



# **ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Programa “Sonrisitas” de Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan Lurigancho, 2017.

## **TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

### **AUTOR:**

Br. Vania Rodríguez Cruces

### **ASESOR:**

Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres

### **PROGRAMA:**

Ciencias Médicas

### **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los servicios de salud

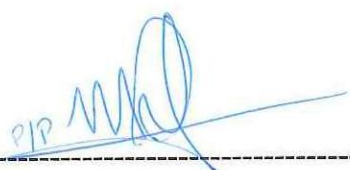
**PERÚ-2018**

**Página de Jurado**

*PIP*   
-----  
Dr. Gamarra Villanueva, Wilfredo  
Presidente

  
-----

Mg. Pérez Pérez, Miguel Ángel  
Secretario

*PIP*   
-----

Dr. Guerra Torres, Dwithg Ronnie  
Vocal

### **Dedicatoria**

Esta tesis se la dedico a Dios, quien me ayudo a seguir por el buen camino, por darme fuerzas en los momentos difíciles, porque me enseñó a afrontar las adversidades sin perder nunca la fe ni desfallecer en el intento.

A mi familia por su apoyo incondicional y en especial a mis padres por su amor y comprensión. Por haberme dado todo lo que soy como persona mis valores, mis principios, mi perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

## **Agradecimientos**

Agradezco a todos mis amigos y colegas por haber alcanzado nuestro gran objetivo con mucho trabajo y perseverancia.

A la directora de la I.E.I. N°086, Yuly Aedo Farfán por las facilidades dadas para poder realizar mi investigación en su centro educativo, así como también a las docentes por su apoyo.

A mi hermana Ángelita por su tiempo y gran apoyo en la realización de este trabajo.

### Declaratoria de autenticidad

Yo, Vania Rodríguez Cruces, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, identificado con DNI 70442981, con la tesis titulada: Programa "Sonrisitas" de Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copados y por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la presencia de fraude, plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se debieren, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, 21 Octubre del 2017



.....

Firma

**DNI: 70442981**

## Presentación

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la tesis Titulada: Programa “Sonrisitas” de Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado académico de Magister en Gestión de Servicios de la Salud. La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El primer capítulo, referido a los antecedentes, marco teórico, abarca las diferentes teorías de las variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema, hipótesis y objetivos.

El segundo capítulo, marco metodológico, presenta las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos.

El tercer capítulo, presenta los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis.

La discusión. Las conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos, así como las sugerencias y los aportes que permitirán justificar la siguiente investigación.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado, recibimos con beneplácito vuestros aportes y sugerencias, a la vez deseamos que sirva de aporte a quienes deseen continuar un estudio de esta naturaleza.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

## Índice

	<b>Pg.</b>
Página de Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de Contenido	vii
Índice de figuras	ix
Índice de tablas	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I.INTRODUCCION	14
1.1 Antecedentes	17
1.2 Fundamentación científica, técnica y humanística	22
1.3 Justificación	53
1.4 Problema	55
1.5 Hipótesis	56
1.6 Objetivos	56
II. MARCO METODOLÓGICO	57
2.1 Variables	58
2.2 Operacionalización de variables	58
2.3 Metodología	61
2.4 Tipo de estudio	61
2.5 Diseño	62
2.6 Población, muestra y muestreo	62

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
2.8 Métodos de análisis de datos	68
2.9 Aspectos éticos	68
III. RESULTADOS	69
VI. DISCUSION	78
V. CONCLUSIONES	84
VI. RECOMENDACIONES	86
VII. REFERENCIAS	88
VIII. ANEXOS	94
Anexo 1: Matriz de consistencia	95
Anexo 2: Prueba objetiva para padres	98
Anexo 3: Guía de observación	102
Anexo 4: Consentimiento informado	104
Anexo 5: Programa “Sonrisitas”	105
Anexo 6: Validez del Instrumento	138
Anexo 7: Carta de presentación	141
Anexo 8: Base de datos	142
Anexo 9: Artículo científico	148



### Lista de tablas

		<b>Pg.</b>
Tabla 1:	Elementos de higiene bucal	46
Tabla 2:	Técnicas de cepillado dental	48
Tabla 3:	Sesiones educativas del Programa Sonrisitas	59
Tabla 4:	Matriz de Operacionalización de variables	60
Tabla 5:	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64
Tabla 6:	Ficha técnica de la prueba objetiva	66
Tabla 7:	Resultados de validez del instrumento	66
Tabla 8:	Resultado de confiabilidad del instrumento	67
Tabla 9:	Nivel de conocimientos de los padres de preescolares del grupo control y grupo experimental	70
Tabla 10:	Índice de higiene oral de los preescolares del grupo control y grupo experimental	70
Tabla 11:	Estado de salud bucal de padres e hijos preescolares en el Pretest y Postest	71
Tabla 12:	Nivel de conocimientos de los padres en el Pretest y Postest	72
Tabla 13:	Control de placa bacteriana de los preescolares en el Pretest y Postest	73
Tabla 14:	Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov	74
Tabla 15:	Prueba U de Mann- Whitney del estado de salud bucal al aplicar el programa Sonrisitas según el Pretest y Postest	75
Tabla 16:	Prueba U de Mann- Whitney del nivel de conocimientos sobre salud bucal al aplicar el programa Sonrisitas según el Pretest y Postest	76
Tabla 17:	Prueba U de Mann- Whitney del índice de higiene oral al aplicar el programa Sonrisitas según el Pretest y Postest	77

## Lista de figuras

	<b>Pg.</b>
Figura 1: Esquema de Keyes modificado	42
Figura 2: Zonas de detección de placa bacteriana	65
Figura 3: Estado de salud bucal de padres e hijos preescolares en el Pretest y Postest	71
Figura 4: Nivel de conocimientos de salud bucal de padres en el Pretest y Postest	72
Figura 5: Índice de higiene oral de los preescolares en el Pretest y Postest	73

## RESUMEN

La finalidad de la presente investigación es determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” de salud bucal en los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

El diseño metodológico de presente estudio fue de tipo cuasiexperimental el tipo de muestreo fue por conveniencia, el cual consistió en 130 padres y sus 130 hijos preescolares, ambos divididos en 65 para el grupo control y 65 para el grupo experimental, estudio de tipo aplicado de corte longitudinal debido a que los datos se obtuvieron en 2 tiempos un pre test y pos test mediante dos instrumentos , una prueba objetiva para medir el nivel de conocimientos de salud bucal de padres y una guía de observación para medir el índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) para los niños.

La aplicación del Programa “Sonrisitas influyo de manera positiva en el estado de salud bucal de los niños de la Institución Educativa Inicial N°086, tanto el nivel de conocimientos de los padres como en la mejora del índice de higiene de los niños; puesto que hubo una diferencia significativa entre el postest y el pretest del grupo experimental (Prueba de U de Mann-Whitney:,  $Z = -5,561$ ,  $p = 0.00 < 0.05$ ), también se apreció que el nivel de estado de salud bucal fue superior al nivel del grupo control con lo cual se concluye la intervención educativa mejora la salud bucal de niños preescolares.

**Palabras clave: Salud bucal, Programa**

## **ABSTRACT**

The purpose of the present investigation is to determine the effect of the application of the "Sonrisitas" oral health program on the parents of preschool children of the Initial Educational Institution N ° 086, San Juan de Lurigancho, 2017.

The methodological design of this study was of the quasi-experimental type, the type of sampling was for convenience, which consisted of 130 parents and their 130 preschool children, both divided into 65 for the control group and 65 for the experimental group, study of the applied type of Longitudinal section due to the fact that the data were obtained in 2 times, a pre-test and post-test using two instruments, an objective test to measure the level of oral health knowledge of parents and an observation guide to measure the Simplified Oral Hygiene Index ( IHO-S) for children.

The application of the "Sonrisitas" program had a positive influence on the oral health status of the children of the Initial Educational Institution N ° 086, both the level of knowledge of the parents and the improvement of the hygiene index of the children; since there was a significant difference between the posttest and the pretest of the experimental group (Mann-Whitney U test:,  $Z = -5,561$ ,  $p = 0.00 < 0.05$ ), it was also observed that the level of oral health status was higher than the level of the control group with which concludes the educational intervention improves the oral health of preschool children.

**Key words: Oral Health, Program**

# **I. INTRODUCCION**

Actualmente se está considerando la importancia de la salud bucal de los niños por la presencia de enfermedades bucodentales de alta incidencia como la caries dental, entonces nos debemos enfocar en mejorar las condiciones de salud bucal a través de programas de salud que fomenten la prevención temprana y creación de hábitos saludables. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010) reportó que:

La caries dental afecta a más del 90% de la población mundial y supone una carga pesada para los servicios de salud, pues en países industrializados representa junto a otras patologías bucales, como la enfermedad periodontal, entre 5% y 10% del gasto total de atención en salud. (p.4)

La caries dental es una enfermedad de alta incidencia en la población mundial, por lo cual debemos generar iniciativas para disminuirla y mejorar la salud bucal siendo una de las mejores alternativas: la prevención desde edades tempranas.

Según Ministerio de Salud del Perú (2005) en el último estudio nacional en Perú, la prevalencia de caries en escolares de 12 años de edad provenientes de instituciones educativas estatales fue de 86,6% con un índice de CPOD de 3,67 siendo un valor elevado entre los países de América Latina. Esta información nos da a conocer que los programas de salud bucal actuales en nuestro país tienen deficiencias y no han logrado disminuir significativamente los índices de caries en escolares. Espinoza y Pachas (2013) relatan en su investigación lo siguiente:

Los programas de salud surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública. Están dirigidos generalmente a determinados grupos poblacionales y se miden por la eficacia o eficiencia, respecto al logro de sus objetivos planteados y empleo de los recursos al menor costo posible. (p. 102)

En el caso de Perú, los programas de salud aplicados son usualmente dirigidos a la mortalidad materno infantil, anemia, inmunizaciones, etc.; dejando de lado la salud bucal a pesar de que las patologías bucales tienen repercusiones

a nivel de otros órganos. Los programas de salud bucal presentan componentes promocionales o preventivos, u ambos desarrollados a la vez. Estos programas tienen el propósito de hallar la variación de los índices de salud bucal e incremento de conocimientos o actitudes hacia la salud entre otros. En cuanto a los programas de salud bucal existentes en el Perú no cubren a toda la población, y no suelen enfocarse adecuadamente en los aspectos promocionales y preventivos.

En estudio realizado por Elías y Seclén (2005) en las cunas FAP a 193 niños menores 36 meses, hallaron que el 6.74% presentaron tenían lesión cariosa comparándose con un estudio previo de Elías (2001) con la misma población donde se presentó el 34,78% de niños con lesión cariosa, en este caso se aplicó la Filosofía de práctica de odontología para bebés implantada en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas del Perú. La disminución de caries dental fue el resultado del inicio temprano de medidas educativo-preventivas destinadas y aplicadas a padres de familia. (p.12)

De acuerdo a este estudio es posible disminuir el número de lesiones cariosas en niños pequeños mediante la educación a sus padres por lo que nos serviría de ejemplo a seguir y poder replicarlo en otros establecimientos de salud e instituciones educativas.

El presente estudio se va a enfocar como uso de medida preventiva, un programa educativo de salud bucal dirigido a padres de niños en etapa preescolar, puesto que están en una etapa vulnerable donde se debe enfatizar la educación para que estos niños se desarrollen física y mentalmente adecuadamente.

## **1.1. Antecedentes**

### **1.1.1. Antecedentes Internacionales**

Rangel (2015), realizó un estudio que tuvo por objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño de educación inicial, este es un estudio de campo de modalidad de proyecto factible y diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la primera fase de diagnóstico, se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños y 27 padres y representantes, utilizando como instrumento una guía de observación (Índice de Higiene Oral Simplificado) en los niños y un cuestionario de 16 ítems dicotómicos aplicado en padres, validado por expertos cuya confiabilidad obtuvo un coeficiente KR de 0,87. Las dos siguientes fases consistieron en el diseño y evaluación del programa propuesto. Los resultados evidenciaron que 93,1% de los niños presentó índice de higiene oral regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos, por lo cual se concluye sobre la necesidad de diseñar el programa preventivo-educativo de salud bucodental. En la segunda fase se realizaron estudios de factibilidad para la propuesta y en la tercera fase se diseñó el programa preventivo-educativo “Padres educados, niños saludables”, conformado por seis talleres cuyo contenido se realizó en base al diagnóstico y se fundamentó en los principios del currículo nacional Bolivariano, los postulados constitucionales y las teorías de aprendizaje de Vigotsky y Ausubel.

Este estudio aporta sobre la importancia de diseñar programas educativos preventivos en niños preescolares en instituciones educativas, debido a la evidencia de que los preescolares presentaron en su mayoría higiene bucal regular y las madres poseían un pobre nivel de conocimientos.

De Luca, Rivera y Romero (2015), tuvieron como objetivo de su estudio desarrollar el programa educativo para promover de salud bucal en niños de Educación Inicial de la Unidad Educativa “La Vega” de Tabay, ante la necesidad de esta población. El tipo de estudio fue interactivo con un diseño de campo



contemporáneo-evolutivo. La población fue de 30 niños de ambos sexos, con edades entre los 4 y 6 años de edad asistentes a dicha institución escolar. En primer lugar, se realizó un diagnóstico de la presencia de placa bacteriana, del conocimiento sobre salud bucal y de los hábitos de higiene bucal de los niños en el estudio. Luego en base de los resultados se diseñó y ejecutó el programa educativo. Finalmente, se valoraron los resultados obtenidos y se discutió con los padres y representantes los aspectos relevantes que surgieron a partir del desarrollo del programa educativo. En el aspecto de salud bucal de los niños se pudo encontrar una disminución considerable de la placa bacteriana, dado que al inicio el 100% de los niños presentó higiene bucal deficiente y luego de la intervención se obtuvo un 50 % con higiene bucal aceptable y el otro 50%, aceptable. También se observó un incremento en el manejo de conocimiento acerca de la salud bucal, evidenciándose que el nivel de conocimientos pasó de escaso a positivo mediante las entrevistas realizadas a los niños.

Esta investigación aporta en cuanto a conocer las fases de un programa educativo preventivo promocional para niños de educación inicial, en la cual se describe la secuencia para su realización desde el diagnóstico hasta la evaluación de la misma. Además, la intervención educativa mediante actividades recreativas y lúdicas demuestra un incremento de conocimientos de salud bucal y mejora de la higiene bucal en una etapa importante de la vida.

Corchuelo y Soto (2014), tuvieron como objetivo de estudio determinar el efecto sobre la higiene oral en niños del grado 0, mediante el registro de placa bacteriana efectuado por padres de familia. La metodología usada fue un ensayo no controlado, donde se evaluó la respuesta a la intervención en el mismo grupo, se registró el índice de placa bacteriana antes y después de la intervención. En este estudio participaron 32 estudiantes, 18 niñas y 14 niños con edad promedio de 5,6 años. Los resultados obtenidos con respecto al monitoreo de placa bacteriana, realizada por los padres de familia, en niños del grado 0 del colegio Juan Pablo II. El grupo con adherencia mayor al 75%, lo conformaron niños de 5 años de edad; el índice de placa presentó diferencias significativas en las semanas 8, 12, 18, 20, 24 y 28 ( $p < 0,05$ ). El grupo con adherencia entre el 51 y 75%, comprendía niños de 5 y 6 años, y el índice de placa evaluado hasta la

semana 18 presentó diferencias significativas en las semanas evaluadas ( $p < 0,05$ ). En el grupo con adherencia entre el 26 y 50%, con niños de 5 años y más, se encontró que el índice de placa hasta la semana 12 presentaba diferencias significativas en todas las semanas evaluadas ( $p < 0,05$ ). En conclusión, se obtuvo que los padres de familia pudieran monitorizar de forma sistemática la higiene oral de sus hijos, usando instrumentos como el IPC, lo cual contribuye a reducir los niveles de placa bacteriana en los niños.

El aporte de esta esta investigación radica en la posibilidad dada a los padres para monitorear la placa bacteriana de sus hijos en diferentes semanas, el resultado demostró ser positivo para la reducción del índice de higiene oral en niños de 5 y 6 años.

### **1.1.2. Antecedentes Nacionales**

Velásquez (2016) realizó un estudio cuyo propósito fue evaluar la efectividad del programa educativo: “Niño sin caries, niño feliz”, en los agentes comunitarios de salud del centro poblado Virgen del Carmen- La Era, distrito de Lurigancho, provincia de Lima. El estudio fue desarrollado durante tres meses. Participaron 20 agentes comunitarios, a quienes se les midió los conocimientos y habilidades de salud bucal, antes y después del programa “Niño sin caries, niño feliz”, se desarrolló en 12 sesiones, con actividades educativas sobre las estructuras de la cavidad bucal, enfermedades bucales más frecuentes y prevención en salud bucal. Para medir los conocimientos se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos, y para la higiene bucal se utilizó una ficha de observación. Por otro lado, el modelo estadístico de prueba de rangos con signo Wilcoxon reporta que el valor  $z = -4,008$  y el valor  $p = .000$  y se cumple que  $p < \alpha$  ( $p < 0,05$ ). Lo que significa que al aplicar el Programa Educativo “Niño sin Caries niño feliz”, se incrementó significativamente los conocimientos y habilidades de los agentes comunitarios de salud del Centro poblado Virgen del Carmen, la Era.

Dicha investigación aporta que el uso de un programa educativo de salud bucal en agentes comunitarios incrementa favorablemente los conocimientos de salud bucal, lo cual beneficia a la comunidad donde pertenecen.

Muñoz y Mattos (2015), realizaron un estudio titulado “Técnica Educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral en preescolares”. El diseño del estudio fue cuasi-experimental, comparativo, prospectivo y longitudinal, donde se aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de salud oral a 84 madres antes y después de la aplicación de las técnicas educativas de desarrollo de habilidades y expositivas.

Las madres fueron asignadas al grupo experimental y control en forma aleatoria, conformado por 42 madres cada uno. La evaluación de la higiene oral de sus hijos preescolares fue al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Los resultados de la aplicación del cuestionario obtuvieron que la media fue de 11,88 para el grupo experimental y 8,48 para el grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). En cuanto al índice de higiene oral hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a los 30 y 60 días ( $p < 0,001$ ). En conclusión, el uso de la técnica Desarrollo de Habilidades logró ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares.

El aporte de este estudio es la experiencia con el uso de la técnica educativa de desarrollo de habilidades aplicada en madres de preescolares mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre salud oral y mejora la higiene oral de sus hijos.

Tapia (2015) realizó la investigación titulada “Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri Puno 2015”. Cuyo objetivo fue precisar la diferencia que existe entre el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre salud bucal antes y después del programa educativo. Se usaron materiales como

rotafolio, maquetas, laminas con imágenes relacionadas al tema, cepillos dentales, hilo dental y material de escritorio. El diseño fue cuasi experimental, coyuntural, el cual se efectuó sobre una muestra (procedimiento de selección no aleatoria por criterio) de 20 madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, entre edades de 20 a 45 años de edad, cuyos datos se plasmaron en una cédula de entrevista para el pre test y el post test en las que se registró edad, sexo, grado de instrucción, midiendo el conocimiento que tiene las madres de familia sobre salud bucal. El tratamiento realizado a las unidades de estudio fue la aplicación a una cedula de entrevista para la prueba de entrada (pre test), seguido de la aplicación del programa educativo y finalmente se aplicó nuevamente la cedula de entrevista para la prueba de salida (post test).

La investigación reveló que la aplicación del programa educativo tiene un impacto en el conocimiento sobre salud bucal. En conclusión se determinó que el conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, en el pre test fue bajo, y luego en el post test fue bueno y finalmente se concluye que se estableció la diferencia entre el pre test y el post test de las madres de familias, demostrando que todas las unidades de estudio incremento sus conocimientos sobre salud bucal de un nivel bajo a un nivel bueno; consecuentemente se acepta la hipótesis de investigación.

Este estudio nos da alcances de que los conocimientos sobre salud bucal de madres de niños que asistieron a una institución de educación inicial no presenten una relación positiva con el estado de salud bucal de los niños, por lo cual es necesario la aplicación de programas preventivos promocionales para la mejora de la actitud hacia el cuidado de salud bucal.

Sánchez y Sence (2012), hicieron un estudio titulado: Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares, su objetivo fue evaluar la efectividad de un programa educativo preventivo en escolares de 3 a 13 años realizado durante 3 años. El tipo de estudio fue un ensayo clínico con grupo control, la muestra de estudio fue

de 717 y 643, de grupo experimental y grupo control respectivamente de escolares quienes fueron seleccionados en forma aleatoria estratificada de instituciones educativas estatales incluidas en el Programa Salud Bucal con Buen Trato (PSBBT) de la ONG Eduvida de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino. En este programa se dispuso una instrucción anual de cepillado y 4 monitoreos de cepillado dental durante el año, también se dieron charlas y talleres educativos para escolares, padres y educadores. Se realizó un cuestionario a los escolares y padres para determinar hábitos de higiene bucal, en cuanto a la condición de higiene oral fue medido por medio del índice de higiene oral de Green y Vermillion al inicio y al final del programa. Se obtuvo como resultado que el porcentaje de escolares que se cepillaban en la escuela varió de 5,4% a 68,5%, las veces del cepillado diario aumentaron de 2,88 a 3,18. En conclusión la reducción del índice de higiene oral, placa blanda y placa calcificada fue significativamente mayor entre los preescolares ( $p=0,01$ ) y escolares ( $p<0,03$ ) sujetos al PSBBT que los del grupo control. Por lo cual El PSBBT favorece el desarrollo de hábitos de higiene saludables.

El aporte de este estudio es la demostración de efectividad de un programa educativo preventivo en escolares para mejorar los hábitos y su condición de higiene oral en plazo de 3 años, lo cual nos incentiva a continuar con la aplicación de programas educativos en la etapa escolar.

## **1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística**

Arias (2009) definió los fundamentos teóricos como “Un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p.78); en el presente estudio, el proceso del aprendizaje se basa en teorías de programa de educación para la salud.

### **1.2.1. Bases teóricas de la variable Programa educativo “Sonrisitas”**

El programa educativo Sonrisitas representa un conjunto de actividades con el objetivo de promover la salud bucal mediante la educación en salud para adquirir conocimientos y estilos de vida saludables dirigida a los padres de niños preescolares. Se considera que todo programa de salud debe estar constituido en tres etapas: diseño de actividades, ejecución de actividades planeadas y evaluación de la aplicación.

Este estudio se trató de un proceso de enseñanza a los padres de niños preescolares, en los cuales los conocimientos de salud bucal son transmitidos con el propósito de alcanzar niveles de técnicas higiene bucal y conocimientos de enfermedades bucales adecuados, para que estos impartan lo aprendido con sus hijos, y así lograr niños saludables que puedan desarrollarse física, mentalmente, psicológicamente y cognitivamente.

De hecho Di Leo (2009), sugirió que las actividades de prevención para la salud en las instituciones educativas “En lugar de sustentarse en prácticas y perspectivas de los agentes a los saberes y normas institucionalizadas, deben partir de la primacía de sus acciones y potencialidades instituyentes” (p.381), lo cual significa que las acciones parten de la identificación y desnaturalización de los problemas presentes en las condiciones objetivas y subjetivas de los sujetos individuales y colectivos, dirigiéndose a su transformación a partir de cuatro momentos: conocimientos, compromiso, visiones y experiencias.

Según Hernández (2012) definió que “el programa de salud es un conjunto organizado de acciones implementadas por un gobierno, integrado de recursos y actividades realizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población”. (p.52). Estas acciones van generar en la población un cambio de actitudes que las beneficiaran.

En esta investigación se propone un programa educativo enfatizando la higiene oral, la dieta y cuidados preventivos en niños de etapa preescolar. Contribuyendo a esto, Sánchez y Sence (2012) sostiene que:

La mejora en la condición de salud bucal se atribuye a cambios en el estilo de vida, al uso efectivo de los servicios de salud oral, a la implementación de intervenciones basadas en comunidad o centros educativos, a la adopción de prácticas regulares de higiene y al uso de dentífricos fluorados. (p.21)

Es muy importante conocer los niveles de conocimientos que los padres tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene. Puesto que la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales depende de los padres. La educación a los padres y a los niños nos servirá como herramienta para la adquisición de hábitos saludables y permitirá prevenir la caries dental.

### **Fases del Programa “Sonrisitas”**

La salud bucal en niños preescolares es un factor importante en el desarrollo de los niños, inculcarles hábitos de higiene bucal adecuados desde la infancia a través de sus padres ayuda a prevenir enfermedades bucales futuras.

Por ello, en la presente investigación se demuestra que el programa “Sonrisitas” influye favorablemente en el estado de salud bucal de los niños en etapa preescolar en la I.E.I. N° 086 en el año 2017, fomentando en los padres de familia conocimientos y practicas saludables sobre salud bucal de sus hijos.

Según Casías (2016), la aplicación del programa se dividió en tres fases:

#### **Fase diagnóstico y diseño**

El diagnóstico y diseño del programa “Sonrisitas” se realizó en tres partes, comenzando con el diagnóstico a través de la evaluación de conocimientos sobre salud bucal a los padres para así seleccionar los temas más resaltantes que se desarrollaran con mayor profundidad en las sesiones.

Programa de salud bucal: es el documento, que favorece el desarrollo, control y evaluación en la aplicación de las actividades del área de salud bucal.

Plan de actividades: es el documento que dispondrá de manera práctica y concreta y facilita la ejecución del programa.

### **Fase Proceso**

Manual de sesiones: Tuvo como objetivo enlistar los temas y el desglose temático y describe las formas de evaluación que se deberán seguir en cada tema.

Para la realización se considerará aspectos de salud bucal con énfasis en la higiene bucal, caries dental, prevención, dieta y competencias de los padres de familia.

### **Fase de evaluación**

Para la obtención de resultados se procedió a la evaluación del nivel de conocimientos de los padres mediante la toma de una prueba objetiva la cual se comparó con la prueba tomada antes de la aplicación del Programa “Sonrisitas”.

### **Programa de Educación para la salud**

Según Cuenca y Baca (2013) la educación para la salud es un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje que se da durante todos los momentos de la vida del ser humano. Se inicia en el nacimiento y es la familia (unidad básica de la sociedad) su primera fuente de aprendizaje. Posteriormente, será su entorno biopsicosocial quien lo determine. Pero la educación no sólo implica la transmisión de mensajes necesarios para la vida del hombre por parte de un docente o del medio biopsicosocial; por el contrario, es un proceso continuo e interactivo entre el que emite la enseñanza y el aprendiz, generando en éste último una capacidad crítica para que pueda discernir entre las opciones que se le presenten en la vida, manteniendo su propia posición.

Riquelme (2012) definió que “la educación es un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que los rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan tomar



decisiones sobre su propia salud". (p.22). Para este estudio fue importante conocer el proceso de aprendizaje para una dirección adecuada del programa Sonrisitas en beneficio de los padres y sus hijos.

Ruiz y cols. (2004) mencionó que la educación para la salud bucal debe ser considerado con el pilar que sustente todo programa asistencial futuro. La función del odontólogo es desempeñar funciones de educador para así motivar y lograr los cambios esperados en el paciente, crear hábitos saludables en él mejorando así su salud oral y evitar la aparición de posibles enfermedades. El paciente y su familia deben ser capacitados para que sean responsables de su propia salud dental. (p.13).

La Educación para la Salud (EpS) es una función social ya que contribuye a la conservación del grupo humano y desarrollo de la sociedad. Según Arce y Zamora(2010) es un proceso de aprendizaje continuo que se inicia al momento de nacer, se extiende durante toda la vida y lleva a la persona a cuidar y valorar su salud mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos de manera voluntaria, evitando situaciones y comportamientos de riesgo. (p.24)

La EpS tiene cuatro objetivos centrales:

Primero conseguir que las personas estén bien informadas sobre los problemas de la salud y la enfermedad. Segundo, lograr que adopten la salud como un valor fundamental. Tercero modificar los hábitos o conductas insanas y cuarto promover las conductas adecuadas para la salud.

La función del educador es conseguir que el comportamiento saludable se adquiera de la manera más fácil posible, mediante la elaboración de mensajes informativos y persuasivos, y haciéndolos llegar a la población. El proceso, o técnica, mediante el cual el mensaje alcanza a los educandos es el denominado «método de educación sanitaria», que se desarrollará más adelante.

Las actividades sanitarias educativas van dirigidas a individuos, grupos o poblaciones y deberían orientarse a los tres dominios del aprendizaje: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Y es así, ya que se considera que los determinantes internos del comportamiento son el resultado de la interacción de unos

conocimientos determinados (nivel cognitivo), unas actitudes concretas (nivel afectivo) y unas habilidades específicas (nivel psicomotor).

### **Principios de la Educación para la Salud**

Cuenca y Baca (2013) describió que son cuatro los principios básicos que deben servir de guía para la acción del personal de salud: 1) Los receptores de la EpS no son pasivos, sino sujetos activos en la relación educativa. 2) La EpS no es una simple transmisión de información científica, sino una auténtica intervención en la cultura de los individuos ya que incide en sus conocimientos, valores y comportamientos. 3) La EpS forma parte de la dinámica cultural, 4) Se debe modificar el prejuicio que comúnmente se presenta en el personal de salud al creer que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población (que no tienen sustento científico) representan un obstáculo en la intervención educativa.

### **Niveles de acción**

Cuenca y Baca (2013) , existen tres diferentes niveles de acción de la EpS: 1) El nivel masivo, intervención utilizada cuando es necesario cambiar conductas o actitudes muy arraigadas de la población en general. 2) El nivel grupal, intervención dirigida a grupos homogéneos de personas para abordar determinados problemas o aspectos de su salud. Gonzáles propone algunos grupos homogéneos prioritarios como el grupo materno-infantil, niños, adolescentes, pacientes especiales, etc. 3) Y finalmente, el nivel individual, donde la intervención es dirigida sólo a una persona para abordar un problema o aspecto determinado de su salud.

### **Campos de acción**

Cuenca y Baca (2013) La EpS cuenta con seis campos de acción: la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo, el consultorio y las universidades. Se educa en salud a la familia, considerando la edad de cada uno de los miembros, ya que tienen necesidades educativas diferentes de acuerdo a las distintas etapas de su vida (en la familia podemos encontrar niños, adolescente, adultos, embarazadas y adultos mayores).

Por otro lado, para algunos autores, la escuela es el ambiente perfecto para educar en salud, debido a que los estudiantes son niños y adolescentes, que atraviesan etapas en las que la adopción de nuevos comportamientos son más fáciles. Ellos tienen gran capacidad de asimilación y no han adquirido aún hábitos inadecuados o los tienen en poca cantidad. Para educar en salud en la escuela, no es necesario que existan asignaturas en las que sólo se toquen temas de salud, ya que éstos pueden ser abordados transversalmente incluyendo sus contenidos en las distintas materias que integran el currículum escolar. Otra manera de educar en salud en la escuela es a través de Programas de EpS y de Escuelas Promotoras de Salud.

En la comunidad, las agrupaciones de vecinos, líderes de la comunidad, medios de comunicación, centros de salud y consultorios particulares a través de los programas de salud participan para inculcar hábitos positivos, motivar el abandono de conductas nocivas e incentivar a los pobladores a participar activamente en la toma de decisiones que afecten a la salud de su comunidad.

Riquelme (2012) mencionó que el trabajo es otro ambiente que se encuentra íntimamente relacionado con la salud, no solo porque mediante esta actividad las personas logran acceder a una serie de situaciones favorables para el mantenimiento de un buen estado de salud, sino también porque el ambiente de trabajo puede influir en la salud de las personas. Por ello, es razonable que en el medio laboral surjan programas de EpS relacionados directamente con los métodos de prevención frente a los riesgos del trabajo, pero también programas para cuidar mejor la salud en general de los trabajadores (por ejemplo: programas de detección precoz del cáncer, control de la hipertensión, lucha anti-tabaco, etc.).

En el consultorio, diariamente el personal de salud (médicos, odontólogos, enfermeros, etc.) al explicar a cada paciente los cuidados que debe tener para su salud, las medidas preventivas frente a diferentes enfermedades o los alimentos adecuados para una dieta saludable, está educando a la población. En otras palabras, los profesionales en sus consultas privadas son también “educadores sanitarios activos”.

Finalmente, también se puede incorporar la temática de la EpS al ámbito académico o universitario con la finalidad de que los estudiantes valoren el cuidado de su salud y se fortalezca la participación de todos los miembros de la comunidad universitaria en la construcción social de salud. Ejemplos de aplicación de la EpS en este campo son las “Universidades Saludables”.

La educación para la Salud en Odontología, es una combinación de experiencias planeadas de enseñanza-aprendizaje diseñada para propiciar acciones voluntarias que conduzcan a la salud bucal. Lleva a la persona a cuidar y valorar sus estructuras bucales mediante la asimilación, interiorización y práctica de hábitos correctos, evitando situaciones y comportamientos de riesgo.

Los temas a enseñar deben estar en función a un diagnóstico previo de la población a la que nos vamos a dirigir. Esto nos servirá para conocer las necesidades de salud bucal específicas de ese grupo humano. Además, es importante contar con los recursos adecuados (humanos, financieros y de equipamiento) para poder realizar el proyecto educativo. Los temas para educar en salud bucal pueden ser diversos, pero algunos autores los enmarcan en la prevención de cuatro problemas fundamentales: caries dental, enfermedad periodontal, cáncer bucal y traumatismos dentofaciales.

### **La Organización mundial de la salud**

Con respecto a las directrices de salud oral en 1983 y 1989, se incluyeron como parte integrante de la estrategia de salud para Todos de la OMS para el año 2000. En el cual se analiza la influencia de diversos factores como la dieta y el flúor, y se marcan objetivos y estrategias para promocionar la salud bucodental. El programa de salud bucal en la OMS (1989) se basa en tres pilares:

La salud oral es integral y esencial para la salud general, la salud oral es un factor determinante para la calidad de vida por la interrelación entre salud oral y salud general, y los cuidados de salud oral reducen la mortalidad prematura.

Según Petersen (2003) se propone cuatro directrices estratégicas para alcanzarlos:

Reducir el impacto de la patología oral y sus consecuencias, especialmente en las poblaciones más pobres y marginadas.

Promover estilos de vida saludables y disminuir los factores de riesgo para la patología oral de origen medioambiental, económico y social.

Desarrollar sistemas de salud oral que mejoren de forma equitativa los resultados en salud oral, en respuesta a las demandas legítimas de la población.

Desarrollar políticas de salud oral basadas en la integración de la salud oral en los programas de salud nacionales y comunitarios, y realizar una promoción de la salud oral como una dimensión efectiva de la política social. (p.45)

Teniendo como base estas estrategias en la presente investigación para lograr los objetivos propuestos se va a fomentar mediante el Programa “Sonrisitas” la promoción de estilos de vida saludables a los padres de niños preescolares.

### **Programas de salud bucal en el Perú**

La revisión de artículos de programas educativos sobre salud bucal en etapa escolar con el fin de reducir el índice de enfermedades bucodentales, los cuales ocasionan necesidad de tratamientos rehabilitadores, siendo causantes de grandes pérdidas económicas las cuales afectan el desarrollo socioeconómico del país.

Programas como la fluorización del agua han favorecidos a varios países de Europa, Estados Unidos, Canadá, algunos países asiáticos y latinoamericanos como Chile, Argentina y Puerto Rico desde el año 1945. La OMS (1983) recomienda como valor guía 1.5 mg/L de fluoruro en las aguas. Sin embargo, una fracción de la población no recibe agua por acueductos, por lo cual no es una

medida preventiva adecuada a todos los países. En el Perú también se han ido implementando el flúor en el agua y luego en el transcurso de los años se incluye flúor en la sal, leche, pasta dental y colutorios como medida preventiva.

De la Fuente (2012) reportó en un grupo de escolares que “el IHOS inicial ponderado en 1.67, se redujo a 0.95 tras una intervención formativa en materia de higiene bucal y alimentación, complementada con tratamiento preventivo y rehabilitador”, demostrando así la eficacia de los programas de esta índole para promover el empoderamiento de la salud y la instauración de hábitos saludables.

Tapia (2016, p.54) en su estudio refiere que Perú es un país en vías de desarrollo y algunas de sus políticas de salud se centran en programas cuyo costo-beneficio sea positivo. La prevención en salud es una alternativa que produce ganancias a mediano y largo plazo y se sustenta en algunos casos, en la implantación de programas educativos para la salud. Por lo cual el éxito de un programa educativo en salud bucal se verá reflejado en la disminución de caries y enfermedad periodontal, siendo enfermedades desencadenadas la presencia de placa dentobacteriana y que conducen a corto, mediano y largo plazo a la pérdida de los órganos dentarios.

Los órganos dentarios son necesarios durante toda la vida; en el aspecto nutricional, porque son indispensables en la masticación y en el aspecto social, porque son instrumentos para comunicarnos a través del habla, y porque la sonrisa, es una expresión que incide en las relaciones sociales de manera positiva.

Ugalde (2016, p. 24) menciona que la ausencia o presencia de dientes, ya sea destruidos, con frecuencia provoca la pérdida de la autoestima y minimiza las posibilidades de una adecuada socialización del individuo. Asimismo, la presencia de infecciones y/o dolor en la cavidad bucal provocan ausentismo a nivel escolar y

laboral contribuyendo a cuantiosas pérdidas económicas en el país y, por consiguiente, afectando el crecimiento económico.

Si la población infantil iniciara los programas preventivos en una etapa temprana, es posible que lograra estar libre de enfermedades buco-dentales por un largo periodo (toda la vida), lo cual se traduciría en una buena inversión costo-beneficio a nivel familiar y comunitario.

De acuerdo a los autores Harris y García-Godoy (2010), la mejor manera de conservar la salud es a través de la prevención. Estos autores han desglosado a la estomatología preventiva en tres niveles diferentes:

Prevencción primaria: Utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que requiera tratamiento.

Prevencción secundaria: Emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

Prevencción terciaria: Utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria. (p.122).

De acuerdo a esta clasificación la mejor alternativa es la prevención primaria donde se actúa antes del inicio de la enfermedad, en este estudio queremos enfatizar la importancia de la prevención en salud bucal educando a los padres, los cuales serán encargados de transmitir hábitos saludables a sus hijos.

### **1.2.2. Bases teóricas de la variable Salud Bucal**

#### **Teoría de Promoción de la salud**

La teoría de Nola Pender es una teoría conocida como el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propone un marco apropiado para explorar las interacciones

entre las variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales que explican las conductas que las personas llevan a cabo para la mejora de su salud. Según Marriner (2007), en la teoría de Nola Pender refiere que el “Modelo de Promoción de Salud” sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos.

El MPS está formado por nueve conceptos que se ubican dentro de las siguientes tres categorías:

Primero, características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales). Segundo cogniciones específicas de la conducta y afecto (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades relacionadas al afecto), influencias interpersonales e influencia situacional, y; tercero, resultado conductual (conducta de promoción de la salud).

De acuerdo con Pender et al. (2006). Existen tres conceptos que no corresponden a las categorías mencionadas se ubican entre la cognición específica de la conducta y afecto y el resultado conductual, puesto que influyen en la conducta de promoción de la salud. Dichos conceptos son: demandas inmediatas que compiten con la conducta, preferencias inmediatas que compiten con la conducta, y; el compromiso con un plan de acción.

La primera categoría de características y experiencias individuales incluye las características que hacen únicas a las personas o las distinguen de otros individuos, así como las experiencias previas de los seres humanos.

El primer concepto de esta categoría es el de conducta previa relacionada, indica las experiencias pasadas que pueden influir en la probabilidad de comprometerse con una conducta, porque dichas experiencias son almacenadas en la memoria como barreras, emociones o afectos positivos y negativos que se pueden dar antes, durante o después de la conducta previa.

El segundo concepto de esta categoría son los factores personales que intervienen en la conducta de promoción de la salud, estos factores se clasifican



como biológicos (edad, índice de masa corporal, capacidad aeróbica, fortaleza, agilidad o balance), psicológicos (autoestima, automotivación y estado de salud percibido) y socioculturales (raza, cultura, educación y nivel socioeconómico).

Una característica importante, que deben tener en cuenta los profesionales de la salud al momento de crear intervenciones para modificar una conducta, es que algunos de los factores personales no pueden modificarse. Según Pender et al. (2006), Los conceptos de esta categoría influyen directamente e indirectamente en la conducta promotora de la salud. El efecto indirecto es a través de la influencia que ejercen en los conceptos de la categoría de cognición y afecto específico de la conducta.

La segunda categoría de cognición y afecto específico se considera el punto central de las intervenciones de salud, porque los conceptos que la forman son el objetivo a modificar por su alta influencia motivacional para llevar a cabo la conducta promotora de salud. Los conceptos afectan de forma directa la conducta de promoción de la salud o indirectamente a través de la probabilidad de comprometerse con un plan de acción.

El primer grupo de conceptos que forman parte de esta categoría son los beneficios, barreras y autoeficacia percibida, así como el afecto relacionado a la actividad. Los beneficios son representaciones mentales positivas que refuerzan las consecuencias con la conducta. Las barreras pueden ser imaginarias o reales y son las percepciones relacionadas a la dificultad o a la no disponibilidad. Las barreras frecuentemente son vistas como bloques mentales y costos personales de comenzar una conducta dada.

La autoeficacia percibida es otro concepto que forma parte de esta categoría. Es el juicio de la capacidad de uno mismo para organizar y llevar a cabo una acción en particular. Es más probable que las personas que se sienten eficientes y hábiles para ejecutar una conducta se animen a comprometerse en la conducta que aquellas que se sienten incapaces. La autoeficacia percibida está influenciada directamente por el concepto de actividades relacionadas al afecto y este afecta directamente el concepto de barreras.

Sobre el concepto de afecto, este está relacionado a la actividad hace referencia a los sentimientos subjetivos que ocurren previamente, durante o después de la actividad. Estas respuestas afectivas pueden ser leves, moderadas o fuertes y son etiquetadas y almacenadas en la memoria, para posteriormente ser asociadas con la conducta. Según Pender et al. (2006):

El afecto asociado con la conducta refleja una reacción emocional directa o nivel de respuesta hacia la conducta, el afecto puede ser positivo o negativo. Es más probable que las conductas asociadas a efectos positivos sean repetidas que las asociadas a afectos negativos. (p. 63).

El segundo grupo de conceptos que forman parte de esta categoría son las influencias interpersonales y situacionales. Las influencias interpersonales son cogniciones que pertenecen a las conductas, creencias o actitudes de otros. Estas cogniciones pueden o no pueden corresponder con la realidad. Las fuentes primarias de influencias interpersonales sobre la conducta de promoción de la salud son la familia, iguales y proveedores de la salud. Las influencias interpersonales incluyen las normas (expectativas de otros significativos), apoyo social (incentivo emocional e instrumental y el modelaje o aprendizaje a través de observar a otros comprometerse con la conducta de salud).

Las influencias situacionales (la percepción personal y cognición de cualquier situación o contexto) facilitan o impiden la conducta. Las influencias situacionales sobre la conducta de promoción de la salud incluyen la percepción de opiniones disponibles, características que demandan y rasgos estéticos del ambiente en el que se da una conducta.

Estas influencias hacen referencia a las situaciones que surgen de forma imprevista y que pueden afectar el llevar a cabo o no una conducta, según los deseos e intereses de las personas. Los conceptos de esta categoría pueden afectar de forma indirecta siendo un incentivo para comprometerse con un plan de acción o directamente la conducta de promoción de la salud (Pender et al., 2006, p.68).

El primer concepto dentro del modelo que queda fuera de las tres categorías principales es el compromiso con un plan de acción. Éste afecta de forma directa la conducta de salud, mediante el impulso que ejerce en los individuos. Pero el nivel de compromiso dependerá en gran medida de las categorías anteriores.

El segundo concepto es el de demandas y preferencias inmediatas que compiten con la conducta. Las demandas y preferencias inmediatas hacen referencia a las conductas alternas que intervienen en la conciencia como posibles cursos de acción inmediatamente antes de la conducta promotora de salud planeada y pueden desviar a la persona de realizar la conducta planeada.

Pender (2006) definió que las demandas que compiten son vistas como conductas alternas sobre las cuales los individuos tienen un bajo nivel de control tales como responsabilidades del trabajo o familia. El no atender estas demandas puede tener efectos desfavorables en el individuo u otras personas importantes para él o ella. Las preferencias que compiten son vistas como conductas alternas con poder para reforzar las propiedades sobre las cuales los individuos tienen relativamente un alto nivel de control. Las preferencias pueden desviar a la persona de la conducta promotora de salud a favor de la conducta que compete. De acuerdo Pender et al. (2006), “la capacidad de resistir a la preferencia depende de la capacidad de autorregulación” (p.70).

### **Teoría de Creencias de la Salud**

Dicha teoría apareció por primera vez como el Modelo de Creencias de Salud, elaborado por Kasl y Cobb (1966), y que se trata de un modelo fundamentalmente dinámico, que ha suscitado una amplia producción académica. Posteriormente, apareció en 1974, se publicó un número monográfico al Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974a, b), en el cual se revisaban los distintos hallazgos y se trataba de comprender por qué los sujetos se implican o no en determinadas acciones relacionadas con la salud.

Posteriormente, Janz y Becker (1984) llevaron a cabo una nueva revisión de las investigaciones realizadas en la década transcurrida entre su informe y el anteriormente citado, concluyendo que el modelo continuaba siendo un marco

teórico adecuado para explicar, al menos, el cumplimiento de las recomendaciones médicas de cuidado de la salud.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

De acuerdo con lo señalado por Maiman y Becker (1974), estos componentes se tradujeron a lo siguiente: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.)

Al respecto, Rosenstock (1974), ha señalado que las dimensiones de que consta el Modelo de Creencias de Salud serían la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (p.ej., Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, sean las médico-clínicas, como las sociales.

La existencia de esta dimensión no basta para orientar el curso de acción, el cual también dependería específicamente de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los *beneficios percibidos*.

En torno a las *barreras percibidas*, estas son los aspectos negativos de la conducta de salud que se opongan a su ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto.

### **Teoría Modelo Salutogénico**

Esta teoría busca comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades y tiene como objetivo de estudio a la prevención, considerando que el mero cuidado médico era sólo una parte de la totalidad del servicio que la salud pública.

Propuesto originariamente por Antonovsky, dicho modelo constaba de una doble dimensión, psicológica y social, un carácter eminentemente pragmático, y propone el análisis prospectivo cómo se genera, aumenta y mejora el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de las personas para conseguir un mayor bienestar y calidad de vida.

Antonovsky (1996). Esta teoría ha contrastado notoriamente con el modelo patogénico, puesto que se basa en la certidumbre y la variabilidad constante en la que se basa el modelo, en contraposición a la certeza y seguridad del modelo patogénico, el cual propuso que el organismo humano se encuentra dotado de un sistema perfecto, cuya armonía se ve destruida por un patógeno que lo destruye de forma aguda o crónica y de manera temporal o definitiva.

Contrariamente, el modelo salutogénico entiende a la persona como un ser inherentemente imperfecto, sometido a inevitables procesos aleatorios que le conducirán a una muerte segura, entendida como final de la vida. El ser humano cuenta con un entorno incierto y con universalidad de factores estresantes (Becker, Glascoff y Felts, 2010).

Ser capaces de asumir este hecho condiciona la salud de las personas (Antonovsky, 1979) afirma que la salutogénesis, se basa en identificar, definir y

describir cómo se consigue una buena salud, es decir, se centra en los factores protectores y el desarrollo personal para completar el conocimiento sobre cómo prevenir, tratar y manejar la enfermedad.

Antonovsky señaló que la salud depende de la gestión de la tensión, la cual si efectiva genera un impacto sobre la salud neutro o positivo; si, por el contrario, el manejo de la tensión no es efectivo la persona sufre las consecuencias físicas, mentales y/o sociales del estrés (Antonovsky, 1988). Dicha gestión cuenta con determinantes sociales de la salud, las experiencias vitales y los recursos generales de resistencia.

En síntesis, la propuesta de Antonovsky (1979) ha sido identificar los recursos, condiciones y factores que generan salud con el objetivo de promoverla consiguiendo así que las personas alcancen el máximo grado de bienestar según sus circunstancias personales y sociales (Lindström y Ericksson, 2005).

## **Salud bucal**

Según Petersen (2003), la salud bucal es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. Es importante que el gobierno implante programas de salud bucal y que se hagan efectivos para disminuir la alta prevalencia de enfermedades bucodentales en el país.

La OMS (2012) definió a la salud bucodental como:

La ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial.

En esta definición la OMS, se refiere a la salud bucal como la ausencia de las principales enfermedades bucales que afecten el bienestar general de una persona, pero también son importantes las actividades preventivas e impartición de conocimientos de salud bucal a la población.

Del Carpio (2003) refiere: “Las enfermedades bucodentales restringen actividades en la escuela, en el trabajo y en casa causando millones de pérdidas de horas de escuela y de trabajo cada año en el mundo” (p.12). Las consecuencias psicosociales de estas enfermedades son notorias porque perjudican las actividades cotidianas y las cuales disminuyen significativamente la calidad de vida de niños y afecta indirectamente a sus padres.

Según lo anteriormente expuesto la salud bucal se definiría como parte de salud general de una persona enfocada en todos los órganos que constituyen la cavidad bucal y su relación con otras estructuras a los procesos fisiológicos de masticación, fonación, respiración. Así como también la mantención de esta por medio de prevención y hábitos saludables.

## **Dimensiones de la salud bucal**

### **Dimensión 1: Conocimientos de Salud bucal**

Petersen (2003) mencionó que “tener conocimientos de hábitos de higiene bucal a edades tempranas es un fundamental para una salud bucal adecuada en los niños”. (p.34). Muchos padres de familia no se preocupan por la salud bucal de sus hijos por falta de conocimientos, es importante brindarles una información completa sobre higiene bucal y enfermedades bucodentales.

Martínez, Peña y García (2011), refirieron que los hogares son responsables de la educación para la salud bucal, no todos los padres tienen el nivel de conocimientos adecuados para transmitirlos a sus hijos, “muchos transmiten la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, perjudiciales al niño”. (p.500). Por estos motivos los odontólogos deben ejercer acciones

educativas para promover la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales, y así contribuir a la mejora de calidad de vida.

Según Cupe (2015) refirió que: “los padres creen que la enfermedad de caries dental en los dientes deciduos no tiene importancia, puesto que los dientes van a mudar de todos modos, pero estas lesiones de caries si representan riesgos”. (p.23). Los dientes temporales actúan como una guía para los permanentes, si se pierden muy pronto, pueden alterar el espacio para que salgan los dientes permanentes. Por lo tanto, la integridad de los dientes deciduos es importante para el mantenimiento de la longitud de la arcada, la oclusión y además cumple funciones de masticación, estética, fonética y el bienestar psicoemocional del niño.

Según Harris y García-Godoy (2001) describe:

La educación pública a nivel dental y la promoción de la salud bucal, tanto en Estados Unidos como en la mayor parte del mundo está siendo proporcionada por los diversos fabricantes de dentífricos que abogan por el cepillado dental diario y las visitas bianuales al odontólogo. (p.54).

Las marcas comerciales actualmente promocionan el uso de sus diversos productos, pero estos deberían ser prescritos por los profesionales de acuerdo a la necesidad de cada persona además la promoción de salud bucal debe ser dada por los establecimientos de salud y tener una cobertura a nivel nacional.

Esta dimensión presenta los siguientes indicadores:

### **Caries dental**

El término “caries” proviene del latín y significa descomponerse o echarse a perder, y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

Según Baca y Martínez (2013), “el término caries dental se ha utilizado para identificar tanto el proceso de la enfermedad de caries, como las lesiones cariosas (en cualquier estadio de evolución) que se forman como resultado”. Se



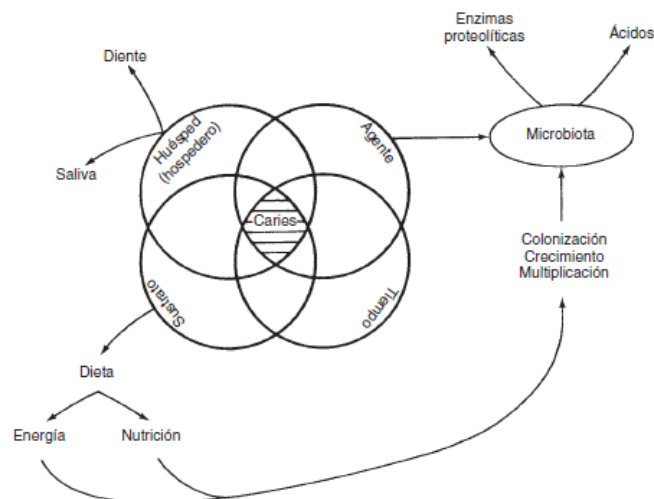
considera como un proceso continuo de enfermedad con diferentes estadios que oscilan desde cambios subclínicos en la subsuperficie del esmalte a nivel molecular hasta la completa destrucción del diente.

La OMS (2009) define la caries dental como “un proceso patológico localizado, de origen de origen externo, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando un reblandecimiento del tejido duro de los dientes y que evoluciona hacia la formación de una cavidad”.

Para Williams y Elliot (2010), “la caries es una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial”. (p.55). Esta definición nos habla de su etiología multifactorial cual nos indica que para contrarrestar esta enfermedad se debe intervenir en estos factores, siendo los principales el sustrato, dieta, microorganismos y el tiempo.

Elementos participantes en el proceso carioso:

Según Higashida (2009); la “caries es un proceso multifactorial”, por lo cual es necesario tomar en cuenta la acción simultánea de varios factores: el sustrato oral, los microorganismos, la susceptibilidad del huésped y el tiempo.



*Figura 1.* Esquema de Keyes modificado

Fuente: Tomado de Liébana JU, Microbiología Oral, 1997.

Los elementos de la caries dental son descritos a continuación:

### **Sustrato oral**

Según Higashida (2009) definió que la cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos al día por una persona, es decir, la dieta, puede favorecer o no la caries, ya que los alimentos pueden reaccionar con la superficie del esmalte o servir como sustrato para que los microorganismos cariogénicos formen placa bacteriana o ácidos. Los hidratos de carbono son precursores de polímeros extracelulares bacterianos adhesivos y al parecer son importantes en la acumulación de ciertos microorganismos en la superficie de los dientes.

Cameron y Wilmer (2011) consideró que la formación de ácidos es resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables; sin embargo, deben considerarse los siguientes factores: 1. Características físicas de los alimentos, sobre todo adhesividad. Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo y por ello son más cariogénicos. Los líquidos tienen adherencia mínima a los dientes, y en consecuencia poseen menor actividad cariogénica; 2. La composición química de los alimentos puede favorecer la caries. Por ejemplo, algunos alimentos contienen sacarosa y ésta es en particular cariogénica por su alta energía de hidrólisis que las bacterias pueden utilizar para sintetizar glucanos insolubles; 3. Tiempo de ingestión. La ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las comidas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas y 4. Frecuencia de ingestión. El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico. (p.125).

## Microorganismos

Cameron y Wilmer (2011) consideró el agente etiológico primario de la caries, ya que contiene bacterias acidogénicas y acidúricas como los (*Streptococcus* en especial “*mutans* y *sobrinus*” y los lactobacilos) asimismo, cuando el nivel de pH de la placa desciende de su nivel crítico, es decir 5.5, el ácido que se produce comienza a desmineralizar el esmalte, acción que se desarrolla rápido dependiendo del sustrato y el efecto de la saliva. (p.40)

Según Higashida (2009), el *Streptococcus mutans* es el microorganismo de mayor potencial cariogénico, aunque también son importantes *S. salivarius*, *S. milleri*, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. intermedius*, *Lactobacillus acidophilus*, *L. casei*, *Actinomyces viscosus* y *A. naeslundii*, entre otros. (p.126).

## Susceptibilidad del huésped (hospedero)

Higashida (2009) refirió lo siguiente:

Se ha observado que en un mismo individuo, ciertos dientes se afectan y otros no lo hacen, y que algunas caras de los dientes son más susceptibles a la caries que otras, aun en el mismo diente. Los factores son las características de los dientes como las zonas de retención en la superficie oclusal y la edad, puesto que los dientes son susceptibles antes de alcanzar la maduración post eruptiva. (p.127).

Romero, Vásquez y Couto (2009), consideraron entre los factores del huésped el componente genético o herencia: “Investigaciones realizadas, manifiestan una mayor prevalencia de caries en ciertas familias. Su razón se desconoce y se cree que es debido a hábitos dietéticos y de higiene oral y la influencia de factores genéticos” (p.99).

## **El tiempo**

Según Higashida (2009), La interacción de los factores mencionados requiere de tiempo para que se produzca la caries. (p.127).

### **Prevalencia de caries dental**

Según Ministerio de Salud del Perú (2005) en el último estudio nacional en Perú, la prevalencia de caries en escolares de 12 años de edad provenientes de instituciones educativas estatales fue de 86,6% con un índice de Cariado, perdido obturado por diente (CPOD) de 3,67 siendo un valor elevado entre los países de América Latina. Esta información nos da a conocer que los programas de salud bucal actuales en nuestro país tienen deficiencias y no han logrado disminuir significativamente los índices de caries en escolares.

Según recientes informes de la OMS (2012), “se obtuvo una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, ausencia de piezas dentales y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica”. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad.

El segundo indicador se describe a continuación:

## **Higiene bucal**

Según Ralph (1996), “la higiene bucal constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, puesto que elimina los residuos de comida de la boca, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral” (p.243), mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.

Gonzales (2012) en su estudio comentó que: “No existe un programa de higiene bucal para todos los pacientes. Un régimen de higiene oral debe ser individualizado según las necesidades y la capacidad del niño y de sus padres”. (p.65). Lo más importante, tanto para el niño como los padres deben estar

motivados y concientizados de tener buena salud bucal. El profesional odontólogo debe brindar información sobre las técnicas y los beneficios potenciales del hábito de higiene oral, para ayudar a los padres y al niño al logro de ese objetivo.

De acuerdo con las normas de la Asociación Dental Americana (ADA, 1981), “la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo más limpio, así como acostumbrar al niño a la manipulación de su boca”. (p.12). Generalmente se recomienda a los padres comenzar la higiene bucal del niño a partir del nacimiento. Para efectuar la higiene bucal en el bebé, se sugiere ofrecer un soporte físico seguro realizar movimientos lentos y cuidadosos. Moss (2004) sugirió que:” con una gasa sobre el dedo índice pase por los dientes y las encías una vez por día”. (p.33). Este procedimiento dará paso a la adaptación del bebé a una rutina de higiene diaria, permitiendo que los padres pueden comenzar a usar un cepillo dental de cerdas suaves cuando erupcionen mayor cantidad de piezas dentales.

Según Benavente (2012),” en el caso de los niños preescolares aún no han desarrollado la capacidad conceptual ni la destreza necesaria para eliminar con efectividad la placa bacteriana”. (p.6). En este caso los padres deben asumir la responsabilidad de cepillar y pasar el hilo de seda dental por los dientes de su hijo. Además, será un gran beneficio que los padres logren captar el interés y el entusiasmo del niño sobre su salud oral. Por ello después de que el padre haya realizado el cepillado dental, debe darse al niño la oportunidad de participar en sus procedimientos de higiene bucal diaria.

Para la realización adecuada de la higiene bucal son necesarios los elementos detallados en el cuadro a continuación:

Tabla 1

*Elementos de higiene bucal*

Elementos	Características	Tipos
<b>Cepillo dental</b>	-Presentan cerdas de nailon, la mayoría ofrece una gama de tamaños; formas y texturas (suave, mediana y dura).	Manuales, eléctricos
	-Los filamentos tienen por lo general un diámetro de 0,2 mm y terminan de forma redondeada y pulida.	
<b>Hilo dental</b>	-Está indicado cuando el punto de contacto y la papila son normales y está ocupado todo el espacio interdentario.	Acintado o redondo, varios grosores y diversos grados de torsión, encerado o no, multifilamento
	-Hill, Levi y Glickman hallaron que no hay diferencias estadísticas en el potencial de remoción de la placa, entre los hilos encerados y no encerados	

*Nota: Adaptado de Bordoni (2010)*

**Cepillado dental**

Según Bordoni, (2010, p.254) refirió en su libro:

En cuanto al cepillado dental, la población en promedio las personas utilizan el cepillo de dientes 30 segundos diariamente. Esta cantidad de tiempo resulta en un cepillado cosmético, el cual deja, durante corto tiempo, una sensación agradable de limpieza. El cepillado de los dientes terapéutico, profiláctico, encaminado a una remoción apropiada de los depósitos dento-bacterianos, requiere mucho tiempo, hasta 10 minutos, lo cual no es fácil de obtener en el acoso de la vida diaria moderna.

Los objetivos principales del cepillado dental son la eliminación de la placa bacteriana y los restos alimenticios, así como el estímulo de los tejidos gingivales. Por lo cual el tiempo dedicado al cepillado dental debe tener una duración mínima

de 3 minutos permitiendo abarcar las superficies dentarias con un número de suficientes de cepilladas.

La frecuencia del cepillado dental es la característica principal de un programa de higiene oral efectivo debido a que la higiene integral de los dientes con frecuencia necesaria para evitar la acumulación de placa bacteriana que pueden causar enfermedades dentales.

Hay varias técnicas de cepillado dental, las cuales se describen a continuación:

*Tabla 2*

*Técnicas de cepillado dental*

<b>Técnica</b>	<b>Posición de las cerdas y activación</b>	<b>Dirección del movimiento</b>	<b>Efecto esperado</b>
<b>Horizontal</b>	90° respecto a la superficie dentaria	Desplazamiento horizontal de ida y vuelta	-Limpieza supragingival -Estimulación gingival -Aceptada internacionalmente para su aplicación en niños
<b>Fones</b>	90° respecto al diente	Movimientos circulares largos sobre encía y dientes	Limpieza supragingival, pero insuficiente en subgingival
<b>Chartes</b>	90° respecto al diente, apoyado sobre el diente	Movimientos rotarios pequeños combinados con vibratorios, desplazándose desde gingival hacia oclusal.	Estimulación gingival
	-45° respecto del diente, dirigidas hacia el margen gingival, apoyadas sobre el surco gingival.	Movimientos vibratorios horizontales con una extensión de la mitad de diente, sin levantar las cerdas.	-Limpieza subgingival -Estimulación gingival
<b>Bass</b>	-Vertical en superficies oclusales  -Se ejerce ligera presión sobre el diente y el margen gingival		-Puede aplicarse en todas las áreas de la arcada dentaria.

*Nota: Tomado de Bordoni (2010)*

Según Bordoni (2014, p.342),” el uso de hilo dental requiere el desarrollo de una destreza medianamente compleja lo cual representa un inconveniente para los niños”, por lo cual es recomendable que el uso del hilo dental en la dentición

decidua se realice cuando los contactos interproximales están establecidos y sea realizado bajo la supervisión de los padres.

El tercer indicador de la dimensión de salud bucal:

### **Dieta**

Como ya se mencionó, la dieta tiene una función destacada en el desarrollo de la placa dentobacteriana.

Graf y Mühlemann, en 1966, haciendo referencia de la dieta y su relación con la caries dental descubrieron que, al ingerir manzana, deja un ácido libre durante las dos horas posteriores, por lo cual no se recomienda en las noches; sin embargo, el principal riesgo es la sacarosa

Otra investigación importante es la que realizó Harris (2001) en Hopewood House (Australia). Durante 10 años, ese autor estudió a niños de un internado que tenían dieta baja en hidratos de carbono refinados. A pesar de su higiene oral deficiente, casi no tenían caries. Al salir del internado y cambiar su alimentación por una dieta cariogénica, desarrollaron caries con rapidez.

Finalmente, el cuarto indicador:

### **Medidas Preventivas**

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (2011- 2012) para “disminución del riesgo de desarrollar caries de infancia temprana promueve medidas preventivas profesionales y caseras, que incluyen: implementar medidas de higiene oral a partir de la erupción del primer diente primario”. El cepillado debe ser realizado por sus padres dos veces al día, utilizando un cepillo de dientes suave adecuado a la edad.

Es fundamental la educación sobre higiene bucal a los padres en la etapa preescolar no solo para disminuir el riesgo de desarrollar caries dental sino también para que el niño adquiriera hábitos de higiene.



Bordoni, Escobar y Catillo (2010) refirieron que la aplicación de medidas preventivas requiere una fuerte participación de los niños, sus familias y las instituciones que los agrupan. Esta condición se muestra indispensable para abordar la percepción de la salud y lograr prácticas saludables, especialmente en higiene oral. Se ha comprobado la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a familias como un método para la prevención de la caries dental en programas comunitarios.

Según el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (2011) refirió que en “México las enfermedades bucodentales intervienen determinantes, tales como, hábitos alimentarios e higiénicos y la educación para la salud, entre otros.” (p.65). Así mismo menciona que la atención es más de tipo curativo que de tipo preventivo, situación que debe revertirse, dando más énfasis a la atención preventiva ya que el costo de la atención curativa es muy alto. Es una situación similar en nuestro país donde el alto índice de caries se debería disminuir con medidas preventivas en etapas tempranas y no realizando atenciones curativas como se viene manejando actualmente.

Sin lugar a dudas el componente más importante en cualquier programa exitoso de prevención son los fluoruros.

De Luca (2015) argumentó que: “La eficacia del ion flúor para prevenir la aparición de la caries dental ha sido demostrada ampliamente, sin embargo, el odontólogo está más consciente del uso tópico del flúor que de su uso sistémico”. (p.34). Por lo cual es recomendable informarse bien sobre su uso apropiado y de preferencia con prescripción de un profesional.

Los métodos locales se utilizan como sustitutos o complemento de la vía sistémica una vez el diente se halla en la cavidad bucal. Las vías de administración de flúor según Ralph (1996) fueron:

Vía sistémica. - El agua, la sal, la leche y comprimidos o tabletas.

Vía local. - Topificaciones, enjuagatorios, cremas dentales y geles. (p.267).

La fluorización puede utilizarse a nivel masivo o a nivel individual dependiendo de los objetivos de la medida preventiva y de las necesidades de la comunidad.

## **Dimensión 2 Control de placa bacteriana**

Petersen (2003) con respecto al control de placa bacteriana afirmó: “Es importante educar a los padres en relación a las técnicas de higiene bucal adecuadas”. (p.34). Puesto que en la familia donde se debe enseñar al niño cómo cepillarse, así como usar el hilo dental; sin embargo, muchos padres no tienen conocimientos adecuados de las prácticas de higiene bucal y además no toman importancia a la dentición decidua; pero esta es muy importante para el desarrollo de los dientes permanentes, por tanto, y se debe fomentar en la familia los conocimientos dirigidos a velar por la higiene bucal.

De la Fuente (2012) refirió que la materia alba y el cálculo dental son importantes predictores de caries y precisamente, los indicadores considerados en el índice de higiene oral simplificado. Uno de los principales indicadores para determinar riesgo de caries dental es el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), pues según Koch (2011, p.43) permite valorar de manera cuantitativa la extensión coronaria de residuos y de cálculo supragingival, determinando si la higiene bucal es buena (0,0-1,2), regular (1,3-3,0) o mala (3,1-6,0).

De tal forma se consideran como bajo riesgo de caries dental el rango de valores calificados como buena higiene bucal y, por el contrario, dicho riesgo se incrementa en forma directamente proporcional a valores superiores.

En el ámbito local de acuerdo a la Directiva sanitaria para la intervención de la salud bucal de preescolares de la Dirección de Salud Lima Este RD N° 00236-2012-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ se tiene como modelo la ficha de evaluación de detección de placa bacteriana para el registro del IHOS usado en la presente investigación.

## **Placa bacteriana**

Higashida (2009) definió que:

La placa dentobacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en las superficies de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales (incluso las prótesis). Se forma cuando existen condiciones adecuadas para las bacterias, como el estancamiento de alimentos, disponibilidad de nutrientes, problemas de inflamación o de inmunidad del individuo, por falta de higiene bucal adecuada, y es muy importante en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación del tártaro. (p.63).

La placa bacteriana, es considerada como uno de los principales agentes etiológicos de la caries dental.

### **Tipos de placa dentobacteriana**

Higashida (2009) clasificó según su localización, la placa dentobacteriana puede ser supragingival, subgingival, de fosas y fisuras, proximal y radicular.

#### **Placa dentobacteriana supragingival**

La placa dentobacteriana supragingival se extiende desde el margen libre de la encía hasta la corona del diente. Su composición varía de un individuo a otro, de un diente a otro e incluso en un mismo diente. Pero en general está constituida por microorganismos y matriz orgánica intercelular. (p.67).

#### **Placa dentobacteriana subgingival**

La placa dentobacteriana subgingival se localiza a partir del margen gingival en dirección apical. Su formación se favorece cuando el pH del surco es más alcalino que el de la saliva y el líquido gingival tiene mayor cantidad de sales. Hay poca matriz intercelular, salvo en las zonas adheridas al diente, por lo cual las fuentes nutricias son endógenas (líquido gingival o interbacteriano). (p.68).

#### Placa dentobacteriana radicular

Ésta se desarrolla cuando el cemento radicular se expone al microambiente bucal, ya sea por retracción gingival en edad avanzada o por enfermedades del periodonto. También se forma en áreas interproximales y a lo largo de la unión cemento-esmalte. (p.70).

Según Cuenca y Col. (1994) “el cepillado es un tipo de control de placa llamado control mecánico. Otro tipo de control, es el químico, el cual no sustituye al mecánico dado que solo es un complemento”. (p.122). Entre los elementos químicos los más usados son los derivados del triclosán, derivados fluorados, clorhexidina, entre otros y sus formas de administración se encuentran entre colutorios, aerosoles, geles y barnices.

### **1.3 Justificación del estudio**

Esta investigación se justifica en 3 aspectos teórico, práctico y metodológico.

#### **Justificación Teórica**

En el aspecto teórico es importante llevar un estilo de vida saludable durante todas las etapas de nuestra vida para obtener un buen estado de salud. Uno de estos aspectos importantes es tener una buena higiene bucal debido a su relación con la alimentación y nutrición. Considerando que para ello debe formarse buenos hábitos de higiene bucal desde las primeras etapas de vida.

La etapa preescolar es una etapa en la que se forman los hábitos saludables. Esto involucra a los padres de familia, así como el medio en que se desarrolla el niño.

El estudio nos brindará un acercamiento sobre conocimientos y hábitos que tienen las madres sobre la salud bucal de sus hijos. De tal manera que la utilidad de estos resultados mejorará la salud bucal en niños mediante las intervenciones educativas efectivas a los padres.

### **Justificación Práctica**

Los programas preventivo-educativos en materia de salud bucal son de gran importancia, debido a que la patología bucal afecta a un gran número de niños, originando secuelas severas a nivel bucal y sistémico; es por ello que la educación es el medio ideal para promover conocimientos sobre salud bucal, su prevención y control, especialmente en grupos de alto riesgo como lo representan los niños menores de 3 años.

Los padres tienen un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación de comportamiento frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que se consiga salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.

### **Justificación Metodológica**

En cuestión a la metodología, la importancia de esta investigación se fundamenta en su aporte epidemiológico, pues el diagnóstico permitirá no sólo identificar los conocimientos que manejan los padres en cuanto a la caries y los hábitos de higiene bucal que practican y enseñan a sus hijos, sino también medir el Índice de Higiene Oral Simplificado en los infantes, el cual es un método universal que permite determinar la magnitud del riesgo de caries en poblaciones humanas, sirviendo por ello también como fuente de datos confiables para otros estudios ; y también para la planificación y aplicación de acciones preventivas en dicha institución.

## **1.4. Problema**

### **Formulación del problema**

#### **Problema General**

¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086,

San Juan de Lurigancho, 2017?

## **Problemas Específicos**

### **Problema específico 1**

¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en el nivel de conocimientos de salud bucal de los padres de niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho?, 2017?

### **Problema específico 2**

¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en el control de placa bacteriana en niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017?

## **1.5 Hipótesis**

### **Hipótesis general.**

La aplicación del Programa “Sonrisitas” dirigido a padres mejora la Salud Bucal de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

### **Hipótesis específicas:**

#### **Hipótesis específica 1**

La aplicación del Programa Educativo “Sonrisitas” el nivel de conocimientos de salud bucal de padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

#### **Hipótesis específica 2**

La aplicación del Programa Educativo “Sonrisitas” mejora el control de placa bacteriana de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

## **1.6 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en la Salud Bucal dirigido a padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

### **Objetivos específicos:**

#### **Objetivo específico 1**

Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en los conocimientos de salud bucal de los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

#### **Objetivo específico 2**

Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” el control de placa bacteriana de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**



## 2.1. Variables

### Definición conceptual

**Variable independiente:** Programa Educativo

Según Espinoza (2013) definió que “Los programas de promoción de salud, son un conjunto de actividades de aprendizaje y recursos planificados sistemáticamente, orientadas a la mejora de salud”. (p.102)

**Variable dependiente:** Salud bucal

Según la OMS (2012) definió la salud bucal como:

La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (p.12)

## 2.2. Operacionalización de variables

Variable Independiente: Programa Educativo “Sonrisitas

El programa de aplicación se compone de un proceso de educación para la salud bucal como medio para mejorar la salud oral de los niños en etapa preescolar.

Siendo una variable sujeta de manipulación no se ha operacionalizado ya que es medio para modificar el estado de la variable dependiente.

Tabla 3

*Sesiones Educativas del Programa Sonrisitas*

Sesiones educativas	Tema
1	Importancia de la salud bucal en infantes
2	Etiología y proceso de la caries dental.
3	Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos
4	Técnicas de higiene bucal en bebés
5	Técnicas de higiene bucal en niños
6	Tratamientos preventivos
7	Técnicas de higiene bucal en niños
8	Tratamientos preventivos en niños
9	Usos del flúor
10	Maloclusiones

*Nota:* Elaboración propia

Variable dependiente: Salud bucal

Tabla 4

*Matriz de Operacionalización de variables*

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Salud bucal	Es la salud de la cavidad bucal relacionada a la salud general	Conocimientos de Salud Bucal	Caries dental	1, 2; 3; 4; 5	Correcta=1 Incorrecta=0	0 a 7= Baja 8 a 14 =Regular 15 a 20= Alta
			Prevención	6; 7; 8; 9; 10		
			Dieta	11; 12; 13; 14; 15		
			Higiene bucal	16; 17; 18; 19; 20		
		Placa bacteriana	Revelador de placa bacteriana	2	<u>Suma 1/3 sombreados</u> Número de dientes	0 a 0.6= Buena higiene bucal 0.7 a 1.8= Regular higiene bucal 1.8 a 3= Mala higiene bucal

Nota: Adaptación de Rangel (2015)

### **2.3. Metodología:**

Hipotético deductivo

Bernal (2006, p.56) manifiesta que este método consiste en un” procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o aceptar tales hipótesis deduciendo de ellas, conclusiones que deben confrontarse con los hechos”. El método hipotético deductivo nos permite probar la verdad o falsedad de las hipótesis que no se pueden demostrar directamente. En el presente estudio se va a probar si las hipótesis propuestas se aceptan o se refutan.

### **2.4. Tipo de estudio:**

Aplicado

Valderrama (2013) refiere que se denomina también activa, dinámica, práctica o empírica. Puesto que está muy ligada a la investigación básica, depende de sus descubrimientos y aportes teóricos para solucionar sus problemas, con un fin de brindar bienestar a la sociedad. (p. 164)

En este estudio se aplicó un programa educativo mediante estrategias y actividades de educación para la salud en sesiones de aprendizaje a padres de familia con la finalidad de mejorar la salud bucal de sus hijos preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086-San Juan de Lurigancho. Esta información nos servirá como apoyo para extrapolar el uso del programa en otra población.

### **Nivel de la investigación:**

Explicativo

Yuni y Urbano (2006) refiere que los estudios explicativos se caracterizan por determinar las relaciones de causa y efecto de fenómenos observados, además de la causalidad se puede establecer cuáles son las magnitudes de cambio. (p.81).

En tal sentido esta investigación se determinó el estado de salud de los niños en relación con el nivel de conocimientos de los padres, y si este al incrementarse influencio en el estado de salud del niños

## **2.5. Diseño:**

Experimental con subtipo Cuasiexperimental

Hernández, Fernández y Baptista (2010) definieron que en el diseño cuasiexperimental los sujetos no se asignan al azar lo grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos. (p.148). En la presente investigación correspondió al estudio cuasiexperimental con grupo control y grupo experimental, la cual estuvo formada de manera intacta por tres secciones cada una de la Institución educativa Inicial N°086. La estructura de diseño fue:

GE: O1... X... O2

GC: O3..... O4

Dónde:

GE: Grupo Experimental de la sección “amorosos”, “cariñosos” e “investigadores”.

GC: Grupo Control de la sección “generosos”, “bondadosos” y “colaboradores”.

O1, O3: Mediciones Pretest del estado de salud bucal

O2, O4: Mediciones Postest del estado de salud bucal

X: Aplicación – experimentación Aplicación del Programa Sonrisitas

## **2.6. Población, muestra y muestreo**

### **2.6.1. Población:**

La población estará constituida por los 201 preescolares de 3 a 5 años y sus padres que asistieron a la Institución Educativa Inicial N° 086 en el año 2017.

## **Criterios de Selección:**

Criterios de inclusión:

- Niños de 3 a 5 años.
- Niños cuyos padres firmen el consentimiento informado (Anexo 4).

Criterios de exclusión:

- Niños con enfermedades sistémicas
- Niños con terapia antibiótica mayor a 2 semanas.

### **2.6.2. Muestra:**

La muestra estuvo constituida por 130 niños que acuden al IEI N°086 con sus respectivos padres. De los cuales 65 que pertenecen a dos aulas (generosos, bondadosos y colaboradores) conforman el grupo control y 65 de las aulas (amorosos, cariñosos e investigadores) conforman el grupo experimental.

### **2.6.3. Muestreo**

El muestreo seleccionado fue no probabilístico por conveniencia.

## **2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.7.1. Técnica de Recolección de datos**

Para el desarrollo de la investigación se utilizará la técnica de encuesta por el modo de estudio y el tiempo de aplicación, se usará el instrumento prueba objetiva de selección simple.

En ese contexto según Hernández (2014) la encuesta es lo adecuado para el recojo de datos en un solo momento y a grandes muestras, en la presente investigación se usa esta técnica ya que la muestra fue de 130 niños y sus padres que asistieron en los meses de abril y junio a la IEI N°086.

Tabla 5

*Técnicas e instrumentos de recolección de datos*

Variable	Técnicas	Instrumentos
Salud bucal	Encuesta	Prueba objetiva de Conocimientos de salud bucal
	Guía de observación	Índice de higiene oral simplificado

El cuestionario de conocimientos de salud bucal se aplicó según escala dicotómica:

1. Correcta
0. Incorrecta

### 2.7.2. Instrumento de Recolección de datos

#### Prueba objetiva

En esta prueba objetiva se evaluaron los conocimientos de los padres sobre salud bucal, en los siguientes aspectos caries dental, prevención, dieta e higiene bucal. (Anexo 2)

Esta prueba cuenta con 20 preguntas y respuestas de tipo dicotómicas (Correcta e incorrecta). Previamente se dará un consentimiento informado a los padres que desean participar en este estudio (Anexo 4). Los padres que estén de acuerdo realizarán un test inicial para determinar el nivel de conocimientos de los padres.

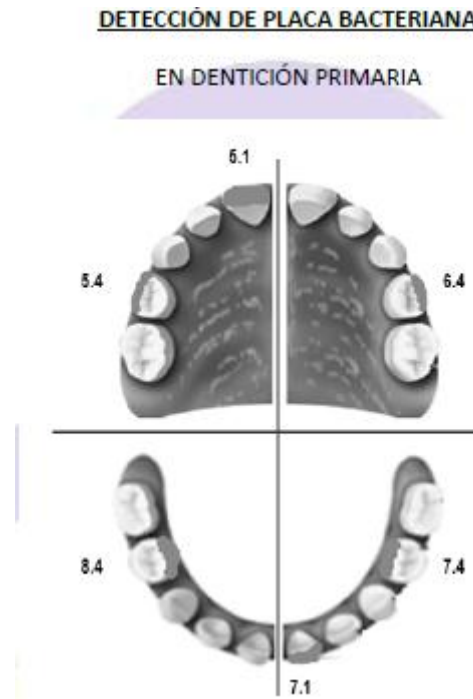
#### Guía de observación

En la guía de observación se consignaron los datos obtenidos del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) según la Directiva Sanitaria N° 003-2012-DISA IV LE/DESP. (Anexo 3)

Se realizará un IHO-S inicial a los niños que cumplan los criterios de inclusión y tengan consentimiento informado, estos datos se llenarán en una ficha conteniendo los datos y resultados del niño.

Los niños serán conducidos a un área establecida donde se le realice el IHO-S para lo cual se tendrá una mesa de trabajo y una silla. El procedimiento consistirá en la colocación de líquido revelador en las piezas dentales determinadas según

la figura 2 (54, 51, 64, 74, 71 y 84) por medio del uso de un hisopo embebido, luego se enjuagarán la boca. Luego se procederá a realizar la observación del nivel de pigmentación de las piezas y se consignaran en la ficha de cada niño.



*Figura 2.* Zonas de detección de placa bacteriana

Finalmente se obtuvo si los niños tienen una buena, regular o mala higiene oral, y a los padres de los niños que tengan regular o mala higiene oral se les realizaron las charlas educativas descritas en el programa educativo. (Anexo 5).



### 2.7.3. Ficha Técnica

*Tabla 6*

*Ficha técnica de la prueba objetiva*

<b>Nombre:</b>	Conocimientos sobre salud bucal de los padres de preescolares
<b>Elaborado por:</b>	Cupé-Araujo y García-Rupaya (2015). Adaptado por la investigadora
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Padres de niños que asisten a la I.E.I. N°086
<b>Duración:</b>	Aproximadamente 15 minutos
<b>Finalidad:</b>	Determinar los conocimientos de salud bucal de los padres de niños preescolares
<b>Materiales:</b>	Hojas bond, lapiceros, copias.

### 2.7.4. Validez y confiabilidad de los instrumentos.

La validación se realizó a través del juicio de expertos.

#### Validez del instrumento

En el presente proyecto se validó el instrumento de prueba objetiva de selección simple que mide los conocimientos de los padres sobre salud bucal, el contenido del cuestionario fue validado a través del juicio de expertos. Los expertos especialistas en el tema.

*Tabla 7*

*Resultados de validez del instrumento*

Validador	Resultado
Dra. Karen Zevallos Delgado	Aplicable
Dr. Manuel Espinoza Cruz	Aplicable
Mg. Alexander Ríos Ríos	Aplicable

*Nota: Tomado de certificados de validez del instrumento*

De acuerdo a la tabla 7, la prueba objetiva: Conocimientos de salud bucal de los padres de preescolares, es validado por 3 expertos los cuales lo consideran como un instrumento aplicable.

### **Confiabilidad del instrumento.**

Confiabilidad de estos instrumentos se realizó según el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson cuya fórmula determina el grado de consistencia y precisión. La escala de confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se calculará el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson, pues se requiere una sola administración del instrumento de medición. (Hernández y Baptista, 2010).

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \cdot \frac{S_t^2 - \sum p \cdot q}{S_t^2}$$

Dónde:

$r_{tt}$  = Coeficiente de Kuder Richardson

K = Número de ítems del instrumento

p = Porcentaje de personas que responden correctamente cada ítem

q = Porcentaje de personas que responden incorrectamente cada ítem

$S_t^2$  = Varianza total del instrumento

*Tabla 8*

### *Resultado de confiabilidad del instrumento*

Kuder Richardson	N° de elementos
0,80	30

En la tabla 8 se puede apreciar que el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson tiene un valor de 0.80 lo cual nos indica que su nivel de confiabilidad es fuerte.

## **2.8. Métodos de análisis de datos**

Los datos obtenidos mediante el cuestionario dirigido a los padres, así como también el examen clínico con del Registro de IHOS serán organizados, codificados, tabulados y graficados mediante una base de datos en el software estadístico SPSS 20.0 empleando la estadística descriptiva, para obtener frecuencias y porcentajes que será plasmado en el análisis interpretativo. Se aplicó prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para identificar el tipo de distribución de las variables, considerándose una distribución normal los valores de  $p > 0.05$ .

Luego se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para hallar la diferencia entre el pretest y posttest del nivel de conocimiento de los padres y el Registro de IHOS de sus hijos.

## **2.9. Aspectos éticos**

A cada madre o padre participante se le entregará un consentimiento informado, el cual explicará brevemente el objetivo y la importancia de este estudio. (Anexo 4). Solo aquellos que estén de acuerdo y firmen dicho consentimiento participarán con sus hijos en el presente estudio.

### **III. RESULTADOS**

### 3. Resultados parte descriptiva.

En este capítulo se presenta los datos recolectados, considerando el objetivo de estudio: determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en la Salud Bucal en niños preescolares la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.

**3.1** Resultados de la variable salud oral presenta 2 dimensiones cuyos resultados presentamos a continuación:

*Tabla 9*

*Nivel de conocimientos de los padres de preescolares del grupo control y grupo experimental*

Grupo	n	Pretest		Postest	
		Media	DE	Media	DE
Experimental	65	11.85	1.88	16.75	1.33
Control	65	14.52	2.13	14.46	2

En la tabla 8 se observa que con respecto al conocimiento de los padres que la media en el grupo control en la prueba son similares entre ellos mientras en el grupo experimental se obtuvo 11.85 en el pretest y 16.75 en el postest.

*Tabla 10*

*Índice de higiene oral e los preescolares del grupo control y grupo experimental*

Tiempo	n	Control		Experimental	
		Media	DE	Media	DE
Inicio	65	2.26	0.41	2.13	0.42
Final (45 días)	65	2.25	0.42	1.28	0.33

En la tabla 9 se observa que con respecto índice de higiene oral de los niños, que la media en el grupo control en la prueba son similares entre ellos mientras en el

grupo experimental se obtuvo 2.13 en el pretest y 1.28 en el postest. (Considerando que de 0 a 0.6, es buena higiene; 0.7 a 1.8 es regular higiene y de 1.8 a 3 es mala higiene bucal).

Tabla 11

*Estado de salud bucal de padres e hijos preescolares en el Pretest y Postest*

		SALUD BUCAL PRE			SALUD BUCAL POST			
		BAJA	REGULAR	BUENA	BAJA	REGULAR	BUENA	
Grupo	control	Recuento	3	58	4	4	55	6
		%	4,6%	89,2%	6,2%	6,2%	84,6%	9,2 %
	experimental	Recuento	26	39	0	1	28	36
		%	40%	60%	0,0%	1,5%	43%	55,5%

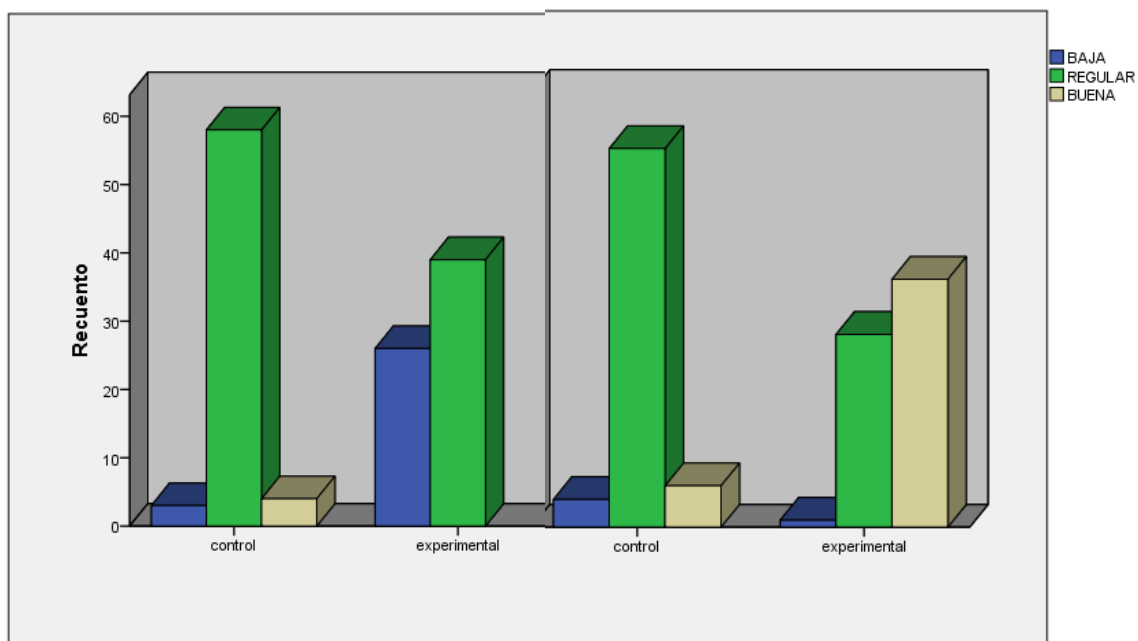


Figura 3. Estado de salud bucal de padres de niños preescolares en el Pretest y Postest

En la tabla 10 y figura 3 se observa en el pretest que con respecto a la dimensión conocimientos de salud bucal, en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L.,

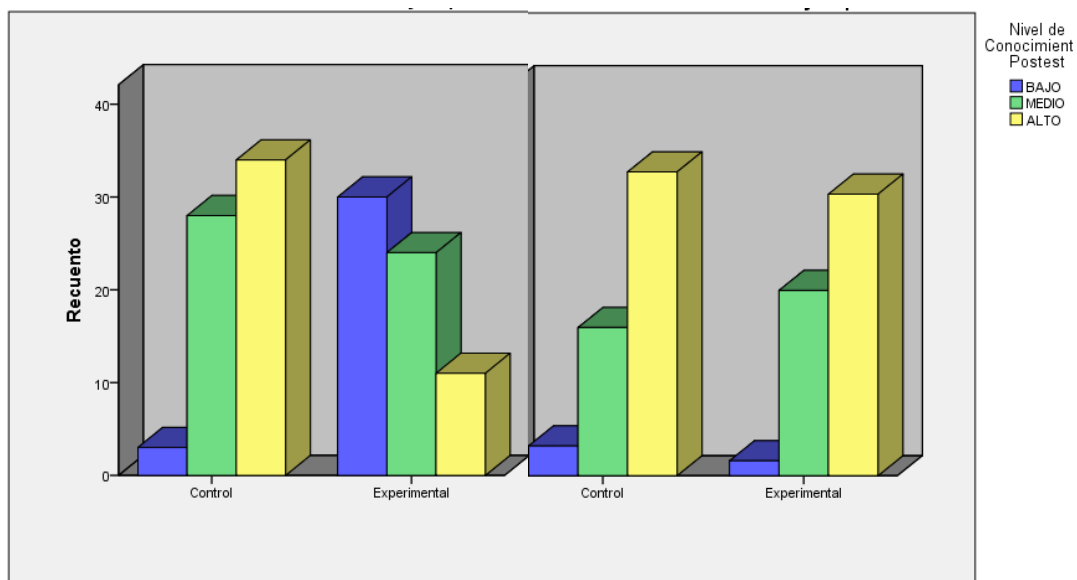
2017, en el grupo experimental 40% presento un nivel bajo, 60% un nivel medio y 0% un nivel alto.

También se observa que en el postest con respecto a la dimensión conocimientos de salud bucal, en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017, en el grupo experimental 1,5% presento un nivel bajo, 43% un nivel medio y 55,5% un nivel alto.

*Tabla 12*

*Nivel de conocimientos de salud bucal de padres en el Pretest y Postest*

		Nivel de conocimientos- Pretest			Nivel de conocimientos- Postest			
		BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	
Grupo	control	Recuento	3	28	34	4	20	41
		%	4,6%	43,1%	52,3%	6,2%	30,8%	63,1%
	experimental	Recuento	30	24	11	2	25	38
		%	46,2%	36,9%	16,9%	3,1%	38,5%	58,4%



*Figura 4.* Nivel de conocimientos de salud bucal de padres en el Pretest y Postest

En la tabla 11 y figura 4 se observa en el Pretest que con respecto a la dimensión conocimientos de salud bucal, en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L.,

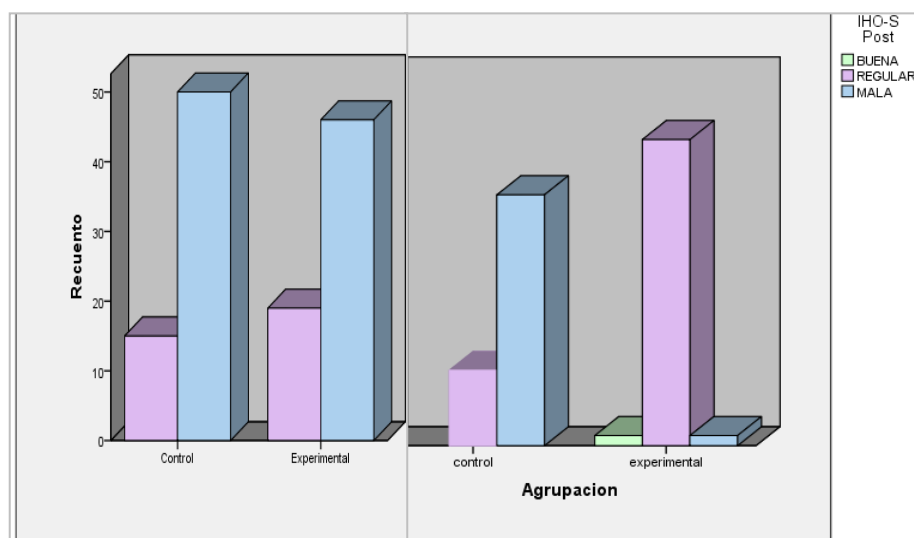
2017, en el grupo experimental 46,2% presento un nivel bajo, 36,9% un nivel medio y 16,9% un nivel alto.

También se observa que en el Postest con respecto a la dimensión conocimientos de salud bucal en el Postest, en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017, en el grupo experimental 3,1% presento un nivel bajo, 38,5% un nivel medio y 58,4% un nivel alto.

*Tabla 13*

*Control de placa bacteriana de los preescolares en el Pretest y Postest*

		IHO Pretest			IHO Postest			
		MALA	REGULAR	BUENA	MALA	REGULAR	BUENA	
Grupo	control	Recuento	50	15	0	50	15	0
		%	76,9%	23,1%	0	76,9%	23,1%	0,0%
	experimental	Recuento	46	19	0	2	61	2
		%	70,8%	29,2%	0	3,1%	93,8%	3,1%



*Figura 5. Índice de higiene oral de los preescolares en el Pretest y Postest*

En la tabla 12 y figura 5 se observa que, con respecto a la dimensión de control de placa bacteriana, en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017, en el



grupo experimental 70,8% presento un nivel bajo, 29,2% un nivel medio y 0% un nivel alto.

También se observa que con respecto a la de control de placa bacteriana en la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017, en el grupo experimental 3,1% presento un nivel bajo, 93,8% un nivel medio y 3,1% un nivel alto.

### Prueba de normalidad

*Tabla 14*

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
SALUD BUCAL POST	,381	130	,006
SALUD BUCAL PRE	,437	130	,007

En la prueba de normalidad se observa que el resultado para la salud bucal en el pretest y posttest presenta un valor de significancia  $p = 0.006 < \alpha = 0.05$ , por lo cual se deduce que los datos son no normales.

### 3.2 Validación de hipótesis

#### Hipótesis General

**Ho:** No existe mejoría de la salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres y niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

**Ha:** Existe mejoría de la salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres y niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

Tabla 15

*Prueba de U de Mann - Whitney del estado de salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de preescolares según el Pretest y Postest*

Prueba de U Mann-Whitney		
	Salud Bucal Pre	Salud Bucal Post
U de Mann-Whitney	1287,000	1109,000
W de Wilcoxon	3432,000	3254,000
Z	-5,076	-5,561
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

Como  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$  y  $z = -5,661$ , entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna; comprobándose de este modo que: La aplicación del Programa “Sonrisitas” dirigida a padres mejora significativamente los la salud bucal de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

### Hipótesis específica 1

La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora los conocimientos sobre salud bucal de los padres los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

**Ho:** No existe mejoría de los conocimientos sobre salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

**Ha:** Existe mejoría de los conocimientos sobre salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

Tabla 16

*Prueba de U de Mann - Whitney de los conocimientos sobre salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de preescolares según el Pretest y Postest*

Prueba de U Mann-Whitney		
	Conocimientos Pre	Conocimientos Post
U de Mann-Whitney	918,000	1812,500
W de Wilcoxon	3063,000	3957,500
Z	-5,578	-1,411
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,158

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

Como  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$  y  $z = -1,411$ , entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna; comprobándose de este modo que: La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora significativamente los conocimientos de los padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

## Hipótesis específica 2

La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora el control de placa bacteriana de los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

**Ho:** No existe mejora del control de placa bacteriana al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017

**Ha:** Existe mejora del índice de higiene oral al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

Tabla 17

*Prueba de U de Mann - Whitney en el índice de higiene oral al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los preescolares según el Pretest y Postest*

Prueba de U Mann-Whitney		
	IHO Pre	IHO Post
U de Mann-Whitney	1982,500	511,000
W de Wilcoxon	4127,500	2656,000
Z	-1,012	-8,547
Sig. asintót. (bilateral)	,312	,000

Nivel de significancia  $\alpha = 0.05$

Regla de decisión: Sí  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$ .

Como  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$  y  $t = -8,547$ , entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna; comprobándose de este modo que: La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora significativamente los conocimientos de los padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

## **VI. DISCUSSION**

La investigación tiene como propósito determinar la efectividad del programa educativo sobre la condición de salud bucal en padres e hijos preescolares de una la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017. Revisando otras literaturas son pocos los estudios hallados sobre el tema, entre ellos los que se realizaron por los autores Rangel, De Luca, Muñoz, Sánchez y Velásquez, con los cuales se compararon los resultados con los de la investigación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que el índice de higiene oral del grupo experimental, durante el pre test y pos test, se observó que la proporción de índice de higiene oral durante el post test fue 93.1% regular, siendo este significativamente mayor que el pre test ( $p < 0.05$ ). En cambio, la proporción de índice de higiene oral malo en niños fue de 3.1% durante el post test, la cual es significativamente menor que la proporción de 70.8% observada en el pre test ( $p < 0.05$ ). Sin embargo, en el grupo control, tanto en el pre test como en el post test no se observa ninguna diferencia significativa entre las proporciones de niños con índice de higiene oral bueno y regular ( $p > 0.05$ ). Similar al estudio de Sánchez (2012) realizó un ensayo clínico con el objetivo de evaluar la influencia del “Programa Salud Bucal con Buen Trato” (PSBBT) de la ONG Eduvida en una población de 1360 estudiantes peruanos de etapa preescolar y escolar, midiendo el nivel de higiene oral antes y después del programa, así también los niveles de conocimientos de salud oral, en un periodo 3 años donde se realizó instrucciones de cepillado, sesiones, talleres. Tomando en cuenta a la muestra en etapa preescolar, en este caso el porcentaje de índice de higiene obtuvieron una diferencia significativa, pero los valores fueron diferentes teniendo que, en el pretest en el grupo experimental, la proporción mayor fue 43.2 % buena y esta se incrementó a 77.7% en el postest. A diferencia del presente estudio donde el porcentaje mayor del pretest fue 70.8% mala y 0% fue buena; luego de la intervención el índice de higiene malo bajo a 3.1% y el índice de higiene bueno también fue 3.1%.

Los resultados obtenidos en la investigación difieren a los del estudio de Rangel (2015), porque se midió la condición de higiene bucal en niños preescolares en un periodo de cinco meses con un intervalo de dos semanas por

cada sesión y un total de 6 sesiones de 60 min., mientras que en este estudio de se realizó con un intervalo de una semana por cada sesión de 60 min. y un total de 10 sesiones, en la investigación no se midió en nivel de conocimiento, pero si la condición de higiene oral antes del programa para la realización del diagnóstico, mientras que en el estudio se midió el nivel de conocimiento mediante un cuestionario de 10 preguntas, la condición de higiene bucal antes y después del programa. Rangel hallo que el 6.9% de niños presentaron buena higiene oral y 93.1% higiene oral regular, no presentando niños con higiene oral mala a comparación de nuestro trabajo donde al inicio se observó que la mayoría de niños presento higiene oral mala (70.8%). Es probable que estos datos comparados en niños de edades similares se deban a los pocos conocimientos de los padres sobre higiene dental y prevención en el país y refuerza la hipótesis de la mejora de la salud bucal con la impartición de programas educativos.

De Luca (2014) en su estudio para desarrollar el programa educativo para promover la salud bucal en niños de educación inicial de entre 4 y 6 años, en este caso se evaluó la presencia de placa bacteriana y el nivel de conocimientos de salud bucal y hábitos de higiene bucal en los niños. Difiere de esta investigación en que la evaluación de conocimientos se realizó a los de familia, puesto que son ellos los que imparten principalmente los conocimientos y hábitos en la etapa preescolar.

También se propuso cuantificar el índice de higiene oral en el grupo de estudio antes de la aplicación del programa educativo en los niños, en donde en el pre – test, la totalidad de niños (100%) tuvieron un índice de higiene oral deficiente, en este caso fue mayor el porcentaje comparado con el presente estudio con un 70.8% un índice de higiene oral malo. Luego de la intervención en el estudio de De Luca se obtuvo un 50 % con higiene bucal regular y el otro 50% con higiene bucal buena, en comparación se obtuvo una disminución del 70.8% al 3.1% y el mayor porcentaje de 93.8 % presento higiene oral regular y solamente el 3.1% un índice de higiene oral bueno. Es necesario realizar los estudios durante mayor tiempo para lograr una reducción del índice de higiene oral malo.

Corchuelo y Soto(2014) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el efecto del programa sobre la higiene oral de niños del grado 0, los padres realizaron registro de placa bacteriana. A los niños se le realizaron monitoreos semanales de placa bacteriana mediante un índice de placa comunitaria, a diferencia del presente trabajo se usa el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon. En cuanto a sus resultados se ve una disminución paulatina del índice de placa bacteriana, al inicio se obtuvo 38.2, a las 4 semanas 30.2, a las 8 semanas 23.5, estas diferencias son significativas similar a lo obtenido en la presente investigación. Cabe resaltar que Corchuelo y Soto trabajan directamente con los padres de familia, lo cual tiene influencia positiva en sus hijos en pro de mejorar el estado de salud bucal. De igual forma, los resultados se compararon con los de Velásquez (2016) que realizó un ensayo experimental para comprobar la efectividad de un programa de educación de salud oral aplicado por el ministerio de sanidad y asistencia social de Venezuela, siendo seleccionado mediante muestreo probabilístico mixto a 296 niños entre los 6 y 12 años, en una institución pública y una privada, donde se utilizaron dos métodos: instrucción - supervisión – reforzamiento – estimulación en el grupo experimental e instrucción – supervisión en el grupo control, utilizando índices estandarizados (Índice de Placa y el índice de Silnees y Loe) para evaluar la salud gingival en un periodo de seis meses.



Concluyendo que el reforzamiento y la motivación son componentes claves en la efectividad de los programas educativos – preventivos, pero son influenciados por las características psicosociales. Los resultados del estudio antes enunciados difieren con la presente investigación, en cuanto a la edad de la población, la utilización de otros índices estandarizados y en la formación de los grupos de estudio usando el muestreo probabilístico mixto mientras que en la investigación fue con muestreo no probabilístico. Así mismo, en la investigación no se tomó en cuenta los factores psicosociales mientras que en el estudio antes nombrado si se utilizaron. Sin embargo, ambas investigaciones presentan una semejanza, debido que ambos grupos de estudio recibieron estímulos similares, siendo el grupo experimental el que obtuvo resultados favorables al reforzamiento y a la motivación que lograron la efectividad del programa educativo. Paralelamente, se cuantificó el índice de higiene oral en el grupo control y en grupo experimental después de la aplicación del programa educativo de salud bucal en niños de 4 y 5 años. Durante el post test, en el grupo experimental, el 20% de índice de higiene oral excelente en niños de cuatro años, y un 80 % bueno. En el grupo control, se observó que, la mayoría de niños tuvieron un 57.9% índice de higiene oral regular y un 36.8 % bueno. Comparando el grupo experimental con el grupo control, se encontró que la proporción de niños con índice de higiene oral bueno, del primer grupo, es significativamente mayor que los niveles de índices de higiene oral del grupo control, en los niños de cuatro años de edad. Lo que significa que la aplicación del programa de salud bucal, es efectivo. Los niños de cinco años tuvieron un índice de higiene oral bueno de 61.9% y 9.5% de índice regular. En el grupo control se obtuvieron 8.7% de índice de higiene oral bueno y un 82.6% de índice regular.

En el estudio de De Luca(2015), se evaluó la variación de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral después de 18 meses iniciando una intervención en comunidades urbano – marginales, participando 118 pobladores entre los 12 y 70 años en el cual emplearon un formulario de entrevista previamente validada, sesiones educativas cada seis meses desde agosto del 2004 a diciembre del 2005 y se comparó el porcentaje de individuos con conocimientos apropiados, actitudes favorables y prácticas saludables en salud

oral. Se encontró que el porcentaje de individuos se incrementó significativamente en todos los tópicos evaluados con una excepción del conocimiento sobre alimentos cariogénicos. Además, el porcentaje de individuos con actitudes favorables también se incrementó significativamente entre la evaluación inicial y final. Cotejando los resultados del estudio con los de la investigación, muestran edades, tiempo de ejecución y un intervalo diferente entre sesiones educativas. Así mismo, se asemejan en el diseño de estudio que es de tipo longitudinal.

Finalmente, en la investigación se determinó que existe diferencia significativa entre el índice de higiene oral entre el grupo control y el grupo experimental post tratamiento en niños de 4 y 5 años. Sin embargo, el estudio de Sánchez(2012) evaluaron la instalación del rincón de aseo, cepillado escolar, cepillado diario y condición de higiene oral entre escolares de 3 a 13 años de edad, sujetos a un programa preventivo promocional en salud bucal realizado durante 3 años, utilizando un ensayo clínico aleatorio con grupo control, siendo la muestra de estudio de 717 y la control de 643 escolares seleccionados aleatoriamente entre instituciones educativas estatales, incluidas en el “Programa Salud Bucal con Buen Trato” - PSBBT. Los niños de buena condición de higiene oral aumentaron 43.2% a 77.7% (preescolares) y de 31.6% a 69.3% (escolares). La reducción del índice de higiene oral de placa blanda y placa calcificada fue significativamente mayor entre los preescolares y escolares del grupo experimental, sometidos al PSBBT que los del grupo control, favoreciendo el desarrollo de hábitos de higiene saludables. Cotejando los resultados del estudio con la investigación fueron similares en cuanto a los porcentajes de preescolares con mayor disminución del índice de higiene oral y con variaciones estadísticamente significativas frente al grupo control, los resultados mejoraron en cuanto al porcentaje de niños que alcanzo una buena condición de higiene oral del nivel inicial.

## **V. CONCLUSIONES**

### **Primera**

En relación a la hipótesis general, con un grado de U de Mann-Whitney = 1109 se determinó que la salud bucal de los niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, asimismo con un valor  $p= ,000$  menor al nivel  $,05$  estadísticamente significativa se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna infiriendo que cuando mejor se realice el programa educativo Sonrisitas mejor será las actitudes de los padres.

### **Segunda**

En relación a la hipótesis específica 1, con un grado de U de Mann-Whitney = ,918 se determinó que nivel de conocimientos de padres de niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, asimismo con un valor  $p= ,000$  menor al nivel  $,05$  estadísticamente significativa se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna infiriendo que cuando mejor se realice el programa educativo Sonrisitas mejor será nivel de los conocimientos de los padres.

### **Tercera**

En relación a la hipótesis específica 2, con un grado de U de Mann-Whitney = 511 se determinó que el índice de higiene oral de los niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, asimismo con un valor  $p= ,000$  menor al nivel  $,05$  estadísticamente significativa se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna infiriendo que cuando mejor se realice el programa educativo Sonrisitas mejor será el índice de higiene oral de los niños.

## **VI. RECOMENDACIONES**

**Primera**

Al director del establecimiento de salud de Campoy se recomienda desarrollar programas de salud bucal permanentes en coordinación con las instituciones educativas de su jurisdicción como la Institución Educativa Inicial N°086, a fin de elevar los niveles de conocimiento de los padres. También desarrollar actividades personales para intentar modificar las actitudes y así lograr implementar medidas preventivas.

**Segunda**

A la directora de la Institución Educativa Inicial N°086 se sugiere promover capacitaciones mensuales de salud bucal a través de los establecimientos de salud de la jurisdicción dirigida a los padres de familia y docentes de la Institución Educativa Inicial N°086 y otras instituciones con la finalidad de disminuir los riesgos de enfermedades bucales

**Tercera.**

Desarrollar nuevas investigaciones, a fin de profundizar los estudios de programas de salud bucal, especialmente los relacionados a nivel de conocimientos de padres y control de placa bacteriana en sus hijos.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- American Academy of Pediatric Dentistry. (2012). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences and Preventive Strategies. *Pediatr Dent. Reference Manual*, 33(6), 47-49.
- Arce, M. Zamora, A. (2001). *Guía metodológica para educar en salud*. Lima: Asociación Kallpa.
- Ausubel, D. P. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning: An introduction to school learning*. New York, USA: Grune and Stratton.
- Benavente, L. (2012). *Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad*. *Odontología Sanmarquina*. 15(1), 14-18
- Bordoni, N. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bordoni N., Squassi, A. (2013). Caries dental: una mirada actual para una vieja problemática/Dental Caries: A New Outlook to an Old Problem. *Universitas Odontologica*, 32(68), 81.
- Cameron, A. Widmer, R. (2010) *Manual de Odontología Pediátrica*. (3era ed). España: Editorial Elsevier.
- Casías, P. L. (2016). *Eficacia del programa "Mi Rico Plato" en el estado nutricional de los niños menores de 5 años en el C.S.M.I. Santa Anita, 2015*. (Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú)
- Corchuelo, J., & Soto, L. (2014). Evaluación de la higiene oral en preescolares a través del monitoreo de placa bacteriana realizado por padres de familia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(2), 313-324.
- Cupé-Araujo, A. C., García-Rupaya, C. R. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(2), 112-121.



- Delgado, M., Chusino, E., Bravo, D. (2016). Nivel de conocimiento de higiene oral de las madres y su influencia en la salud bucodental menores 0 – 3 años. *Revista Publicando*, 3(7), 90-97.
- De Luca, E., Rivera, A., Romero, Y. (2015). Intervención para la promoción de salud bucal dirigido a niños de educación inicial de la Unidad Educativa “La Vega” de Tabay, Municipio Santos Marquina, Mérida, Venezuela. *Revista Venezolana de Investigación Odontológica*, 3(2), 94-110.
- Elías, M. (2003). *Efectos de la Aplicación del Programa Piloto de Atención Odontopediátrica desde el Nacimiento hasta los 36 meses de vida en el Hospital Central de la FAP para la Disminución de Caries Dental 1989-2001*. (Tesis de Maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú).
- Espinoza, E. M., Pachas, F. M. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Revista Estomatológica Herediana*, 23(2), 1-7.
- Gabínio, M. F.; De Araújo M. C.; Correira, F.; Vasconcelos, L C.; Vasconcelos, L.C. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev Odonto Ciênc*. 2010; 25(4):350-4.
- González, F.; Sierra, C .C.; Morales, L .E.; (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(3), 247-257.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw- Hill.
- Hernández E. (2012). *Estrategia para la elaboración de un programa de salud oral*. Cd. México: UNAM, 51 -54.

- Iglesias, C. V. (2006). *Intervención educativa en salud bucal en preescolares en Hueyapan, Morelos*. (Tesis de Maestría, Instituto Nacional de Salud Pública, México).
- Marriner, T. (1995). *Modelos y teorías de enfermería*. (3era ed.). Madrid, España: Mosby Doyma Libros.
- Meneghello, J. y Colab. (1997) *Pediatría. Tomo I*. 5ta ed. Edit. Médica Panamericana SA. Buenos Aires – Argentina. Libro de nutrición.
- Ministerio de Salud del Perú {MINSA} (2005). *Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001-2002*. Lima-Perú: Ministerio de Salud del Perú.
- MINSA (2005). *Norma Técnica Sanitaria de Calidad para las cremas dentales cosméticas*. Lima-Perú: (s.e)
- MINSA. (2009). *Programa Nacional de Salud Bucal*. Colegio Odontológico del Perú. 105-106. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/saludbucal.htm](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludbucal.htm)
- Ministerio de Salud. (2010) *Programa Nacional de Salud Bucal. Colegio Odontológico del Perú*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/15443456/Programa-Nacional-deSalud-Bucal-Minsa>
- Ministerio de Salud. (2014). *Módulo de Salud Bucal*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/bvminsa.asp>
- Noborikawa, A. K., & Kanashiro, C. R. (2009). Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Rev. estomatol. Hered*, 19(1), 31-38.

Organización Panamericana de la Salud. (2010): Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas (Parte II). Recuperado de [www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=523&itemid=329](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=523&itemid=329)

Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud Bucodental. Centro de prensa. Nota informativa Nª 318*. Febrero 2007. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud Bucodental*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8387&Itemid=2&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387&Itemid=2&lang=es) 63

Pender, N. (1987) *Health Promotion in Nursing Practice*. (2da Edición). Los Altos California, Estados Unidos: Appleton y Lange Norwalk conecticut.

Perona, G., Castillo, J. L. (2012). *Manejo odontológico materno infantil basado en evidencia científica*. Madrid, España: Editorial Ripano.

Piaget, J. y García R. (1987). *Psicogénesis e historia de la ciencia*. México: Editorial Siglo XXI.

Rangel M. E. (2015). *Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial*. (Tesis de maestría, Universidad de Carabobo, Bárbula, Venezuela).

Sánchez-Huamán, Y. y Sence-Campos, R. (2012). *Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares*. *Kiru*, 9(1), 21-33.

Shirzad, M., Taghdisi, M. H., Dehdari, T., & Abolghasemi, J. (2016). Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. *Health promotion perspectives*, 6(3), 164.

- Soto, A., Sexto, N., Gontán, N. (2014). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *MediSur*, 12(1), 24-34.
- Tapia, R. M. (2015). *Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri-Puno 2015*. (Tesis de maestría, Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú).
- Valderrama, S. (2013). *Pasos para elaborar proyectos de Investigación Científica* (2ª ed.). Lima: *San Marcos*.
- Velásquez Calcina, J. E. (2016). *Efectividad del programa educativo: "Niño sin caries, niño feliz", para los agentes comunitarios de salud, en el centro poblado Virgen del Carmen: La Era, Lima, 2015*. (Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú).
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (2ª ed.). Córdoba, Argentina: *Brujas*.

## **VIII. ANEXOS**

## Anexo 1

<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>						
<b>TÍTULO:</b> PROGRAMA “SONRISITAS” Y SALUD BUCAL EN PADRES E HIJOS PREESCOLARES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 086, S.J.L., 2017.						
<b>AUTOR:</b> Bach. VANIA RODRIGUEZ CRUCES.						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en la Salud Bucal de padres e hijos preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> (1) ¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en los conocimientos de padres de hijos preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017? (2) ¿Cuál es el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en el índice de higiene oral simplificado en niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en la Salud Bucal en niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> (1) Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en los conocimientos de los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017. (2) Determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en el índice de higiene oral simplificado en niños</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora la Salud Bucal en niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> (1) La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora los conocimientos de los padres de niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017. (2) La aplicación del Programa Educativo “Sonrisitas” mejora en el índice de higiene oral simplificado en niños preescolares de la</p>	<p><b>Variable 1: SALUD BUCAL</b> La Organización Mundial de la Salud (2012) define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes.</p>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles o rangos</b>
			Conocimientos de Salud Bucal	Caries dental  Prevención  Dieta  Higiene bucal	1-2-3-4-5  6-7-8-9-10  11-12-13-14-15  16-17-18-19-20	0 a 10= Deficiente 11 a 14= Regular 15 a 17= Buena  18 a 20= Muy buena
Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)	IHO-S Pre  IHO-S Post	1  2	0 a 0.6= Buena higiene bucal 0.7 a 1.8= Regular higiene bucal			

2017?	<b>preescolares de</b> la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.	Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.				1.9 a 3= Mala higiene bucal																
<b>METODOLOGIA</b>			<b>VARIABLE 2: PROGRAMA EDUCATIVO "SONRISITAS"</b>																			
<p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> <b>Tipo de estudio:</b> Aplicada</p> <p>Valderrama (2013) refiere que se denomina también activa, dinámica, práctica o empírica. (p. 164) En este estudio se va aplicar un programa educativo a padres de familia para la mejorar la salud bucal de sus hijos.</p> <p><b>Diseño:</b> La investigación es de diseño experimental con subtipo cuasi experimental, longitudinal; según Hernández, Fernández y Baptista (2010) definieron que en el diseño cuasiexperimental los sujetos no se asignan al azar lo grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están</p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b> <b>Población:</b> Todos los padres e hijos en edad preescolar asistentes a la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017. <b>Tipo de muestra:</b> El muestreo no probabilístico, por conveniencia <b>Tamaño de muestra:</b> Se utilizó el muestreo no probabilístico, de tipo censal. Se trabajó con un grupo experimental y un grupo control</p>	<p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b> <b>Variable 1: Salud Bucal</b> Técnicas: Encuesta Instrumentos: Cuestionario tipo dicotómico Autor: Cupé-Araujo y García-Rupaya Año: 2015 Adaptado por la propia investigadora Ámbito de Aplicación: Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017. Forma de Administración: Individual  Técnica: Ficha de observación Instrumentos: Ficha clínica de Índice de Higiene Oral Simplificado <b>Variable 2: Programa educativo</b> Técnicas: Expositivo Instrumentos:</p>	<p>Conjunto de medidas y estrategias preventivas-educativas dirigidas a padres y representantes sobre higiene bucal para niños de etapa preescolar de 3 a 5 años que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 086, Cuna Jardín-Campoy en el año 2017.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Sesiones educativas</th> <th style="width: 85%;">Tema</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Importancia de la salud bucal en infantes</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Etiología y proceso de la caries dental.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Técnicas de higiene bucal en bebés</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Técnicas de higiene bucal en niños</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Tratamientos preventivos en niños</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Técnicas de higiene bucal en niños</td> </tr> </tbody> </table>				Sesiones educativas	Tema	1	Importancia de la salud bucal en infantes	2	Etiología y proceso de la caries dental.	3	Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos	4	Técnicas de higiene bucal en bebés	5	Técnicas de higiene bucal en niños	6	Tratamientos preventivos en niños	7	Técnicas de higiene bucal en niños
Sesiones educativas	Tema																					
1	Importancia de la salud bucal en infantes																					
2	Etiología y proceso de la caries dental.																					
3	Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos																					
4	Técnicas de higiene bucal en bebés																					
5	Técnicas de higiene bucal en niños																					
6	Tratamientos preventivos en niños																					
7	Técnicas de higiene bucal en niños																					

formados antes del experimento: son grupos intactos. (p.148)		Multimedia, afiches, tipodones	8	Tratamientos preventivos en infantes
		Autor: La investigadora	9	Usos del flúor
		Año: 2017 Ámbito de Aplicación: Institución Educativa Inicial N° 086, Cuna Jardín-Campoy Forma de Administración: Individual	10	Maloclusiones
<i>Fuente:</i> Elaboración propia				



## Anexo 2: PRUEBA PARA PADRES

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad de su niño(a):

a) 3 años

b) 4 años

c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario?

a) Padre

b) Madre

Edad del informante: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción del padre:

a) Ninguna    b) Educación Primaria    c) Educación Secundaria

d) Educación Técnica y/o Superior

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

### **CARIES DENTAL**

1.- ¿Qué es la caries dental?

a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.

b.- No es una enfermedad

c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.

d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

a) Compartir utensilios

b) Compartir cepillos dentales

c) Besos en la boca

d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes

b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes

c.- Es el sarro que se forma en los dientes

d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes

b) No, porque no cumplen ninguna función

c) No, porque al final se van a caer

d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

a) 2 años

b) 4 años

c) 6 años

d) 8 años

## PREVENCIÓN

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Sí, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Sí
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

## DIETA

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales
- b) Gaseosas y frutas
- c) Frugos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

### **HIGIENE BUCAL**

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

**Tabla de Respuesta del Cuestionario**

Pregunta	Respuesta(alternativa)
1	C
2	D
3	B
4	A
5	A
6	B
7	A
8	A
9	A
10	D
11	A
12	A
13	C
14	C
15	C
16	B
17	A
18	D
19	A
20	B

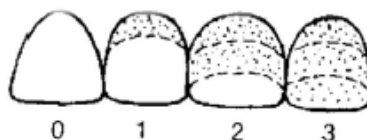
---

Fuente: Cupé-Araujo y García-Rupaya (2015)

### Anexo 3: Guía de observación

DIRECTIVA SANITARIA N° 003 – 2012 - DISA IV LE/DESP PARA INTERVENCIÓN DE SALUD BUCAL EN PRE ESCOLARES DE LA DIRECCION DE SALUD LIMA ESTE

#### INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)



VALOR

CONDICION

- |          |   |
|----------|---|
| <b>0</b> | No hay presencia de residuos o manchas.   |
| <b>1</b> | Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta. |
| <b>2</b> | Desechos blandos que cubren hasta las dos terceras partes de la superficie dental expuesta  |
| <b>3</b> | Residuos blandos que cubren más de las dos terceras partes de la superficie dental expuesta   |
| <b>4</b> | <b>NO APLICABLE.</b> Dientes que no completaron su erupción, con corona muy destruida, o rehabilitado con coronas de cualquier material   |

PIEZA A EXAMINAR EN NIÑOS CON DENTICIÓN PRIMARIA	5.4 (V)	5.1 (V)	6.4 (V)	7.4 (L)	7.1 (V)	8.4 (L)	TOTAL	IHOS a/No. superficies examinadas
CALIFICACION								

CALIFICACIÓN

Buena	0.0 – 0.6
Regular	0.7 – 1.8
Mala	1.9 – 3.0

## **Ficha Técnica**

**Nombre:** Conocimientos sobre salud bucal de los padres de niños de 3 a 5 años

**Elaborado por:** Adaptado de Cupé-Araujo y García-Rupaya (2015)

**Ámbito de aplicación:** Padres de niños asistentes a la Institución Educativa Inicial N°086, S. J. L., 2017.

**Forma de aplicación:** individual

**Duración:** Aproximadamente 15 minutos

**Objetivo del instrumento:** Determinar los conocimientos de salud bucal de los padres de niños preescolares.

**Utilidad diagnóstica:** Conocer el nivel de conocimientos de salud bucal de los padres de niños en etapa preescolar.

**Cantidad de ítems:** esta prueba consta de 20 ítems

**Puntuación:** este instrumento valore el nivel de conocimientos de los padres de la siguiente manera:

Respuesta correcta =1

Respuesta incorrecta= 0

**Procedimiento de aplicación:** Se le entrega una prueba a cada madre o padre y se le explica que debe leer atentamente las instrucciones de la prueba. Luego deben analizar cada una de las preguntas y responder marcando un aspa en la hoja de aplicación según sea la respuesta que eligieron

**Material:** Hojas bond, lapiceros, copias.

#### Anexo 4: Consentimiento Informado

Yo,....., con DNI....., representante del niño(a)..... de..... años de edad, asistente a la Institución Educativa Inicial Cuna Jardín N°086, doy mi consentimiento para el llenado de la guía de observación para la determinación del Índice de Higiene Oral Simplificado(IHO-S). Entiendo que esta recolección de datos forma parte de un estudio realizado por la Cirujano Dentista Vania Rodríguez, a fin de proponer el Programa educativo de salud bucal “Sonrisitas” dirigido a los padres de la Institución Educativa Inicial Cuna Jardín N°086 durante el año 2017.

Entiendo que la participación en este estudio es voluntaria y puedo retirarme cuando lo considere necesario, sin que ello implique algún tipo de represalia. Asimismo, sé que el seguimiento este estudio puede ser usado con fines académicos. Igualmente soy consciente que los resultados de este estudio me serán proporcionados si los solicito y que la C.D. Vania Rodríguez resolverá mis preguntas acerca de la investigación.

C.D. Vania Rodríguez Cruces

Padre o representante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

San Juan de Lurigancho,.... de.....de 2017

# PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD BUCAL “SONRISITAS”



**Autora: Vania Rodríguez Cruces**



## **Anexo 5: PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD BUCAL “SONRISITAS”**

### **1. DATOS INFORMATIVOS**

**1.1. Ámbito de Intervención:**

Institución Educativa Inicial Cuna Jardín N°086

**1.2. Lugar:**

Distrito de San Juan de Lurigancho

**1.3. Fecha del Evento:**

Fecha de Inicio: Junio 2017

Fecha de término: Agosto 2017

**1.4. Duración del evento:** 9 semanas con un rango de 15 días adicionales por las vacaciones de los niños. Fueron 10 sesiones educativas dadas dos veces por semana, la cuales tuvieron una duración una hora cada una.

**1.5. Población beneficiaria:**

Estudiantes preescolares de la Institución Educativa Inicial Cuna Jardín N°086 y sus madres.

**1.6. Investigadora:**

Vania Rodríguez Cruces.

### **2. FUNDAMENTACIÓN**

#### **Educación para la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Educación para la salud (EpS) como «cualquier combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar la salud

y buscar ayuda cuando la necesiten». Se trata, en definitiva, de poner la educación al servicio de la salud.

La EpS es fundamental para que la población comprenda la necesidad de los programas de salud pública, participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y dé soporte activo a las medidas sugeridas. También lo es en la prevención primaria, mediante la promoción de hábitos y conductas que eviten los comportamientos insanos.

### **Métodos de Educación Sanitaria**

Los métodos de EpS se emplean para transmitir los mensajes educativos y varían en función del número y de las características de las personas a las que van dirigidos. Si tenemos en cuenta la relación entre el educador y el educando, se clasifican en directos e indirectos.

En los métodos directos existe comunicación entre educador y educando en las dos direcciones, utilizan la palabra hablada y se emplean en la educación de individuos o grupos. Al poder ser bidireccional, permite aclarar posibles dudas. Se pueden servir de medios técnicos de ayuda (p. ej., sistemas audiovisuales), puesto que el mejor aprendizaje se produce cuando hay un mayor número de sentidos implicados. Se ha estimado que la personas recuerdan el 10% de lo que leen, el 20% de lo que escuchan, el 30% de lo que ven, el 50% de lo que ven y escuchan a la vez, el 70% de lo que dicen y el 90% de lo que dicen y hacen. Los principales métodos directos son la entrevista o diálogo, las clases, las charlas o conferencias y los grupos de discusión. De estos, los más útiles para el odontólogo son la entrevista y la charla.

Los métodos indirectos son aquellos en los que existe una distancia entre el educador y el educando, interponiéndose algún medio técnico entre ellos (sonoro, visual o audiovisual). Son poco eficaces en la educación sanitaria, ya que no hay intercambio de información, aunque sirven para transmitir información a un número muy elevado de personas y a bajo coste. Habitualmente se utilizan en el inicio de programas, cuando se quiere sensibilizar a grupos de la población o como refuerzo de actitudes ya alcanzadas.

## **Educación sanitaria en la escuela**

Según Cuenca (2013) el programa de EpS en la escuela es el más eficaz y rentable de todos los programas. La escuela es el contexto ideal para desarrollar actividades de aprendizaje a todos los niveles, lo que incluye también los hábitos relacionados con la salud oral. La idoneidad de este entorno se debe a la cobertura y la duración de las intervenciones, que permiten llegar a escolares durante un período prolongado de tiempo. El niño es un individuo en proceso de formación física, mental y social, con un gran potencial de aprendizaje y asimilación de hábitos, por lo que, en definitiva, se trata del educando más receptivo (p.217). En este estudio el ámbito de educación fue la escuela pero impartido a los padres de familia, puesto que ellos a su vez inculcaran a sus hijos preescolares los hábitos de salud oral.

## **Control de la Placa Bacteriana**

La placa bacteriana, es considerada como uno de los principales agentes etiológicos de la caries dental; así lo han confirmado expertos en materia de salud bucal como Higashida (2008), Cameron y Widmer (2011); por ello, es importante educar a los padres en relación a los métodos destinados a eliminarla, es decir, las técnicas adecuadas de cepillado dental.

Idealmente, según los autores citados anteriormente, es en la familia donde se debe enseñar al niño/a cómo cepillarse, así como a emplear el hilo dental; sin embargo, es un error común pensar que estos cuidados deben reservarse a la dentición permanente, cuando lo cierto es que la misma va a depender en gran medida de la atención que se haya prestado a la temporal y, por tanto, es imprescindible eliminar tales mitos y fomentar en la familia los conocimientos dirigidos a velar por la higiene bucal de sus hijos/as lo más precozmente posible, si es posible antes de iniciarse la erupción dental, de forma tal que acepten y se acostumbren a ella como una rutina normal, ayudándoles hasta que hayan adquirido la destreza manual necesaria para realizarlas en forma autónoma.

La estrategia más importante para prevenir la enfermedad periodontal es evitarla, ejerciendo prevención desde una edad temprana. En primera, la prevención requiere la remoción diaria de placa dentobacteriana con un cepillo dental, hilo dental, y con el uso de un irrigador para eliminar cualquier detrito.

La Educación para la Salud es un proceso que consta de dos partes importantes e interdependientes, una primera parte se compone del aprendizaje de conocimientos sanitarios que también incluye actitudes, valores y experiencias relevantes para la vida de los padres y sus hijos, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen. La segunda parte ayuda a los padres de familia a elegir y tomar decisiones sobre conductas preventivas y aprender a ponerlo en práctica toda la vida.

Tomando estos criterios como fundamento, en este estudio se propuso un Programa Educativo sobre salud bucal, para mejorar el nivel de conocimiento de los padres de niños de etapa preescolar sobre este tema, que constituye una población que requiere atención en este aspecto.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

Determinar el efecto de la aplicación del Programa Educativo “Sonrisitas” en la Salud Bucal en niños preescolares de la IEI N°086 Cuna Jardín, 2017.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

1. Sensibilizar a los participantes sobre la importancia del cuidado y prevención de la salud bucal de sus hijos.
2. Describir a los participantes las técnicas correctas de higiene bucal en infantes.

3. Exponer a los participantes tratamientos preventivos en salud bucal para infantes.
4. Explicar a los participantes la etiología y proceso de la caries dental.
5. Demostrar a los participantes la importancia de los hábitos alimenticios para preservar la salud bucal.

### **3.3. Metas de la Propuesta**

1. Lograr que las familias conozcan la importancia de los buenos hábitos de higiene y alimentación para prevenir la caries dental y otras enfermedades bucodentales.
2. Conseguir que las familias adquieran hábitos de higiene y alimentación adecuados para propiciar y mantener la salud bucodental, lo que les permitirá servir como modelos de conducta a seguir.
3. Fomentar en las familias la enseñanza y práctica de buenos hábitos higiénicos y alimenticios desde los primeros años de vida de sus hijos.
4. Reducir el riesgo de caries dental en los niños de la IEI N°086 Cuna Jardín

## **4. METODOLOGÍA**

El programa educativo de salud bucal “Sonrisitas”, se encuentra diseñado en base a 10 sesiones de una hora de duración cada uno, en los cuales se llevaron a cabo actividades dinámicas y contenidos expositivos y vivenciales los cuales fueron ejecutados en el primer semestre del año 2017, dirigido a las madres, padres y/o responsables de los niños que acuden a la IEI N°086, los temas desarrollados son descritos a continuación:

Número de sesión	Tema
1	Importancia de la salud bucal en infantes
2	Etiología y proceso de la caries dental.
3	Enfermedades bucodentales en la etapa infantil
4	Lactancia materna y su importancia
5	Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos
6	Técnicas de higiene bucal en bebés
7	Técnicas de higiene bucal en niños
8	Tratamientos preventivos en niños
9	Usos del flúor
10	Maloclusiones

#### 4.1. Métodos y Técnicas

- Exposición
- Conversatorio
- Lluvia de ideas
- Demostración

#### 4.2. Medios y materiales:

- Imágenes e impresiones
- Proyector
- Videos educativos
- Trípticos
- Tipodones de dientes y cepillo dental
- Charla

#### 4.3. Evaluación

**Diagnóstico:** Se realizó al aplicar el Pretest

**Formativa** : Durante el desarrollo del programa educativo

**Sumativa** : Se aplicó el Postest al final del programa educativo

## **5. RECURSOS:**

### **5.1. Humanos**

#### **Organizadora:**

- Cirujana Dentista

#### **Colaboradores:**

- Directora y docentes de la IEI N°086- San Juan de Lurigancho.
- Jefe del Centro de Salud Campoy

#### **Participantes:**

- Alumnos preescolares de la IEI N°086- San Juan de Lurigancho y sus madres.

### **5.2. Materiales:**

- Cartulinas
- Papelógrafos
- Plumones
- Limpia tipo
- Lapiceros y lápices
- Laminas ilustradas
- Tarjetas de preguntas
- Folletos
- Kit de higiene dental de bebe de 0 a 2 años
- Kit de higiene dental de niños de 3 a 5 años
- Kit de prevención de salud bucal
- Hisopos
- Campos
- Paquete de Gasas
- Revelador de placa bacteriana Ditonos
- Vasos descartables

- Caja de guantes
- Caja de mascarillas descartables
- Paquete de Bajalenguas
- Fichas de índice de higiene oral

### **5.3. Institucionales**

IEI N°086- San Juan de Lurigancho

### **5.4. Financiamiento:**

Financiado por la autora del Programa “Sonrisitas”



## 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Sesión	Fecha	Duración	Contenido	Materiales	Metodología
Reuniones de coordinación	24/05/17 25/05/17	15 minutos	Coordinación de fechas para el inicio del programa	-	-
1º Índice de higiene oral	05/06/17 al 09/06/17	60 minutos	Reporte del índice de higiene oral por niño	Revelador de placa bacteriana	Guía de observación
1. Importancia de la salud bucal en infantes	13/06/17	60 minutos	-Estructura de la cavidad bucal -Tipos de dentición y su función	Rotafolio Folletos	Expositiva Participativa
2. Etiología y proceso de la caries dental.	16/06/17	60 minutos	-Identificación de la caries dental como una enfermedad -Conocer causas y sus consecuencias	Rotafolio Maquetas Tríptico	Expositiva Participativa

<b>3.Enfermedades bucodentales en la etapa infantil</b>	20/06/17	60 minutos	-Conocer enfermedades de las encías -Conocer alteraciones de número y forma	Proyector Plumones Maquetas	Expositiva Participativa
<b>4.Lactancia materna y su importancia</b>	23/06/17	60 minutos	-Importancia de la lactancia materna -Técnicas adecuadas de lactancia	Rotafolio Tríptico	Expositiva Participativa
<b>5.Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos</b>	27/06/17	60 minutos	-Identificación de los alimentos cariogénicos y no cariogénicos	Proyector Plumones Maquetas	Expositiva Participativa Demostrativa
<b>6.Técnicas de higiene bucal en bebes</b>	04/07/17	60 minutos	-Importancia de la higiene bucal -Técnica de cepillado para bebes	Rotafolio Plumones Maquetas Kit de higiene bucal de bebes	Expositiva Participativa Demostrativa

<b>7.Técnicas de higiene bucal en niños</b>	07/07/17	60 minutos	-Técnica de cepillado para niños -Uso de hilo dental	Rotafolio Plumones Maquetas Kit de higiene bucal de niños	Expositiva Participativa Demostrativa
<b>8.Tratamientos preventivos en infantes</b>	11/07/17	60 minutos	-Importancia del flúor y sellantes	Rotafolio Plumones Maquetas Kit de prevención	Expositiva Participativa Demostrativa
<b>9.Usos del flúor</b>	14/07/17	60 minutos	-Tipos de flúor -Indicaciones de uso del flúor	Rotafolio Tríptico	Expositiva Participativa Demostrativa
<b>10.Maloclusiones</b>	18/07/17	60 minutos	-Reconocimiento de maloclusiones -Hábitos nocivos	Rotafolio Tríptico imágenes	Expositiva Participativa
<b>2º Índice de higiene oral</b>	07/09/17 al 11/09/17	60 minutos	Reporte del índice de higiene oral por niño	Revelador de placa bacteriana	Guía de observación

## TALLER N°1

### Tema 1: Importancia de la salud bucal en infantes

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Presentación de facilitadora y participantes</b>	Rompe-hielo	5 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación	Facilitadora
<b>Pre test</b>	Cuestionario	15 minutos			
<b>Salud bucal en infantes</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	20 minutos	Materiales: Diapositivas Folletos Computadora Lápices		
<b>Intercambio grupal sobre el contenido del taller</b>	Lluvia de ideas	15 minutos			

Se inició con la presentación de la expositora a los padres presentes pertenecientes del grupo experimental. Luego se procedió a repartir la prueba objetiva inicial (Pretest), se dio las indicaciones del llenado de la misma para lo cual se les dio 15 minutos.

Al terminar la prueba, se realizó la exposición sobre la salud bucal en infantes y su importancia mediante un proyector multimedia. Los temas abordados fueron:

- Significado de salud bucal
- Importancia de los dientes en los niños
- Los dientes y sus partes
- Visitas al odontólogo

En la segunda parte de la sesión se realizó preguntas a las madres sobre conocimientos generales de salud bucal, como: ¿Sabe cuál es la función de los dientes en los niños?, ¿Cuántas veces al día se cepilla su hijo?, ¿A qué edad los niños mudan de dientes?, ¿A qué edad su hijo tuvo su primera cita con el odontólogo?

También los padres manifestaron sus dudas acerca de la exposición.



## ESTRUCTURA DE LOS DIENTES

Los dientes están formados por tres porciones:

**Corona:** Es la porción expuesta de los dientes a la cavidad bucal.

**Cuello:** Angostamente que divide en dos al diente (corona y raíz), lugar en donde se inserta la encía.

**Raíz:** Porción por debajo del cuello que se inserta en el hueso de sostén.

El diente está formado por varios tejidos:

**Esmalte:** Es el tejido más duro del organismo, cubre a la corona en su porción más externa.

**Dentina:** Es el tejido más abundante del diente, se cubre por esmalte en la corona y por cemento en la raíz. Tiene una gran sensibilidad a cualquier estímulo. Normalmente no está expuesta al medio ambiente bucal.

**Pulpa:** Es la porción más interna del diente y se constituye de nervios, arterias y venas principalmente.

**Cemento:** Es la capa más externa de la raíz, da apoyo a las fibras del ligamento periodontal que une al diente con el hueso.

Anatomía de los dientes

Incisivos superiores (4), Incisivos inferiores (4), Caninos superiores (2), Caninos inferiores (2), Premolares superiores (4), Premolares inferiores (4), Molares superiores (4), Molares inferiores (4)

## TALLER N°2

## Tema 2: Etiología y proceso de la caries dental

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Etiología de la caries dental</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación Coevaluación	Facilitadora
<b>Consecuencias de la caries dental</b>	Proyección de video educativo	20 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Afiche del ciclo de las caries		
<b>Discusión de opiniones sobre el contenido del taller</b>	Mesa de trabajo	25 minutos	Lápices Hojas Fichas		

Se comenzó con la charla de la caries dental y su etiología mediante el proyector multimedia con las siguientes pautas:

- Factores para la formación de caries dental

En general la caries se debe a la interacción de tres factores principales:

- El huésped (saliva y dientes).
- Microflora (agente patógeno)
- El substrato (alimentos y dieta).



- Etapas de la caries dental

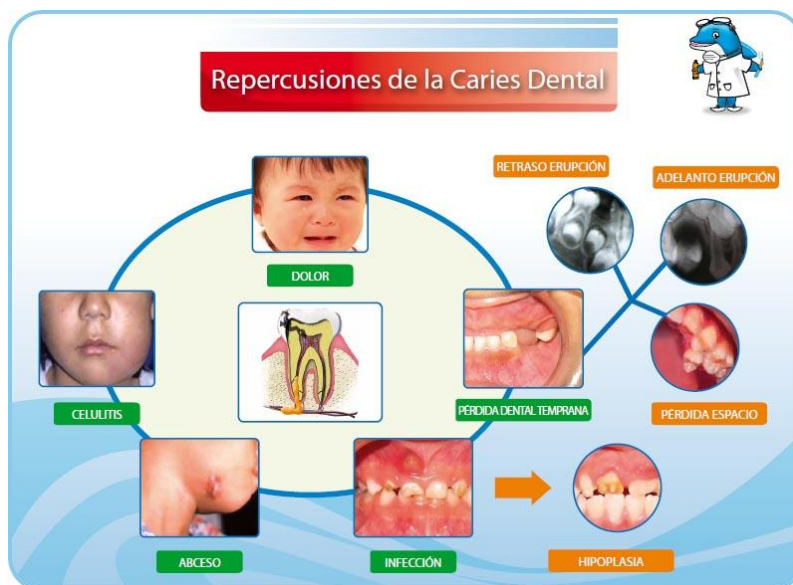
Mancha blanca, Caries en esmalte, caries en dentina. Lesión pulpar



- Trasmisión bacteriana, la cual suele ser transmitida de la madre al niño en los primeros años de vida ( se recomendó no soplar la comida, no compartir cubiertos, no besar en la boca)



En la segunda parte se proyectó un video de la consecuencia de la caries dental en los niños



Finalmente se repartió fichas con imágenes con los factores desencadenantes de la caries dental, etapas de la caries dental, transmisión bacteriana y las consecuencias de la caries dental, se discutió sobre lo aprendido y se resolvieron las dudas de los padres.

### TALLER N°3

#### Tema 3: Enfermedades bucodentales en la etapa infantil

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Infecciones dentales y complicaciones</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	20 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes		
<b>Traumatismos dentales</b>	Proyección de video educativo	5 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Afiche de la erupción dentaria	Heteroevaluación Coevaluación	Facilitadora
<b>Discusión de opiniones sobre el contenido del taller.</b>	Mesa de trabajo	15 minutos	Lápices Hojas Fichas		

Se inició la tercera sesión educativa con un repaso sobre el tema anteriormente dado sobre las infecciones dentales en niños y las complicaciones.

**Infección odontogénica:** Tiene su origen en las estructuras del diente, siendo la causa más frecuente la caries, que comienza afectando a los tejidos duros del diente (esmalte y dentina), pudiendo progresar los gérmenes hasta la cámara pulpar y conductos radiculares ocasionando una pulpitis. Otras veces, el origen de la pulpitis es un traumatismo dental o bien un tratamiento previo sobre el diente que pueden provocar inflamación y posterior necrosis pulpar. Estos procesos inflamatorios se deben a los productos de degradación y toxinas de los microorganismos que penetran en el tejido pulpar.



Las infecciones más frecuentes asientan en la encía y se denominan gingivitis. El origen de las gingivitis puede ser bacteriano, vírico o micótico. **La gingivitis bacteriana** se caracteriza por la existencia de una encía enrojecida, edematosa y que sangra espontáneamente con el cepillado de los dientes. Pueden aparecer molestias más o menos intensas, pero normalmente no es un dolor importante, salvo en la gingivitis úlcero-necrotizante.

Luego se trató el tema de traumatismos dentales los cuales fueron descritos de acuerdo a los siguientes tipos:

### **Tipos de lesiones (según la clasificación de la OMS y de Andreasen)**

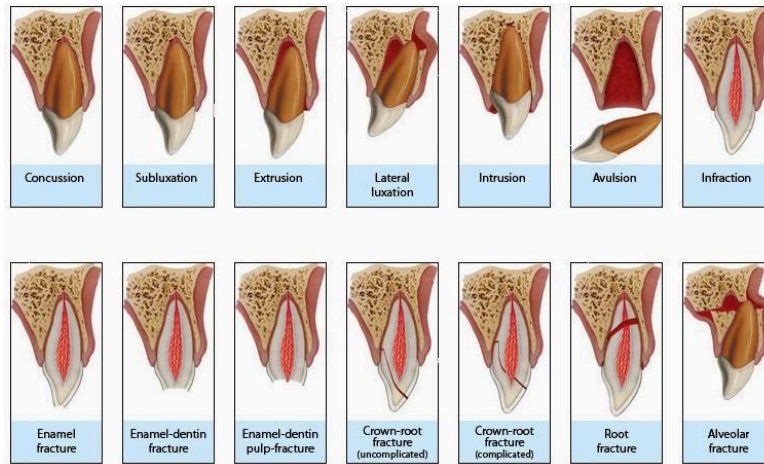
Lesiones de tejidos dentales

- Infracción coronaria, limitada al esmalte, sin pérdida de sustancia ni separación de fragmentos.
- Fractura de corona, que afecta al esmalte y a la dentina y pueden ser complicadas (exposición pulpar) o no.
- Fractura de corona y raíz, que afecta al esmalte, dentina y cemento radicular. Son complicadas cuando en su trayecto dejan expuesta la pulpa.
- Fractura de raíz. Puede haber hemorragia y/o edema gingival.

Lesiones de tejidos periodontales

- Contusión: lesión de un pequeño número de fibras del ligamento periodontal sin movilidad ni desplazamiento del diente.
- Subluxación: existe movilidad del diente sin desplazamiento del mismo.
- Luxación: se caracteriza por movilidad y desplazamiento del diente, que según su dirección pueden ser intrusivas (luxación hacia dentro), extrusivas (luxación hacia fuera) o laterales (desplazamiento en varias direcciones: facial, lingual, lateral).
- Avulsión: separación total del diente por lesión de todas las fibras periodontales. Representa el 10% de los traumatismos dentarios, siendo los incisivos centrales superiores los dientes más afectados.

Fuente: Zarranz FU, Calatayud GÁ, Olivera EM. (2010). *Urgencias bucodentales*. Protocolos de la SEUP- AEP 2010.



# ¡salva tu diente!

Muchos dientes definitivos pueden ser salvados si sabes cómo actuar después de un golpe en la boca

**¿Qué hacer SI SE ROMPE?**

- 1° Buscar el trocito de diente
- 2° El diente puede ser pegado
- 3° Acudir inmediatamente al dentista

**¿Qué hacer si el golpe provoca que salga de la boca?**

- 1° Buscar el diente
- 2° Cogerlo por la corona
- 3° Si el diente no está limpio, lo lavamos bajo un chorro de agua durante 10 segundos, cuidando de no frotar la raíz. **10 seg.**
- 4° Volver a colocar el diente y apretar con una servilleta o pañuelo
- 5° Si no puedes recolocarlo, introducir el diente en un vaso con suero fisiológico, leche o colocar el diente entre mejillas y molares
- 5° Lo ideal para salvar el diente es acudir a tu dentista antes de 1 hora. **1 h.**



© 2014 Colgate-Palmolive Company  
 96-91 501 24 05-1 Fax: 91 560 28 32  
[www.colgate.es](http://www.colgate.es) @ColgateCSP



## TALLER N°4

## Tema 4: Lactancia materna y su importancia

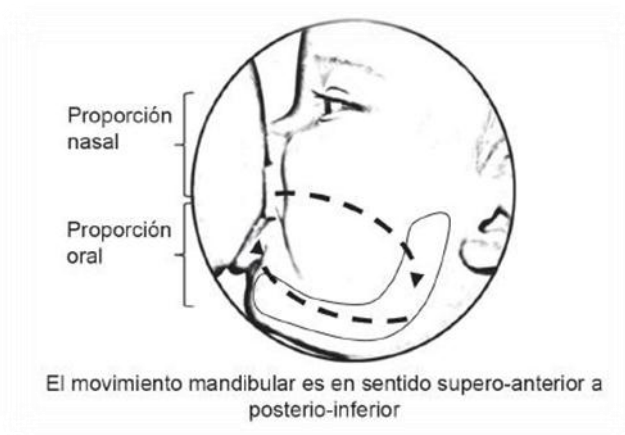
Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
Lactancia materna	Charla expositiva con apoyo de multimedia	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes		
Crecimiento de maxilares	Proyección de video educativo	20 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Afiche del ciclo de las caries	Heteroevaluación Coevaluación	Facilitadora
Discusión de opiniones sobre el contenido del taller	Mesa de trabajo	25 minutos	Lápices Hojas Fichas		

Se empezó con la charla sobre lactancia materna donde se enfatizó la su importancia en el desarrollo nutricional, fisiológico y emocional de los bebés.

Los temas fueron:

- Fomentar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad
- Si su bebé se duerme mientras amamanta se recomienda realizarle higiene bucal inmediatamente.
- Desaconsejar la lactancia nocturna luego de la erupción del primer diente.

Luego se proyectó un video educativo a cerca de la importancia de la lactancia materna y el desarrollo de los maxilares.



## TALLER N°5

## Tema 5: Hábitos alimenticios y alimentos cariogénicos

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Alimentos cariogénicos</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación	Facilitadora
<b>La dieta y los dientes</b>	Proyección de video educativo	10 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Afiche de alimentos cariogénicos		
<b>Elaboración individual de resúmenes sobre el contenido del taller</b>	Mesa de trabajo	15 minutos	Lápices Hojas Fichas		

Se inició la charla educativa con la definición de alimentos cariogénicos y no cariogénicos.

Se dio las siguientes recomendaciones:

- Evitar alimentos con azúcares refinados los primeros años de vida
- Evitar alimentos entre comidas y menos si son de consistencia pegajosa.
- Dar alternativas nutritivas en las loncheras de los niños.

### Dieta rica en calcio, fósforo y flúor

#### a. Calcio

El calcio es un mineral esencial, el noventa y nueve por ciento de éste se encuentra en los huesos y dientes. El 1% restante se encuentra en la sangre.

#### Consumo de Calcio recomendado

El consumo de calcio varía dependiendo de la edad y de las necesidades de cada persona.

Muchos alimentos contienen calcio, pero los productos lácteos son la fuente más significativa. La leche y sus derivados tales como el yogur, el queso, la mantequilla contienen un tipo de calcio que se asimila de una forma más eficiente. Las hortalizas de hojas verdes como el brócoli, col rizada, espinaca,

los nabos, col chino. Otras fuentes de calcio son el salmón y las sardinas enlatada con huesos blandos (grated), las almendras y las nueces.

Grupo de edad miligramos por día

Niños 4-8 años 800

Jóvenes 14-18 años 1300

### **b. Fósforo**

La principal función del fósforo es la formación de huesos y dientes. Este mineral cumple un papel muy importante en la utilización de carbohidratos y grasas en el cuerpo, en la síntesis de proteína para el crecimiento, al igual que la conservación y reparación de células y tejidos. Asimismo, es fundamental para la producción de ATP, una molécula que el cuerpo utiliza para almacenar energía.

#### **Fuentes alimenticias**

Las principales fuentes alimenticias del fósforo son los grupos de alimentos proteínicos de la carne y la leche. Un plan de comidas con cantidades adecuadas de calcio y proteína también suministra una cantidad suficiente de fósforo.

### **c. Flúor**

El fluoruro es un compuesto del elemento flúor, que se encuentra naturalmente en el agua, la tierra, el aire y en muchos alimentos. El esmalte de los dientes absorbe fácilmente el flúor, en especial los dientes infantiles en crecimiento. Una vez que los dientes están desarrollados, el flúor hace más resistente a la caries a toda la estructura dentaria.

Las fuentes más ricas en flúor son el té y el pescado de mar que se consume con espinas (por ejemplo, las anchoas, o las sardinas en lata).

#### **Dieta cariogénica**

El azúcar que consumimos en nuestra dieta es utilizado por las bacterias como alimento (bebidas azucaradas, golosinas, postres), favoreciendo la producción de ácidos y la disminución del pH en la saliva, lo que favorece la formación de caries.

Cuando hablamos de azúcar nos referimos a:

Monosacáridos (glucosa, fructosa, galactosa)

Disacáridos (sacarosa, lactosa, maltosa)

En ciertos casos el dentista realiza el análisis de la dieta del paciente, para corregir hábitos cariogénicos en la alimentación.

Luego se transmitió el video educativo de la dieta y los dientes, posteriormente se dio una lámina con figuras de alimentos para la realización de la clasificación las figuras y un resumen sobre el contenido de la charla



## TALLER N°6

### Tema 6: Técnicas de higiene bucal en bebés

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Partes de la cavidad bucal en bebés</b>	Charla expositiva con apoyo de paleógrafo	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación	Facilitadora
<b>Técnicas correctas de higiene bucal</b>	Proyección de video educativo	20 minutos	Materiales: Diapositivas Lápices Hojas Fichas Gasa Maqueta Pasta dental fluorada Enjuagatorio Hisopos		
<b>Sesión demostrativa de higiene bucal</b>	Mesa de trabajo	25 minutos			

La higiene bucal en bebés es tratada primero explicando la importancia de su realización desde el nacimiento, puesto que la mayoría de madres no sabían desde cuando y como realizar la higiene bucal en sus bebés.

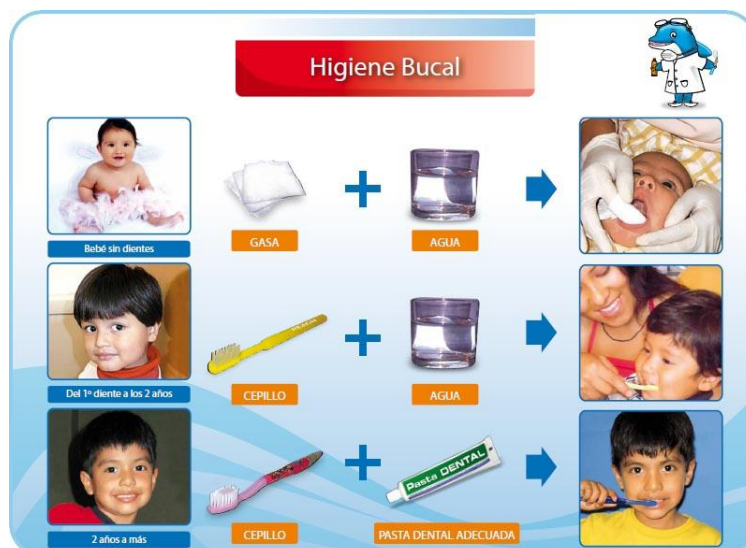
#### **Del nacimiento hasta los 6 meses**

La buena higiene dental comienza aún antes de que aparezcan los dientes del bebé.

Los implementos necesarios son: gasa y agua hervida.

Primero envolver la gasa en un dedo con las manos limpias y proceder a embeberlo con el agua hervida, y esta se pasa por los bordes de las encías superiores e inferiores, también por el dorso de la lengua de manera delicada.

Este procedimiento debe realizarse dos veces al día.



### De los 6 a los 12 meses

Celebre el primer diente y empiece a cepillar. La aparición de cada nuevo diente es un acontecimiento importante.

Cuando comiencen a aparecer los dientes del bebé, empiece a cepillárselos por la mañana y por la noche.

- Use un cepillito suave (Dedal) con un dentífrico infantil.
- Enséñele a beber de una taza.
- Para asistir al desarrollo normal de la boca, ofrézcale una variedad de alimentos con distintas consistencias (por ej., purés y alimentos adecuados para comer con los dedos).

## TALLER N°7

## Tema 7: Técnicas de higiene bucal en niños

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
Técnicas de higiene bucal para 2 y 3 años	Charla expositiva con apoyo de paleógrafo	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación	Facilitadora Jefa del servicio
Sesión demostrativa de higiene	Proyección de video educativo	20 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Lápices Hojas		
Discusión de opiniones sobre el contenido del taller.	Mesa de trabajo	15 minutos	Fichas Cepillo dental Pasta dental fluorada Enjuagatorio		

Esta sesión se inició explicando en un paleógrafo la técnica de higiene bucal en los niños.

## Cepillado dental

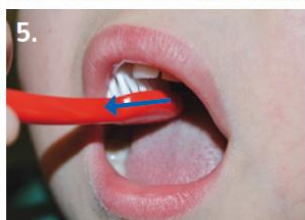
Con los dientes juntos, cepillarlos todos en círculo como ruedas de bicicleta.



Elementos:

- Cepillo dental de acuerdo a la edad (2 a 5 años)
- Pasta dental con flúor de 1100 ppm
- Hilo dental

Cepillar las muelitas, en las partes que se mastica, de atrás hacia adelante.



Cepillar también la lengua.





1. La idea es comenzar lo más pronto posible, incluso antes de que brote el primer diente, para que el bebé se acostumbre al hábito.
2. Si el hábito no existe y el pequeño se opone a que usted le lave los dientes, el Odontopediatría aconseja lo siguiente:
  - Hay que volver placentero el momento del cepillado: los padres deben estar dispuestos, tranquilos y en un ambiente donde no haya prisa.
  - Debe ser un juego en el que invite a su hijo a lavar los dientes de sus muñecos.
  - Dele ejemplo y cepílese con él, de modo que le enseñe cómo limpiar sus dientes y la importancia de su cuidado.
  - Si él desea hacerlo solo, negocie: permítaselo durante unos instantes y luego hágalo por él, indicándole las partes que omitió en el cepillado.
  - Una táctica para que le permita introducir el cepillo en su boca: acuéstelo sobre la cama y apoye su cabeza con firmeza, de modo que no se vaya a mover. Entréguele un espejo de mano para que vea lo que usted está haciendo.
3. Siga un orden específico en el cepillado: de izquierda a derecha o viceversa, de lado a lado, limpiando todas las caras del diente, de cinco a diez veces por cada una de ellas.
4. Utilice crema dental con flúor, administrando la cantidad sugerida para su edad.

## #SabíasQue...

### La cantidad de crema dental varía según la edad de tu peque?



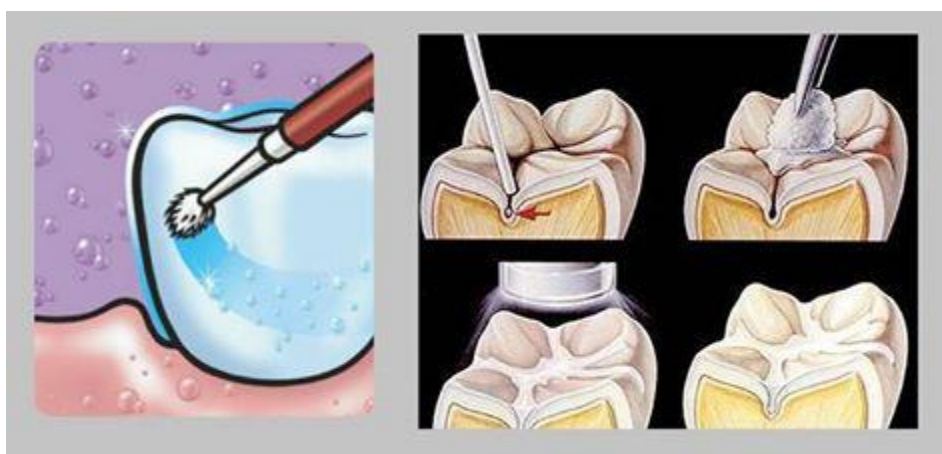
Se recomendó a los padres que la cantidad de crema dental va depender de la edad de su hijo, para que la dosis adecuada de flúor sea absorbida.

## TALLER N°8

## Tema 8: Tratamientos preventivos en infantes

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Técnicas preventivas en salud bucal</b>	Charla expositiva con apoyo de papelógrafo	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación	Facilitadora Jefa del servicio
<b>Flúor, sellantes</b>	Presentación de laminas	10 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Lápices Hojas Fichas		
<b>Discusión de opiniones sobre el contenido del taller.</b>	Mesa de trabajo	15 minutos			

La mejor forma de hacer una prevención total incluye: adecuada alimentación, controles periódicos (tratar los dientes que están mal alineados, curar las caries) correcta higiene bucal (cepillado, uso de hilo dental), fluorización y sellantes dentales. (*Health system. University of virginia, 2007*).





## TALLER N°9

### Tema 9: Usos del flúor

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Tipos de flúor tópicos</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	20 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes		
<b>Flúor vía sistémica</b>	Proyección de video educativo	10 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Afiche de flúor Lápices Hojas Fichas	Heteroevaluación Coevaluación	Facilitadora Jefa del servicio
<b>Discusión de opiniones sobre el contenido del taller.</b>	Mesa de trabajo	15 minutos			

Se explica los tipos de flúor tópicos para niños y la técnica de uso

Luego se explicó que se consume flúor por vía sistémica mediante el agua, la sal fluorada y alimentos.

Fluoración. Es la medida más eficaz en la lucha contra la caries. El flúor se almacena en los dientes desde antes de su erupción y aumenta la resistencia del esmalte, remineraliza las lesiones incipientes y contrarresta la acción de los microorganismos responsables de la caries. El flúor se administra de dos formas:

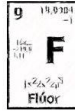
#### **Vía general:**

Fluoración del agua de consumo. Es el método más eficaz, barato e inocuo. Produce una disminución de la incidencia de caries de hasta el 50%. Es lo que recomienda la OMS.

Suplementación individual. Es segundo mejor método, después de la fluoración del agua de consumo.

### Vía local:

El flúor local o tópico es compatible con suplementos. Además de los dentífricos fluorados, se dispone de colutorios para uso diario o semanal. Dado que existen múltiples formas de administrar flúor a los niños, es conveniente consultar con el pediatra cuál debe ser la mejor opción para cada niño.



## VÍA SISTÉMICA.

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



## EL FLÚOR EN LOS 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.



## TALLER N°10

## Tema 10: Maloclusiones

Contenido	Estrategias	Tiempo de ejecución	Recursos	Evaluación	Responsables
<b>Definición de maloclusiones</b>	Charla expositiva con apoyo de multimedia	15 minutos	Humanos: Facilitadora Participantes	Heteroevaluación Coevaluación	Facilitadora Jefa del servicio
<b>Pos test</b>	Cuestionario	10 minutos	Materiales: Diapositivas Computadora Lápices Hojas Fichas		
<b>Discusión de opiniones sobre el contenido del taller.</b>	Mesa de trabajo	15 minutos			

En la última sesión se trató el tema de maloclusiones, la definición, los tipos y detección temprana para su tratamiento.

Finalmente se evaluó la eficacia del programa educativo con una prueba objetiva final

### higiene:

Es importante resaltar la importancia del cepillado y cuidado bucal, incluso en niños pequeños. Por lo tanto, deberemos introducir hábitos de higiene oral en una fase temprana. Desde que salen los primeros dientes, es conveniente limpiarlos con una gasa húmeda después de cada toma.



Según vayan saliendo los dientes iremos adaptando el cepillo en función de las necesidades del niño.

El cepillado debe ser realizado por los padres hasta que ellos sean capaces de cepillarse bien por sí solos. Ayuda situarse detrás del niño, frente a un espejo inclinando su cabeza hacia atrás. Es conveniente seguir un oído para limpiar todos los dientes por todas sus caras sin olvidar ninguna parte de la boca.

### técnicas de cepillado:

- 1º Empezaremos limpiando la superficie masticatoria de las muelas con movimientos de atrás hacia delante.
- 2º Para limpiar la superficie externa e interna del diente colocamos el cepillo en un ángulo de 45° en dirección con la línea de las encías. Haremos movimientos suaves y breves de vaivén, desde la encía hacia el resto del diente. Lo repetiremos en dientes posteriores y anteriores, así como superiores e inferiores.
- 3º Por último, hay que terminar cepillando la lengua.
- 4º Es necesario 2 minutos, tres veces al día y recuerde que es muy importante el cepillado antes de acostarse.

**2 min.**

**Su dentista o higienista puede enseñarles a hacerlo correctamente.**

### dieta:

No abusar de alimentos ricos en azúcar (refrescos, chucherías, bollería) procurando limitar su consumo y evitar usarlos como premio y entre comidas.



La consistencia de los alimentos debe ser sólida, fomentando la masticación.

**Consejos:**

No picar entre horas, cepillarse los dientes y encías después de cada comida. Vigilar la calidad de los alimentos que ingiera el niño.

**Su odontopediatra puede asesorarle.**



### Evidencia fotográfica









Anexo 6: Validez del instrumento

18	¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?	✓					✓	
19	¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?	✓					✓	
20	En cuanto al cepillado dental							
	DIMENSIÓN 2 Índice de Higiene Oral Simplificado		Si	No	Si	No	Si	No
1	Índice de materia alba (IMA)	✓			✓			
2	Índice de cálculo (IC)	✓			✓			

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se hay suficiencia o nuevo criterio.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]**    **Aplicable después de corregir [ ]**    **No aplicable [ ]**  
 Apellidos y nombres del juez validador: Alexander Wilton Leós Ríos    DNI: 9664175  
 Especialidad del validador: Odontólogo / Centro de Servicio de Salud

06 de Junio del 2017  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Perfincia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

18	¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?	X		T		X	
19	¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?	X		X		X	
20	En cuanto al cepillado dental						
	DIMENSIÓN 2 Índice de Higiene Oral Simplificado	Si	No	Si	No	Si	No
1	Índice de materia alba (IMA)	X		X		X	
2	Índice de cálculo (IC)	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable ]   Aplicable después de corregir [ ]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Mg: Zenallos Delgado Karen   DNI: 1.068.2519

Especialidad del validador: Odontóloga

..... de ..... del 20...  
4 de Marzo del 20...  
Karen Delgado

Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

19	¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?	✓		✓		
20	En cuanto al cepillado dental	✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SÍ HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable [✓]     No aplicable [ ]  
 Apellidos y nombres del juez validador (Dr) Mg: Manuel ESPINOZA CRUZ    DNI: 07272718  
 Especialidad del validador: GESTION Y METODOLOGIA

11 de 3 del 20.17

*Manuel Espinoza Cruz*  
 Firma del Experto Informante.  
 DNI 07272718

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión





V2 Conocimientos de salud bucal Grupo control Pretest																				
Ficha	D1				D2					D3					D4					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
11	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
12	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
13	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
14	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
17	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
25	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
26	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
27	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
29	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
32	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
33	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
35	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
36	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
39	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
41	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
44	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
46	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
47	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
48	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
50	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
51	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
53	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
54	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
55	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
58	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
59	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
61	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
62	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
65	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1

V2 Conocimientos de salud bucal Grupo Control Postest																				
Ficha	D1				D2					D3					D4					
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
11	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
12	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
13	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
14	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
17	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
25	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
26	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
27	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
29	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
32	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
33	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
35	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
36	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
39	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
41	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
43	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
44	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
46	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
47	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
48	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
50	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
51	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
53	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
54	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
55	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
56	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
58	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
59	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
60	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
61	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
62	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
65	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1







## ANEXO 8: ARTICULO CIENTIFICO

### Programa “Sonrisitas” en preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan Lurigancho, 2017.

Autor Vania Rodríguez Cruces

Correo: vania2389@gmail.com

#### RESUMEN

La finalidad de la presente investigación es determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en los padres y niños preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

El diseño metodológico de presente estudio fue de tipo cuasiexperimental puesto que la muestra fue seleccionada por conveniencia, la cual consiste en 130 padres y sus hijos divididos en 65 del grupo control y 65 del grupo experimental, cuantitativo de corte longitudinal porque los datos se obtuvieron en 2 tiempos un pre test y pos test mediante los instrumentos de prueba objetiva para medir el nivel de conocimientos de salud bucal de padres e índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) para los niños.

La aplicación del Programa “Sonrisitas” influyó de manera positiva en el estado de salud bucal de los niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho año 2017; puesto que hubo una diferencia a favor del grupo experimental, en el postest se apreció que el nivel de estado de salud bucal fue superior al nivel del grupo control (Prueba de U de Mann-Whitney,  $Z=-5,561$ ,  $p=0.00<0.05$ ) con lo cual se concluye la diferencia entre grupo control y experimental.

**Palabras clave:** Salud bucal, Programa

#### ABSTRACT

The purpose of the present investigation is to determine the effect of the application of the "Sonrisitas" program on parents and preschool children of the Initial Educational Institution N° 086, San Juan de Lurigancho, 2017.

The methodological design of this study was quasi-experimental since the sample was selected for convenience, which consists of 130 parents and their children divided into 65 of the control group and 65 of the experimental group, quantitative

of longitudinal cut because the data were obtained in 2 times a pretest and posttest using the objective test instruments to measure the level of knowledge of oral health of parents and Index of Simplified Oral Hygiene (IHO-S) for children.

The application of the "Sonrisitas" Program had a positive influence on the oral health status of the children of the Educational Institution No. 086, San Juan de Lurigancho, in 2017; since there was a difference in favor of the experimental group, in the posttest it was noticed that the level of oral health status was higher than the control group (Mann-Whitney U test ,  $Z = -5,561$ ,  $p = 0.00 < 0.05$ ). It concludes the difference between control and experimental group.

**Key words: Oral Health, Program**

### **Introducción**

Actualmente se está considerando la importancia de la salud bucal de los niños por la presencia de enfermedades bucodentales de alta incidencia como la caries dental, entonces nos debemos enfocar en mejorar las condiciones de salud bucal a través de programas de salud que fomenten la prevención temprana y creación de hábitos saludables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) reportó que la caries dental afecta a más del 90% de la población mundial y supone una carga pesada para los servicios de salud.

En cuanto a los programas de salud Espinoza y Pachas (2013) relatan que surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública. En el caso de Perú, los programas de salud aplicados son usualmente dirigidos a la mortalidad materno infantil, anemia, inmunizaciones, etc.; dejando de lado la salud bucal a pesar de que las patologías bucales tienen repercusiones a nivel de otros órganos. En el presente estudio se va a enfocar como uso de medida preventiva, un programa educativo de salud bucal dirigido a padres de niños en etapa preescolar, puesto que están en una etapa vulnerable donde se debe enfatizar la educación para que estos niños se desarrollen física y mentalmente adecuadamente.

Muñoz y Mattos (2015), realizaron un estudio titulado "Técnica Educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral en preescolares". El diseño del estudio fue cuasi-experimental, comparativo,

prospectivo y longitudinal, donde se aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de salud oral a 84 madres antes y después de la aplicación de las técnicas educativas de desarrollo de habilidades y expositivas. La evaluación de la higiene oral de sus hijos preescolares fue en 3 tiempos, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. Los resultados la media fueron de 11,88 para el grupo experimental y 8,48 para el grupo control; y en cuanto al índice de higiene oral hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a los 30 y 60 días. En conclusión, el uso de la técnica Desarrollo de Habilidades logró ser más eficaz en el aumento del nivel de conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares.

Rangel (2015), realizó un estudio que tuvo por objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño, este es un estudio descriptivo desarrollado en 3 fases. En la primera fase se selecciona una muestra probabilística de 29 niños y 27 padres. Las dos siguientes fases consistieron en el diseño y evaluar el programa propuesto. Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene oral Regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos, por lo cual se concluye sobre la necesidad de diseñar el programa preventivo-educativo de salud bucodental.

### **Programa Sonrisitas**

El programa educativo Sonrisitas representa un conjunto de actividades con el objetivo de promover la salud bucal mediante la educación en salud para adquirir estilos de vida saludables dirigida a los padres y sus hijos preescolares

Arias (2009) define a los fundamentos teóricos como “Un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p.78); en el presente estudio, el proceso del aprendizaje se basa en teorías de educación para la salud.

Riquelme (2012, p.22) define que” la educación es un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que los rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan tomar decisiones sobre su propia salud”. Para este estudio fue importante conocer el proceso de aprendizaje para una dirección adecuada del programa Sonrisitas en beneficio de los padres y sus hijos.

### **Salud bucal**

La OMS (2012) definió a la salud bucal como la ausencia de las principales enfermedades bucales que afecten el bienestar general de una persona, pero también son importantes las actividades preventivas e impartición de conocimientos de salud bucal a la población.

The World Health Report (2003) refiere: “Las enfermedades bucodentales restringen actividades en la escuela, en el trabajo y en casa causando millones de pérdidas de horas de escuela y de trabajo cada año en el mundo” (p.12). Las consecuencias psicosociales de estas enfermedades son notorias porque perjudican las actividades cotidianas y las cuales disminuyen significativamente la calidad de vida de niños y afecta indirectamente a sus padres.

Por lo cual el objetivo de la presente investigación es determinar el efecto de la aplicación del Programa “Sonrisitas” en la Salud Bucal de padres e hijos preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

### **Metodología**

La investigación fue de tipo aplicada, diseño no experimental subtipo cuasiexperimental de corte longitudinal. Se utilizó el método hipotético deductivo porque es un procedimiento racional que consiste en comprobar una hipótesis basada en experiencias científicas. En la presente investigación, la población estuvo constituida por preescolares de 3 a 5 años y sus padres que asistieron a la Institución Educativa Inicial N° 086 en el año 2017, de los cuales la muestra fue 130.

Se usó 2 instrumentos de recolección de datos, una prueba objetiva donde se evaluarán los conocimientos de los padres sobre salud bucal, en los siguientes aspectos caries dental, prevención, dieta e higiene bucal y una guía de observación de los niños donde se consignarán los datos obtenidos del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) según la Directiva Sanitaria N° 003-2012-DISA IV LE/DESP.

### Resultados

Tabla 1

*Nivel de conocimientos de los padres de preescolares del grupo control y grupo experimental*

Grupo	n	Pretest		Postest	
		Media	DE	Media	DE
Experimental	65	11.85	1.88	16.75	1.33
Control	65	14.52	2.13	14.46	2

En la tabla 1 se observa que con respecto al conocimiento de los padres que la media en el grupo control en la prueba son similares entre ellos mientras en el grupo experimental se obtuvo 11.85 en el pretest y 16.75 en el postest.

Tabla 2

*Índice de higiene oral e los preescolares del grupo control y grupo experimental*

Tiempo	n	Control		Experimental	
		Media	DE	Media	DE
Inicio	65	2.26	0.41	2.13	0.42
Final (45 días)	65	2.25	0.42	1.28	0.33

En la tabla 2 se observa que con respecto al conocimiento de los padres que la media en el grupo control en la prueba son similares entre ellos mientras en el grupo experimental se obtuvo 11.85 en el pretest y 16.75 en el postest.

Tabla 3

*Prueba de U de Mann - Whitney de los conocimientos sobre salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de preescolares según el Pretest y Postest*

Prueba de U Mann-Whitney		
	Salud Bucal Pre	Salud Bucal Post
U de Mann-Whitney	1287,000	1109,000
W de Wilcoxon	3432,000	3254,000
Z	-5,076	-5,561
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

El presente cuadro en relación a los conocimientos de los conocimientos sobre salud bucal al aplicar el Programa “Sonrisitas” en los padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, presenta los resultados de la significancia de  $p= 0.000 < \alpha = 0.05$  y  $t= -7,663$ , entonces rechazamos la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna; comprobándose de este modo que: La aplicación del Programa “Sonrisitas” mejora significativamente los conocimientos de los padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017.

### Discusión

Sin embargo, el estudio de Sánchez et al evaluaron la instalación del rincón de aseo, cepillado escolar, cepillado diario y condición de higiene oral entre escolares de 3 a 13 años de edad, sujetos a un programa preventivo promocional en salud bucal realizado durante 3 años, utilizando un ensayo clínico aleatorio con grupo control, siendo la muestra de estudio de 717 y la control de 643 escolares seleccionados aleatoriamente entre instituciones educativas estatales, incluidas en el “Programa Salud Bucal con Buen Trato” - PSBBT. Los niños de buena condición de higiene oral aumentaron 43.2% a 77.7% (preescolares) y de 31.6% a 69.3% (escolares). La reducción del índice de higiene oral de placa blanda y placa calcificada fue significamente mayor entre los preescolares y escolares del grupo experimental, sometidos al PSBBT que los del grupo control, favoreciendo el desarrollo de hábitos de higiene saludables.

### Conclusión

En relación a la hipótesis general, con un grado de U de Mann - Whitney = ,000 se determinó que la salud bucal de los niños de la Institución Educativa Inicial N°086, San Juan de Lurigancho, 2017, asimismo con un valor  $p=$  ,000 menor al nivel ,05 estadísticamente significativa se rechaza la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alterna infiriendo que cuando mejor se realice el programa educativo Sonrisitas mejor será las actitudes de los padres.

### Recomendaciones

- 1.-Desarrollar programas de salud bucal permanentes a fin de elevar los niveles de conocimiento de los padres. También desarrollar actividades personales para intentar modificar las actitudes y así lograr implementar medidas preventivas.
- 2.-Promover la mejora de salud bucal a nivel de instituciones educativas con la finalidad de disminuir los riesgos de enfermedades bucales

### Referencias bibliográficas

- Arias, A. (2009). *Manual de Odontología Pediátrica*. (3ª ed). España: Editorial Elsevier.
- Bordoni, N. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. 1º edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Noborikawa, A. K., & Kanashiro, C. R. (2009). Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Rev. estomatol. Hered*, 19(1), 31-38.
- OMS (2007). *Salud Bucodental. Centro de prensa. Nota informativa N° 318*. febrero 2007 [acceso 12 de Enero del 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>
- Rangel M. E. (2015). *Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial*. (Tesis de maestría, Universidad de Carabobo, Bárbula, Venezuela).