivel de higiene bucal adecuada y deficiente respectivamente, en los preescolares del grupo control se aprecia similar distribución, 80,0% preescolares con nivel higiene bucal aceptable y 20,0% preescolares con nivel de higiene bucal deficiente respectivamente.
6. Después de la intervención en el grupo experimental, el 60,0% de preescolares presentaron nivel de higiene bucal adecuada y 40,0% con nivel de higiene bucal aceptable, no hubo con nivel de higiene bucal deficiente. En el grupo control para quienes no hubo intervención educativa la distribución fue, 76,7% preescolares presentaron nivel de higiene bucal aceptable; 20% nivel de higiene bucal adecuado y 3,3% nivel de higiene bucal deficiente.

7. Los IHO de los preescolares del grupo control y experimental fueron similares antes de que se dé la intervención educativa (valor $t_{\text{calculado}} = 1,764$ y significancia bilateral $p = 0,083$).
8. Existe diferencia significativa en el IHO entre los preescolares del grupo control y experimental ($t_{\text{calculado}} = 3,410$ con significancia bilateral $p = 0,001$), después de aplicar la intervención educativa.
9. El nivel de conocimientos de las madres fue bueno en el 76,7% y la higiene oral de los preescolares fue adecuada y aceptable en el 100% (60% adecuada y 40% aceptable), demostrándose que la intervención educativa tuvo efectos significativos sobre conocimiento en salud oral de las madres e higiene bucal de los preescolares, del Centro de Salud de Belén.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

- A la Dirección Regional de Salud Loreto, mediante la Estrategia de Salud Bucal, planificar intervenciones educativas sobre salud oral, dirigidas a madres o responsables del cuidado de los niños, con la finalidad de mejorar los conocimientos, prácticas y actitudes que se verán reflejadas en la salud general del niño.
- A las diferentes instituciones responsables de la salud y educación, trabajar de manera articulada a fin de promover la creación y ejecución de programas preventivos sobre salud oral.
- A los docentes y estudiantes de odontología, promover e incentivar la creación de programas preventivos – promocionales, dirigidos a madres y sus niños en etapa preescolar.
- A los Cirujanos Dentistas, fomentar el desarrollo de intervenciones educativas, que alcancen a las poblaciones más vulnerables, contribuyendo en el mejoramiento de su salud oral.
- Al personal asistencial, técnico y administrativo del Centro de Salud de Belén a fin de que, se conviertan en entes multiplicadores hacia los pacientes, estableciendo la importancia de la preservación y mantenimiento de la salud oral en todas las etapas de vida, desde la etapa gestacional de la madre, lo que repercutirá favorablemente en la calidad de la salud general.
- Realizar nuevas investigaciones con el fin de establecer estrategias que promuevan el fortalecimiento del nivel de conocimiento de las madres y el mejoramiento de las prácticas sobre higiene oral de los preescolares.

CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Iladiba Salud Hoy. Salud Oral en niños. [Serie en internet]. 2000 [2012 junio 20]; [Alrededor de 03 páginas]. Disponible en www.bebescr.com
- ²Foro de la Sociedad Civil en Salud, 2011. Pronunciamento por el derecho a la Salud Bucal en el Perú. Disponible en: <http://mesadesaludbucal.blogspot.com/>
- ³Ministerio de Salud, 2005. Plan Nacional de Salud Bucal. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 24 pp.
- ⁴Valbuena L.F., 2000.Frecuencia de Caries de la Infancia Temprana. Revista Científica Universidad de Bosque. Colombia. 6:24-34.
- ⁵Farias J. Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno, Concepción 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Concepción: Universidad Andrés Bello; 2015.
- ⁶Henostroza RCY. Prevalencia de Caries y Riesgo Cariogénico de la Dieta en preescolares y su relación con el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de sus madres sobre salud oral en niños del hospital de Laredo 2015. [Serie en internet]. 2016; [2015 diciembre 18]; [Alrededor de 87 páginas]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/1139>
- ⁷Panduro M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia, Bagazán – Distrito Belén, Iquitos 2014. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
- ⁸Gonzáles R, García C. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares [Serie en internet]. 2013; [2013 agosto 20]; [Alrededor de 03 páginas]. Disponible en <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1899>
- ⁹Gonzáles CGE. Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia: Evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia. Univ. Odontol. [internet]. 2012; [2012 junio 20];31(66):59-74. Disponible en:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/rev/UnivOdontologica/article/viewFile/2714/2373>

¹⁰García Z. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial pública. [Serie en internet]. 2011; [2015 diciembre 23];[Alrededor de 22 páginas]. Disponible en:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Prototipo-DeProyectoDelNivelDe/3129046.html>

¹¹Gonzales-Martínez F, Sierra-Barrios CC, Morales-Salinas LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud Publica Mex. [Serie en internet]. 2011; [2013 junio 26]; 53(3):247-57. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n3/a09v53n3.pdf>

¹²Carrasco MAP. Conocimientos, actitudes y prácticas referentes a salud oral infantil, de padres o cuidadores de niños de 2 a 5 años, pertenecientes al Cefam de Pelarco, entre los meses de septiembre y octubre, 2010; [Serie en internet]. 2010; [2012 junio 22]; [Alrededor de 03 páginas]. Disponible enhttp://dspace.utalca.cl/retrieve/26885/carrasco_meza.pdf

¹³Menguez BT, Sexto DN, González BY. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. Medisur [Serie en internet]. 2009; [2015 octubre 20];7(1):49-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020302006>

¹⁴Guerrero RVM, Godínez MAG, Melchor SCG, Rodríguez GME, Luengas QE, González PJ et al. Epidemiología de caries dental y factores de riesgo asociados a la dentición primaria en preescolares. Rev. ADM [internet]. 2009; [2015 diciembre 20];65(3):10-20. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2009/od093b.pdf>

¹⁵Romero GCM, Hidalgo GCR, Arias HSR, Muñoz FL, Espeso NN. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en escolares. AMC [Serie en internet]. 2005; [2016 marzo 24];9(3):96-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000300010

¹⁶Fernandez L. El Diagnóstico Educativo en contextos sociales y profesionales. [Serie en Internet], 2005; [2016 marzo 26]; [Alrededor de 28 páginas]. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/98351>

¹⁷Nizama RE, Samaniego SA. Como Mejorar la Educación para la salud [libro electrónico]. Lima: Nova Printsac; 2007; [2016 abril 28]; [Alrededor de 102 páginas]. Disponible en <http://old.cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/como-mejorar-laeducacion-para-la-salud.pdf>

¹⁸Ministerio de salud. Lineamientos Técnicos Normativos para la promoción de alimentación y nutrición saludable. Perú: Dirección General de Salud; 2004.

¹⁹Secretaria Distrital de Salud. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral. Higiene Oral. Colombia; 2010.

²⁰Yépez M, et al. Evaluación del proyecto: El club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. [Serie en Internet]. 2000; [2016 abril 28]. [Alrededor de 28 páginas]. Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf>

²¹Barraza MA. Elaboración de Propuesta de una Intervención Educativa [libro electrónico]. México: Universidad Pedagógica de Durango; 2010; [2014 enero 15]. Disponible en: <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/ElaboracionPropuestas.pdf>

²²Gonzales AM, Cabrera PL. La intervención educativa y social. Elaboración de proyectos. [Serie en internet]. 2007; [2014 enero 31]; [Alrededor de 25 páginas]. Disponible en: <https://practicaescolar.wikispaces.com/file/view/Lidia+Cabrera+proyectos+de+intervenci%C3%B3n.pdf>

²³Torres R.S. Impacto del modelo de intervención educativa en el conocimiento y prácticas alimenticias en madres de comedores populares de San Juan Bautista Iquitos. [Tesis doctoral]. Arequipa: Facultad de ciencias de la salud, Facultad de enfermería. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2009.

²⁴Martínez A, Ríos F. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo

de grado. Cinta moebio [internet]. 2005 [2014 febrero 03] ;(25). Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/25960/27273>

²⁵Gonzales M. Actividad cognoscitiva de la personalidad-psicología para educadores. Cuba: Pueblo y Educación; 1995.

²⁶Carvajal C, Rodríguez M. La escuela, la familia y la educación para la salud-programa para la vida. Cuba: Pueblo y Educación; 1995.

²⁷Harris R. Nicoll AD, Aldair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: A systematic review of the literature. Community Dent Health [internet]. 2004; [2014 marzo 21]; 21(1):71-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072476>

²⁸Tinanoff N, Douglass JM. Clinical decision making for caries management in children. Pediatric Dentistry [internet]. 2002; [2014 abril 18];24(5):386-92. Disponible en: <http://etl2.library.musc.edu/sealants/professionals/pdfs/tinanoff.pdf>

²⁹Lindhe J, Torkild K, Noklaus P. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. España: Medical Panamericana; 2003.

³⁰Boj, J. et al. Odontopediatría. 2º ed. España: Editorial Masson S.A; 2005.

³¹Newbrun E. Cariologia. 3º ed. California: Limusa; 2000.

³²Guedes A, Rehabilitación Bucal en Odontopediatría: Atención Integral. 1º ed. Bogotá: Amolca; 2003.

ANEXOS

Anexo N° 01

“Intervención educativa sobre conocimiento en salud oral en madres e higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén Iquitos 2017”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

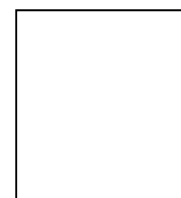
Yo.....madre de familia que acude al Centro de Salud de Belén, con DNI.....he sido informada de forma clara y precisa por las investigadoras, accedo voluntariamente a participar en el trabajo de investigación, asimismo declaro haber aceptado los procedimientos que se realizarán en mi menor hijo(a), los cuales se llevarán a cabo para la realización de la tesis **¿Cuál es el Efecto de una Intervención Educativa sobre salud oral en madres en el conocimiento y prácticas de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén 2017?**, que realizarán las Cirujanos Dentistas, Nancy Julissa Sánchez Cosavalente y Roxana Lorena Sotomarino López, alumnas de la maestría en Salud Pública, con la finalidad de optar el Grado de Maestra.

Se me garantiza la absoluta confidencialidad y anonimato de los datos que se puedan recabar, no habiendo objeción por mi parte a que se publiquen los resultados manteniendo esta confidencialidad.

IQUITOS, ____/____/2017.

Huella

Firma de la madre.



Anexo N° 02

“Intervención educativa sobre conocimiento en salud oral en madres e higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén Iquitos 2017.

INSTRUMENTO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES DE PREESCOLARES DEL CENTRO DE SALUD DE BELÉN 2017.

--	--	--

CÓDIGO:

I. PRESENTACIÓN:

El presente instrumento ha sido diseñado para recolectar información confiable y precisa sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las madres de preescolares del Centro de Salud de Belén.

Los resultados que se obtengan de este instrumento, servirán de base para determinar el nivel de conocimiento de las madres permitiendo la orientación de temas relacionados con la salud bucal y por ende el mejoramiento de las prácticas de higiene oral; para lo cual, le agradezco que responda con sinceridad, garantizándole que los datos obtenidos serán manejados confidencialmente.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de preguntas, por lo que se le solicita que lea detenidamente y encierre en un círculo la respuesta que usted crea correcta (debe marcar una sola respuesta).

III. CONTENIDO

1. ¿Indique, cuáles son las capas de tejido que posee el diente?
 - a) Esmalte, dentina, pulpa y cemento.
 - b) Dentina, corona, raíz y cuello.
 - c) Esmalte, cuello, dentina y pulpa.
 - d) Pulpa, raíz, corona y cuello.

2. ¿Para qué sirven los dientes de leche?
 - a) Para masticar los alimentos.
 - b) Guardan el espacio a los dientes del adulto o dientes definitivos.
 - c) Ayudan a hablar.
 - d) a, b y c.

3. ¿A qué edad aparecen aproximadamente los primeros dientes temporales?
 - a) 2 meses.
 - b) 6 meses.
 - c) 9 meses.
 - d) 1 año.

4. ¿Cuántos dientes temporales (dientes de leche) tienen los niños?
 - a) 18 dientes.
 - b) 20 dientes.
 - c) 25 dientes.
 - d) 32 dientes.

5. ¿A qué edad los niños completan la salida de todos los dientes de leche?
 - a) 1 a 2 años.
 - b) 2 a 3 años.
 - c) 3 a 4 años.
 - d) más de 4 años.

6. ¿A qué edad se inicia el recambio de los dientes permanentes?
 - a) 5 años
 - b) 2 años
 - c) 3 años
 - d) 6 años

7. ¿Cuál es la enfermedad que ocurre con mayor frecuencia en la cavidad bucal?
 - a) La Caries dental (enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta a los tejidos duros del diente).
 - b) La Gingivitis (inflamación de las encías).
 - c) Maloclusión (dientes patachos).
 - d) Periodontitis (destrucción de encía, hueso y ligamento periodontal que soportan al diente).

8. ¿Qué es la Caries dental?
- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente.
 - b) Es la inflamación de los dientes.
 - c) Es la manifestación de úlceras (ampollas) en la boca.
 - d) Es cuando los dientes se mueven.
9. La caries dental grado I afecta únicamente a:
- a) Esmalte.
 - b) Dentina.
 - c) Pulpa.
 - d) Cemento.
10. ¿Qué es la gingivitis?
- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que ataca a los dientes.
 - b) Es la inflamación, enrojecimiento y sangrado de las encías.
 - c) Es la alteración en la erupción dentaria.
 - d) Es cuando los dientes se mueven y caen.
11. ¿Cuál es el tratamiento de la gingivitis?
- a) Profilaxis (retiro de placa blanda) y destartraje (retiro de sarro).
 - b) Charlas de prevención y promoción.
 - c) Fisioterapia oral.
 - d) Raspaje de la raíz del diente (Retiro de sarro de la raíz del diente).
12. ¿Qué es Maloclusión?
- a) Pérdida de dientes.
 - a) Dientes mal alineados (dientes patachos).
 - b) Dientes inflamados.
 - c) Dientes que se mueven.
13. ¿Cuándo se recomienda que debe iniciar la higiene de la boca?
- a) Desde el nacimiento.
 - b) Cuando aparece el primer diente.
 - c) Cuando el niño empieza a ir al jardín.
 - d) Cuando tiene todos los dientes de leche.
14. ¿En qué momento se debe realizar el cepillado en los niños?
- a) Solo al levantarse de dormir.
 - b) Después de cada comida.
 - c) Al despertarse y al acostarse.
 - d) Cada vez que el niño tenga ganas de hacerlo.
15. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
- a) Cada mes.
 - b) Cada 3 meses.
 - c) Cada 6 meses.
 - d) Cada año.

16. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?
- 1 a 3 minutos.
 - 3 a 5 minutos.
 - 5 a 10 minutos.
 - 10 a 15 minutos.
17. ¿Qué beneficios conoce del flúor?
- Fortalece los dientes, evitando la enfermedad de la caries dental.
 - Detiene el crecimiento de las bacterias que causan caries dental.
 - Mantiene la boca libre de bacterias.
 - Limpia las encías para evitar la gingivitis.
18. El flúor vía tópica se encuentra en:
- Las frutas, verduras y cereales.
 - Los carbohidratos y azúcares.
 - Pescados y mariscos.
 - Pasta dental, enjuagues y geles fluorados.
19. ¿Conoce usted la concentración de flúor que contiene la pasta dental para niños?
- 500 a 550 ppm (partes por millón).
 - 1000 ppm.
 - 100 ppm.
 - 1500 gramos.
20. ¿A qué edad se recomienda el uso de la pasta dental en los niños?
- 8 meses.
 - 2 años.
 - 3 años.
 - 5 años.
21. ¿Por qué es importante usar la pasta dental?
- Ayuda a eliminar los restos de alimentos y bacterias que hay en la boca.
 - Nos brinda aliento fresco y agradable.
 - Tiene flúor que fortalece los dientes.
 - Todas las anteriores.
22. ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?
- Si, porque son iguales.
 - No, porque tiene mucha cantidad de flúor.
 - No, porque les pica mucho y no les gusta.
 - Sí, porque los dientes se vuelven más blancos.
23. ¿Hasta qué edad el cepillado dental de los niños debe ser supervisado por sus padres?
- Hasta los 2 años.
 - Hasta los 4 años.
 - Hasta los 6 años.
 - Hasta los 8 años.

24. ¿Cuándo debe ser la primera visita al odontólogo?
- a) Nacimiento.
 - b) Cuando aparece el primer diente.
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto.
 - d) Cuando nos duele un diente.
25. ¿Cada cuánto tiempo cree usted que se debe visitar al dentista?
- a) Cada 2 años.
 - b) Una vez al año.
 - c) 2 veces al año.
 - d) Cada 3 años.
26. Los enjuagues bucales en niños, están indicados principalmente:
- a) Pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer caries.
 - b) Pacientes sin caries dental.
 - c) Pacientes con gingivitis y periodontitis.
 - d) Pacientes que presentan mal olor de la boca.
27. ¿A qué llamamos dieta cariogénica?
- a) Alimentación rica en hidratos de carbono.
 - b) Alimentación rica en grasas.
 - c) Alimentación rica en frutas y verduras.
 - d) Alimentación alta en proteínas.

Observaciones:

.....
.....
.....

Puntaje:

Bueno. - Cuando las madres alcancen a desarrollar correctamente de 19 a 27 respuestas. (70% a más).

Regular. - Cuando las madres alcancen a desarrollar correctamente de 10 a 18 respuestas. (37 a 69%).

Deficiente. - Cuando las madres solo alcancen a desarrollar correctamente de 0 a 9 respuestas. (< De 36 %).

Anexo N° 03

“Intervención educativa sobre conocimiento en salud oral en madres e higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén Iquitos 2017”

FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS) DE LOS NIÑOS PREESCOLARES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE BELÉN

I. PRESENTACIÓN

El presente anexo tiene por finalidad determinar mediante un examen oral el estado de la higiene oral que presenta el niño.

II. INTRODUCCIÓN

- Índice que mide la superficie del diente cubierta con sarro y depósitos blandos.
- Es simplificado porque solo evalúa 6 superficies dentales, entre las que se encuentran:

Cara vestibular de:

- Incisivo central superior derecho.
- Incisivo central inferior izquierdo.
- Segundos molares superiores derecho e izquierdo (Dentición decidua).

Cara lingual de:

- Segundos molares inferiores derecho e izquierdo (Dentición decidua).
- Para su realización se necesita un espejo bucal y un explorador dental tipo 2, además de buena iluminación.

III. CONTENIDO

		Criterios:	
-Depósitos blandos:		Depósitos duros	
0	No hay depósitos ni pigmentaciones.	0	No hay tártaro.
1	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.	1	Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria.
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.	2	Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.	3	Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.



- Se aplicará en las superficies dentarias de los niños, una gota de violeta de genciana.
 - Utilizando el equipo de examen dental (espejo bucal, guantes y mascarilla), se procederá a examinar el grado de tinción de las superficies dentarias, teniendo en cuenta los pasos establecidos del IHOS.
 - Siguiendo los criterios establecidos por el IHOS, se evaluarán las piezas dentarias 5.5, 5.1 y 6.5 (Superficies vestibulares del maxilar superior) 7.5, 8.1 y 8.5 (superficies linguales del maxilar inferior).
 - Los valores ya establecidos por el índice de higiene oral son los siguientes:
- Grado 0: No presenta tinción en la superficie dentaria.
- Grado 1: Presenta tinción a nivel del tercio cervical de la superficie dentaria.
- Grado 2: Presenta tinción a nivel del tercio cervical y medio de la superficie dentaria.
- Grado 3: Presenta tinción en los 3 tercios de las superficies dentarias (cervical, medio, incisal u oclusal).

IV. VALORACIÓN

Nombre del paciente.....

Edad...

IHO DE PLACA BLANDA

IHO DE PLACA CALCIFICADA

Cálculo del índice:

Índice	=	$\frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$
--------	---	---

Buena : (0,1 - 1.2)

Regular : (1.3 - 3.0)

Mala : (3.1 - 6.0)

Anexo N° 04

“Intervención educativa sobre conocimiento en salud oral en madres e higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén Iquitos 2017”

PROGRAMA DE SALUD BUCAL

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL
EN MADRES E HIGIENE BUCAL DE PREESCOLARES DEL CENTRO DE
SALUD BELÉN IQUITOS 2017.**

Autoras:

Sánchez Cosavalente Nancy Julissa

Sotomarinó López Roxana Lorena.

ÍNDICE

	Pag.
INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE	2
1.1 Nombre de la institución responsable:	2
1.2 Unidad que administrará la ejecución del programa:	2
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA.	2
2.1. Título del programa	2
2.2. Ubicación o ámbito	2
2.3. Duración	2
2.4. Instituciones corresponsables	2
2.5. Beneficiarios directos e indirectos	2
2.6. Presupuesto total (valor aproximado)	2
SÍNTESIS DEL PROGRAMA	3
3.1. Fundamentación teórica e importancia del programa.	3
3.2. Objetivos generales y específicos	7
3.3. Contenidos temáticos	8
3.4. Objetivo de la investigación educativa	35
3.5. Programación del Proceso	36
3.5.1. Unidad Didáctica (Variable de estudio)	36
3.5.2. Sesiones Estrategia de enseñanza y aprendizaje	36
3.5.2. Evaluación del aprendizaje (Formativa)	40
3.6. Evaluación sumativa (indicadores, procedimientos e instrumentos)	44
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	45
Referencias Bibliográficas	46
Glosario de términos odontopediátricos	47

I. INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE

- 1.1 Institución responsable: IPRESS Villa Belén I-3.
- 1.2 Unidad que administrará la ejecución del programa: Área de Odontología.

II. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA.

- 2.1 Intervención educativa sobre conocimiento en salud e higiene bucal en madres de preescolares del Centro de Salud Belén Iquitos 2017.
- 2.2 Ubicación o ámbito: Centro de Salud Villa Belén I-3, Blasco Núñez S/N Zona baja de Belén, Pueblo Libre.
- 2.3 Duración: 3 meses.
- 2.4 Instituciones corresponsables: Centro de Salud Belén.
- 2.5 Beneficiarios directos e indirectos: Preescolares del Centro de Salud Belén. Las madres de preescolares.
- 2.6 Presupuesto total: 1775 nuevos soles.

III. SÍNTESIS DEL PROGRAMA

3.1 FUNDAMENTO TEÓRICO E IMPORTANCIA DEL PROGRAMA

El diagnóstico educativo o diagnóstico de necesidades educativas consiste en determinar los factores relacionados con los comportamientos, actitudes y creencias, asociados a los problemas de salud, así como los problemas básicos susceptibles de intervención educativa; lo cual es sumamente importante porque se debe reconocer que no todos los problemas de salud mejoran con educación solamente sino, que requieren de otras acciones para su consecución. Está íntimamente relacionado con el diagnóstico de salud, el cual brinda información sobre la naturaleza y la extensión de los problemas o condiciones en los cuales debemos trabajar. El estudio de las necesidades, ofrece una idea en qué medida es importante la salud para las personas?, partiendo de allí, incidir en su personalidad, creando la necesidad de prevención de las enfermedades, con la finalidad de lograr una mayor motivación e interés, lo cual redundará en beneficios de los cambios de conductas que perjudican la salud.

La educación para la salud busca el desarrollo de capacidades. Para ello, debe emplear diversos procesos de aprendizaje, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud, así como la de la familia y la comunidad. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales (sociales, afectivas y cognitivas) y la valoración por sí mismo y por los demás, condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas al control y la mejora de la salud. Tiene como objetivo fundamental el incidir sobre los comportamientos. En este sentido, tiene en cuenta las percepciones, creencias y prácticas de la persona, la familia y la comunidad. Además, los métodos y materiales educativos reconocen la diversidad cultural y el enfoque de género, y emplean un lenguaje comprensible y adecuado para el grupo. Para ser efectiva, la educación sanitaria debe responder a las necesidades particulares de la población a la que va dirigida.

Uno de los espacios de intervención propuesto para implementar la promoción de la salud es la Educación para la salud, que consiste en la aplicación de metodologías de educación y comunicación participativas, en diversos escenarios y en los espacios individual, familiar y comunitario. Para asegurar que los grupos objetivo adopten nuevos hábitos y comportamientos saludables y que estos sean incorporados en sus prácticas, se plantea desarrollar reuniones educativas grupales, reforzando con mensajes en los medios de comunicación masiva, utilizando como materiales de apoyo, rotafolios, folletos educativos, afiches, material lúdico, íconos o imágenes, etc. Es importante que se utilicen métodos de aprendizaje activos que refuercen los valores individuales y las normas grupales y que promuevan el desarrollo de habilidades sociales, fundamentalmente. Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales o pares (niño a niño, madre a madre, etc.), que permite en general, mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y credibilidad de la información.

La educación en salud oral es el medio utilizado para promover la salud en la población. Puede ser abordada desde diferentes perspectivas, para generar la adopción de actitudes apropiadas y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que se puedan presentar y suscitar, con el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud. La educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional por parte de las auxiliares, higienistas en salud oral y odontólogos, y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud oral. Es importante considerar que tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar.

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicancias en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. La salud bucal es parte integrante de la

salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa. Las enfermedades bucales, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión que ocasionan en la salud general, justifican a plenitud su consideración como serios problemas de salud siendo evitables, con correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, actitudes que no nacen con las personas, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida; los niños aprenden de sus padres, lo que deben y lo que no deben hacer. Por ello, los padres deben ser los mejores aliados del odontólogo para poder educar al niño en los cuidados preventivos de salud bucal. Estos podrán moldear la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen, por medio de un esfuerzo y un rechazo selectivo ante un comportamiento específico, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que les conciernen. En lo anterior radica la importancia de lograr cambios de comportamiento en los padres, lo cual es posible mediante el desarrollo de estrategias e intervenciones educativas, encaminadas al aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con esta problemática.

Intervención educativa para la salud

En la práctica profesional, se busca eliminar o minimizar la existencia de los problemas de salud, reduciendo en la mayoría de los casos, su explicación al factor más inmediatista signado por el contexto o las políticas educativas nacionales. La Propuesta de Intervención Educativa es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes, tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación-solución constituido por las siguientes fases y momentos:

a) La fase de planeación. Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución.

Esta fase tiene como producto el Proyecto de Intervención Educativa.

b) La fase de implementación. Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la Propuesta de Intervención

Educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario; bajo esa lógica es menester recordar que la solución, parte de una hipótesis de acción que puede o no, ser la alternativa más adecuada de solución, por lo que solamente en su aplicación se podrá tener certeza de su idoneidad.

- c) La fase de evaluación. Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados, sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar Propuesta de Intervención Educativa.

- d) La fase de socialización-difusión. Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor, a la toma de conciencia del problema, origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada.

La intervención educativa para salud es una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales. Las variables, objeto de la intervención, por lo tanto, serían comportamentales, que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidos tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Los modelos básicos de intervención que existen son tres: clínico, de consulta y de programas.

3.2 OBJETIVOS.

General:

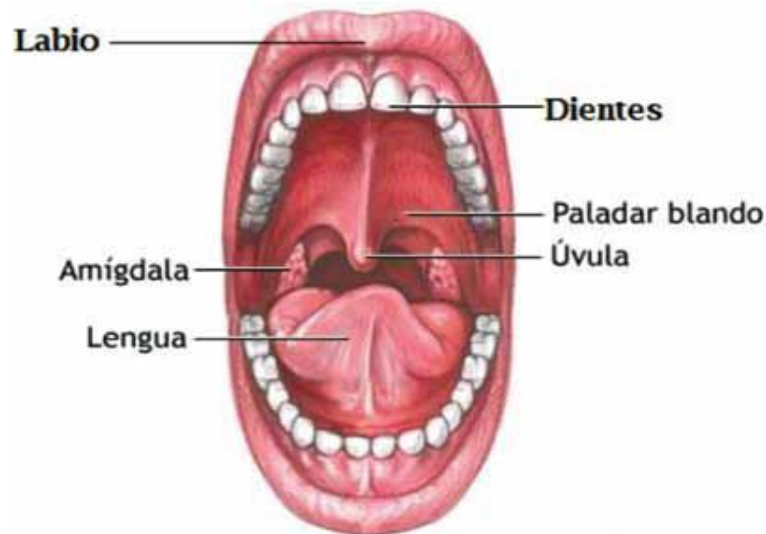
- Mejorar el nivel de conocimiento en salud e higiene bucal, las madres de los niños del Centro de Salud de Belén, a través del programa preventivo de salud bucal.

Específicos:

- Mejorar el nivel de conocimiento, sobre la boca y sus partes, para prevenir las enfermedades bucodentales.
- Promover la toma de conciencia, sobre la importancia de los dientes deciduos en las madres de los niños en edad preescolar.
- Conocer las principales enfermedades bucodentales, que afectan la salud de los niños.
- Lograr que las madres aprendan a diferenciar los grados de caries dental.
- Contribuir a disminuir el índice de caries dental, a través de las medidas preventivas en salud bucal.
- Mejorar la técnica adecuada de cepillado de dientes de los niños en edad preescolar.
- Adoptar buenas prácticas de higiene oral en las madres de los niños en edad preescolar.
- Conocer la importancia de las medidas preventivas en salud bucal.
- Mejorar las prácticas de alimentación y nutrición para tener una mejor calidad de vida y salud.
- Promover el consumo de alimentos nutritivos, en las madres de los niños en edad preescolar.

3.3 CONTENIDO:

1. La boca y sus partes.



La Boca

Es la abertura del tubo digestivo que se ubica a su inicio, por donde ingresan los alimentos y se sitúa en la parte inferior de la cabeza, dentro de la boca se sitúan los dientes y la lengua.

Cumple funciones sociales y de interacción con las personas.

La boca y las estructuras que la forman, posibilitan los gestos, lenguaje, sonrisa y complementa la apariencia, además las funciones esenciales como respirar, hablar correctamente, masticar los alimentos y tragar.

La boca está formada por partes duras y blandas llamadas “tejidos”.

- Tejidos duros: dientes y huesos maxilares.
- Tejidos blandos: labios, encía, lengua, amígdala y úvula.

Tejidos Duros

Los Dientes

Los dientes son una de las partes más importantes con las que cuenta nuestro cuerpo. Se encuentran dentro de nuestra boca y los utilizamos especialmente para masticar y triturar, los alimentos que comemos.

Partes del diente

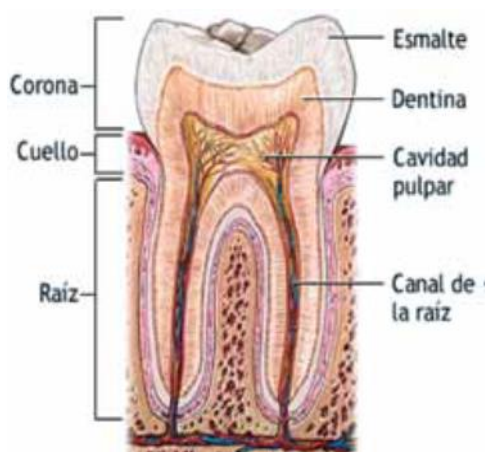
Los dientes están formados por tres partes:

- Corona:** Es el tejido duro, blanco y brillante que se une a la encía.
- Raíz:** Es la parte del diente que está unida a la corona por debajo de la encía y que no se ve, permite el anclaje dentro del hueso o alvéolo dentario.
- Cuello:** Es la zona del diente que une la corona y la raíz.

Capas de tejidos del diente

El diente está formado por capas de tejidos que protegen al núcleo central que es la “pulpa” del diente. Desde afuera hacia dentro son:

- Esmalte:** Capa externa de la corona, tejido muy duro y el más calcificado de todo el organismo. Está en contacto permanente con el medio bucal (saliva, alimentos).
- Dentina:** Forma el cuerpo de todo el diente (corona y raíz), es más blando que el esmalte. Tiene terminaciones nerviosas que le llegan desde la “pulpa”, por eso duele cuando se expone por fractura o caries.
- Pulpa:** Formada por pequeñísimos vasos sanguíneos y nervios que dan sensibilidad y nutrición al diente.
- Cemento:** Capa externa de la raíz que protege la dentina. En él, se sostienen fibras que sujetan el diente al hueso.



Existen 2 tipos de denticiones: Dentición temporal o decidua.

Dentición permanente o definitiva.

Dientes temporales (primarios o de leche):

Los dientes de leche sirven para:

- Masticar los alimentos.

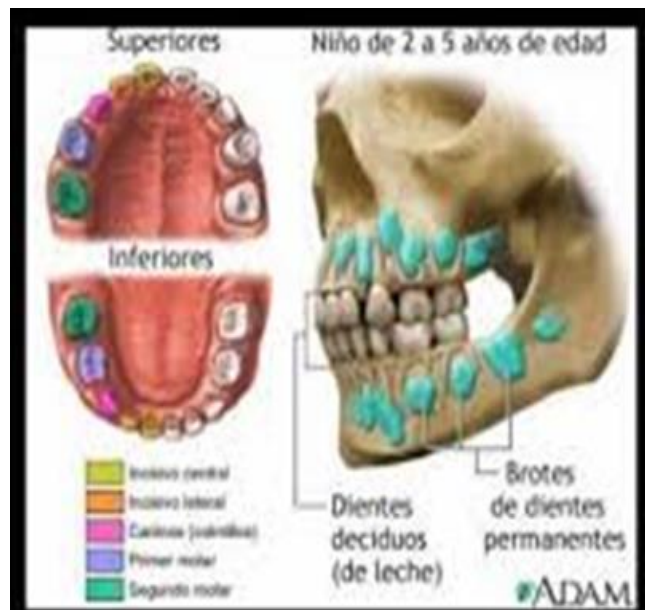
- Aprender a hablar, pues ayudan en la formación de los sonidos.
- Mantener el espacio para los dientes definitivos.

Por todas estas razones es importante la conservación de los dientes de leche en los niños.

Los primeros dientes temporales aparecen en la boca, aproximadamente a los 6 meses de vida.

La dentición temporal consta de 20 dientes, los cuales completan su salida en la cavidad bucal, aproximadamente de 2 a 3 años de edad (10 dientes en cada maxilar).

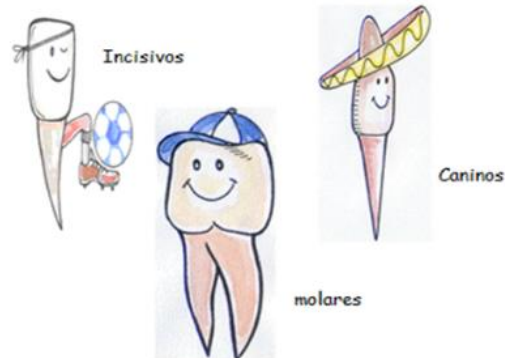
El recambio de los dientes permanentes, comienza aproximadamente a los 6 años de edad.



Los primeros molares definitivos o permanentes, aparecen en la boca por detrás de los dientes temporales, de modo que no reemplazan a ningún diente temporal.

Dientes de leche

Tenemos 3 tipos de dientes de leche:



Estos dientes Empiezan a cambiar cuando tenemos 6 años.

Cronología normal de erupción de los dientes de leche en la boca del niño

Dientes de Leche		Edad en que salen los dientes (en meses)	Edad en que se caen los dientes (en años)
Dientes de Arriba			
Incisivo Central	9.6	7.0	
Incisivo Lateral	12.4	8.0	
Colmillo (Cúspide)	18.3	11.0	
Primer Molar Primario	15.7	10.0	
Segundo Molar Primario	26.2	10.5	
Dientes de Abajo			
Segundo Molar Primario	26.0	11.0	
Primer Molar Primario	15.1	10.0	
Colmillo (Cúspide)	18.2	9.5	
Incisivo Lateral	11.5	7.0	
Incisivo Central	7.8	6.0	

Huesos Maxilares

Son 2 huesos: maxilar superior y maxilar inferior.

TEJIDOS BLANDOS

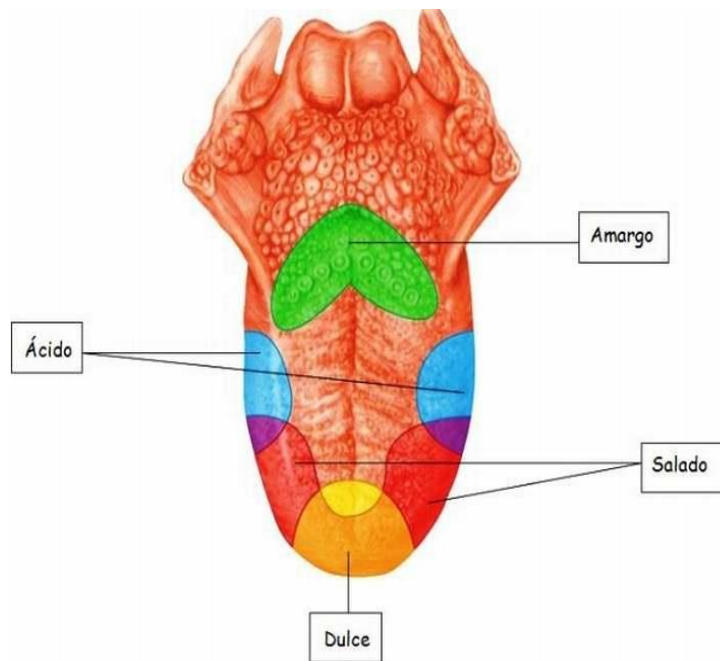
Los Labios

Los labios son la puerta de entrada del aparato digestivo y la apertura anterior de la boca. Presentan una porción muscular central, de músculo esquelético, recubierta por fuera por piel y por dentro por una mucosa.



Lengua

La lengua es un órgano móvil situado en el interior de la boca, que desempeña importantes funciones en la masticación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto, tiene capacidad de captar lo que es dulce, amargo, agrio o salado y ácido a través de las papilas gustativas.



Amígdalas

Las amígdalas son masas de tejido linfoide pequeña y redonda. Anatómicamente se sitúan en diferentes lugares, las amígdalas que se observan al abrir la boca son las palatinas o llamadas también tonsila, tienen la forma de una almendra de color rosácea situada a ambos lados y en la entrada de la orofaringe, son las típicas anginas que cuando se inflaman e infectan se denomina amigdalitis. Las amígdalas participan en el mecanismo de defensa del organismo.

Úvula

La úvula o campanilla es una pequeña masa carnosa que cuelga del paladar blando, por encima de la raíz de la lengua. Está formado por tejido conjuntivo y mucosa, además de tres músculos. Funciona con el resto del paladar blando separando la cavidad bucal de la nasal e impidiendo que la comida y los líquidos lleguen a esta última en el vómito.

CUESTIONARIO 1

- a) ¿Indique, cuáles son las capas de tejido que posee el diente?
- a) Esmalte, dentina, pulpa y cemento.
 - b) Dentina, corona, raíz y cuello.
 - c) Esmalte, cuello, dentina y pulpa.
 - d) Pulpa, raíz, corona y cuello.
- b) ¿Para qué sirven los dientes de leche?
- a) Para masticar los alimentos.
 - b) Guardan el espacio a los dientes del adulto o dientes definitivos.
 - c) Ayudan a hablar.
 - d) a, b y c.
- c) ¿A qué edad aparecen aproximadamente los primeros dientes temporales?
- a) 2 meses.
 - b) 6 meses.
 - c) 9 meses.
 - d) 1 año.

- d) ¿Cuántos dientes temporales (dientes de leche) tienen los niños?
- a) 18 dientes.
 - b) 20 dientes.
 - c) 25 dientes.
 - d) 32 dientes.
- e) ¿A qué edad los niños completan la salida de todos los dientes de leche?
- a) 1 a 2 años.
 - b) 2 a 3 años.
 - c) 3 a 4 años.
 - d) Más de 4 años.
- f) ¿A qué edad se inicia el recambio de los dientes permanentes?
- a) 5 años.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 6 años.

1. Enfermedades bucodentales más comunes:

- a) Caries dental.
- b) Gingivitis.
- c) Periodontitis.
- d) Maloclusiones (dientes patachos).

a) Caries dental

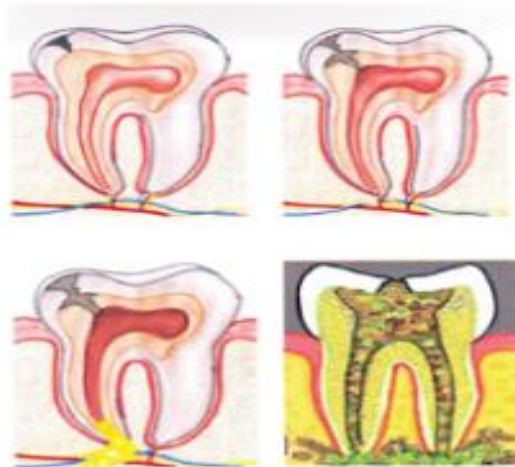


La caries dental es la enfermedad bucodental que ocurre con mayor frecuencia, es una enfermedad infecciosa y contagiosa, caracterizada por la destrucción localizada y progresiva de los tejidos duros del diente esmalte, dentina y cemento.

Una caries dental es un agujero que se hace en un diente y que, con el tiempo, puede convertirse en uno más grande y profundo, comienza como consecuencia del cúmulo de restos de alimentos (placa dental) sobre esmalte, el cual, al no ser removido a tiempo ocasiona la destrucción del mismo, así como de los otros tejidos duros del diente, pudiendo llegar hasta la pulpa dentaria.

La placa dental es una sustancia pegajosa y viscosa compuesta principalmente por gérmenes que hacen que los dientes se deterioren. Las bacterias que existen en la boca, fabrican ácidos, de modo que, cuando la placa se adhiere a los dientes, los ácidos pueden atacar la parte más superficial de los mismos, llamada esmalte, dando origen a la caries dental.

¿Cómo avanza la caries?



Caries grado 1: Este tipo de lesión afecta únicamente al esmalte.

Caries grado 2: Este tipo de lesión afecta a los 2 tejidos duros, esmalte y dentina.

Caries grado 3: Este tipo de lesión afecta al esmalte, dentina y llega hasta la pulpa dentaria.

Causas

1. Acción de microorganismos.
2. Fermentación de carbohidratos procedentes de la alimentación que se transforman en ácidos orgánicos.
3. Hábitos alimenticios erróneos con excesivo consumo de dulces, caramelos, chocolate, etc.
4. Limpieza o higiene dental deficiente.

Las bacterias suelen estar presentes en la boca y convierten todos los alimentos, especialmente los azúcares y almidones, en ácidos, lo cual causa la desmineralización de las partes duras del diente, provocando caries.

Medidas a tener en cuenta para evitar la caries dental:

- Lávate los dientes después de cada comida o, como mínimo, dos veces al día. La hora de acostarse es un momento importante, para lavarse los dientes.
- Al lavarte los dientes cepíllatelos de arriba abajo y realizando movimientos circulares.
- Cepíllate también las encías con suavidad, para mantenerlas sanas.
- Utiliza seda o hilo dental una vez al día, para eliminar la placa bacteriana y la comida que quedan atrapados entre los dientes.
- Limita el consumo de dulces y de bebidas azucaradas.
- Asiste al dentista dos veces al año (cada 6 meses) para que te haga revisiones regulares.

b) La Gingivitis



Es una enfermedad bucal generalmente bacteriana que se caracteriza por la inflamación, enrojecimiento y sangrado de las encías, produce sangrado al comer y cepillarse los dientes, hay mal aliento y abscesos en las encías en algunos casos.

Prevención de la gingivitis en los niños

Para prevenir la gingivitis en los niños, además de vigilar y enseñar a los niños a que tengan una buena higiene bucal, es fundamental que los padres lleven a sus hijos, a una revisión odontológica como mínimo cada 6 meses desde su nacimiento.

Los niños que han sido acostumbrados a la limpieza de sus encías y al cepillado de sus dientes todos los días estarán más cómodos en las visitas al odontólogo.

Tratamiento de la gingivitis:

Se realizan profilaxis (limpieza dental) y retiro de sarro.

c) Periodontitis

Es una enfermedad que afecta a los tejidos que soportan al diente, causada por bacterias presentes en la boca.

Las formas avanzadas de la enfermedad periodontal, son más raras en los niños que en los adultos, pero pueden ocurrir.

Entre las condiciones que hacen que los niños sean más susceptibles a la enfermedad periodontal están las siguientes:

Diabetes Tipo 1.

Síndrome de Down.

Síndrome de Papillon-Lefevre.

Si no se le da tratamiento a la gingivitis, puede progresar con el tiempo, hacia unas formas más serias de enfermedad periodontal.

d) Maloclusión (Dientes patachos)



Una **maloclusión** se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento, aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de **ortodoncia** para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de

pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la **articulación temporomandibular**.

Otras medidas preventivas básicas para ayudar al niño a tener una buena salud bucal son:

- Establecer visitas regulares al dentista para chequeos, evaluaciones y limpieza.
- Enseñar al niño a que siga una rutina habitual de cepillado de los dientes.
- Examinar y vigilar la boca del niño para observar si hay algún signo de alguna enfermedad como: hinchazón, abscesos, enrojecimiento, mal aliento y sangrado.
- Dar ejemplo. Si los padres practican buenos hábitos de salud oral los hijos también lo harán.

CUESTIONARIO 2

1. ¿Cuál es la enfermedad que ocurre con mayor frecuencia en la cavidad bucal?
 - a) La caries dental (enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta a los tejidos duros del diente).
 - b) La gingivitis (inflamación de las encías).
 - c) Maloclusión (dientes patachos).
 - d) Periodontitis (destrucción de encía, hueso y ligamento periodontal que soportan al diente).

2. ¿Qué es la caries dental?
 - a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente.
 - b) Es la inflamación de los dientes.
 - c) Es la manifestación de úlceras (ampollas) en la boca.
 - d) Es cuando los dientes se mueven.

3. La caries dental grado I afecta únicamente a:
 - a) Esmalte.
 - b) Dentina.
 - c) Pulpa.
 - d) Cemento.

4. ¿Qué es la gingivitis?
 - a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que ataca a los dientes.
 - b) Es la inflamación, enrojecimiento y sangrado de las encías.
 - c) Es la alteración en la erupción dentaria.
 - d) Es cuando los dientes se mueven y caen.

5. ¿Cuál es el tratamiento de la gingivitis?
 - a) Profilaxis (retiro de placa blanda) y destartraje (retiro de sarro).
 - b) Charlas de prevención y promoción.
 - c) Fisioterapia oral.
 - d) Raspaje de la raíz del diente (Retiro de sarro de la raíz del diente).

6. ¿Qué es Maloclusión?
 - a) Pérdida de dientes.
 - b) Dientes mal alineados (dientes patachos).
 - c) Dientes inflamados.
 - d) Dientes que se mueve.

Medidas Preventivas de Salud Bucal

- a) Sellantes dentales.
- b) Higiene bucal.
- c) Profilaxis.
- d) Flúor.
- e) Enjuagues bucales.

a) Sellantes dentales



¿Qué son los sellantes dentales?

Los sellantes dentales son películas delgadas plásticas que se pintan sobre las superficies de masticación de los dientes posteriores.

Beneficios de sellantes dentales:

- Evitan la acumulación de placa bacteriana en fosas y fisuras.
- Eliminan la formación de caries sobre esas zonas.
- Contribuyen al buen cepillado.
- Aumenta su poder de protección al diente.

b) Higiene bucal



La higiene bucal es un hábito muy importante para la salud de los dientes, de la boca y del organismo en general.

La higiene bucal constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.

Pero, sobre todo, la higiene bucal representa un método eficaz para mantener una buena salud oral, porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. La higiene bucal es recomendada desde el nacimiento, porque la boca es colonizada por múltiples microorganismos que se depositan en forma permanente sobre la superficie de los dientes (esmalte) y tejidos adyacentes (encías), constituyendo la placa dental bacteriana, que puede utilizar el azúcar de la dieta para producir ácidos y destruir el diente, como ocurre en la caries dental; o bien inflamarse y posteriormente destruir el tejido que sostiene el diente unido al hueso maxilar, como ocurre en la enfermedad periodontal.



El cepillado de dientes representa una de las principales estrategias para el control de las enfermedades más comunes de la boca. El objetivo de la higiene bucal es remover prolijamente la placa bacteriana que se forma permanentemente sobre la superficie de los dientes y la encía, para impedir que las bacterias cariogénicas produzcan ácidos que desmineralicen (reblandezcan y dañen) el esmalte de los dientes e inflamen la encía. El tiempo correcto de cada cepillado dental es de 3 a 5 minutos.

Se recomienda el cepillado de los dientes después de cada comida.

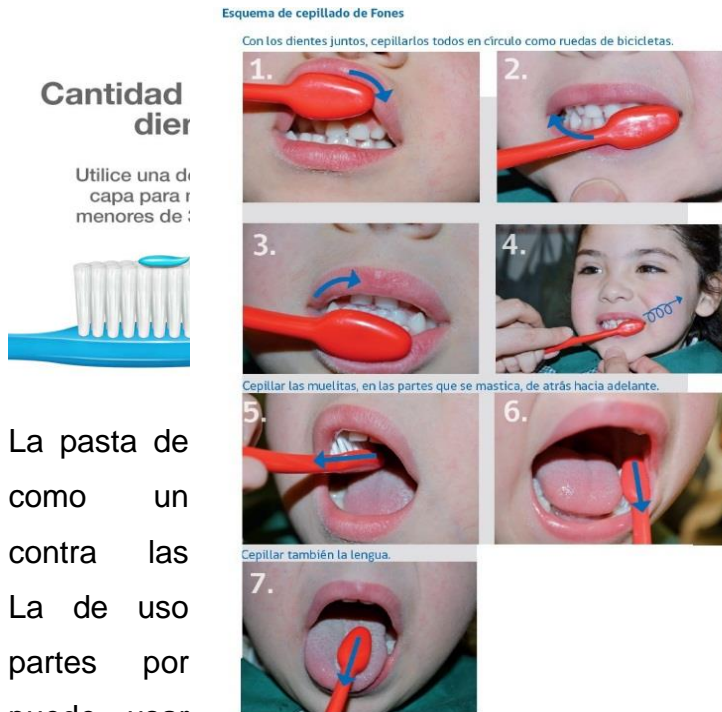
El tiempo de uso del cepillo dental es de aproximadamente 3 meses o cuando las cerdas se encuentren abiertas y desgastadas.

Los niños y niñas menores de tres años aún no desarrollan la psicomotricidad que requiere una técnica de cepillado efectiva. La capacidad de manejar sus manos y efectuar movimientos delicados y de precisión se adquiere más adelante, por ello se requiere de una supervisión diaria de un adulto en el cepillado de los dientes hasta los 8 años aproximadamente.



¿Cómo se realiza una buena higiene bucal?

Técnicas de cepillado en niños y niñas: Con los dientes juntos el cepillo se apoya en la cara visible de los dientes y se realizan movimientos circulares avanzando lentamente. El procedimiento se repite en todas las caras (externas e internas). La superficie de los dientes que se ocupan para masticar se cepillan con movimientos desde adelante hacia atrás.



La pasta de
como un
contra las
La de uso
partes por
puede usar

dientes: actúa
factor protector
caries por el flúor.
infantil (500 a 550
millón de flúor), se
desde los 2 años

cuando el niño o niña ya tiene la capacidad de escupir la pasta sin tragarla, pues a esa edad la ingesta de flúor puede producir alteraciones en la dentición definitiva. La cantidad de pasta debe ser del tamaño de una lenteja o alverja.

Es necesario recordar que no es recomendable el uso de pastas dentales para adultos en niños en edad preescolar que contengan mayor de 500 a 550 ppm de flúor, debido a que causa fluorosis (manchas en los dientes).

Importancia del uso de Pasta dental:

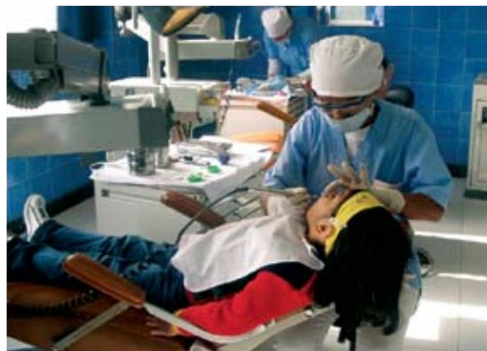
- Ayuda a eliminar los restos de alimentos y bacterias en la boca.
- Brinda aliento fresco y agradable.
- Contiene flúor que fortalece los dientes.

Pastas dentales



c) Profilaxis

Procedimiento clínico realizado por el especialista con el uso de escobillas de cerda blanca y piedra pómez con el objetivo de eliminar la placa bacteriana adherida a la superficie dentaria la cual constituye un factor etiológico de enfermedades prevalentes en cavidad oral (caries de aparición temprana, gingivitis marginal crónica).



Recomendaciones:

- La frecuencia del cepillado de los dientes debe realizarse después de cada comida.

- **Cepillarse los dientes durante 3 a 5 minutos.** Un método popular para animar a los más pequeños es poner un temporizador para controlar el tiempo del cepillado.
- Se recomienda realizar la visita al odontólogo desde el nacimiento porque a través de ella se instruye a la madre a realizar la correcta higiene bucal al bebé.
- Así mismo se debe consultar con el dentista como mínimo 2 veces al año para garantizar el mantenimiento de la salud oral del niño o niña.
- Eliminar de la dieta alimentos demasiado azucarados, dado que el azúcar deteriora el esmalte y produce caries dental.
-

d) Uso del Flúor



Es un mineral natural que se encuentra en la corteza terrestre y tiene una distribución extensa en la naturaleza. Algunos alimentos y depósitos de agua contienen fluoruro.

Vías de Administración:

Vía Sistémica

El flúor ingerido y transportado a través de la sangre, se deposita fundamentalmente en el hueso y en medida en el diente.

Vía Tópica

Colutorios y geles fluorados.

Pastas de dientes fluorados.

Flúor en alimentos

Las fuentes alimentarias de mayor aporte natural de flúor son el té y el pescado de mar consumido con espinas. También está presente en carnes, huevos, frutas, cereales, etc.

En la leche materna, las concentraciones de flúor son muy poco importantes, aún en el caso de que la madre ingiera agua fluorada.

El flúor en el agua

La proporción de flúor que ingresa en los recursos hídricos procedente del mar o por la contaminación atmosférica es extremadamente pequeña en comparación con la procedente de rocas y suelos.

Presentaciones de Flúor:

Flúor en gel.

Flúor en barniz.

Flúor en la pasta dental.

Flúor en polvo para enjuagatorios.

El fluoruro previene las caries de la siguiente forma:

- Se concentra en los huesos y en los dientes en desarrollo de los niños, fortalece el esmalte de los dientes de bebés y adultos antes de que erupcionen.
- Ayuda a endurecer el esmalte de los dientes adultos que ya han erupcionado.
- Trabaja en los procesos de desmineralización y remineralización que naturalmente ocurre en la boca.

Se recomienda el uso de pasta dental en niños mayores de 2 años, que es aproximadamente la edad en que el niño aprende a escupir.

Beneficios del flúor:

- Fortalece los dientes.
- Evita la enfermedad de la caries dental.

Enjuague Bucal

Es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal, después del cepillado de dientes, para eliminar bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Enjuagues bucales para niños

Los enjuagues bucales en niños, están indicados principalmente cuando se les considera pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer caries.

El uso de enjuagues bucales en niños es útil, pero siempre entendido como un complemento del cepillado dental. Los componentes principales para lograr estos efectos preventivos son el flúor y la clorhexidina fundamentalmente. Los enjuagues bucales más utilizados en los niños llevan en su composición fluoruro sódico.

Los padres deben recordar: Aún con un buen plan de programa de higiene bucal para sus niños en casa, con cepillado diario, empleo del hilo dental y de enjuagues bucales, es muy importante que sea el odontopediatra quien aconseje la cantidad y la frecuencia de uso de estos enjuagues dentro de un programa preventivo, según el riesgo de caries de forma individualizada en cada paciente.

CUESTIONARIO 3

1. ¿Cuándo se recomienda que debe iniciar la higiene de la boca?
 - a) Desde el nacimiento.
 - b) Cuando aparece el primer diente.
 - c) Cuando el niño empieza a ir al jardín.
 - d) Cuando tiene todos los dientes de leche.

2. ¿En qué momento se debe realizar el cepillado en los niños?
 - a) Sólo al levantarse de dormir.
 - b) Después de cada comida.
 - c) Al despertarse y al acostarse.
 - d) Cada vez que el niño tenga ganas de hacerlo.

3. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
 - a) Cada mes.
 - b) Cada 3 meses.
 - c) Cada 6 meses.
 - d) Cada año.

4. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado correcto de los dientes?
- a) 1 a 3 minutos.
 - b) 3 a 5 minutos.
 - c) 5 a 10 minutos.
 - d) 10 a 15 minutos.
5. ¿Qué beneficios conoce del flúor?
- a) Fortalece los dientes, evitando la enfermedad de la caries dental.
 - b) Detiene el crecimiento de las bacterias que causan caries dental.
 - c) Mantiene la boca libre de bacterias.
 - d) Limpia las encías para evitar la gingivitis.
6. El flúor vía tópica se encuentra en:
- a) Las frutas, verduras y cereales.
 - b) Los carbohidratos y azúcares.
 - c) Pescados y mariscos.
 - d) Pasta dental, enjuagues y geles fluorados.
7. ¿Conoce usted la concentración de flúor que contiene la pasta dental para niños?
- a) 500 a 550 ppm (partes por millón).
 - b) 1000 ppm.
 - c) 100 ppm.
 - d) 1500 gramos.
8. ¿A qué edad se recomienda el uso de la pasta dental en los niños?
- a) 8 meses.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 5 años.
9. ¿Por qué es importante usar la pasta dental con flúor?
- a) Ayuda a eliminar los restos de alimentos.
 - b) Nos brinda aliento fresco y agradable.
 - c) Tiene flúor que fortalece los dientes.
 - d) Todas las anteriores.
10. ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?
- a) Si, porque son iguales.
 - b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor.

- c) No, porque les pica mucho y no les gusta.
- d) Sí, porque los dientes se vuelven más blancos.

11. ¿Hasta qué edad, el cepillado dental de los niños debe ser supervisado por sus padres?

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 4 años.
- c) Hasta los 6 años.
- d) Hasta los 8 años.

12. ¿Cuándo debe ser la primera visita al odontólogo?

- a) Nacimiento.
- b) Cuando aparece el primer diente.
- c) Cuando tenemos dientes de adulto.
- d) Cuando nos duele un diente.

13. ¿Cada cuánto tiempo cree usted que se debe visitar al dentista?

- a) Cada 2 años.
- b) Una vez al año.
- c) 2 veces al año.
- d) Cada 3 años.

14. Los enjuagues bucales en niños, están indicados principalmente:

- a) Pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer caries.
- b) Pacientes sin caries dental.
- c) Pacientes con gingivitis y periodontitis.
- d) Pacientes que presentan mal olor de la boca.

e) Alimentación saludable.



Alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana.

Una persona bien alimentada tiene más oportunidades de:

- Desarrollarse plenamente.
- Vivir con salud.
- Aprender y trabajar mejor.
- Protegerse de enfermedades.

La alimentación variada asegura la incorporación y aprovechamiento de todos los nutrientes que necesitamos para crecer y vivir saludablemente.

Alimentarse saludablemente, además de mejorar la calidad de vida en todas las edades, ha demostrado prevenir el desarrollo de enfermedades como:

- Obesidad.
- Diabetes.
- Enfermedades cardio y cerebrovasculares.
- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Osteoporosis.
- Algunos tipos de cáncer.
- Anemia.
- Infecciones.

Es conocido por todos, que en los últimos años la población peruana ha seguido un patrón de vida poco saludable, orientando sus hábitos alimenticios hacia un consumo excesivo de alimentos con alto contenido graso, ricos en hidratos de carbono refinados y con un elevado contenido de sal, lo que ha contribuido a la aparición, en población cada vez más joven, de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial.

Sumado a lo anterior, los estudios nos han demostrado que en el Perú existe una alta prevalencia de enfermedades que afectan la salud bucal como caries, gingivitis, enfermedad periodontal y anomalías dentomaxilares, por lo

que se hace especialmente importante realizar acciones de prevención y promoción de salud bucal en nuestros niños y niñas sobre todo desde la primera infancia, entre otras medidas a través de la **EDUCACIÓN**.

En el área odontológica, se define un tipo de alimentación particular, que es uno de los factores que contribuye a la formación de caries, la llamada **DIETA CARIOGÉNICA**.

La **DIETA CARIOGÉNICA** es aquella alimentación rica en hidratos de carbono fermentables como galletas, dulces, pan, bebidas gaseosas, jugos de fantasía, con altos contenido de azúcar, los que debido a su consistencia, adhesividad y frecuencia de consumo favorecen la aparición de ácidos por parte de las bacterias bucales, contribuyendo a la formación de caries.

Es importante destacar que también las bebidas gaseosas light y que no tienen azúcar, por su acidez favorecen la pérdida de minerales del esmalte dental, por lo tanto, tampoco son recomendables.

Mensajes nutricionales a considerar para la educación en salud bucal:

- Moderar el consumo de azúcar, especialmente alimentos con azúcar refinada, como galletas y golosinas.
- Evitar el consumo de bebidas gaseosas y jugos azucarados entre las comidas, especialmente antes de ingresar al jardín o sala cuna.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, fomentando estrategias especialmente en los periodos de ingesta.

CUESTIONARIO 4

1. ¿A que llamamos dieta cariogénica?
 - a) Alimentación rica en hidratos de carbono.
 - b) Alimentación rica en grasas.
 - c) Alimentación rica en frutas y verduras.
 - d) Alimentación alta en proteínas.

SISTEMA DE EVALUACIÓN.

1. Se procederá a tomar un examen tipo prueba objetiva al inicio de la intervención, que constará de 27 preguntas, cada pregunta solo cuenta con una alternativa correcta.
2. Las 27 preguntas contestadas correctamente equivalen al 100%.
3. Las madres participantes del estudio para aprobar el examen tipo prueba objetiva, tendrán que obtener un porcentaje de 70%, el cual equivale a 19 preguntas contestadas correctamente.
4. Al final de la intervención se procederá a tomar el mismo examen que se tomó al inicio de la intervención.

Tabla de claves del cuestionario

1A 2D 3B 4B 5B 6D 7A 8A 9A
10B 11A 12B 13A 14B 15B 16B
17A 18D 19A 20B 21D 22B 23D
24A 25C 26A 27A.

3.4 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

- Prevenir las enfermedades bucodentales.
- Reconocer la importancia de los dientes deciduos en las madres de los niños en edad preescolar.
- Disminuir el índice de caries dental, a través de las medidas preventivas en salud bucal.
- Mejorar la técnica adecuada de cepillado de dientes de los niños en edad preescolar.
- Adoptar buenas prácticas de higiene oral en las madres de los niños, en edad preescolar.
- Alimentación y nutrición adecuada, para tener una mejor calidad de vida y salud.
- Consumo de alimentos nutritivos en las madres de los niños, en edad preescolar.

3.5 PROGRAMACIÓN DEL PROCESO:

3.5.1 Unidad didáctica: Efecto del programa educativo sobre conocimiento y salud bucal.

Nivel de Conocimientos en Salud Bucal.

Higiene bucal.

3.5.2 Sesiones: Estrategia de enseñanza y aprendizaje.

TALLER Nº 1

-Reconociendo las partes de la boca, los alimentos saludables y los alimentos cariogénicos.

-Distinguir las partes de la boca y sus funciones. Conocer la importancia que tiene la boca tanto como órgano de alimentación como de interacción social.

-Reconocer alimentos saludables.

• Actividad “La boca didáctica”

Confección: En un papel sábana; está pegada la cara de un niño con su boca abierta, que muestra los labios, encías, dientes, lengua y paladar duro. Los dientes y la lengua son desmontables y el paladar duro es movable dando lugar a una abertura.

En un papel sábana identificamos y pegamos los alimentos saludables y los cariogénicos en otro.

Sugerencia de situación de aprendizaje.

-Mostrar las distintas partes de la boca y sus funciones. Que las madres los identifiquen y nombren.

-Invitar a conversar acerca de las distintas partes de la boca y las funciones que cumple.

-Invitar a conversar sobre alimentos saludables y alimentos cariogénicos ¿Cuáles son los alimentos que debemos consumir?

-Invitar a traer alimentos saludables y/o alimentos cariogénicos (recortes, láminas, etc.). Comentar.

-Invitar a jugar a introducir alimentos saludables y alimentos cariogénicos en la boca, comentando su relación con la salud bucal.

TALLER N° 2

•Actividad: “Demostración Práctica de la Técnica Correcta del Cepillado”.

Ubicadas las madres en semicírculo y las educadoras en el lugar más visible de la sala con una arcada dental o un macro modelo y cepillo para dar a conocer la técnica correcta del cepillado.

Materiales:

Macromodelo / Cepillo.

•Actividad: “Cómo se forman las caries”

-Se formarán grupos de 5 madres, se elegirá a una secretaria para recopilar las ideas. Cada grupo deberá responder la siguiente pregunta:

¿Por qué cree usted que se forman las caries?

-Se dará unos minutos para que cada grupo responda y se analizarán las respuestas con todas las madres.

-La actividad concluirá con láminas ilustrativas de la formación de las caries y los factores que la condicionan.

Materiales:

Tarjetas/ Láminas

TALLER N° 3

• Actividad “Higiene bucal”

-Las educadoras pedirán a las madres que se formen en grupos de 5 personas.

-Cuando los grupos estén formados se entregará a cada grupo una tarjeta.

-Cada grupo escribirá en su tarjeta tres ventajas de la higiene bucal.

-Luego las madres analizarán las ventajas y le colocarán números del 1 al 3 de acuerdo a su importancia.

-Cada grupo colocará las tarjetas en unos dientes de cartulina numerados de acuerdo al número que le corresponde.

-Los tres dientes se llenarán de tarjetas.

-Comentar y analizar.

Materiales:

Cartulina / Plumones / Cinta adhesiva

• **Actividad: “La caja Mágica”**

-Ubicadas las madres en círculo, la educadora pedirá que saquen una tarjeta de la caja (en el contenido de la caja hay conductas adecuadas e inadecuadas para la salud bucal de sus hijos e hijas).

-Ellas leerán la tarjeta en voz alta y explicarán si es una conducta adecuada o inadecuada fundamentando su respuesta.

Materiales:

Caja mágica / Tarjetas

TALLER N° 4

• **Actividad: “Conociendo el flúor”**

Clasificación de las pastas dentales:

-Se formarán grupos de 5 personas, los cuales tendrán que reconocer los tipos de pastas dentales de acuerdo a la concentración de flúor que presenten cada una y cuál es la recomendada, para niños en edad preescolar.

-En una mesa de trabajo habrá diferentes tipos de pastas dentales, las cuales serán reconocidas por las madres de los preescolares.

-Posteriormente con una maqueta de la boca y un cepillo dental se hará la demostración correcta de la técnica de cepillado con la adecuada cantidad de pasta dental a utilizar en preescolares y el tiempo correcto de duración del cepillado.

Tipos de flúor:

-Buscar estrategias para enseñar a las madres a diferenciar el flúor vía tópica y el flúor vía sistémica.

-Se mostrará el flúor vía tópica (geles, barnices fluorados, pastas dentales).

-Se mostrará la forma como el flúor vía sistémica actúa en el organismo a través de los alimentos (sal, frutas, verduras, pescado).

TALLER N° 5

• Actividad: “Alimentación saludable”

-En una mesa de trabajo, se colocará diversos tipos de alimentos para su selección.

-Se pedirá a las madres de los preescolares que formen sus loncheras saludables para sus niños.

-De esta manera se hará reconocimiento de los alimentos no recomendados (cariogénicos) y los alimentos recomendados para el buen crecimiento y desarrollo del niño en edad preescolar.

-Incentivar a las madres a preparar jugos naturales con frutas de la región, evitando el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, jugos artificiales) que contienen gran cantidad de azúcares.

3.5.3 EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE (FORMATIVA)

CUESTIONARIO 1

1. ¿Indique, cuáles son las capas de tejido que posee el diente?
 - a) Esmalte, dentina, pulpa y cemento.
 - b) Dentina, corona, raíz y cuello.
 - c) Esmalte, cuello, dentina y pulpa.
 - d) Pulpa, raíz, corona y cuello.

2. ¿Para qué sirven los dientes de leche?
 - a) Para masticar los alimentos.
 - b) Guardan el espacio a los dientes del adulto o dientes definitivos.
 - c) Ayudan a hablar.
 - d) a, b y c.

3. ¿A qué edad aparecen aproximadamente los primeros dientes temporales?
 - a) 2 meses.
 - b) 6 meses.
 - c) 9 meses.
 - d) 1 año.

4. ¿Cuántos dientes temporales (dientes de leche) tienen los niños?
 - a) 18 dientes.
 - b) 20 dientes.
 - c) 25 dientes.
 - d) 32 dientes.

5. ¿A qué edad los niños completan la salida de todos los dientes de leche?
 - a) 1 a 2 años.
 - b) 2 a 3 años.
 - c) 3 a 4 años.
 - d) Cuando tienen más de 4 años.

6. ¿A qué edad se inicia el recambio de los dientes permanentes?
 - a) 5 años.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 6 años.

CUESTIONARIO 2

7. ¿Cuál es la enfermedad que ocurre con mayor frecuencia en la cavidad bucal?
- a) La caries dental (enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta a los tejidos duros del diente).
 - b) La gingivitis (inflamación de las encías).
 - c) Maloclusión (dientes patachos).
 - d) Periodontitis (destrucción de encía, hueso y ligamento periodontal que soportan al diente).
8. ¿Qué es la caries dental?
- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente.
 - b) Es la inflamación de los dientes.
 - c) Es la manifestación de úlceras (ampollas) en la boca.
 - d) Es cuando los dientes se mueven.
9. La caries dental grado I afecta únicamente a:
- a) Esmalte.
 - b) Dentina.
 - c) Pulpa.
 - d) Cemento.
10. ¿Qué es la gingivitis?
- a) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa que ataca a los dientes.
 - b) Es la inflamación, enrojecimiento y sangrado de las encías.
 - c) Es la alteración en la erupción dentaria.
 - d) Es cuando los dientes se mueven y caen.
11. ¿Cuál es el tratamiento de la gingivitis?
- a) Profilaxis (retiro de placa blanda) y destartraje (retiro de sarro).
 - b) Charlas de prevención y promoción.
 - c) Fisioterapia oral.
 - d) Raspaje de la raíz del diente (retiro de sarro de la raíz del diente).
12. ¿Qué es Maloclusión?
- a) Pérdida de dientes.
 - b) Dientes mal alineados (dientes patachos).
 - c) Dientes inflamados.
 - d) Dientes que se mueven.

CUESTIONARIO 3

13. ¿Cuándo se recomienda que debe iniciar la higiene de la boca?
 - a) Desde el nacimiento.
 - b) Cuando aparece el primer diente.
 - c) Cuando el niño empieza a ir al jardín.
 - d) Cuando tiene todos los dientes de leche.

14. ¿Con qué frecuencia se debe realizar el cepillado en los niños?
 - a) Solo al levantarse de dormir.
 - b) Después de cada comida.
 - c) Al despertarse y al acostarse.
 - d) Cada vez que el niño tenga ganas de hacerlo.

15. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
 - a) Cada mes.
 - b) Cada 3 meses.
 - c) Cada 6 meses.
 - d) Cada año.

16. ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado correcto de los dientes?
 - a) 1 a 3 minutos.
 - b) 3 a 5 minutos.
 - c) 5 a 10 minutos.
 - d) 10 a 15 minutos.

17. ¿Qué beneficios conoce del flúor?
 - a) Fortalece los dientes, evitando la enfermedad de la caries dental.
 - b) Detiene el crecimiento de las bacterias que causan caries dental.
 - c) Mantiene la boca libre de bacterias.
 - d) Limpia las encías para evitar la gingivitis.

18. El flúor vía tópica se encuentra en:
 - a) Las frutas, verduras y cereales.
 - b) Los carbohidratos y azúcares.
 - c) Pescados y mariscos.
 - d) Pasta dental, enjuagues y geles fluorados.

19. ¿Conoce usted la concentración de flúor que contiene la pasta dental para niños?
 - a) 500 a 550 ppm (partes por millón).
 - b) 1000 ppm.
 - c) 100 ppm.
 - d) 1500 gramos.

20. ¿A qué edad se recomienda el uso de la pasta dental en los niños?
 - a) 8 meses.
 - b) 2 años.
 - c) 3 años.
 - d) 5 años.

21. ¿Por qué es importante usar la pasta dental con flúor?
- a) Ayuda a eliminar los restos de alimentos.
 - b) Nos brinda aliento fresco.
 - c) Tiene flúor que fortalece los dientes.
 - d) Todas las anteriores.
22. ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?
- a) Si, porque son iguales.
 - b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor.
 - c) No, porque les pica mucho y no les gusta.
 - d) Sí, porque los dientes se vuelven más blancos.
23. ¿Hasta qué edad el cepillado dental de los niños debe ser supervisado por sus padres?
- a) Hasta los 2 años.
 - b) Hasta los 4 años.
 - c) Hasta los 6 años.
 - d) Hasta los 8 años.
24. ¿Cuándo debe ser la primera visita al odontólogo?
- a) Nacimiento.
 - b) Cuando aparece el primer diente.
 - c) Cuando tenemos dientes de adulto.
 - d) Cuando nos duele un diente.
25. ¿Cada cuánto tiempo cree usted que se debe visitar al dentista?
- a) Cada 2 años.
 - b) Una vez al año.
 - c) 2 veces al año.
 - d) Cada 3 años.
26. Los enjuagues bucales en niños, están indicados principalmente:
- a) Pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer caries.
 - b) Pacientes sin caries dental.
 - c) Pacientes con gingivitis y periodontitis.
 - d) Pacientes que presentan mal olor de la boca.

CUESTIONARIO 4

27. ¿A que llamamos dieta cariogénica?

- a) Alimentación rica en hidratos de carbono.
- b) Alimentación rica en grasas.
- c) Alimentación rica en frutas y verduras.
- d) Alimentación alta en proteínas.

3.6 EVALUACIÓN SUMATIVA

3.6.1 Indicadores

1. Conocimiento

Bueno. -Cuando las madres alcancen a desarrollar correctamente de 19 a 27 respuestas. (70% a más).

Regular. -Cuando las madres alcancen a desarrollar correctamente de 10 a 18 respuestas. (37%).

Deficiente. -Cuando las madres solo alcancen a desarrollar correctamente de 0 a 9 respuestas. (< de 36 %).

2. Práctica de Higiene oral

Higiene oral buena. -Cuando los niños al examen clínico logren una valoración adecuada (0.1 – 1.2) en el Índice de Higiene Oral Simplificado.

Higiene oral regular. -Cuando los niños al examen clínico logren una valoración aceptable (1.3 - 3.0) en el Índice de Higiene Oral Simplificado.

Higiene oral mala. -Cuando los niños al examen clínico logren una valoración deficiente (3.1 - 6.0) en el Índice de Higiene Oral Simplificado.

IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Componentes y Actividades	2017- 2018											
	Noviembre				Diciembre				Enero			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Evaluación del nivel de conocimiento e higiene bucal antes de la intervención educativa.	X											
Ejecución de la intervención educativa.					X							
Evaluación del nivel de conocimiento e higiene bucal después de la intervención educativa.									X	X	X	
Procesamiento de los datos.												X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para niños y niñas preescolares. Chile: Ministerio de Salud; 2007.
2. García A, Cuevas C, Muñoz Solange, Barnato J, Marín S. Vergara J, Jamett J, Manual metodológico dirigido a agentes educativos de Educación Parvularia. [Serie en Internet]. 2009; [2014 enero 20]: [Alrededor de 64 páginas]. Disponible en: [Manual_Salud_Bucal_para_Párvulos 2009.pdf](#)
3. Arango A, Velasco F, Chávez Wilfredo. Manual de Enfermedades Comunes de la Cavidad Bucal y Formas de Prevención. [Serie en Internet]. 2013; [2014 febrero 03]: [Alrededor de 36 páginas]. Disponible en: http://www.suyana.ch/fileadmin/user_upload/Bolivien/Ausbildung/Lehrmaterial/Manual_Salud_bucal.pdf

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS ODONTOPEDIÁTRICOS

1.-ADHESIVIDAD: Capacidad de adherirse o pegarse. Fenómeno relacionado con la fijación de bacterias en la superficie de los dientes.

2.-HUESO ALVEOLAR: Cada una de las cavidades del borde de los maxilares en las que están implantados los dientes.

3.-CARIES DE INICIO PRECOZ: Proceso destructivo rápido del esmalte de los dientes de leche debido principalmente a la combinación de una alta frecuencia de consumo de azúcares y falta de cepillado adecuado, principalmente antes que el niño o niña se acueste a dormir.

4.-PERIODONTO: Tejido de soporte del diente formado por la encía, hueso alveolar y ligamento periodontal.

5.-GÉRMENES DENTARIOS: Dientes en el interior del hueso alveolar en grados iniciales de calcificación. La calcificación de los dientes de leche se inicia en el cuarto trimestre de vida intrauterina.

6.-GINGIVITIS: Se denomina a la inflamación de las encías por falta de cepillado o higiene periódica y se manifiesta como sangramiento de las encías.

7.-HUÉSPED SUSCEPTIBLE: Diente más o menos propenso a enfermarse, por su constitución y/o por falta de higiene.

8.-MALOCLUSIONES: Relación anormal de la posición de los dientes y/o de los maxilares entre sí. En niños preescolares la causa principal es debida a malos hábitos tales como uso prolongado y persistente de mamadera y “tutos” para quedarse dormido.

9.-OCLUSIÓN: Relación normal de la posición de los dientes, cuando los maxilares están en contacto (junto o cerrado).

10.-PLACA BACTERIANA: Película transparente que se adhiere a la superficie de los dientes, formada por proteínas, azúcares y células de la mucosa bucal.

11.-TRAUMATISMOS DENTARIOS Y ORALES: Lesiones accidentales o intencionales que comprometen la cara, labios y dientes de niños y niñas preescolares provocando fracturas, desplazamientos de dientes y/o desgarros de tejidos blandos. Los traumatismos orales en párvulos ocupan el segundo lugar de todas las lesiones del cuerpo afectando a niños y niñas en igual proporción.

Anexo N° 05

Imagen N° 1



Imagen N° 2



Imagen N° 3



Imagen N° 4



Imagen N° 5



Imagen N° 6



Imagen N° 7



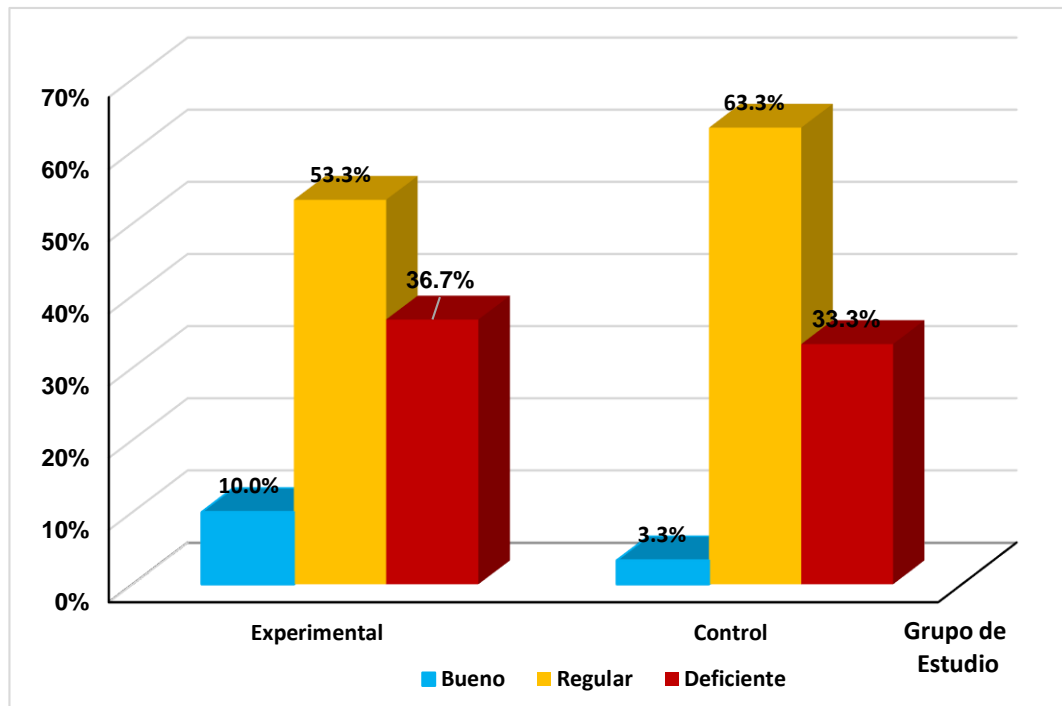
Imagen N° 8



ANEXO N° 05

Gráfico N° 01

Nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, antes de la intervención educativa Iquitos 2017.

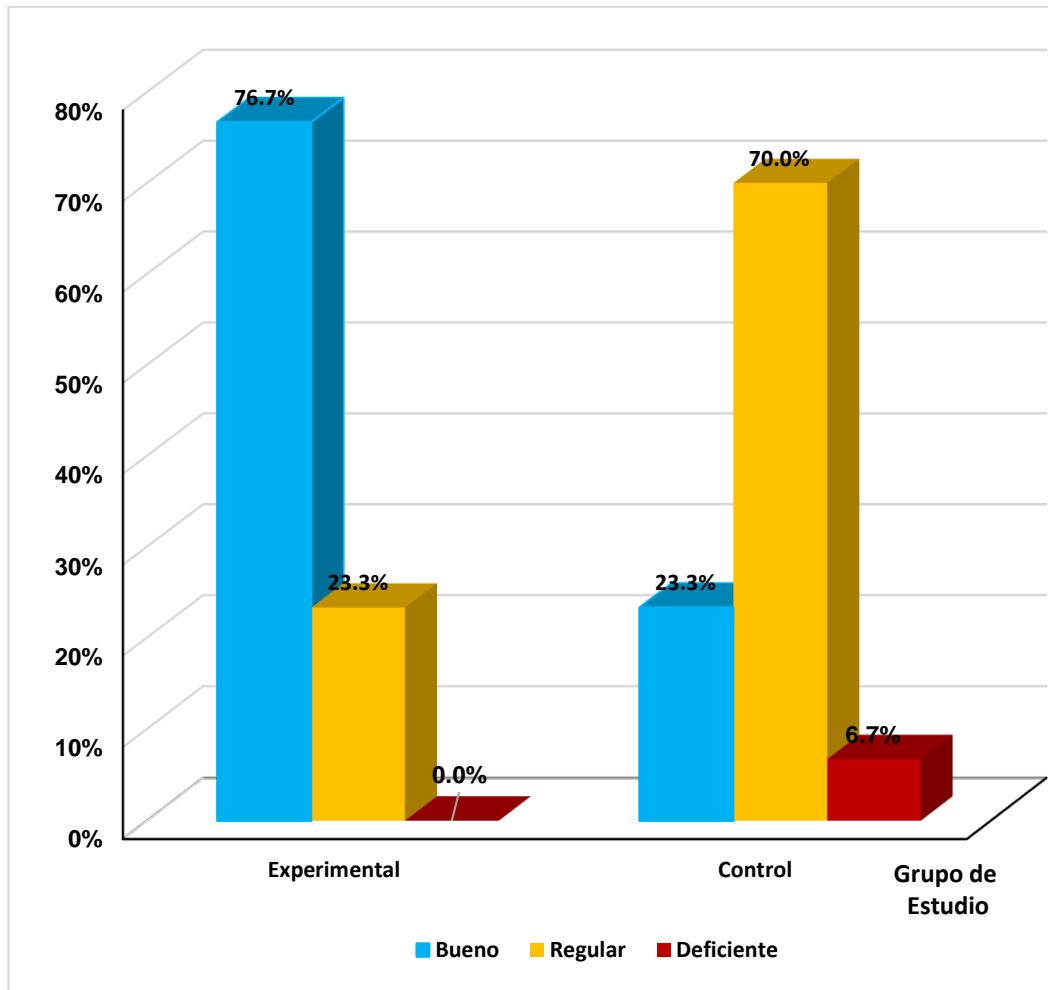


Fuente: Tabla N° 01

ANEXO N° 06

Gráfico N° 02

Nivel de conocimiento en salud oral en madres de preescolares del Centro de Salud Belén, después de la intervención educativa sobre Salud oral e higiene bucal. Iquitos 2017.

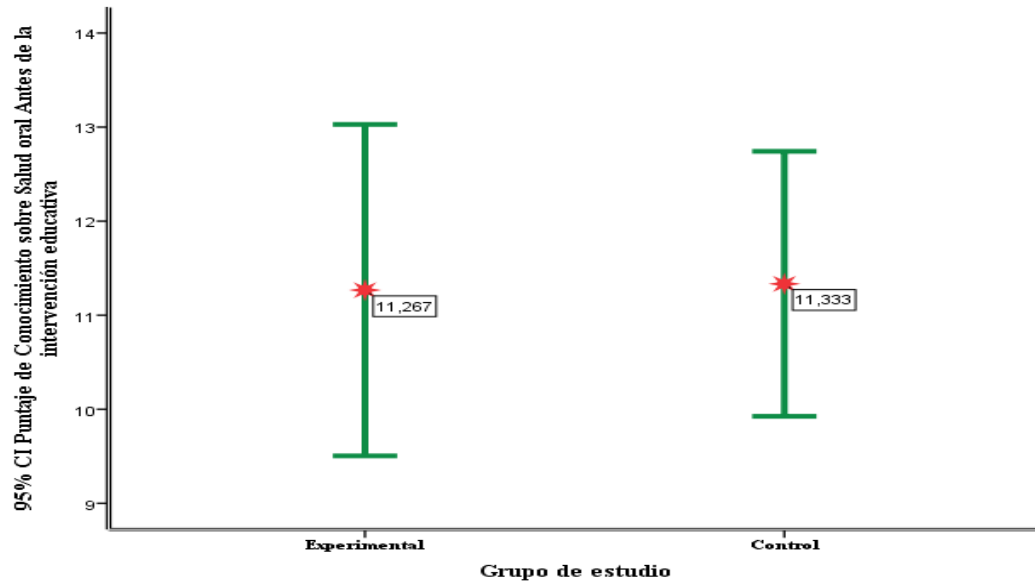


Fuente: Tabla N° 02

ANEXO N° 07

Gráfico N° 03

Intervalo de Confianza (IC) para la comparación de promedios de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal antes de la intervención educativa.

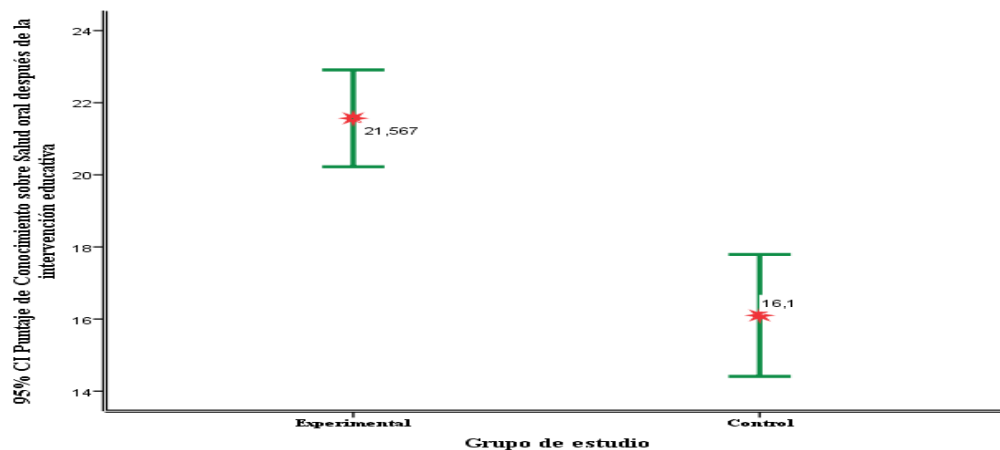


Fuente: Datos de la investigación

ANEXO N° 08

Gráfico 04

Intervalo de Confianza (IC) para la comparación de conocimiento en salud oral en madres de preescolares después de la intervención educativa.

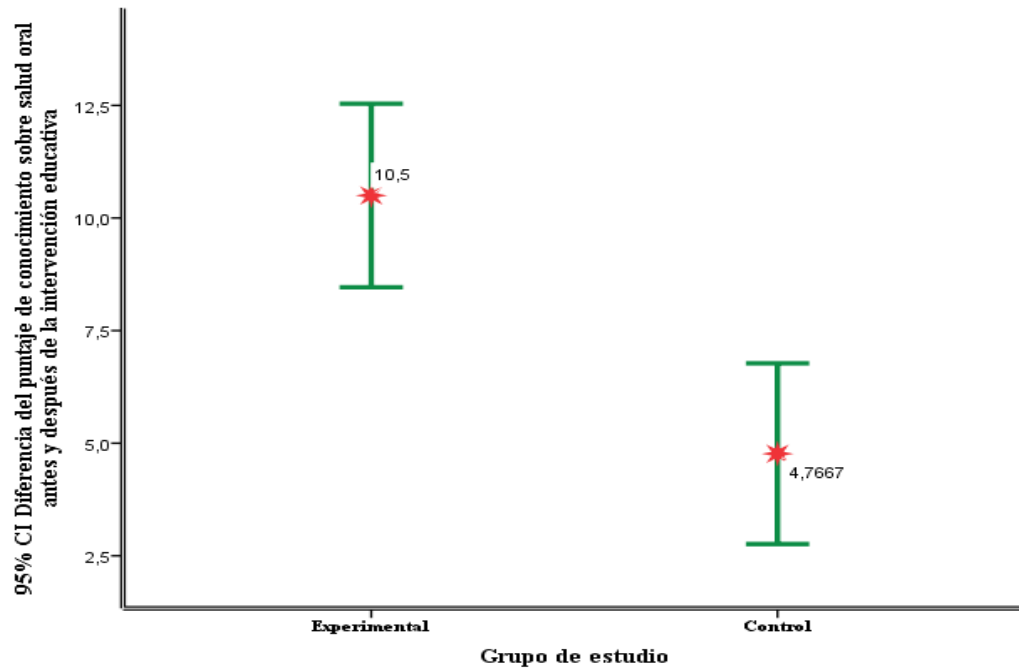


Fuente: Datos de la Investigación

ANEXO N° 09

Gráfico N° 05

Intervalo de Confianza (IC) para la diferencia de los puntajes de conocimiento en salud oral en madres de preescolares antes y después de la intervención educativa.

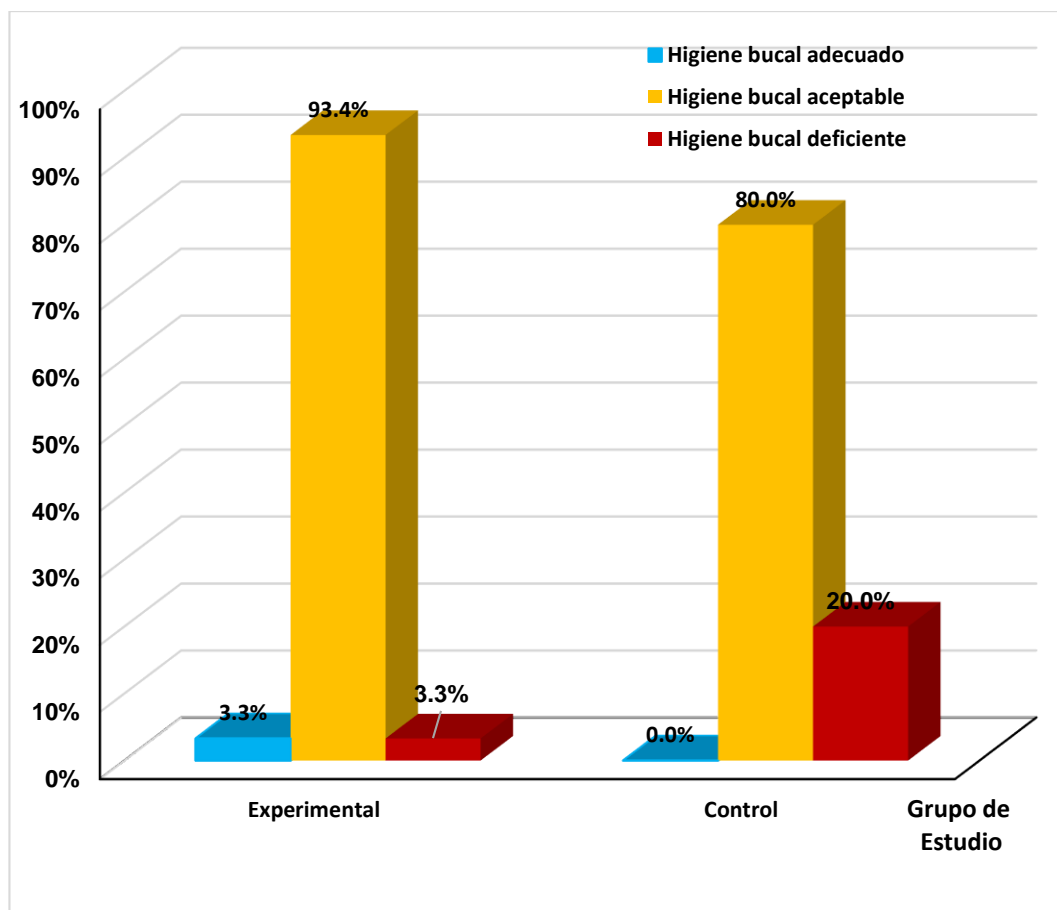


Fuente: Datos de la investigación

ANEXO N° 10

Gráfico N° 06

Nivel de higiene bucal de preescolares del centro de salud Belén, antes de la intervención educativa. Iquitos 2017.

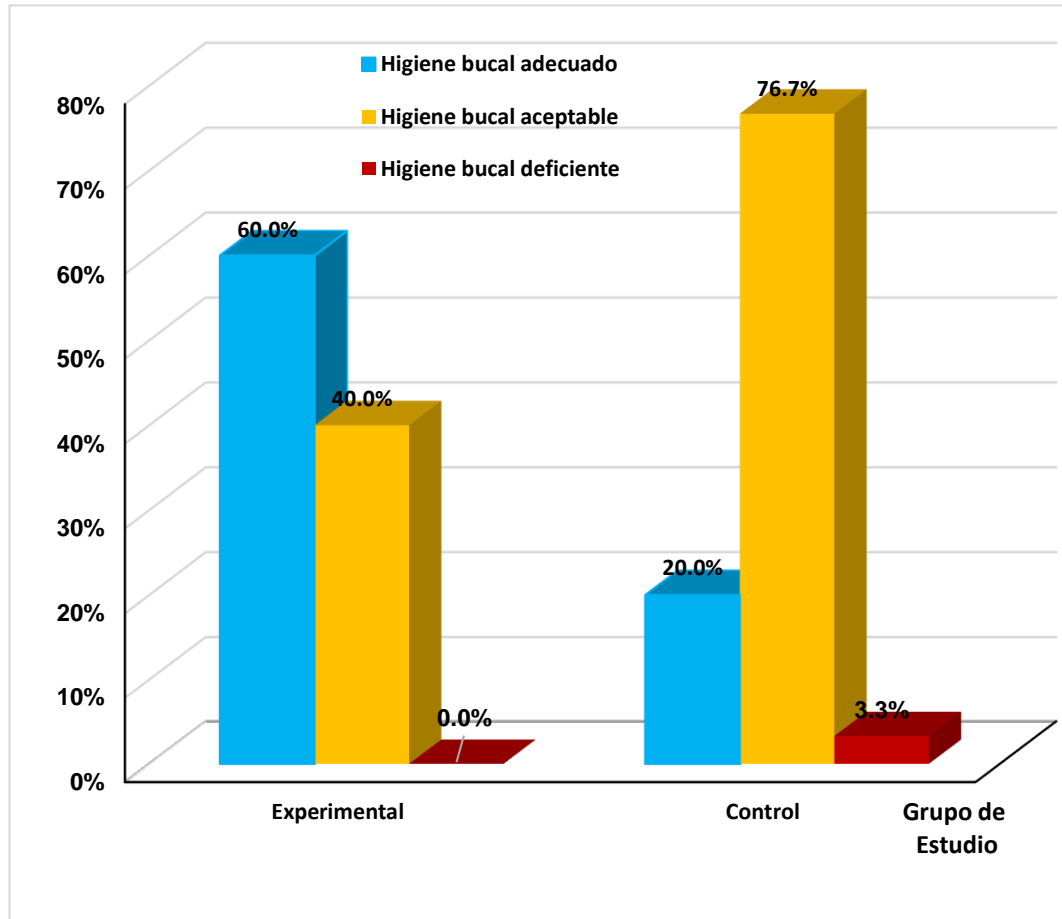


Fuente: Tabla N° 06

ANEXO N° 11

Gráfico N° 07

Nivel de higiene bucal de preescolares del Centro de Salud Belén, después de la Intervención Educativa, Iquitos 2017.

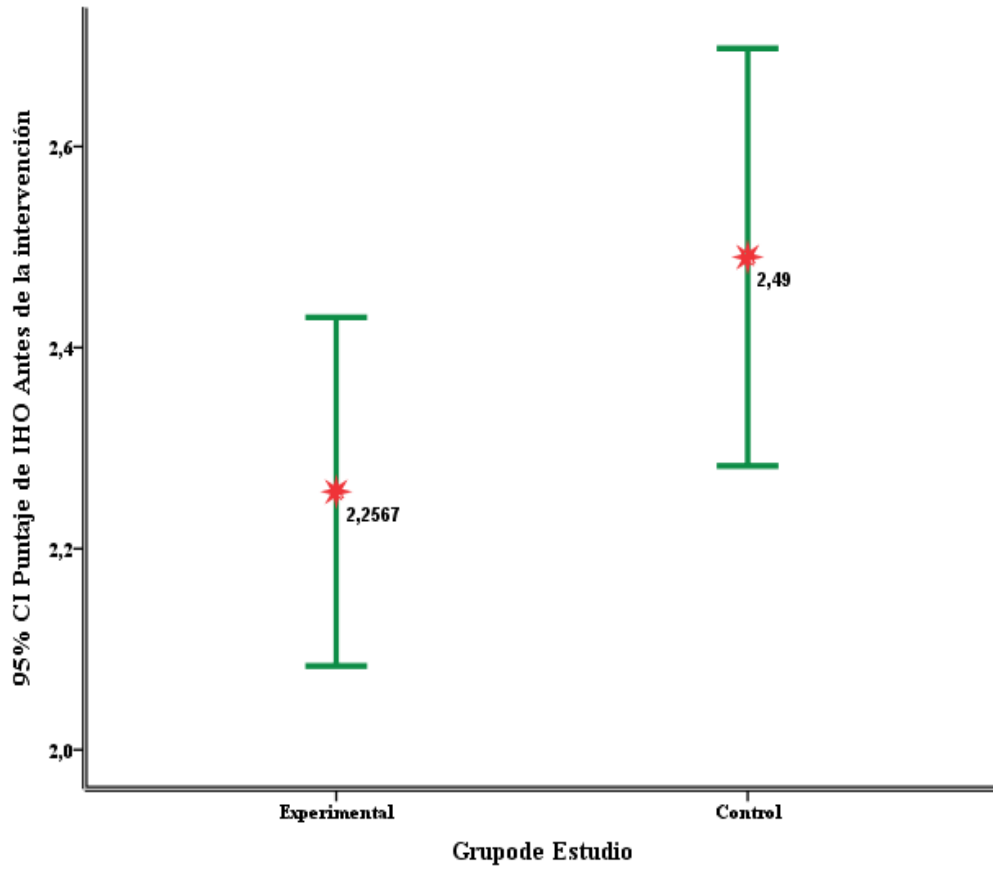


Fuente: Tabla N° 07

ANEXO N° 12

Gráfico N° 08

Intervalo de Confianza (IC) para la comparación de promedios del IHO en preescolares antes de la intervención educativa.

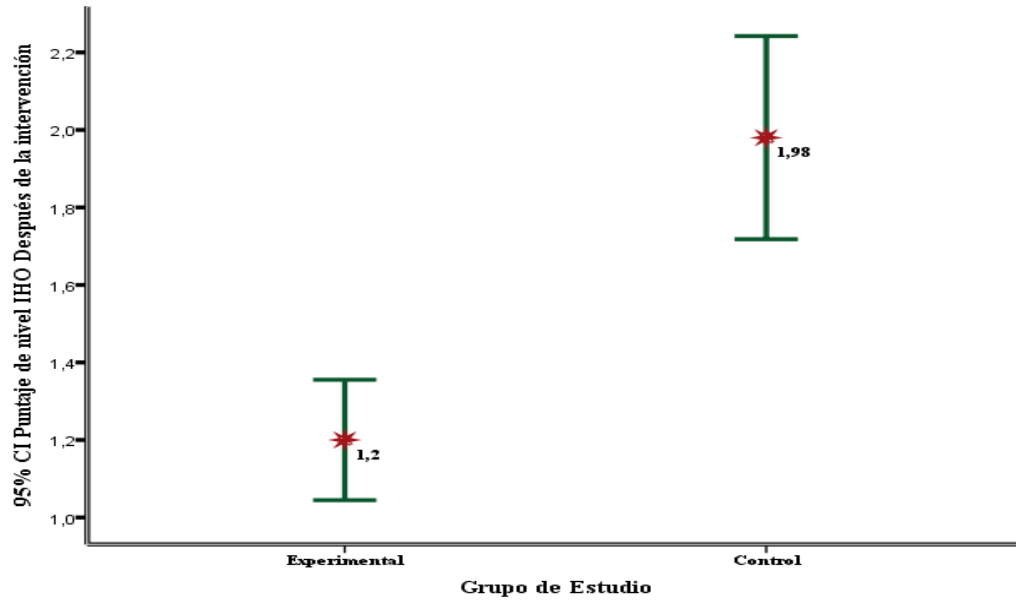


Fuente: Datos de la Investigación

ANEXO N° 13

Gráfico N° 09

Intervalo de Confianza (IC) para la comparación del IHO de preescolares después de la intervención educativa.

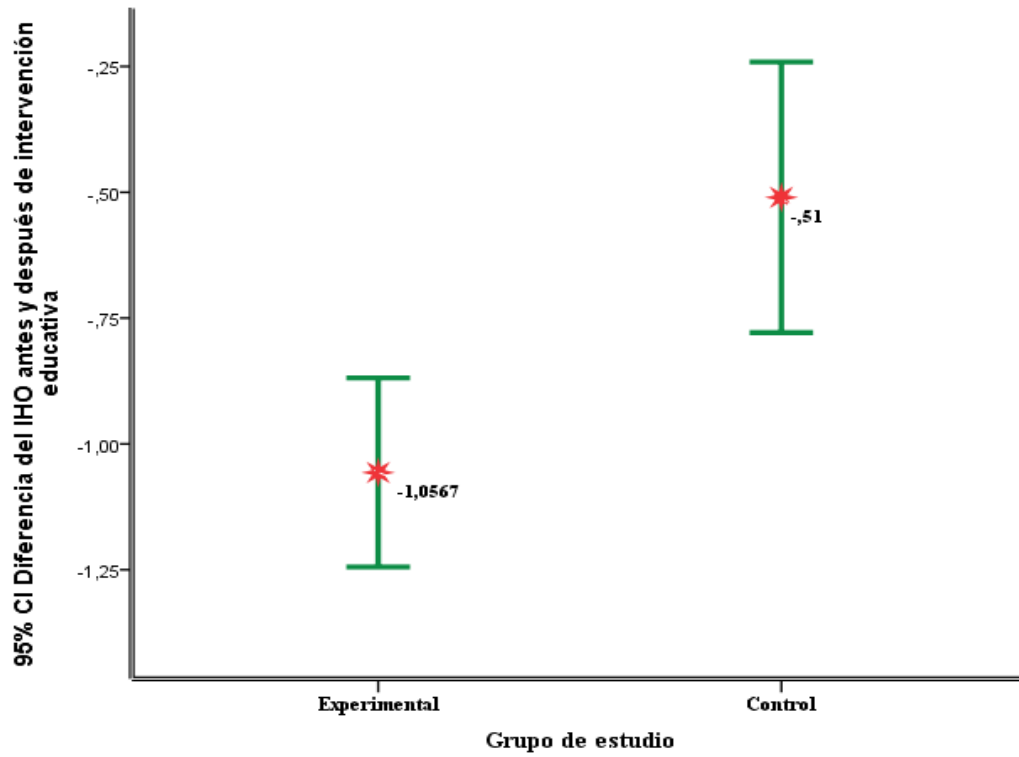


Fuente: Datos de la Investigación

ANEXO N° 14

Gráfico N°10

Intervalo de Confianza (IC) para la diferencia de los puntajes del IHO de preescolares antes y después de la intervención educativa.



Fuente: Datos de la investigación.