



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Estomatología

TESIS

**INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“YO SONRIO FELIZ” EN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS
PREVENTIVOS DE LA SALUD BUCAL EN
ESCOLARES DE 3ro y 4to GRADO DE
PRIMARIA DE LA I.E “16 405 FRANCISCO
BOLOGNESI” LLUHUANA – BAGUA –
AMAZONAS ,2015.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autora:

Astochado Granados Thalía Tatiana

Pimentel, 11 de Julio del 2016

**INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “YO SONRIO FELIZ”
EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CUIDADOS
PREVENTIVOS DE LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 3ro y
4to GRADO DE PRIMARIA DE LA I.E “16 405 FRANCISCO
BOLOGNESI” LLUHUANA – BAGUA –AMAZONAS, 2015.**

Aprobación de la tesis

Mg. CD. Córdova Salinas Imer
Duverli
Asesor metodólogo

Mg. CD. La Serna Solari
Paola Beatriz
Asesor especialista

Mg. CD Pairazamán García Juan Luis
Presidente del jurado de tesis

Mg. CD. Morales Guevara Cristina
Claudia
Secretario del jurado de tesis

Mg. CD. La Serna Solari
Paola Beatriz
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios porque sin ÈL no hubiera sido posible llegar a esta etapa tan importante de mi vida, por bendecirme y renovar mis fuerzas en los momentos más difíciles.

A mis padres Ausberto y Juana Rosa, a mis hermanos Franklin, Johana y Ronny, y a mis profesores que con su apoyo y comprensión ha sido viable desarrollar el presente proyecto.

AGRADECIMIENTO

A mí amado Dios por ser mi guía, mi más grande inspiración y ejemplo más grande de amor en este mundo.

Al Dr. Juan Pairazaman, Dra. Paola La Serna, Dr. Imer Córdova, por su constante apoyo y paciencia.

A mis familiares y amigos que de una u otra manera fueron participes y me brindaron palabras de ánimo y fuerza.

INDICE

Contenido

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCION.....	8
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Situación Problemática.....	10
1.2 Formulación del Problema.....	13
1.3 Delimitación de la Investigación.....	13
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación.....	13
1.6 Objetivos de la Investigación.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de Estudios:.....	15
2.2 Bases teóricas científicas	21
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	42
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	42
3.2 Población y Muestra	42
3.3 Hipótesis	42
3.3 Variables	44
3.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de los datos	49
3.7 Principios éticos.....	50
3.8 Criterios de rigor científico.....	50
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
4.1 Resultados en tablas y gráficos.....	51
4.2. Discusión de resultados.....	60
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
ANEXOS.....	68

RESUMEN

El presente estudio es de tipo prospectivo longitudinal y cuasiexperimental, cuyo propósito fue evaluar la influencia del Programa Educativo “Yo Sonrio Feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en una población de escolares peruanos de la I.E N°16 405

Francisco Bolognesi del Centro Poblado de Lluhuana, distrito de Copallin, provincia de Bagua. Participaron 32 escolares, niñas y niños entre 8 y 10 años de edad, del nivel primario, a los cuales se les midió los conocimientos sobre cuidados preventivos de salud bucal, antes y después del programa.

El Programa “Yo Sonrió Feliz” consistió en 6 sesiones, donde se realizaron charlas educativas sobre cepillado dental, hilo dental, enjuague bucal, alimentos y bebidas cariogénicos y no cariogénicos. A la vez se prepararon folletos educativos diseñados para los escolares. Para medir el nivel de conocimiento se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos. El nivel de conocimiento se incrementó después de la aplicación del programa “Yo Sonrio Feliz”. Concluimos que este programa educativo, diseñado con métodos creativos, dio resultados positivos en los niños del presente estudio.

Palabras clave: Programa , prevención, salud bucal.

ABSTRACT

This study is longitudinal and quasi prospective, whose purpose was to evaluate the influence of educational "I smiled happily" program in the level of knowledge about preventive oral health care to a population of Peruvian school No. 16 405 El Francisco Bolognesi Lluhuana the Village Center, Copallin district, province of Bagua. Participants 32 school, children between 8 and 10 years of age, the primary level, which was measured knowledge of preventive oral health care before and after the program.

The "I smiled happily" program consisted of 6 sessions where educational talks on tooth brushing, flossing, mouthwash, food and beverages cariogenic and non-cariogenic were made. While designed educational brochures were prepared for school. To measure the level of knowledge validated by expert opinion questionnaires they were used. The level of knowledge increased after the implementation of the "I smiled happily" program. We conclude that this educational program, designed with creative methods, gave positive results in children of this study.

Keywords: Program, prevention, oral health.

INTRODUCCION

La salud bucal es muy importante en todas las personas, ya que es necesario para sonreír, masticar y hasta incluso para poder entablar una buena conversación. Pero muchas de las veces, esto se ve alterado por enfermedades que han sido históricamente consideradas como las más importantes cargas mundiales de la salud oral, entre ellas la gingivitis, periodontitis y la de mayor prevalencia: la caries dental. No debemos dejar de lado las consecuencias psicosociales de estas enfermedades que a menudo disminuyen significativamente la calidad de vida futura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente puede llegar a afectar la salud general del individuo de cualquier edad, pues la magnitud de este problema obliga a una gran inversión de recursos en tratamientos que podrían evitarse si se aumentara el nivel de conocimiento en cuanto a los cuidados que deberían tener para prevenir dichas enfermedades. Uno de los desafíos más importantes de todo profesional estomatólogo es prevenir dichas enfermedades, pero lamentablemente las personas e incluso los niños, son llevados a consulta no por prevención, si no por presentar un alto grado de dolor, que pudo haber sido evitado.

Algunos estudios han encontrado asociación entre escolares de bajo nivel socioeconómico y una mayor prevalencia de caries dental; así como una mala condición de higiene oral, asociado a hábitos inadecuados de higiene bucal, dieta y cuidados preventivos.

Teniendo en cuenta que un niño se encuentra en un proceso de aprendizaje continuo y que la educación es un derecho humano fundamental y una herramienta decisiva para el desarrollo de la persona y sociedad, es necesario enseñarles cuales son los cuidados necesarios para prevenir futuras enfermedades bucales, ya que la mejora en la condición de salud bucal se atribuye a cambios en el estilo de vida, al uso efectivo de los diferentes servicios de salud oral y lo más importante, a la adopción de prácticas regulares de los cuidados preventivos que deberían tener, que por falta de conocimiento no saben y mucho menos ponen en práctica. Es por ello el establecimiento de programas preventivos promocionales en las escuelas ya que se ha evaluado resultados alentadores en la mejora de conocimientos, desarrollo de buenos hábitos de higiene y disminución en los niveles de placa y salud gingival.

Debido a que la prevalencia de caries dental está asociada a una baja frecuencia de cepillado, al no uso del enjuague bucal e hilo dental y al elevado consumo de golosinas, se sugiere que los principales objetivos de los programas de salud dental deben estar dirigidos a lograr el cepillado dental diario, al uso correcto del enjuague e hilo dental y reducir el consumo de golosinas, incrementando los conocimientos sobre los cuidados preventivos de salud oral, siendo que principalmente estos programas deben estar dirigidos a población rural y de bajo nivel sociocultural.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Situación Problemática

El Ministerio de Salud (MINSA) ha incluido la Salud Bucal dentro de sus 16 prioridades programáticas, con mayor énfasis en las tres patologías más prevalentes: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento-maxilares; así también la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.¹

La Salud bucal a nivel mundial constituye un grave problema de Salud Pública y en mayor porcentaje la Caries Dental. El incremento de la caries dental en el Perú se refleja en las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en el año 2000 reportó una prevalencia de caries dental de 84%, y un índice CPO-D de 5,6. La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), muestra una prevalencia de 90,4% en Lima, valor elevado entre los países de América Latina.²

En el Perú la caries dental es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, pues daña a más del 90% de la población y la tendencia a padecerla en menores de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito en otros países; afecta aproximadamente al 40% de los infantes y entre el 60 y 80% de los adolescentes y jóvenes, es por ello que se ha implementado estrategias de intervención con la finalidad de prevenir la caries dental en grupos vulnerables. La OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la

adolescencia. Las principales causas de morbilidad identificada en los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias superiores (24,67%), seguidas por las enfermedades de la cavidad bucal (14,31%).³

La población chilena, en el año 1990, se caracterizaba por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población. Más del 90% de los chilenos presentaba caries dental, con un promedio de 12 dientes comprometidos por persona, correspondiendo a niños un porcentaje importante de esta cifra, lo cual indicaba que este problema persistiría.⁴

La situación de salud bucal en la Región Amazonas, no es tan diferente a la situación nacional”, asevera la autoridad amazonense, decano del COP Región, Dr. Wilmer Ascona Salazar. Así, explica que las estadísticas muestran que la morbilidad buco dentaria es una de las más prevalentes y una de las primeras causas de consulta en los servicios de salud de su región, existiendo muchas necesidades en el tema de la salud bucal. De esta manera, sustenta que el trabajo a desarrollar para mejorar la salud en general y la salud bucal en particular, pasa por desarrollar un accionar integral, articulado y multi e intersectorial entre las instancias que tienen que ver con esta problemática, llámese gobierno central, gobiernos regionales y gobiernos locales.⁵

Es por ello que es necesario la realización de distintos programas educativos que cuenten con acciones de fomento, educación para la salud y del empleo de estrategias de la promoción de la salud bucal, enfocados especialmente a los niños, porque ellos se encuentran en plena formación educacional. De esta manera se lograría mejorar las condiciones de salud bucal, prevención de futuras enfermedades bucales, con un resultado positivo al disminuir

los grandes porcentajes de enfermedades bucales, especialmente
de la caries dental.

1.2 Formulación del Problema

¿Existe Influencia del programa educativo “Yo sonrío feliz “en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua –Amazonas?

1.3 Delimitación de la Investigación

La investigación se realizó en la I.E “16 405 Francisco Bolognesi” del centro poblado de Lluhuana – Bagua –Amazonas, en los cuales participaron 32 escolares de 3ro y 4to grado de primaria, en un periodo de 8 días durante el mes de Septiembre del año 2015.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación

El presente trabajo de investigación se realizó en escolares ya que en ellos existen grandes porcentajes de enfermedades bucodentales como caries dental, gingivitis y periodontitis, esto debido a un déficit en el conocimiento de los cuidados preventivos que deberían tener para prevenir dichas enfermedades. La aplicación de un programa educativo adecuado podría incrementar su conocimiento y así combatir o disminuir las enfermedades bucodentales. A la vez que se pueda incluir en la currícula de estudio de los colegios.

Por otra parte la presente investigación creará precedentes para lograr que se apliquen más programas en la región Amazonas, ya que por escasos recursos económicos y accesibilidad a la zona no cuentan con la tecnología adecuada para informarse e incluso no hay organizaciones u programas que se dediquen a la capacitación con la finalidad de incrementar el conocimiento para prevenir futuros problemas bucodentales y de salud en general.

1.5 Limitaciones de la Investigación

En la presente investigación se tuvo como principal limitación el acceso a la zona donde se realizó el estudio, ya que se requiere de aproximadamente 9 horas para llegar a la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana-Bagua-Amazonas.

1.6 Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar la influencia del programa educativo “Yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua –Amazonas, 2015.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua –Amazonas, 2015.

Determinar el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.

Comparar el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes y después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Estudios:

Cammarano PF (2013 Venezuela): Realizó un estudio para demostrar la eficacia de un Programa Educativo Preventivo de Salud Bucal desarrollado por Promotores y Promotoras escolares en la Unidad Educativa María Auxiliadora. Decidieron hacer una investigación exploratoria de tipo empírica de intervención, con metodología cuantitativa de tipo cuasi- experimento, denominado pre-post de un solo grupo. La investigación se realizó en dos fases. En la primera fase se seleccionó al grupo final de siete estudiantes de la Universidad Central de Venezuela del primer año del ciclo diversificado, y se les formó como Promotores de salud bucal a través de un Programa diseñado para tal fin. En la segunda fase, dichos Promotores aplicaron un Programa Educativo Preventivo Odontológico a un total de 239 niños y niñas (todos los estudiantes de primero a sexto grado de la Unidad Educativa María Auxiliadora). Este Programa fue eficaz, ya que los 239 escolares de educación básica de la escuela, aumentaron sus conocimientos de forma notable sobre aspectos básicos de cómo lograr una salud bucal adecuada y como mantenerla. Así mismo se puede notar que la motivación y el interés por mantener una buena higiene bucal se mantuvo con el tiempo.⁶

Sánchez HY, et al (2012-Perú): Evaluaron la efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares, luego de la instalación del rincón de aseo, cepillado escolar, cepillado diario a escolares de 3-13 años de edad sujetos a un programa preventivo promocional en salud bucal realizado durante tres años. Se realizó un ensayo clínico

aleatorio con grupo control, la muestra de estudio fue de 717 y el grupo control de 643 escolares seleccionados aleatoria y estratificadamente entre 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 Lima, Perú. Encontraron como resultados que el porcentaje de escolares que se cepillaban en la escuela varió de 5,4% a 68,5%; el promedio de veces de cepillado en la escuela varió de 1,15 veces por semana (DE 0,11) a 3,24 (DE 0,26); las veces del cepillado diario aumentaron de 2,88 (DE 0,82) a 3,18 (DE 0,93); las variaciones fueron significativamente mayores a las del grupo control ($p < 0,05$). Al finalizar, más del 80% de escolares de primaria cambiaba su cepillo cada 3 meses y el 92,7% se cepillaba por lo menos 3 veces al día. La tenencia de rincón de aseo en aulas aumentó de 66,7% a 99,1% y la de tacho de basura de 57,6% a 100% ($p = 0,00$). Los niños con buena condición de higiene oral aumentaron de 43,2% a 77,7% (preescolares) y de 31,6% a 69,3% (escolares), variaciones mayores a los del grupo control ($p = 0,000$). En conclusión se logró la reducción del índice de higiene oral, placa blanda y placa calcificada, lo que fue significativamente mayor entre los preescolares ($p = 0,01$) y escolares ($p < 0,03$) sujetos al PSBBT que los del grupo control. El PSBBT favoreció el desarrollo de hábitos de higiene saludables. ⁷

Avila SR (2011 Perú) : En su tesis titulada influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, distrito de Mala, realizó un ensayo de campo, cuyo propósito fue evaluar la influencia del Programa Educativo “Sonríe Feliz” en una población de niños del colegio “José Olaya Balandra” de la localidad rural de Bujama Baja, distrito de Mala, provincia de Cañete. El estudio fue desarrollado

durante cuatro meses. Participaron 65 alumnos, niñas y niños entre 6 y 12 años de edad del nivel primario, a los cuales se les midió los conocimientos de salud bucal, antes y después de la aplicación del programa. También se evaluó la higiene bucal, antes, durante y después del programa. El programa “Sonríe Feliz” consistió en 8 sesiones, con actividades educativas sobre las estructuras de la cavidad bucal, enfermedades bucales más frecuentes y prevención en salud bucal. Se prepararon sesiones de teatro educativo, la cual fue estrategia principal del programa. Para medir los conocimientos se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos, y para medir la higiene bucal se utilizó el índice de placa simplificado de Greene-Vermillion. Los conocimientos de los niños se incrementaron después de la aplicación del programa ($p=0.00$), la higiene bucal de los niños mejoró al finalizar el programa ($p=0.00$). Los resultados podrían indicar que la aplicación de programas educativo-preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos puede dar resultados positivos en los niños. ⁸

González R, et al (2010 Perú): Realizaron un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, a 224 preescolares de 3, 4 y 5 años de la I.E.I Niño Jesús de Praga-Lima y sus respectivos padres, donde tuvo como objetivo comparar la influencia de dos programas educativos en la salud bucal. Dividieron en dos grupos: grupo A: intervenidos con el programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y post intervención con el IHOS, el nivel de conocimiento en salud bucal pre y post intervención con una

encuesta estructurada de ocho preguntas, considerando los valores: bueno (6-8), regular (3-5) y malo (0-2). En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario de quince preguntas que consideró los valores: bueno (11-15), regular (5-10) y malo (0-4). Dentro de los resultados se obtuvieron valores promedio comparando los programas "Sonrisa feliz" y "Tradicional expositivo", respectivamente. En los preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05 respectivamente, concluyeron que el programa "Sonrisa feliz" influyó significativamente ($p < 0,05$), ya que tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando así la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.⁹

Dávila ME, et al. (2008 Venezuela): Realizaron un estudio donde manifestó que la enseñanza de la salud oral es una responsabilidad compartida por padres, profesores, odontólogos y demás miembros de la sociedad, involucrados en el desarrollo de la salud pública. Con el objetivo de aplicar un programa educativo (PE) sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas se determinó el nivel de conocimiento (NC) de los escolares. Se realizó una investigación cuasi experimental antes y después de la aplicación del programa educativo en escolares entre 6 y 10 años de edad cursantes del primero y segundo grado. Se entrevistó a 66 niños que asistieron el día que se inició la investigación. En sesiones sucesivas se aplicó el PE para medir el NC sobre salud oral y prevención de enfermedades orales. Obtuvieron como resultados que antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre las enfermedades de la cavidad oral fue "malo" en un 68% y "bueno" en un 14% , variando a 32% y 66%, respectivamente después de la aplicación del

programa. El nivel de conocimiento regular sobre medidas preventivas varió de 74%, antes del programa educativo a un 50% después de su aplicación. Al comparar los promedios del nivel de conocimiento antes y después, se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). Dieron como conclusión de que si existe la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida y modificar de manera positiva sus hábitos. ¹⁰

Evaristo T, et al (2007 Perú): Desarrollaron un programa educativo con un fuerte componente basado en estrategia lúdica y demostrativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral, en 28 niños de 7 a 9 años del tercer grado de primaria del colegio Andrés Rázuri - Lima. Dichas sesiones se desarrollaron por un lapso de seis semanas, incluyendo una exposición y una actividad lúdica. Se evaluó el nivel de conocimiento antes y después de la intervención encontrándose que se logró modificar el concepto de momentos de cepillado de un 17.9% a 56% de respuestas correctas, e identificar el sellante como elemento preventivo, que varió de 28% a 74%. Los niveles de conocimientos fueron invertidos, reafirmando que la educación basada en el juego proporciona resultados positivos en la población infantil.¹¹

Figuroa H. (2007- Perú): Realizó un estudio cuyo propósito fue determinar la efectividad de un programa educativo sobre la prevención de gingivitis asociada a placa bacteriana utilizando como ayuda educativa títeres, en 110 niños de 5, 6 y 7 años de edad de la I.E.P. Paul Groussac ubicado en Comas. Se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo, que duró tres semanas, asimismo se midió el nivel de higiene oral inicial y final lográndose así incrementar

los niveles de conocimiento sobre higiene oral de 63.64 % (malo) a 81.82% (excelente), y disminuir el nivel de inflamación gingival de 1.26 (inflamación moderada) a 0.43 (inflamación leve) y de 2.30 (higiene mala) a 0.69 (higiene regular). Se concluyó que utilizar títeres como ayuda educativa logró cambios significativos, pues mejoraron todos los aspectos evaluados.¹²

Noborikawa A. (2004 Perú): Realizó un ensayo de campo con el objetivo de evaluar la influencia del Programa Educativo de Salud Oral Sonrisas (PESOS) en una población de adolescentes del colegio "La Unión" en Pueblo Libre. Participaron 132 alumnos de 1° y 2° secundaria, a los cuales se les midió la higiene oral y los conocimientos de salud oral antes y después del programa, el cual tuvo una duración de seis semanas. Se elaboraron sesiones educativas en un CD-ROM con los contenidos de las exposiciones, el mismo que fue proporcionado a cada alumno. Se utilizó el índice simplificado de placa bacteriana de Greene-Vermillion y para los conocimientos un cuestionario de 10 preguntas. El nivel de higiene oral mejoró, de un índice de 2.18 a 0.85; el nivel de conocimientos se incrementó de 61% a 74% de respuestas correctas. Los resultados obtenidos permitieron concluir que tanto la higiene oral, como los conocimientos fueron mejorados, demostrando la importancia del uso de métodos creativos e innovadores en programas educativos de salud oral en adolescentes.¹³

Morgado MD, et al. (2003,2004 -Cuba) : Realizó un estudio experimental de intervención educativa con diseño antes y después en un ambiente no controlado para modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal en 86 niños y niñas de cuarto grado de la escuela Bernardo Arias Castillo de Sancti Spíritus en el curso del año

2003-2004. Su nivel de conocimiento se identificó a través de una encuesta y la eficiencia del cepillado bucodental mediante el control de placa dentobacteriana. A partir de la información obtenida se diseñó y aplicó un Programa Educativo denominado “Cuida tu sonrisa y la de los tuyos”, con diversas técnicas afectivas participativas. El proceso de recogida de la información se repitió para la comparación con los resultados iniciales. Se apreció un cambio de 8,1 % de conocimientos suficientes a un 88,3% y en la eficiencia del cepillado (que se interpretó como higiene bucal adecuada) de un 18,6 % a 81,1 %. En ambas etapas no hubo diferencia de los resultados entre los sexos y su significación estadística se determinó mediante el test de Mc Nemar, que evidenció la efectividad del programa educativo aplicado.

14

2.2 Bases teóricas científicas

1. Programa educativo

Un Programa Educativo es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden en diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Se caracterizan por su condición de experimentalidad en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos a favor de necesidades sociales y educativas que los justifican.⁸

2. Material Didáctico:

Es cualquier instrumento u objeto que sirve como recurso para facilitar el aprendizaje. Los materiales son elementos concretos físicos, que transmiten los mensajes a través de uno o más canales de comunicación (visual, auditivo o audiovisual).¹⁵

Entre los diferentes tipos de materiales didácticos, tenemos:

A. Visuales

a. **Proyectables:** Diapositivas , retroproyector

b. **No proyectables:** Fotografías, carteles, afiches, papelógrafos, tarjetas, rotafolios, murales, franelógrafo, pizarra. Material impreso. (separata, revistas, periódicos, folletos).

B. Auditivos: Radio Cds players

C. Audiovisuales: Vídeo Data-shows, programas televisivos

A continuación se plantean algunos ejemplos de materiales:

Tarjetas:

El uso de la tarjetas en un evento de capacitación facilita la solución de problemas, planteamiento de opiniones y acuerdos, formulación de objetivos y planes de acción; involucrando a todos los participantes.¹⁵

Material impreso:

Existen diferentes tipos de materiales impresos: separatas, folletos, hojas técnicas, cartillas, boletines informativos.

Todos tienen el objetivo de proporcionar en forma breve la información básica sobre un tema determinado o simplemente reforzar conocimientos que se han dado antes de otra manera.¹⁵

Ventajas:

- El material se queda con los participantes.
- Sin limitaciones en cuanto a la creatividad (dibujos, fotos, diagramas cuadros sinópticos, etc.).

Desventajas:

- Exigente en la producción.
- Costoso.
- Poco flexible una vez impreso.¹⁵

3. El video educativo

El video es un sistema de captación y reproducción instantánea de la imagen en movimiento y del sonido por procedimientos electrónicos; como medio audiovisual tiene una serie de características que lo distinguen del resto de los medios que conforman el ecosistema audiovisual. Entre estas características, Cebrián (1987), destaca las siguientes:

- Da permanencia a los mensajes y permite su intercambio y conservación.
- Permite la reproducción instantánea de lo grabado.
- Tiene un soporte reutilizable un número determinado de veces.
- Permite la ordenación de los distintos planos y secuencias en un proceso de edición.
- Es un soporte de soportes, pues admite el trasvase de producciones realizadas por otros procedimientos.
- Presenta baja definición de imagen.
- Genera procesos de microcomunicación originales.¹⁶

El vídeo es como un Medio de Observación, como Medio de expresión, como Medio de Autoaprendizaje y como Medio de Ayuda a la Enseñanza.¹⁶

4.- El Video interactivo

Procede de la unión entre los sistemas de vídeo, tanto en disco como en cinta, y el ordenador. Los primeros aportan su capacidad de como reales. Un videodisco puede registrar 100.000 imágenes fijas o páginas de un libro, 400 horas de sonido estéreo Hi-Fi y 13.000 Mb de datos informáticos. En cambio, el ordenador, ofrece su extraordinaria facilidad para controlar la información en función de las necesidades del usuario, sus capacidades e, incluso, a sus necesidades.¹⁶

5. Charla de salud

Definición

Actividad educativa grupal que puede ser ofrecida dentro o fuera del centro asistencial sobre un tema específico con o sin demostración, cuyo objetivo es la información, sensibilización y motivación de las personas respecto al auto cuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental, de acuerdo a los ejes temáticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.¹⁷

6. Taller de salud

Definición

Actividad grupal de entrenamiento, educación, información y capacitación donde interactúan el facilitador y los participantes para construir aprendizajes que fortalezcan sus habilidades y competencias para el auto cuidado de su salud y para la prevención de enfermedades.¹⁷

7. Dinámicas participativas:

Definición

Las dinámicas participativas son actividades lúdicas con variados objetivos dentro de procesos de aprendizaje y procesos de sensibilización al cambio, son parte de una serie de recursos para estimular la participación de los asistentes en reuniones grupales, en reuniones de trabajo o con la comunidad.¹⁷

8. Dinámicas de animación

Son juegos o actividades lúdicas que se utilizan cuando la gente se ve somnolienta o cansada, el objetivo es hacer que la gente se mueva y darles más entusiasmo.¹⁷

9. Teatro

El teatro es una excelente oportunidad educativa, ya no sólo porque es, del resto de géneros, el más atractivo para la lectura, tanto para su práctica como para su fomento, sino porque une diferentes aspectos del currículo que generalmente están dispersos: así el desarrollo de las competencias básicas, la interdisciplinariedad.¹⁸

10. Placa dental

La placa dental, biopelícula, o biofilm dental, es una estructura formada por dos matrices: la capa salival, y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares. Las bacterias viven y proliferan dentro de la matriz intercelular por la que discurren los canales. Dicha matriz crea un medio especializado, donde las sustancias producidas por las bacterias quedan retenidas y concentradas, lo que favorece interacciones metabólicas entre las diferentes bacterias.¹⁹

11. La caries dental

Definición

La caries es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial de origen químico-biológico, caracterizado por la degradación de los tejidos duros del diente.¹⁹

Etiología

La caries dental es una enfermedad multifactorial. Numerosos autores han reconocido y descrito el proceso como la interrelación de tres importantes factores.

A. Huésped

Factores relacionados con el huésped:

Saliva

La saliva desempeña una función muy importante en la protección de los dientes frente a los ácidos. Los principales factores protectores de la saliva son:

- Los iones Ca^{+2} y PO_3^{-4} normalmente la saliva esta sobresaturada cuando el apatito del esmalte tiene un pH neutro.
- La película que se forma a partir de la saliva, confiere una gran protección contra la agresión ácida, actúa como una barrera que impide la difusión de los iones ácidos hacia el diente.
- Existe un sistema de tampón de bicarbonato muy eficaz en el flujo salival estimulado, que confiere una gran protección frente a los ácidos orgánicos y erosivos a nivel de la superficie dental.

- El flujo salival y la velocidad de vaciado oral ayudan a eliminar los restos de alimentos y microorganismos.
- La saliva también contiene poco ion fluoruro (0.03 ppm o 1.6 $\mu\text{mol/l}$ por término medio), pero a pesar de ello contribuye a la protección global y la reparación del mineral dental.¹⁹

Flujo salival

La cantidad y calidad de saliva secretada varían a lo largo del día, aumenta en estado de vigilia y disminuye durante el sueño.

La estimulación refleja del flujo salival por la masticación no por la presencia de alimentos ácidos (como el ácido cítrico) puede llegar a duplicar el flujo salival. La concentración de tampón de bicarbonato puede aumentar hasta 60 veces con la estimulación.

La saliva constituye la principal fuente de protección natural y reparación de los dientes tras la exposición a los ácidos. Si el flujo salival máximo desciende por debajo de 0.7ml/min puede aumentar el riesgo de caries, aunque esto depende de muchos otros factores interactivos.¹⁹

Dientes

Para que la lesión cariosa se desarrolle o se produzca requiere de la presencia de un hospedero susceptible. Los dientes son más susceptibles a presentar lesiones cariosas cuando aparecen por primera vez en la boca.

Esto origina la mayor frecuencia de caries durante los años de erupción, disminuye después de los 25 años de edad y vuelve a aumentar posteriormente.

La superficie oclusal es la que más sufre de caries, seguida por las superficies mesial, distal, bucal y lingual (con excepción de los dientes superiores en los cuales la superficie palatina padece más caries que la bucal).¹⁹

Microflora

La etiopatogenia se asocia con la presencia de ciertos microorganismos. Los que con mayor frecuencia se relacionan con el inicio y desarrollo de la caries son: estreptococos del grupo mutans, lactobacillus sp., y actinomyces sp., estos pueden ser aislados a partir de placa dental supra y subgingival y en saliva. Estos se caracterizan porque son capaces de transportar hidratos de carbono en competencia con otros microorganismos, que pudiesen estar presentes en la placa; la capacidad de fermentación rápida de este sustrato conformado por azúcar y almidón por su capacidad acidogénica, productos de ácidos y acidúrica, que le permite realizar diversas funciones en condiciones de extrema acidez. El marcado descenso de pH, contribuirá con la desmineralización del diente, favoreciendo la aparición de lesiones cariosas en los tejidos duros: esmalte, dentina y cemento.¹⁹

Substrato

Las lesiones cariosas guardan una relación directa con los alimentos. Estos quedan atrapados en las cavidades y fisuras, así como por debajo de las áreas de contacto de los dientes con los límites cervicales, de los brazos de la prótesis y bordes sobresalientes de las restauraciones; también alrededor de los aparatos ortodónticos y dientes apiñados. Con los alimentos retenidos, las bacterias proliferan y liberan productos metabólicos, algunos de los cuales son ácidos.¹⁹

Estos desmineralizan al diente y, si las circunstancias son adecuadas, la estructura dura empieza a desintegrarse.¹⁹

12. Enfermedades gingivales y periodontales

Las enfermedades periodontales comprenden una serie de procesos clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos de soporte del diente: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. La acumulación de placa dental (por una higiene imperfecta) comporta la inflamación y sangrado de las encías (gingivitis), la cual puede provocar el avance de la inflamación, de etiología bacteriana, en dirección al hueso de sujeción de los dientes, provocando su pérdida (se denomina entonces periodontitis) que a su vez puede conllevar con su avance la movilidad de los dientes y su pérdida (además de un aumento de su sensibilidad). Por tanto, gingivitis y periodontitis son dos enfermedades causadas por microorganismos que colonizan la placa bacteriana, provocando una reacción inflamatoria en el tejido gingival.¹⁹

Gingivitis

Es una inflamación de las encías donde se enrojecen y sangran fácilmente. Este sangrado puede ser provocado por el ligero traumatismo del cepillado dental, por la ingesta de algún alimento de consistencia dura o incluso de forma espontánea, en casos más graves. La encía inflamada pierde su color rosado y su textura en piel de naranja, signos característicos de salud gingival. Además, la encía inflamada aumenta de tamaño, su superficie se alisa, su color se enrojece por un aumento de vascularización e incluso puede modificarse su anatomía dejando de reseguir el cuello dental.²⁰

Un enjuague con clorhexidina o con otro antiséptico es también capaz de eliminar la placa y se recomienda su utilización como

coadyuvante a la higiene mecánica. Este control mecánico y químico puede ser autorrealizado por el propio paciente. Sin embargo, cuando la placa dental se ha mineralizado se convierte en cálculo (vulgarmente “sarro”) y una higiene personal correcta no será capaz de eliminar toda la placa dental ni eliminar el acúmulo de cálculo. Para conseguir este objetivo, se requerirá la realización de una limpieza periódica por parte de un dentista o higienista dental (profilaxis periodontal).²⁰

Periodontitis

La inflamación gingival que provoca la pérdida irreversible de los tejidos de soporte del diente es denominada periodontitis. Aunque clásicamente se había aceptado la idea de que cuando la gingivitis no se trataba debidamente esta enfermedad podía evolucionar y avanzar hasta convertirse en periodontitis.²⁰

En la periodontitis, la encía inflamada se separa de la superficie radicular y se forma una “bolsa periodontal”, espacio entre la encía y el diente que está colonizado por la placa bacteriana patógena.²⁰

Factores de riesgo de las enfermedades gingivales y periodontales

La gravedad de la patología periodontal variará en función de la interacción entre la agresión bacteriana y la respuesta inmunoinflamatoria del huésped. Entre los factores de riesgo que modifiquen esta relación de forma negativa encontramos:

- **Tabaco.** Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la periodontitis. Porque puede disminuir el efecto de algunos tratamientos periodontales.

- **Cambios hormonales en niñas/mujeres.** Estos cambios pueden hacer que las encías se tornen más sensibles y faciliten el desarrollo de la gingivitis.
- **Diabetes.** Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas la periodontitis, dada su menor capacidad defensiva frente a la agresión bacteriana y a los defectos en la vascularización. La periodontitis, al ser un foco infeccioso, dificulta el control glicémico de estos pacientes y algunos estudios ya han demostrado que el tratamiento de la periodontitis mejora el control glicémico en pacientes diabéticos
- **Estrés.** El estrés puede provocar una disminución en la capacidad inmunitaria de defensa del cuerpo y dificultar su lucha contra las infecciones, entre ellas las enfermedades periodontales.
- **Medicamentos.** Ciertos medicamentos, tales como los antidepresivos y algunos de los indicados para el corazón, pueden afectar la salud bucal porque disminuyen la producción de saliva.
- **Enfermedades.** De igual manera, enfermedades como el SIDA, que merman las defensas del cuerpo facilitan el desarrollo de enfermedad periodontales.
- **Genética.** La investigación revela que la genética también interviene en el desarrollo de las enfermedades periodontales y que ciertas personas son más propensas a sufrir periodontitis.²⁰

Cepillado dental

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales en la mayoría de los individuos, dicho cepillado es 3

veces al día. Su finalidad es la eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes y lengua de los residuos alimentarios de la dieta y de las tinciones. ²⁰

Cepillo

El cepillo es uno de los instrumentos necesarios para eliminar la placa dental ; su uso , con una técnica adecuada , eliminara la placa dental sin lesionar el esmalte.²¹

El cepillo debe:

- Tener un tamaño apropiado para la dentición
- Ser de nylon , blando y de puntas redondeadas .
- Estar en buenas condiciones de uso

El paciente portador de aparatología ortodontica puede necesitar, además del cepillo convencional, otros cepillos de apoyo.-Suele servir de ayuda la utilización de cepillos ortodonticos o cepillos surculares que permitan mejor acceso a la encía .

Otros cepillos como el de penacho solo deben utilizarse si los espacios interproximales están muy abiertos y se debe entrenar al niño para que no lesione sus tejidos.²¹

Dentrífico o pasta dental

Dentríficos o pasta dental fluorados

Los dentríficos fluorados proporcionan la forma más accesible de mantener concentraciones elevadas de flúor en la interface esmalte y placa .- El flúor se añade a los dentríficos en forma de fluoruro sódico , monofluorofosfato sódico (MFP) , estaño o fluorado de amina .

El uso de pastas fluoradas ha entrañado una reducción del 25% en la prevalencia de caries en los países desarrollados y el mayor beneficio

se ha observado en las superficies inter proximales y lisas, así como en los dientes recién erupcionados. ²²

Hilo dental

Es un instrumento de limpieza para la cavidad oral y sirve para remover alimentos de las superficies inter proximales de los dientes que incrementan el riesgo de caries. Se debe mostrar a los padres como pasar la seda por estas zonas en las que los dientes están en contacto, sobre todo si existen signos de desmineralización. A los niños mayores se les debe mostrar como usar la seda dental por sí mismos, acción que puede facilitarse con el uso de enhebradores de seda dental. ²¹

- Instrucción del uso de hilo dental

Se utiliza el hilo dental a partir de la erupción de los primeros dientes, pero bajo supervisión se usa a partir de los 6 años de edad o de primer grado de primaria, en virtud de que a dicha edad su motricidad fina está madurando y con supervisión pueden llevar a cabo la actividad con el propósito de que adquieran el hábito y evitar lesiones cariosas. Esta actividad se lleva a cabo proporcionando a cada niña(o) aproximadamente 30 cm de hilo dental y se dan las siguientes indicaciones:

- Enredar el hilo dental en los dedos medios, dejando una distancia corta entre ellos.
- Una vez realizado lo anterior, se utilizan los dedos pulgar e índice de ambas manos para guiar el hilo dental.
- Mantiene estirado el hilo y con movimientos de atrás hacia delante, se introduce el hilo entre los dientes, teniendo cuidado de no lastimar la encía. Se sostiene el hilo dental rígido contra

uno de los dientes y se desliza de arriba hacia abajo, manteniéndolo en contacto con el diente.

- Debiendo repetir este paso entre cada uno de los dientes.
- Conforme se avance en la limpieza, se cambia el tramo de hilo dental.²¹

Enjuague Bucal

Los colutorios o enjuagues son soluciones acuosas o hidroalcohólicas que contienen principios activos al igual que las pastas dentífricas. Los enjuagues fluorados han tenido un papel importante para la limpieza bucal por la prevención de la caries dental formando parte de programas de salud pública en escenarios con bajos aportes de flúor por otras vías (dentífrico, agua fluorada) y una alta prevalencia de caries, se usa a partir de los 3 años cuando el niño ya puede escupir, o con seguridad a partir de los 6 años edad aproximada en la cual existe control suficiente de la deglución para asegurar que el niño no traga el enjuague, recomendándose con una cantidad aproximada de 15 a 30 ml.²²

Otros colutorios tienen como objetivo el control de la placa bacteriana (antiplaca) o la disminución de la inflamación gingival (antigingivitis), como los formulados con clorhexidina y los aceites esenciales ya que disminuyen la formación de placa y la gingivitis, incluso en zonas de difícil acceso, teniendo excelentes características de seguridad y tolerabilidad. Además, de la clorhexidina y los aceites esenciales, entre los principios activos antisépticos comunes en los colutorios se incluyen, el triclosán, los compuestos de amonio cuaternario, el delmopinol, la sanguinaria o la hexetidina.²²

Alimentos:

El alimento es una sustancia (sólida o líquida) normalmente ingerida por los seres vivos con fines:

- Nutricionales: regulación del metabolismo y mantenimiento de las funciones fisiológicas, como la temperatura corporal.
- Psicológicos: satisfacción y obtención de sensaciones gratificantes.²³

Dieta Cariogénica:

Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Existe una gran cantidad de información sobre la influencia de la dieta en la caries dental. Lo que se sabe es que los alimentos que contienen azúcar inducen al proceso cariogénico; sin embargo, pensar que la cantidad de azúcar que un paciente consume se correlaciona directamente con la caries es una simplificación. Existen otros factores, relacionados con los alimentos, que tienen tanta o más importancia con respecto a la cariogenicidad de los mismos, que la cantidad de azúcar que estos contienen.²³

Consistencia y adhesividad de los alimentos que contienen azúcar

Cuanto más adherentes sean estos alimentos, mayor será su cariogenicidad. La solubilidad y la adhesión de los alimentos que se pegan a los dientes y tejidos por periodos prolongados, y aquellos que se disuelven con lentitud, son los que más tienden a producir ácidos que disminuyen el pH del medio oral. Un pH menor de 5.5 proporciona un medio para la proliferación bacteriana y la descalcificación del esmalte.

Con respecto a la consistencia de alimentos, el azúcar ingerido en la dieta se considera más perjudicial cuanto más adherente sea a los dientes; así será más dañina la misma cantidad de azúcar ingerida en toffees que en bebidas refrescantes.²³

Hora de la ingesta.

Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante las comidas, la saliva y los propios mecanismos de autolimpieza (el flujo salival, los movimientos de lengua y carrillos y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca. Asimismo, los sistemas tampón de la saliva tienden a neutralizar los ácidos que se forman. En consecuencia, el consumo de alimentos cariogénicos durante las comidas es menos peligroso que si los mismos se ingieren entre comidas. Probablemente, el peor momento para ingerir alimentos cariogénicos sea antes de ir a dormir, ya que durante el sueño los mecanismos de autolimpieza están disminuidos.²³

La frecuencia

Cuanto más frecuentemente mayor es el riesgo de caries. Esto es debido a que la bajada de pH ocurre un mayor número de veces.

Uno de los efectos, tras la ingesta de azúcar, es la disminución que se produce en pocos minutos del pH de la placa, lo cual permite la desmineralización del esmalte y facilita el inicio de la cariogénesis. El pH se normaliza a la media hora posterior a la ingesta de alimentos; por ello, si se ingieren azúcares frecuentemente el pH de la placa se mantiene anormalmente ácido, por debajo del pH crítico (5,2 a 5,5).²³

Composición de los alimentos

Existen ingredientes de los alimentos que tienen una acción antagónica de los azúcares, es decir, que protegen contra la caries. Aunque la

naturaleza exacta de estos compuestos no se conoce, existe evidencia de que los fosfatos, por ejemplo, reducen las caries en animales. Asimismo se sabe que algunos componentes del cacao, ingrediente principal del chocolate, son protectores contra la caries. No todos los hidratos de carbono tienen el mismo potencial de cariogenicidad. De ellos, la sacarosa (disacárido formado por glucosa y fructosa) presente en algunas frutas y en todos los dulces, golosinas, caramelos y similares es el más cariogénico. Recordemos que el azúcar común es sacarosa pura. Con menos, pero apreciable potencial cariogénico, viene el grupo de los monosacáridos (glucosa, fructosa) presentes en algunas frutas y miel. También en este grupo se incluye la lactosa (disacárido) presente en la leche.

Finalmente, con capacidad cariogénica relativamente baja están los grandes polisacáridos tipo almidón. El almidón cocido es más cariogénico que el almidón crudo.

Entre los factores protectores existen algunos alimentos a los que se atribuyen propiedades anticariogénicas, como el queso; hay evidencias de que cuando se termina una comida ingiriendo queso, se reduce la acidez de la placa y presumiblemente el poder cariogénico de esta. Por otro lado, los fosfatos en los alimentos o añadidos a los mismos parecen tener un efecto protector ante el ataque de caries, sin que dicho efecto parezca demasiado trascendente.

La escala de peligrosidad de los alimentos, de más a menos cariogénicos, es como sigue:

- Alimentos sólidos, retentivos que se consumen particularmente entre comidas, con bastante frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.
- Los mismos alimentos consumidos durante las comidas.

- Alimentos que contengan azúcar, pero que sean líquidos, no retentivos, que se consuman entre las comidas, con frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.

Hay mucha evidencia que muestra que los azúcares son indudablemente el factor dietético más importante en la etiología de la caries dental. Los alimentos y bebidas potencialmente cariogénicos tenemos al chocolate, pastel, galletas, tartas de frutas, flan, budines, cereales azucarados, azúcar de mesa, mermeladas, conservas, miel, helado, frutas de almíbar, refrescos, bebida azucarada, gaseosa, leche azucaradas, bebidas alcohólicas con contenido de azúcar.²³

Participación de los alimentos en la caries dental

Cabe afirmar que una medida cualitativa de la capacidad de un alimento de incidir en el desarrollo de caries viene determinada por su acidogenicidad, entendida ésta como la cuantificación del pH que existe en la placa después de su ingestión. La cantidad de ácido formada no es proporcional al contenido en azúcar del alimento y el grado de desmineralización tampoco depende de la cantidad de ácido producido.²³

Alimentos anticariógenos

Son aquellos que no contribuyen a la aparición de caries, al no ser metabolizados por los microorganismos de la placa dentobacteriana. En este grupo se incluyen carnes, pescados, huevos y dulces sin azúcar, entre las bebidas encontramos el agua y jugo de frutas. . Por otro lado, las grasas pueden reducir el riesgo de caries cuando están en presencia de azúcares fermentables, al formar una película protectora sobre la superficie dental.²³

Los alimentos anticariogénicos tienen en común las siguientes características como contenido relativamente alto de proteínas, contenido moderado de grasas, lo que facilita su paso de la boca al

esófago, concentración mínima de carbohidratos fermentados, capacidad de amortiguación considerable, alto contenido de minerales, en especial calcio y fósforo, pH mayor a 6.0 y Capacidad de estimular el flujo salival.²³

Definición de la terminología

Conocimiento

Es toda la información almacenada a lo largo de la vida mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo.⁴

Características:

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.⁴

Prevención

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. En este sentido cualquier actuación odontológica puede considerarse preventiva.⁸

La Odontología Preventiva busca principalmente:

- Mantener sano al paciente o de encontrarse enfermo devolverle la salud y mantenerla.
- Considerar la motivación por la educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de Salud, fomentando estilos

de vida saludables, con hábitos y costumbres adecuados para mantener su propia salud y la de su familia. ⁸

Las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles:

- La prevención primaria utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo.
- La prevención secundaria emplea métodos de tratamiento estandarizados para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.
- La prevención 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. ⁸

Salud bucal

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.²

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Prospectivo Longitudinal - Cuasiexperimental

Según su finalidad: Básica.

Según su naturaleza: Cuantitativa. Según su alcance: Longitudinal.

3.2 Población y Muestra

La población en el presente estudio estuvo conformada por 32 escolares que cursan tercero y cuarto grado del nivel primario de la I.E “16 405

Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas.

En este estudio no se consideró el muestreo, ya que fue posible estudiar el total de escolares que cursan tercero y cuarto grado del nivel primario de la I.E “16 405 Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas.

Criterios de inclusión:

- Escolares de ambos sexos matriculados en tercero y cuarto grado del nivel primario de la I.E 16 405 “Francisco Bolognesi” Lluhuana, Bagua, Amazonas, 2015.
- Escolares que cuenten con el consentimiento informado por sus padres y/o apoderado.
- Escolares que cuenten con el asentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Escolares con aparente alteración congénita.

Criterios de eliminación:

- Escolares que falten frecuentemente a clases.

3.4 Hipótesis

La aplicación del programa educativo “Yo Sonrio Feliz” influye positivamente, en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en escolares de 3ero y 4to grado de primaria de la I.E 16 405 Francisco Bolognesi, Lluhuana, Bagua, Amazonas, 2015.

3.3 Variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Categoría	Tipo	Escala	Técnica e instrumentos de recolección de datos
Nivel de Conocimiento sobre los cuidados preventivos de salud bucal. (Variable Dependiente)	Es toda la información almacenada a lo largo de la vida mediante la experiencia o el aprendizaje. ⁶	<ul style="list-style-type: none"> - Cepillado dental - Hilo dental - Enjuague bucal - Alimentos cariogénicos y no cariogénicos 	Preguntas de 1-16 Encuesta de Conocimiento: Cepillado dental 4 preguntas Uso del hilo 4 preguntas Enjuague bucal 4 preguntas Alimentos, bebidas cariogénicos y no cariogénicos 4 preguntas	0 – 5 puntos = Malo 6– 10 puntos = Regular 11 – 16 puntos = Bueno	Cualitativo	Ordinal	Cuestionario (pre-test y pos- test) sobre el nivel de Conocimientos sobre cuidados preventivos de salud bucal
Programa educativo “Yo sonrío feliz” (Variable Independiente)	Es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. ⁶		-Maquetas (Macromodelo, macrocepillo) - Folletos		Cualitativo	Nominal	

3.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Métodos de investigación

El método utilizado fue un estudio prospectivo longitudinal, a través de una encuesta (Anexo N° 03) creada por el investigador y validada por juicio de 4 expertos (Anexo N° 04), la cual se llenó de forma voluntaria con un consentimiento del apoderado (Anexo N° 01) y asentimiento del menor. (Anexo N° 02).

Asimismo los 4 expertos validaron el programa educativo “Yo Sonrio Feliz” que consistió en entregar en físico el programa educativo (Anexo N° 05) donde se explica todas las sesiones a realizar para su posterior evaluación y validación con un formato. (Anexo N° 06)

3.4 Técnica de recolección de datos

Se realizó mediante la aplicación de una encuesta de tipo cuestionario (Anexo N° 03) pre-test antes de la aplicación del programa y post-test después de la aplicación del programa a los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas.

3.5 Procedimiento para la recolección de datos

Para la realización de la investigación se solicitó a la Dirección del Programa Académico de Estudios de la Universidad Señor de Sipán la autorización. También se presentó una solicitud al Director de la I.E N°16 405 “Francisco Bolognesi” para la autorización del estudio.

Las fechas en que se realizó la presente investigación fueron los días 30 de Agosto; 1, 2, 3,4 y 7 de Septiembre del 2015.

Se realizó una visita donde se efectuaron las coordinaciones respectivas con el Director y los docentes acerca de la investigación a realizar y la programación de las actividades (fechas y horarios), además se llevó a cabo el reconocimiento del colegio, para ver las condiciones en las que se encontraba dicha institución.

Se convocó a una reunión de padres de familia para informarles sobre las actividades del programa de salud bucal y solicitar el consentimiento informado respectivo. Se envió a través de los escolares las cartas de consentimiento informado a los padres que no asistieron, asimismo se elaboró un asentimiento informado a los escolares.

La realización del proyecto se aplicó en un solo salón donde estaban reunidos los escolares de tercero y cuarto grado de primaria, con la presencia de las docentes de aula.

El Programa Educativo “Yo Sonrio Feliz” (Anexo N° 05) constó de una serie de actividades que se desarrollaron en 6 sesiones de las cuales el primer día se aplicó el pre-test (Anexo N° 03), al siguiente día se inició con la aplicación de las charlas educativas con una duración de 40 minutos por día a partir de las 10 a.m hasta las 10:40 a.m. por 4 días seguidos. Las charlas abarcaron actividades educativas demostrativas sobre los cuidados preventivos de salud bucal: Cepillado dental, hilo dental, enjuague bucal y alimentos y bebidas cariogénicos y no cariogénicos; 2 días después se aplicó el post-test (Anexo N° 03) ya que debe existir un tiempo prudente para la asimilación de dichos conocimientos.

El programa tuvo como principal estrategia la charla educativa y aplicativa, a la vez de la repartición de folletos educativos (Anexo N° 07) diseñados para los escolares. El recurso aplicativo, fue especialmente

diseñado para los niños. El objetivo de la charla educativa y aplicativa, a la vez de la repartición de folletos educativos fue brindar a los escolares del estudio un acceso entretenido y ameno de aquellos temas de interés, además de afianzar los conocimientos impartidos durante las exposiciones y a la vez que sirva como motivador y reforzador, generando un aprendizaje significativo.

Las charlas educativas se efectuaron en 4 días con una duración de 40 minutos. Como introducción a los temas se dedicaran aproximadamente 10 minutos, con la participación activa de los niños como la exposición de sus experiencias respecto a los temas, seguidamente pasamos a la presentación de un video especial para consolidar los conocimientos y servir de retroalimentación de los temas impartidos.

SESIONES DEL PROGRAMA EDUCATIVO “YO SONRIO FELIZ”

Primera sesión:

- Presentación de la persona encargada a desarrollar el programa educativo a los escolares de 3ero y 4to grado de primaria.
- Breve charla informativa sobre el estudio.
- Aplicación del primer cuestionario (Anexo N° 03), con el objetivo de medir los conocimientos de los escolares sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la intervención.

Segunda sesión:

- Introducción: participación activa de los escolares como la exposición de sus experiencias respecto al tema.
- Presentación de un video educativo sobre cepillado dental.

- Aplicación de la primera charla educativa sobre cepillado dental. Objetivo: Eliminación de placa dental, correcto cepillado dental.
- Exposición con ayuda de proyector.
- Demostración y aplicación de la técnica de cepillado con la ayuda de un macromodelo y macrocepillo, a la vez la enseñanza y supervisión del cepillado en los escolares.
- Por último a cada alumno se le entregó un folleto (Anexo N° 07), cepillo y una pasta dental.

Tercera sesión:

- Introducción: participación activa de los escolares como la exposición de sus experiencias respecto al tema.
- Presentación de un video educativo sobre hilo dental.
- Aplicación de la segunda charla educativa sobre hilo dental. Objetivo: Eliminación de placa dental y restos alimenticios.
- Exposición con ayuda de proyector.
- Demostración y aplicación de la técnica correcta del hilo dental con la ayuda de un macromodelo, a la vez enseñanza y supervisión del uso del hilo dental en los escolares.
- Por último a cada alumno se le entregó un folleto. (Anexo N° 07)

Cuarta sesión:

- Introducción: participación activa de los escolares como la exposición de sus experiencias respecto al tema.
- Presentación de un video educativo sobre enjuague bucal.
- Aplicación de la tercera charla educativa sobre enjuague bucal. Objetivo: Eliminación de bacterias y prevención de enfermedades bucodentales.
- Exposición con ayuda de proyector.

- Demostración y aplicación del enjuague bucal, a la vez enseñanza y supervisión del uso del enjuague bucal en los escolares.
- Por último a cada alumno se le entregó un folleto. (Anexo N° 07)

Quinta sesión:

- Introducción: participación activa de los escolares como la exposición de sus experiencias respecto al tema.
- Presentación de un video educativo sobre alimentos y bebidas cariogénicos y no cariogénicos.
- Aplicación de la cuarta charla educativa sobre alimentos y bebidas cariogénicos y no cariogénicos. Objetivo: Prevención de enfermedades bucodentales.
- Exposición con ayuda de proyector.
- Demostración de los alimentos y bebidas cariogénicos y no cariogénicos.
- Por último a cada alumno se le entregó un folleto. (Anexo N° 07)

Sexta sesión:

- Aplicación del cuestionario final. (Anexo N°3)

Clausura:

- Entrega de presentes a todos los niños.

3.6 Análisis Estadístico e Interpretación de los datos

Se determinó los resultados porcentuales utilizando tablas de distribución de frecuencias, gráficos. Para determinar la influencia del programa educativo se utilizó la prueba "t student" para muestras relacionadas.

La información fue procesada y analizada en el programa estadístico excel versión 22

3.7 Principios éticos

La presente investigación se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, así mismo dando los créditos correspondientes a las referencias bibliográficas y la confidencialidad de la información. Teniendo en cuenta la declaración de Helsinki realizada en Brasil en el año 2008²⁵, con respecto a consentimiento informado se ha incluido a la investigación a los escolares cuyo apoderado firmó el asentimiento informado además de que los niños hayan aceptado libremente participar en el estudio (asentimiento informado).

3.8 Criterios de rigor científico

La investigación tuvo un cuestionario de 16 preguntas la cual se sometió a previa validación de 4 expertos para su posterior aplicación.

Se presentó los datos fiables y validos que serán codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos se logró utilizando instrumentos validados y confiables. Como resultado el Programa Educativo “Yo sonrío feliz” podrá ser aplicado por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados en tablas y gráficos.

Tabla N^o 01

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PRETEST	,208	32	,001	,949	32	,139
POSTTEST	,177	32	,012	,925	32	,028
DIFERENCIA	,172	32	,017	,959	32	,253

a. Corrección de significación de Lilliefors

Como el valor de la prueba Shapiro-Wilk para una muestra no es significativa ($p > 0.05$), quiere decir que los puntajes del resultado de la variable tienden a una distribución normal. Por lo tanto la prueba de hipótesis se contrastará con la estadística inferencial para medias relacionadas (prueba t student).

Tabla N° 02

Influencia del programa educativo “Yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 – Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.

Nivel de Conocimiento		Cuidados Preventivos de la Salud Bucal	
		PRE TEST	POST TEST
MALO	Recuento	10	0
	% dentro de grupo	31,2%	0,0%
REGULAR	Recuento	22	2
	% dentro de grupo	68,8%	6,2%
BUENO	Recuento	0	30
	% dentro de grupo	0,0%	93,8%
Total	Recuento	32	32
	% dentro de grupo	100,0%	100,0%

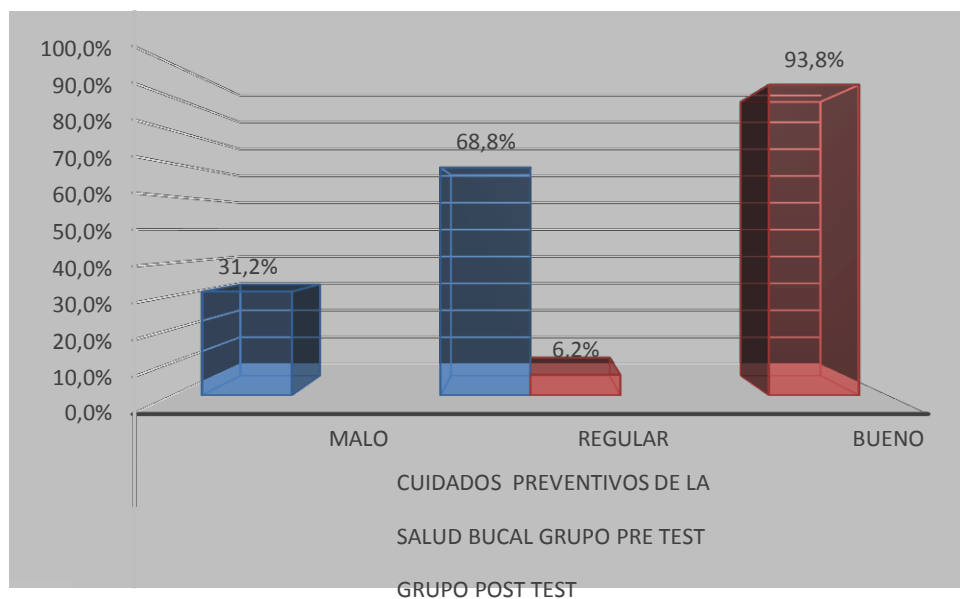
Fuente: Aplicación del cuestionario de conocimiento a los escolares.

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
PRE - POST	6,906	2,319	,410	7,742	6,070	16,846	31	,000

Se observa que el valor de la prueba t student para muestras relacionadas es altamente significativa ($p < 0,01$). Por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación con una confiabilidad del 99%.

Gráfico N° 01

Influencia del programa educativo “Yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015



Fuente: Aplicación del cuestionario de conocimiento a los escolares

Se observa que, antes de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, el 68,8% se encontraron en el nivel regular de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal, y el 31,2% en el nivel malo.

Después de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, se mejoró el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal donde el 93,8% obtuvieron un nivel bueno y el 6,2% un nivel regular.

Tabla N° 03

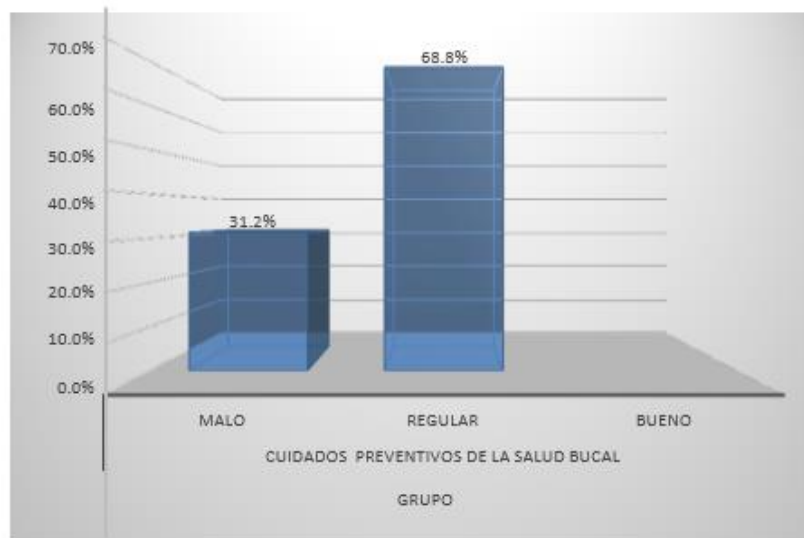
Nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana Bagua –Amazonas, 2015.

Nivel de Conocimiento		Cuidados Preventivos de la Salud Bucal
		PRE TEST
MALO	Recuento	10
	% dentro de grupo	31,2%
REGULAR	Recuento	22
	% dentro de grupo	68,8%
BUENO	Recuento	0
	% dentro de grupo	0,0%
Total	Recuento	32
	% dentro de grupo	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario de conocimiento a los escolares

Gráfico N° 02

Nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 – Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.



Se observa que, antes de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, el 68,8% se encontraron en un nivel regular de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal, y el 31,2% en un nivel malo

Tabla Nª 04

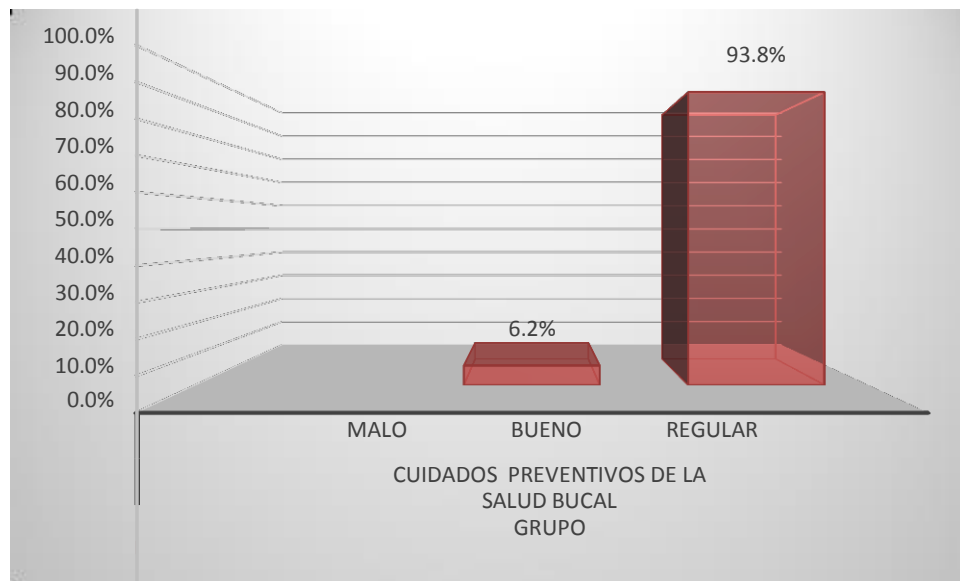
Nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.

Cuidados Preventivos de la Salud Bucal		
Nivel de Conocimiento		POST TEST
MALO	Recuento	0
	% dentro de grupo	0,0%
REGULAR	Recuento	2
	% dentro de grupo	6,2%
BUENO	Recuento	30
	% dentro de grupo	93,8%
Total	Recuento	32
	% dentro de grupo	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario de conocimiento a los escolares.

Gráfico N° 03

Nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 – Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.



Se observa que, después de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, se mejoró el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal donde el 93,8% se encontraron en un nivel bueno y el 6,2% en un nivel regular

Tabla Nª 04

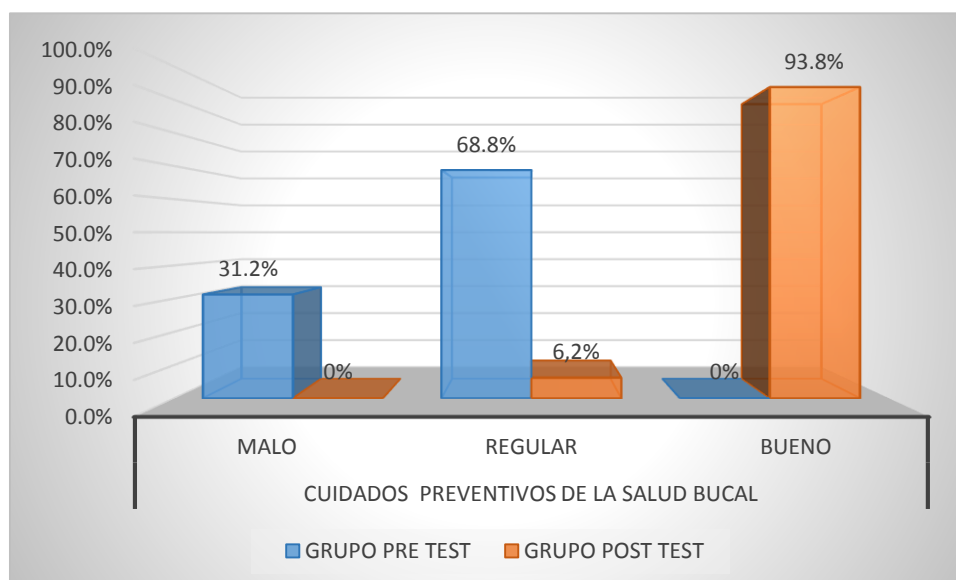
Tabla comparativa del nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes y después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 - Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.

Nivel de Conocimiento		Cuidados Preventivos de la Salud Bucal	
		PRE TEST	POST TEST
MALO	% dentro de grupo	31,2%	0,0%
REGULAR	% dentro de grupo	68,8%	6,2%
BUENO	% dentro de grupo	0,0%	93,8%
Total	% dentro de grupo	100,0%	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario de conocimiento a los escolares.

Gráfico N° 04

Grafico comparativo del nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes y después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 – Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas, 2015.



Se observa que, antes de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, el 68,8% se encontraron en un nivel regular y el 31,2% en un nivel malo.

Después de aplicar el programa educativo “Yo sonrío feliz” a los escolares, se mejoró el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal donde el 93,8% obtuvieron un nivel bueno y el 6,2% un nivel regular.

4.2. Discusión de resultados.

La presente investigación fue realizada en la I.E. N° 16 405 Francisco Bolognesi, en la localidad rural de Lluhuana, provincia de Bagua, departamento de Amazonas, con niños del nivel primario, cuyas edades correspondían desde los 8 hasta los 10 años de edad. El programa tuvo una duración de 8 días. Según los resultados del presente estudio se encontró una influencia positiva del programa educativo “Yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal.

Con respecto a estos resultados encontrados coincidimos con Avila SR⁸, quien también aplicó un programa educativo, llegando a la conclusión que se logra incrementar los conocimientos mediante la aplicación de un programa educativo-preventivo gracias a los métodos creativos y novedosos utilizados.

En el estudio realizado por Evaristo T, et al¹¹; los conocimientos sobre momentos de cepillado, mostraron incrementos para todos los grados. En este sentido coincidimos con dicho estudio ya que en la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” también se incrementaron los conocimientos y esto se puede deber a que los programas aplicados en ambas investigaciones se desarrollaron no solo de manera explicativa sino también de manera demostrativa.

En el estudio realizado por Dávila ME¹⁰, et al. en escolares de 6 a 10 años mediante la aplicación de un programa educativo para medir el nivel de conocimiento se obtuvieron resultados que vario de “regular” en un 74% antes del programa educativo a 50% después de su aplicación, observando una diferencia

estadísticamente significativa de ($p=0,001$) . En este sentido coincidimos con dicho estudio ya que se obtuvieron resultados similares en cuanto a la aplicación del programa “Yo sonrío feliz” ya que se obtuvo resultados de 68.8% (nivel regular) antes del programa educativo, a 6,2% después de la aplicación del programa educativo con diferencia estadísticamente significativa de ($p <0,01$). Esto se puede deber a que dichas investigaciones se llevaron a cabo con la aplicación de programas educativos en sesiones sucesivas.

El estudio realizado por Noborikawa, A.¹³ donde evaluó la influencia del Programa Educativo de Salud Oral Sonrisas "PESOS" en una población de adolescentes de 1° y 2° grado de secundaria, en un período de 6 semanas, el nivel de conocimiento se incrementó al finalizar PESOS de un 61% de respuestas correctas, a un 74%. Contrastando con el presente estudio el programa educativo “Yo sonrío feliz” influyó de manera positiva incrementando el nivel de conocimiento, atribuyendo que nuestro estudio fue realizado en niños del nivel de educación primaria pero teniendo en cuenta que ambos programas se desarrollaron por sesiones educativas.

De la misma forma coincidimos con el estudio realizado por Morgado MD¹⁴, en cuanto a la influencia de dicho programa en el nivel de conocimiento de los escolares, quien mediante la aplicación de su programa educativo “Cuida tu sonrisa y la de los tuyos” se obtuvieron resultados regulares de 8,1% antes de la aplicación del programa educativo a un 88,3% de conocimientos suficientes. Al igual que el programa educativo “Yo sonrío feliz”, se logró la mejora en el nivel de conocimientos obteniendo resultados positivos que se refleja en el incremento

de los conocimientos. Esto puede deberse a que en ambos programas educativos se realizaron de manera afectiva y participativa en la población estudiada.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Sobre la base de los resultados obtenidos se puede concluir:

1. El Programa Educativo “Yo sonrío feliz” influyó favorablemente en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de salud bucal en los escolares de tercero y cuarto grado de primaria de la I.E N°16 405 Francisco Bolognesi – Lluhuana-Bagua- Amazonas, 2015.
2. El nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria se encontró en un 68,8% en el nivel regular y el 31,2% en el nivel malo.
3. El nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” en los escolares de 3ro y 4to grado de primaria se encontró en un 93,8% en el nivel bueno y el 6,2% en el nivel regular.
4. El nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal después de la aplicación del programa educativo “Yo sonrío feliz” fue mayor que antes de la aplicación del mismo programa.

5.2. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones van dirigidas a las instituciones educativas públicas y otros entes que tengan inherencia en la salud integral, específicamente la salud bucal del estudiante en la edad escolar:

1. Diseñar y aplicar campañas de concientización dirigidas a los escolares, docentes, padres y/o representantes a fin de lograr la continuidad de este tipo de actividad educativa que beneficiará la calidad de vida de su representado.
2. Continuar incentivando y apoyando la ejecución de actividades de extensión en esta área de Salud Bucal, en otras instituciones educativas del departamento de Amazonas, dirigidos a la población escolar, docentes, padres y/o representantes a fin de fortalecer los programas preventivos a través de la educación.
3. Promover mecanismos que ayuden a la difusión y divulgación de los resultados obtenidos.
4. Para futuras investigaciones es necesario implementar en el programa educativo “Yo sonrío feliz” el Teatro ya que sería una fuente de atención para los escolares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma en prevención de enfermedades gingivales y periodontales. División de Salud de las Personas, Departamento Odontológico, MINSA; 1998
2. Colegio Odontológico del Perú [Internet]. Lima: Colegio Odontológico del Perú; 2009 [Acceso 03 enero de 2011]. Comisión de salud bucal. Guía metodológica del programa de salud bucal del escolar 2009-2010. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/>
3. Oficina general de Epidemiología. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años. MINSA. 2005(5):1-76. [Citado 28 de noviembre 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>
4. Rodríguez CA. Conocimientos de la salud bucal de estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Santiago [Tesis bachiller]. Chile: Universidad de Chile . Facultad de Odontología; 2005.
5. Wilmer AS. COP Región Amazonas muestra sus lineamientos en marcha. Revista estomatológica peruana Perú 2014;55(2) Disponible en: http://www.visiondental.pe/hemeroteca/ed55_11_p1.htm
6. Cammarano PF. Eficacia en un programa de salud bucal desarrollado por promotores escolares .Acta Odontológica Venezolana 2013; 51(4):1-6
7. Sanchez HY; Sence R. Efectividad de un programa educativo preventivo para mejorar hábitos de higiene y condición de higiene oral en escolares. Lima 2012; 9(1):21-33.
8. Avila SR. Influencia del programa educativo “Sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José

- Olaya Balandra” [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Odontología; 2011.
9. González R, García CR. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. *Kiru*. 2013; 10(1): 18–25.
 10. Davila ME; Mujica de G. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontológica Venezolana* 2008; 46(3):1-7.
 11. Evaristo, T, Pinto H, Salas O. Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Bózari del distrito San Martín de Porres. *Odontología Sanmarquina*. 2007 10(2), 21-23.
 12. Figueroa H. Evaluación de un programa educativo sobre prevención de gingivitis como ayuda educativa títeres. [Tesis bachiller]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de Odontología; 2007.
 13. Noborikawa A. Influencia del programa educativo de salud oral "sonrisas". [Tesis magister]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Odontología; 2004.
 14. Morgado MD, González FB, Ponce CF. Influencia del programa educativo de salud bucodental:” Cuida tu sonrisa y la de los tuyos”, en los niños y niñas de cuarto grado de la escuela Bernardo Arias Castillo. *Cuba* 2003- 2004:1-10.
 15. Ministerio de trabajo y promoción del empleo .Herramientas didácticas. Lima: Dirección Nacional de Promoción del Empleo y Formación Profesional; 2008.
 16. Bravo J. El video educativo. Madrid 2000.
 17. Minaya C. Guía para el desarrollo de charlas y talleres. Perú; 2009. Disponible en: <http://cap3mantaro.webcindario.com/pdf/guiaDCT.pdf>.

18. Rodriguez JA. El teatro como oportunidad educativa. Publicado el 15 Feb 2011.
19. Menaker L. Bases Biológicas de la Caries Dental .Salvat ; 1999 .cap 8.233-320.
20. Casals E. Guía de formación: campaña mes de la salud bucal. Barcelona.pag.26-29 Disponible en:
http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documentos/Mes_de_la_salud_bucal_1.pdf
21. Cameron.A , Widmer R. Manual de odontología pediátrica.3ra ed;2011.
22. Barbereria L.Odontopediatra.2da ed.ciudad:edi;2001.
23. Aliaga N. Métodos de evaluación de dieta cariogénica [Tesis bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
24. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. 45ª ed; 2006.
25. Declaración de Helsinki de la AMM, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil,2008 Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

ANEXOS

Anexo N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Padre o madre de familia encargo del menor de tercero o cuarto de primaria del Centro Educativo “Francisco Bolognesi” – Lluhuana, Bagua, Amazonas.

Tenemos a bien remitirle la presente para hacer de su conocimiento que su menor hijo ha sido seleccionado para participar en la evaluación sobre el nivel de conocimiento de los cuidados preventivos de salud bucal .- Es preciso señalar que los procedimientos son sencillos y no van a significar riesgo alguno para la salud e integridad del niño o niña.

La actividad será realizada en 6 sesiones educativas de 40 minutos de duración coordinadas de tal forma que no interfiera con las actividad escolar normales del menor. En esta sesión educativa se determinará el nivel de conocimiento frente a los cuidados preventivos que deben tener para una buena salud bucal ,se dictarán charlas, ilustradas e interactivas. Luego de lo cual se evaluará mediante cuestionarios y control de higiene.

Los resultados nos servirán para determinar la influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento de la salud bucal, a la vez educar al menor de los cuidados que deberían tener en su cavidad oral y prevenir futuras enfermedades bucales.

Firma: _____

Nombres y Apellido: _____

Fecha: _____

DNI: _____

ANEXO Nº02

ASENTIMIENTO INFORMADO

Influencia del programa educativo “Yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en escolares de ,3ro y 4to grado de primaria de la I.E “16 405 Francisco Bolognesi” Lluhuana – Bagua – Amazonas ,2015

Hola mi nombre es Thalía Tatiana Astochado Granados y estudio en la Universidad Señor de Sipán. Actualmente estoy realizando un estudio para conocer su nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de salud bucal y para ello quiero que me apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder 2 cuestionarios y participar en las charlas educativas, es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar Nombre:.....

**Anexo N° 03
ENCUESTA**

Nombre:.....

1. ¿Qué usas para lavarte tus dientes?

- 1) Cepillo y pasta dental
- 2) Agua y sal
- 3) Escobilla y jabón
- 4) Jabón y agua

2.- ¿Cuántas veces al día debes cepillar tus dientes?

- 1) 1 vez al día
- 2) 2 veces al día
- 3) 3 veces al día
- 4) 5 veces

3. Debo cepillar mis dientes y también mí.....

- 1) Cara.
- 2) Labios
- 3) Lengua
- 4) Nariz

4. ¿Qué debe tener mi pasta dental?

- 1) Sabor a menta
- 2) Flúor.
- 3) Color blanco.
- 4) Chispitas de colores

5. ¿Qué es el hilo dental?

- 1) Un instrumento de limpieza para la boca.
- 2) Un objeto para jugar
- 3) Un objeto para coser la ropa
- 4) Un objeto para pintar

6. ¿Para qué sirve el hilo dental?

- 1) Para remover los alimentos que se encuentran entre los dientes
- 2) Para matar las bacterias
- 3) Para sonreír mejor
- 4) Para jugar

7. ¿A qué edad bajo supervisión podemos usar el hilo dental?

- 1) A los 2 años
- 2) A los 6 años
- 3) A los 50 años
- 4) A los 40 años

8. ¿Qué tamaño de hilo dental debemos usar

- 1) 1 centímetro
- 2) 10 centímetros
- 3) 20 centímetros
- 4) 30 centímetro

9.- ¿Qué es el enjuague bucal?

- 1) Un líquido para pintar la pared
- 2) Un líquido para lavar la ropa
- 3) Un líquido de limpieza bucal
- 4) Un líquido para lavarse las manos

10. ¿Para qué sirve el enjuague bucal?

- 1) Para evitar la caries
- 2) Para alimentarse
- 3) Para tomar cuando tengo sed
- 4) Para crecer

11. ¿A partir de qué edad debemos usar el enjuague bucal?

- 1) A los 2 años
- 2) A los 3 años
- 3) A los 6 años
- 4) A los 20 años

12. ¿Qué cantidad de enjuague bucal debes usar?

- 1) 40 a 45 mililitros
- 2) 20 a 60 mililitros
- 3) 15 a 30 mililitros
- 4) 50 a 70 mililitros

13. ¿Qué alimentos debo consumir para tener una buena salud bucal?

- 1) Zanahoria y lechuga
- 2) Papas fritas, naranja
- 3) Manzana, torta
- 4) Plátanos fritos, arroz

14. Alimentos que producen caries

- 1) Carne, plátano
- 2) Cereales azucarados, pastel
- 3) Cebolla, lechuga
- 4) Arroz, tomate

15. Bebidas que producen caries

- 1) Agua, leche
- 2) Leche azucarada, gaseosa
- 3) Gaseosa, agua
- 4) Agua, refresco de sobre

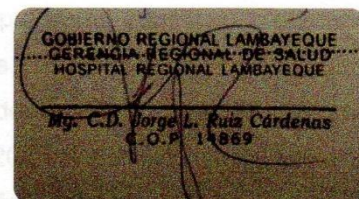
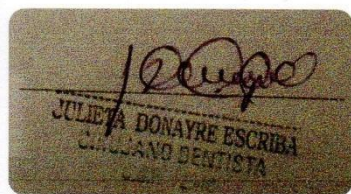
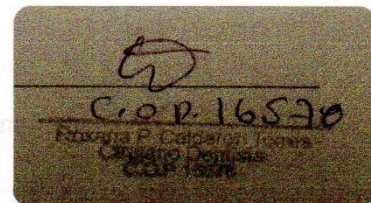
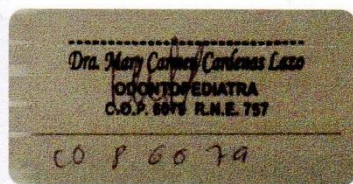
16. ¿Qué bebidas debo consumir para tener una buena salud bucal?

- 1) Café, té
- 2) Cifru, agua
- 3) Agua, jugos
- 4) Frugos, café

Anexo N° 04

FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO Y PROGRAMA EDUCATIVO “YO SONRIO FELIZ”

1. Esp. CD Mary Carmen Cárdenas Lazo
2. CD. Roxana Calderón Torres
3. Esp. CD Julieta Donayre Escriba
4. Mg. CD. Jorge L. Ruiz Cárdenas



Anexo N° 05

PROGRAMA EDUCATIVO

Anexo N° 06

FORMATO PARA VALIDAR PROGRAMA EDUCATIVO

Autor: Thalia Tatiana Astochado Granados

Instrucciones: Determinar si el programa educativo “Yo sonrío feliz” reúne los indicadores mencionados, colocando un aspa (x) en el casillero correspondiente teniendo en cuenta que el público objetivo serán niños de 3^{er}o y 4^{to} grado de primaria, a través de 5 componentes de eficacia expuestas a continuación:

- a) **Atractivo:** El programa cuenta con material y equipo que llame la atención del público.
- b) **Comprensión:** El programa dentro de sus actividades expresará el mensaje de manera sencilla, entendible para los escolares. Las palabras a utilizar serán en español sencillo y fácil.
- c) **Identificación:** En el programa educativo logra que los escolares puedan identificarse con los materiales y reconocer que el mensaje va dirigido hacia ellos.
- d) **Aceptación:** Los mensajes (contenido y la forma en que se expresan) es aceptable para la población a la que van dirigidos. El programa no debe contar con material que contiene algo que ofenda al público, que vaya en contra de sus creencias, o que genere una incomodidad por parte de los escolares, maestros y padres de familia.
- e) **Funcionalidad:** El programa cuenta con materiales adecuados que serán utilizados en el área de trabajo.

Componentes	Aceptable	Poco aceptable	No aceptable	Observacion es
Atractivo				
Comprensión u entendimiento				
Identificación				
Aceptación				
Funcionalidad u inducción a la acción				

.....
FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo Nº 07

FOLLETOS

PREVENCIÓN DE CARIES

¿QUÉ SON LAS CARIES?

Las caries son una de las enfermedades infecciosas más comunes del ser humano y ocasionan una destrucción progresiva de la estructura de los dientes. Es una de las enfermedades que más pérdidas de piezas dentales.

¿POR QUÉ SE FORMAN LAS CARIES?

- 1. En la superficie dental viven diversas especies de bacterias, formando la llamada placa bacteriana.
- 2. Cuando se ingieren alimentos las bacterias descomponen los azúcares que quedan en la saliva y en los espacios interdentales.
- 3. El Streptococcus Mutans tiene la capacidad de metabolizar el azúcar y transformarlo en ácido.
- 4. El ácido como el escorpión hace agujeros y genera la aparición de grietas en el diente.
- 5. Las caries aparecen en los dientes como manchas blancas, después de placa o barro marrón, y pueden llegar a causar perforación, infección o abscesos.

¿CÓMO LAVARSE LOS DIENTES?

1. 1º Limpiar superficies externas
2. 2º Limpiar superficies internas
3. 3º Limpiar las muelas y las superficies de masticación
4. 4º Emplear hilo dental para los espacios interdentales
5. 5º Limpieza de la lengua
6. 6º Enjuague final

CONSEJOS

- Lava los dientes con cepillo antes de acostarte, al levantarte y después de comer.
- Usa hilo dental y paños bucales.
- No comes golosinas adherentes o pegajosas.
- Si te quedan los dientes, como así también, los tengas blancos.
- Hazte un control con el odontólogo por lo menos dos veces al año.
- Revisa el cepillo de dientes cada tres meses.
- Usa pastas dentífricas fluoradas.

¿Cómo lavarse los dientes?

- 1. Enjuague final con elixir
- 2. Limpiar superficies externas
- 3. Limpiar superficies internas
- 4. Emplear hilo dental para los espacios interdentes
- 5. Limpieza de la lengua
- 6. Limpiar las muelas y las superficies de masticación

INDICACIONES PARA EL USO DE HILO DENTAL



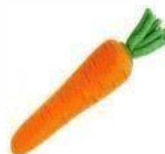
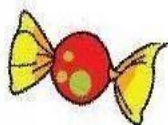
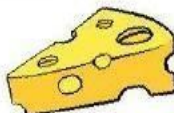
RECUERDA:

Que el enjuague bucal es un líquido de limpieza bucal que ayudara a prevenir la caries dental.

© Can Stock Photo - csp7373102

PREGUNTAS

Clasifique: Alimentos **CARIOGÉNICOS** y **NO CARIOGENICOS**



Anexo N° 08

Fotografías durante la repartición de cuestionarios (pre-test)



Anexo Nº 09

Fotografías durante el desarrollo del Programa Educativo “Yo Sonrío Feliz”





Anexo Nº 10

Fotografías durante la evaluación de cuestionarios (pos-test)



