



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**NIVEL DE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA
PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA I.E. 10003 –
CHICLAYO, 2019.**

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

Autor:

Bach. Montenegro Rodríguez Luis Alberto.

<https://orcid.org/0000-0003-4407-3589>

Asesor:

Dra. C.D. La Serna Solari Paola Beatriz

<https://orcid.org/0000-0002-4073-7387>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú.

2019.

APROBACIÓN DE LOS JURADOS:

APROBADO POR:

Mg. C.D. Dra. La Serna Solari Paola Beatriz
(Presidente de Jurado)

Mg. Esp. C.D. Robles Medina Gareth Mauricio
(Secretario del Jurado)

Mg. C.D. Espinoza Plaza José José
(Vocal/Asesor de Jurado)

DEDICATORIA:

Para mis abnegados padres, Luis Montenegro y Nancy Rodríguez, increíbles personas que me brindaron la fortaleza y ayuda necesaria para mi realización como profesional de la salud. Gracias por creer en mí, los amo.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por guiarme en en mis ideas y proporcionarme de fortaleza e inteligencia necesaria y permitirme llevar a cabo la culminación de mi tesis.

Asimismo, doy gracias a los doctores que enseñan en la escuela de estomatología, puesto que, su sabiduría y consejos fueron imprescindibles para el desarrollo de la misma.

A mi prestigiosa Universidad, Señor de Sipán, puesto que me proporcionó una adecuada formación, necesaria para desarrollo de esta investigación.

Debo agradecer a los niños escolares de la I.E. “Nº 10003” de Campodónico, por apoyarme contribuyendo en la comprensión de la importancia de esta investigación y contribuir proporcionando los datos necesarios para su desarrollo.

Agradezco también a los padres, docentes y directivos de la I.E. “Nº 10003” de Campodónico por admitirme y dejarme llevar a cabo la realización de las actividades programadas para esta investigación.

Por último, es muy importante mencionar a mi compañera Patricia Serquén, a la cual le doy un agradecimiento especial, pues me brindó su apoyo y ánimo incondicional, siendo un pilar clave durante toda mi tesis.

RESUMEN:

En la presente tesis se buscó determinar el estado de la higiene bucal antes y después de los niños escolares en la I.E. N° 10003 – Campodónico en el año 2019, a través de la promoción de la salud bucal basado en un módulo propuesto por MINSA puesto que durante el periodo de la niñez se adquieren hábitos y conductas que repercuten sobre la salud del individuo. La población estuvo conformada por los escolares de la I.E.” N° 10003” Campodónico, Chiclayo que suman un total de 840, y la muestra para éste estudio estuvo dado por un total de 198 estudiantes del 1er al 6to grado en dicha institución.

El tipo de investigación fue aplicativo causa efecto, con enfoque cuantitativo, el diseño que se seleccionó para utilizar fue el cuasi experimental, ya que se trabajó con un pre prueba y post prueba. Fueron utilizadas fichas con un registro para determinar la condición de higiene oral antes y después de la ejecución del módulo de la promoción de la salud oral.

Los resultados obtenidos muestran en un antes de la promoción de salud bucal basado en un módulo de MINSA el 89,9% de los escolares presentaron niveles deficientes de higiene oral según LEARY y en el 93,4% se encontraron niveles malos de higiene oral según IHO’S. Subsecuente a la promoción de la salud oral, el 80,8% de los escolares mostraron un nivel de higiene aceptables de higiene oral según O’LEARY y un 92,9% de los mismos presentaron niveles de higiene regulares según IHO’S.

Por lo cual se concluyó que el programa de promoción de la salud oral basado en el módulo sobre la salud oral proporcionado por Minsa, tuvo buena eficiencia mejorando significativamente la higiene bucal en los escolares de la Institución Educativa. “N° 10003” Campodónico – Chiclayo, 2019.

Palabras claves: Índice de Higiene Oral, Biofilm, Promoción.

ABSTRACT:

The present research work seeks for the oral hygiene determinate of level before and after college children in a I.E. N° 10003 - Campodónico in the year 2019, through the promotion of oral health based on a MINSA module since during the period of childhood habits and behaviors are acquired that affect the health of the individual. The population was confirmed by the students of the I.E. "N ° 10003" Campodónico, Chiclayo that add a total of 840, and the same in the present work it was 198 students of 1st to 6th grade of said institution.

The type of research was applicative cause effect, with a quantitative approach, the design that was chosen to use was the quasi-experimental, in cause of it was works with pre-test and post-test. Record sheets were used to determine the condition of hygiene before and after the implementation of the oral health promotion module.

The results were that before oral health promotion based on a MINSA module, 89.9% of school children had poor levels of oral hygiene according to LEARY and in 93.4% poor oral hygiene levels were found according to IHO 'S. After the promotion of oral health, 80.8% of school children showed an acceptable level of hygiene of oral hygiene according to O'LEARY and 92.9% of them presented regular hygiene levels according to IHO'S.

Therefore, it was concluded that the oral health promotion program based on an oral health module provided by Minsa, was efficient was hygiene buccal of school children of I.E. "N° 10003" Campodónico - Chiclayo, 2019.

Keywords: Oral Hygiene Index, Biofilm, Promotion.

ÍNDICE:

APROBACIÓN DE JURADOS-----	ii
DEDICATORIA -----	iii
AGRADECIMIENTOS -----	iv
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE -----	v
ABSTRACT AND KEYWORDS -----	vi
ÍNDICE -----	vii

I. INTRODUCCIÓN:

1.1 Realidad problemática -----	9
1.2. Trabajos previos -----	10
1.3 Teorías relacionadas al tema -----	14
1.4 Formulación del problema -----	23
1.5 Justificación e importancia del estudio -----	24
1.6 Hipótesis -----	25
1.7 Objetivos -----	25
1.7.1 Objetivo General -----	25
1.7.2 Objetivo Específicos -----	25

II. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1 Tipo y diseño de investigación -----	26
2.2 Población y muestra -----	27
2.3 Variables y operacionalización -----	28
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad -----	30
2.5 Procedimiento de análisis de datos -----	34
2.6 Aspectos éticos -----	35
2.7 Criterios de rigor científico -----	35

III.RESULTADOS:

3.1. Tablas y Figuras -----	36
3.2. Discusión de resultados -----	43

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Conclusiones y Recomendaciones -----	45
--------------------------------------	----

REFERENCIAS:

Referencias bibliográficas -----	47
----------------------------------	----

ANEXOS

Anexos -----	49
--------------	----

I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática:

La caries dental debido al bajo entendimiento sobre salud e higiene oral supone como conflicto sobre la salud de la población en todas partes del mundo y conllevan una derivación a los niños de Perú. Mediante un estudio a nivel nacional se determinó la calidad de la higiene oral de los niños entre 6 a 15 años, y los resultados dieron una prevalencia de enfermedades bucales de 87% y un CPOD de 3.7. Los programas preventivos promocionales de la actualidad no llegan a conseguir reducir los índices epidemiológicos en padecimientos bucales.^(1,2)

La OMS, en colaboración con la comunidad internacional de salud bucal, crea alianzas con el propósito de implementar estrategias universales de salud oral. En Perú; el ministerio de salud (MINSA.), Es Salud, Sanidad en las Fuerzas Armadas, entidades exclusivas vienen ofreciendo información sobre salud oral a través de la atención especial (consejería) y/o agrupada (sesiones educativas). Además de plantear módulos de la promoción de la salud oral.

Hoy en día la salud oral de los niños es clave, principalmente en los países donde se desarrollan programas de prevención en la atención y actividades de promovedores de hábitos saludables para aplicar en los primeros años de vida, para intentar reducir la caries dental del infante.

La asociación de hábitos y conductas se logran mediante técnicas educativas y afectivo-participativas, las cuales se obtienen durante toda la vida; sin embargo, durante la infancia, niñez y adolescencia son importantes para moldear actitudes positivas que serán arduas de cambiar más adelante, por lo que se considera la etapa perfecta para la educación para salud general y bucal.⁽³⁾

El colegio es el lugar idóneo para fortificar buenos hábitos de higiene oral y forma de alimentación aprendidos en el hogar. La información sobre salud bucal a la que tengan acceso las personas es decisiva para determinar la autopercepción de salud oral de las mismas, porque son capaces de calcular el tipo de hábitos que tienen y el nivel de conocimiento tienen

deficiencias en el hábito del cepillado y padecen de caries dental, demostrando que el conocimiento que tienen los niños sobre salud bucodental les accede a modificar hábitos y conductas hacia salud-enfermedad. ^(4, 5)

1.2 Trabajos previos (Antecedentes de la investigación):

Amal E. *et al* ⁽⁶⁾ (Emiratos Arabes Unidos - EAU) 2018 “Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates”.

Este estudio transversal evaluó la caries dental y sus asociaciones con factores socioeconómicos, prácticas de higiene oral y hábitos alimenticios entre niños Emiratis y no Emiratis en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos (EAU). Métodos: La muestra fue estratificada y comprendió a niños de 18 meses a 4 años de edad reclutados de 7 guarderías. El número de piezas cariadas, faltantes y llenos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se utilizó al analizar el índice estado en los niños. Los padres completaron un cuestionario sobre demografía, consumo de alimentos y hábitos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Zayed, (EAU). Los resultados de los 186 niños que se registraron con una edad media de 2,46 años, de los cuales el 46,2% eran Emiratis, en general, 41% de los niños tenían caries dental. La media fue de 1.70 <> 2.81. El índice de placa fueron superiores a los de los niños no Emiratis. La baja educación materna, ubicación de guardería rural, cepillado dental poco frecuente, consumo frecuente de alimentos con alto contenido de azúcar, y la nacionalidad; fueron factores asociados significativamente con la caries dental. Conclusiones: en este estudio, 4 de cada 10 niños de guardería tenían caries dental. Factores demográficos, hábitos alimenticios y de salud oral se asociaron con la caries dental. Se concluyó que las intervenciones efectivas de salud oral adaptadas para mejorar los hábitos alimenticios y el examen dental de los niños en este grupo de edad son imprescindibles para mitigar estas preocupaciones.

Gunasekera H. *et al* ⁽⁷⁾ (Australia) 2017 “A collaboration with local communities in rural New South Wales, Australia to determine the oral health needs of their children and develop a community-owned oral health promotion program”.

El objetivo de este estudio fue colaborar con las comunidades locales de norte central de Nueva Gales, Australia, para determinar la necesidad de salud bucal de los escolares entre 5 y 12 años, el conocimiento sobre salud oral y las actitudes hacia la salud dental y su percepción de las barreras y facilidades hacia la promoción de salud bucal recibidos en sus escuelas. Métodos: los escolares de 5 y 12 años de edad inscritos en escuelas locales recibieron un examen y detección dental realizado por un solo examinador. Se registraron el número de dientes cariados, faltantes, rellenos de dentición primaria y permanente, placa y gingivitis. Los niños completaron un cuestionario evaluando las prácticas actuales de higiene bucal, e información sobre su dieta. Resultados: 88 niños, fueron evaluados y 78 completaron un cuestionario. La puntuación media fue de 5,3. Los factores de riesgo para caries dentales identificados incluyen: la carencia de un cepillo de dientes (35%), uso mínimo de pasta dental con fluoruro (24%), cepillado diario limitado (51%) y consumo frecuente de alimentos azucarados (72%) y refrescos (64%), la escuela y el personal sanitario fueron dispuestos a apoyar un programa que busca promover la buena salud bucal en niños. Conclusión: los niños que viven en comunidades rurales y remotas en Nueva Gales del Sur experimentan altas tasas de caries dental.

La promoción de salud oral en ese sitio se requiere urgentemente para reducir la carga de la caries dental y debe abordar la higiene bucal.

Myat K. *et al* ⁽⁸⁾ (Japón) 2017. “Effects of oral health education in Myanmar preschool children and guardians”. El objetivo de este estudio fue investigar los efectos de la educación en salud bucal sobre el estado y los hábitos de salud oral de los niños en edad preescolar, y también la de sus tutores aumentando su conocimiento sobre el tema. Método: en un año se realizó un estudio intervencionista para 201 niños preescolares de enero de 2016 a enero de 2017, una encuesta por cuestionario y un examen clínico oral se realizaron al inicio del estudio. En un año se dio 30 min de educación de salud oral, la sesión se dio a los niños y sus maestros y tutores por separado por un dentista cada 6 meses, el impacto de la educación para la salud se evaluó con los cambios en los cuestionarios para los tutores y la calidad de higiene bucal de sus hijos durante el año. Resultados: El puntaje promedio en conocimiento de salud oral de los tutores aumentó

significativamente al inicio del estudio. La mayor mejora en relación a la salud oral fueron los hábitos de autocuidado oral, excepto beber agua después de comer, mejoraron significativamente en un año.

Conclusión: Se demostró que la educación integral sobre salud bucal mejora la capacidad de los tutores, aumentando su conocimiento de la higiene bucal, y hábitos de salud bucal, además del nivel de autocuidado oral en sus estudiantes. Es necesario adoptar una promoción integral de salud oral a través de un programa que involucra el cuidado oral por profesionales de la salud, padres y profesores.

De Siqueira C. *et al*⁽⁹⁾ (Brasil) 2016 “Promoção higiene bucal de escolares: efeitos da intervenção lúdica Promoción de la salud bucal de niños preescolares educativa: efectos de una intervención educativa lúdica.”

El objetivo en este estudio fue el de evaluar los comportamientos necesarios que llevan a cepillarse los dientes los niños antes y después de los juegos en los escolares. El método de este estudio fue tipo cuasi experimental, cuantitativo dedicado a dar educación de higiene oral a los niños entre 3 y 5 años. El estudio se hizo en 3 prácticas con enfoque lúdico educativa enseñando a cómo realizar el cepillado, luego se evaluó a 10 comportamientos necesarios para llegar al objetivo. El resultado tuvo incluidos un total de 44 niños. En promedio fue 4,4 los comportamientos antes de la intervención y 8,5 luego. Además de haber un significativo aumento en adopción de nuevos hábitos que conlleven al cepillado ($p < 0,01$). La Conclusión: mediante una adopción de actitudes a manera lúdica, es recomendable potenciar esas actitudes de la promoción de la higiene oral de los escolares de la I.E por parte de los tutores.

Hassan S. *et al*⁽¹⁰⁾ (Arabia Saudita) 2016 “Effectiveness of oral health education intervention among female primary school children in Riyadh, Saudi Arabia”.

Este estudio se planteó examinar la eficiencia cuando se intervino la salud oral en la mejora en el conocimiento y el comportamiento ante el tema en mujeres entre los 6-8 años de la escuela primaria en Riyadh, Arabia Saudita. La muestra consistió en 1661 niñas de la escuela, con edades entre 6 y 8 años (Primer, segundo y tercer grado). Fue evaluado el nivel de conocimiento de los escolares mediante un cuestionario que fue formulado para

esta edad específica y dividido en dos partes; conocimiento de salud oral y comportamiento de salud oral auto informado. Había siete opciones múltiples preguntas y una pregunta verdadera / falsa con cinco partes subyacentes en el cuestionario que brindaba información básica sobre sus conocimientos de salud bucal que tenían éstas niñas, sus hábitos de higiene oral y ciertos hábitos que afectaban a sus dientes. Los cuestionarios se distribuyeron antes y seis semanas luego de la implementación de un programa de educación sobre salud oral para medir su nivel de mejora y los conocimientos sobre oral la salud entre estas niñas. Los resultados fueron que todas las preguntas mostraron una mejora estadísticamente significativa en el conocimiento y el comportamiento ante los temas tratados en el grupo, posterior a la intervención. Hubo un aumento significativo del nivel de conocimiento en un 11.24% y nivel de comportamiento auto informado en un 25% después de la intervención.

Kimberly W. *et al*¹¹⁾ (USA) 2015 “The Health Belief Model and Determinants of Oral Hygiene Practices and Beliefs in Preteen Children: A Pilot Study”.

El propósito de este estudio fue identificar los factores que pueden motivar a los niños a practicar una buena higiene oral. Métodos: guiados por el modelo de creencias de salud, ocho grupos de enfoque de 42 niños estadounidenses (de segundo a quinto grado) fueron entrevistados sobre sus historias con caries, percepción de confianza en cepillado, susceptibilidad auto percibida y vulnerabilidad para caries y / o mala salud bucal, y beneficios percibidos y barreras para practicar higiene oral. Los resultados fueron que, la mayoría de los niños equiparó la buena salud bucal con la salud general y central; sin embargo, algunos creen que la mala salud oral como ocurre solo en los ancianos, mientras que otros creen que la salud oral deficiente puede comenzar a cualquier edad. Los niños citaron la apariencia estética de los dientes y el deseo de complacer a los demás cepillándolo sin recordatorios como motivadores de una buena higiene bucal. Las mayores barreras para realizar la higiene oral que ellos percibieron fue la falta de tiempo y acceso limitado a los cepillos dentales y dentífrico. Conclusiones: se debe motivar a los niños en esta edad rango, y hacer hincapié en los aspectos positivos de mantener una buena higiene oral por su contribución a la apariencia y su implicación para un cuerpo saludable y una buena autoimagen.

1.3 Teorías relacionadas al tema:

1.3.1 Biofilm

La biopelícula está comprendida mediante una película blanda, pegadiza que va almacenándose en la capa superficial dental, en especial, en el lugar más cervical de las piezas dentarias. Según la teoría de la creación del biofilm se deposita inicialmente como una manta a manera de proteína de la saliva en una faceta dental, al biofilm luego le van adhiriendo más MO que están en el fluido salival; es por ello que se menciona que la creación de biofilm se da en dos estadios, uno inicial que llega a alcanzar un depósito de naturaleza no bacteriana y un segundo que implica ya la recepción de las bacterias. ⁽¹⁰⁾

Éste almacenamiento de biofilm que se da en el margen de la gíngiva se origina en cualquiera de las superficies de las piezas dentarias, donde se logra contemplar clínicamente con o sin líquidos reveladores en menos de un día. Pasada su creación inicial se amontona velozmente en el mismo sentido de la corona dentaria y luego de cerca de 7 días sin una limpieza activa y apropiada, obtiene un máximo grosor y amplitud. Su acumulación y amplitud es tanta que entre 7 y 14 días posteriores a no realizarse higiene se manifiestan acumulaciones considerables sobre la parte interproximal y la gíngiva de los dientes.

Existen diversas hipótesis que exponen la creación del biofilm, una de éstas habla que el ac láctico de las bacterias presentes en la boca ayudan al movimiento de una sustancia llamada mucina presente en la saliva, las cuales llegan a metabolizarse a través de sus propias enzimas, conllevando una deshidratación, desnaturalización e inactivación, y después obtenerse la placa a manera de inicio y fija. Otros estudios nos han demostrado que las proteínas que hay en la saliva logran metabolizarse y se colorean se precipitan de forma pausada, ésta precipitación se relaciona bastante con el nivel de pH salival, a tal punto que el pH beneficia el almacenamiento de biofilm dental y así ayuda al avance bacteriano.

⁽¹¹⁾

Las familias de MO que más predominan, surgen en su proceso de creación, y son los estreptococos y micrococos, las briznas micóticas poseen anomalía en esta etapa. En la parte superficial, la biopelícula se muestra en forma de cocos, bacilos y a veces como leptothrix. El biofilm suele endurecerse, luego incrementan la cantidad de filamentos gram-. Se sabe que la manifestación de la biopelícula bacteriana tiene un efecto directo en las afecciones periodontales y la caries, como resultado, su control tiene un papel fundamental durante la prevención. Actualmente la estrategia infalible del control del biofilm es la higiene de forma mecánica usando el cepillo dental, además de auxiliares de la higiene oral. Controlar el biofilm es un pilar de la práctica en odontología. ⁽¹²⁾

1.3.2 Higiene oral

Las afecciones a nivel dental suponen las bacteriosis más habituales en las personas, sin embargo, últimamente se dio a conocer de una mengua de la prevalencia de caries dental, millones de niños y adultos son aquejados por las afecciones periodontales, anodoncias, y mal oclusiones, gran parte de los cuales se eludirían si valoraran la prevención y tomaran en cuenta los servicios del odontólogo de manera periódica.

Las afecciones a nivel dental son prescindibles de un dolor consecuente, fuerte. Una descendencia libre de enfermedades buco dentales podrían ser reales. La enfermedad periodontal y la caries dental dan su comienzo en constancia afluencia sobre la parte superficial del diente con glicoproteínas que llegan a formar una biopelícula para así eliminarla, siendo una de las principales premisas de prevención en ellas. ⁽¹³⁾

1.3.3 El hilo dental

Las personas que poseen alguna incapacidad, en su uso diario del hilo dental debe ser oportuno como complemento a la limpieza, aplicables por individuos que tengan tolerancia y cooperen en su higiene. Individuos con restricciones motoras, utilizar dispositivos puede ayudar en la limpieza de las partes inter dentales y disminuir la posibilidad de lacerar los tejidos buco dentales. Su encargado tiene que apoyar esos aspectos en particular que se le hagan difíciles de efectuar ésta actividad en forma autónoma. El adecuado entrenamiento del que cuida o sobre la misma persona se fundamental para tener el mayor provecho. ⁽¹⁴⁾

1.3.4 Higiene oral en la niñez

Realizar la higiene de la boca del niño en el momento que surja la primera pieza dental, será valioso que no se deba aguardar a que broten el resto de las piezas, ya que la caries estaría asumida. El primer MO presente en la causa es el S. mutans que la madre o los adultos próximos transfieren al infante, donde lo más adecuado es realizarle higiene diariamente, rozando con gasa las piezas y encías, paulatinamente el infante se habitúa en la higiene del día a día. Por la noche, la higiene es la más importante debido a que la saliva disminuye su flujo. Los progenitores tienen que hacerle un cepillado simple y adecuado.

La técnica de barrido es más adecuada en forma horizontal sin dejar de lado ninguna superficie por afuera y por adentro incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. La niñez es la época excelente para su aprendizaje.⁽¹⁵⁾

1.3.5 Hábitos dietéticos

Para determinar la caries se debe intentar también averiguar los hábitos alimenticios de cada individuo e intentar menguar su efecto. Se aseguran por estudios la existencia de una relación directa de la dieta y la caries en los dientes, entonces debe hacerse incapié en esto. Hay estudios que además evidencian que los piqueos entre comidas están implicadas con la prevalencia de caries dental.

Macken hizo un estudio en escolares de una apropiada dieta donde se consumía azúcar entre comidas, evidenció al aumentar la cantidad de hidratos de carbono sobre la dieta no logró el aumento significativo de la caries dental, sin embargo, los escolares no los consumían entre las comidas, además, se les invitaba a realizar el cepillado dental luego de éstas.⁽¹⁵⁾

1.3.6 Alimentación cariogénica:

La dieta y alimentación tiene un rol principal del proceso de la caries dentaria. Observado tanto en el ser humano como en los animales, en un estudio de laboratorio han confirmado con claridad la concordancia existente del consumo de hidratos de carbono de manera frecuente y la alta actividad cariogénica, las consecuencias a nivel local sobre el

metabolismo de la biopelícula, fundamentalmente en la creación de ac se considera que tienen mayor importancia para desarrollar caries.

Diversos estudios de naturaleza epidemiológica alrededor del mundo en el siglo pasado, verificaron que la prevalencia en caries se ve escasa sobre etnias llevan estilo arcaico, y un escaso nivel de fructosa en su dieta. Recientemente surgieron estudios que evaluaron en diferentes países el uso de azúcar, exponen una relación implicada positivamente entre el importe de azúcar de un estado y la manifestación de caries en sus hijos menores de 12 años. ⁽¹⁶⁾

1.3.7 Instrucciones Dietéticas:

Es de conocimiento que hay relación entre una dieta que contiene altas cantidades de azúcar y la caries. Luego de numerosas tesis y comparándolas, se concluyen los siguientes datos:

1. Hay riesgo de caries si se aumenta azúcar consumido entre comidas, que entre las mismas.
2. Hay riesgo aumentado si el azúcar va junto de comidas chiclosos. Concluimos que debe ser obligatorio intervenir en la dieta de los niños, acarreándolos a que se alimenten a manera equilibrada en los momentos usuales y alimentos con contenido en azúcares procesados. Así que: Los infantes tienen que implementar frutas en sus comidas.

Desde neonatos se debe habituar a los infantes a consumir comidas naturales sin endulzantes. Tener cuidado con los que contienen los fármacos, puesto que muchos de ellos ya vienen endulzados y así favorecer su consumo en los infantes, aquejando a las piezas dentarias al cabo de un tiempo. Un factor determinante en los alimentos y su cariogenicidad, es su pH. Se elude el pH ácido en la faceta del esmalte dentario, mayormente durante comidas, y así el organismo puede responder con más tiempo frente a la desmineralización.

⁽¹⁶⁾

1.3.8 Los Índices de higiene bucal:

Aquellos signos que denotan de forma cuantitativa la manifestación de biofilm y evalúan la calidad de higiene oral. Permitiendo revelar el acúmulo de biofilm presente en

la cavidad oral, así como la de las afecciones a nivel periodontal y de esta forma obtener el posible estado de salud que posee el individuo.

La ciencia reciente actúa sobre la epidemiología dental. El Índice C.P.O se creó por 1ra vez por Klein y Palmer (en 1938), Rusell en (1956) también propuso luego las suyas y Ramfjord (1959) inventado para poblaciones con un desarrollado compromiso periodontal y al final Green y Vermillion (1960) donde se demuestra la desarrollada afección periodontal lo que comprueba una extensión coronal de la placa bacteriana. El índice de higiene de O'leary tiene la desventaja porque requiere más datos y tiempo para aplicarse a amplias poblaciones. ⁽¹⁷⁾

1.3.9 Índice de O'leary:

El índice fue creado por O'leary Drake y Taylor en los años de 1971/1972, radica en un método simplificado que evalúa la placa en diversas superficies del órgano dentario entre ellas: mesial, distal, vestibular y lingual, exceptuando las superficies oclusales e incisales. Por lo cual se considera un índice más fácil y práctico de utilizar que el resto.

Para el registro se le aplica al individuo de una pastilla para revelar y pigmentar las zonas de mayor almacenamiento de biopelícula. Luego se le pide que el paciente se enjuague para posteriormente examinar las superficies teñidas a través de un espejo y explorador las superficies que se han teñido, buscando hallar las zonas de acumulación de material blando localizado generalmente den la unión de la encía y el diente, y las superficies teñidas de cada pieza.

El porcentaje de caras dentales manchadas se da en porcentaje usando revelador de placa, sobre el total de caras de los dientes que existen en cada persona. El mismo que luego debe de utilizarse para ser capaz de controla la placa dental, antes y luego de la fisioterapia y motivación o educación hacia el paciente sobre la higiene oral. La fórmula que se aplica es la siguiente

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas x 100}}{\text{Total de superficies}} = \%$$

Siendo los siguientes parámetros utilizados para clasificar la condición de higiene oral (en porcentaje) obtenidos:

- Aceptable: 0 a 12%
- Cuestionable: 13 a 23%
- Deficiente: 24 a 100%

1.3.10 (IHO'S) Índice de Higiene Oral simplificado:

Éste índice llegó a ser desarrollado por parte de Greene y Vermillion en el año 1964, el cual considera el desarrollo del tártaro dental supra gingival en la corona dental. A la cual se le denomina índice de placa dental e índice de tártaro dental. Se registra así, Greene y Vermillion consideran 6 dientes que ya erupcionaron, presentes, por lo que se registrará una presencia o no de biofilm o calculo en las zonas vestibulares de los dientes 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1 y zonas linguales de las piezas 3.6 y 4.6. Así se llega a concluir a través de un índice, la manifestación de tártaro así como de la biopelícula o también llamado biofilm. ⁽¹⁷⁾ Los criterios utilizando el IHO'S son:

Cuadro N° 1: Índice de placa blanda de Greene y Vermillón.

Código	Biopelícula/ biofilm
0	Pieza dental que no tiene placa bacteriana y/o biofilm.
1	Pieza dental la cual posee una cantidad menor a 1/3 de biofilm.
2	El biofilm está presente en menos de 2/3 de la pieza dental.
3	El biofilm está presente en más de 2/3 de la pieza dental.

Fuente: Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillón.

Cuadro N° 2: Índice de placa dura de Greene y Vermillón.

Código	Tártaro en los dientes o placa dura.
0	Ausencia de tártaro dental en la corona de la pieza dental.
1	Presencia de tártaro dental en menos de 1/3 en la corona del diente.
2	Presencia de tártaro dental en menos de 2/3 en la corona de la pieza dentaria.
3	Presencia de tártaro dental en más de 2/3 en la corona del diente.

Fuente: Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillón.

Para hallar el nivel de higiene bucal que presenta un individuo, deben usarse las siguientes formas:

$$\text{IPB: } \frac{\Sigma \text{ de superficies (blandas) sombreadas en color rojo}}{6 \text{ (n}^\circ \text{ de dientes evaluados)}}$$

$$\text{I.C.: } \frac{\Sigma \text{ superficies (duras) sombradas en color rojo}}{6 \text{ (n}^\circ \text{ de piezas evaluadas)}}$$

IHO'S= Índice de placa blanda + índice tártaro.

0.0 hasta 1.2: Higiene bucal Buena.

1.3 hasta 3.0: Higiene oral Regular.

3.1 hasta 6.0: Mala higiene oral.

Esta técnica creada por Greene y Vermillón es manipulada para la dentición permanente, sin embargo, puede utilizarse en la población infantil que tengan dentición decidua para evaluar el nivel de biofilm en las caras vestibulares de las piezas 6.5, 5.5, 7.1 y 5.1. en el caso de los 2dos molares de la dentadura decidua. En esta situación para lograr finiquitar la calidad de higiene bucal del infante se clasifican en valores de 0 a 6. ⁽¹⁷⁾

1. 3.11 Biofilm (Placa bacteriana):

Etiología

Comienza por adicionarse en las superficies sólidas de las piezas dentarias con la cantidad más alta de proteínas en la saliva. Subsecuentemente son los MO se pegan y originan una mezcla por la que se agrupan aditamentos que son sintetizadas a nivel bacterial. ⁽¹⁴⁾

Biofilm (biopelícula)

El biofilm es además denominad biopelícula que posee la propiedad interesante de poseer una consistencia semi sólida. Las colonias de bacteras están compuestas por agua, hidratos de carbono, proteínas, y otros. Cabe resaltar que debe registrarse el índice de higiene directamente de los dientes, y el biofilm se adhiere a los dientes y no se elimina de forma espontánea, diferente al de la mucosa oral, los MO son eliminados de manera natural

debido a que se produce un recambio del epitelio a manera permanente, por lo que las bacterias desechadas van al fluido salival. ⁽¹⁴⁾

Biofilm blando

Viene a ser el primer biofilm que se pega a las piezas dentarias, debido a las sobras de alimentos.

Biofilm calcificado

Viene a ser la placa endurecida que se pega en la superficie coronaria y / o radicular de la pieza dentaria.

Distribución del biofilm y placa bacteriana a nivel supra e infra gingival:

El biofilm o biopelícula supra gingival es almacenada sobre el margen de la gingiva y encima de ésta. El biofilm infra gingival se haya inferior al nivel del surco gingival o su margen o entre los dientes. Así pues, éste biofilm se divide, una parte para las raíces dentarias y el otro para la creación de bolsas a nivel periodontal. ⁽¹⁴⁾

1.3.12 Implemento para el aseo bucal:

Para lograr la limpieza bucal, los autores sugieren a utilizar los siguientes implementos.

Elementos Físicos

Cepillo: es un instrumento físico uzado para la higiene oral, mediante el cual su técnica de utilización nos permite mermar la placa o biofilm que hay dentro de la cavidad bucal.

El hilo dental: Destinados a remover físicamente los restos alimenticios que se hayan entre diente y diente. ⁽¹⁸⁾

Aditamentos químicos

Pasta dental: sustancia de naturaleza química, que se agrega al cepillo, para ayudar en la misma causa.

Colutorios: controla, previene y desinfecta el nivel del biofilm. ⁽¹⁸⁾

1 . 3.13 La Importancia de la educación y promoción en la higiene bucal:

La formación sobre la creación de la sociedad como la del humano en peculiar intentando hace una diferencia y reforzar las actitudes, por ello el valor de los planes de educación para permitir una promoción sobre verdaderas prácticas de autocuidado bucal que van a guiar a buenos modos de vida saludable para la propia persona y la relación con su entorno.

En la formación sanitaria se comprende un contexto por estar en permanente conexión, al conocer esto se puede deducir y dar las razones a las situaciones para lograr encuadrar, por lo que aquella situación conlleva a saber cuáles son los integrantes mediante una incentivación, contextualización, participación y sensibilización y así ellos puedan buscar la solución más justa a sus problemas en su salud bucal.

Es de importancia el dar a conocer que la educación es un proceso que implica conocimientos previos, saber de la persona, la familia y su entorno, para meditar, hacer un análisis y poder lograr decidir de manera oportuna, sin embargo, se necesita de tolerancia, determinación para que los resultados lleguen a ser provechosos. ⁽¹⁶⁾

1 .3.14 La higiene bucal y la importancia de su seguimiento:

Los resultados de los programas no siempre logran los objetivos trazados, por lo cual es necesario de un seguimiento y control por parte del entorno. La señal para una revolución de hábitos en los individuos supone una fase larga que requiere la supervisión de los tutores y su entorno, para que estos cambios vayan siendo evidenciados con ciertos progresos y ciertos regresos.

Por lo cual es que es recomendable llevar a cabo planes inventores, innovadores y didácticas por los profesores de la I.E., tutores del hogar y otros encargados que den énfasis para crear conductas positivas en la población infantil. ⁽¹⁶⁾

1 .3.15 Protagonismo de los tutores sobre la higiene bucal de sus hijos:

Los tutores deben mantener en observación constante a los hábitos de autocuidado de sus niños, aunque también participan todo el grupo de salud.

Cabe recalcar la implicación sobre todo de los tutores en el papel de los roles educativos sobre ellos mismos que sirven de ejemplo directo para sus hijos. ⁽¹⁶⁾

1.3.16 Definición de términos básicos:

Salud oral:

Estado de gran naturalidad funcional y anatómica, dental y periodontalmente, además de las zonas aledañas en la boca y otras estructuras alrededor implicadas en el proceso digestivo. ⁽¹⁷⁾

Higiene oral: Referente a nivel de higiene y preservación en las piezas dentales y estructuras aledañas.

La prevención en el autocuidado oral: Dado a atenuar la cantidad de casos de afecciones orales. Clasificado por 3 niveles, primario y secundario a través de las promoción y protección de forma específica.

Conocimientos:

Cualidad para poder grabar en la memoria acontecimientos universales o específicos, del día a día.

Nivel de conocimiento:

Aprendizaje alcanzado clasificado a nivel de escala. Con enfoque cualitativo: (Ej. Bueno, regular, o malo, también cuantitativo: ej. 0 hasta 30). ⁽¹³⁾

1.4 Formulación del Problema:

¿Cuál es la efectividad del módulo de la salud oral, durante la promoción de la salud bucal en la mejora del nivel de higiene oral de los niños en la I.E. primaria N° 10003, Campodónico – Chiclayo?

1.5 Justificación & importancia de ésta investigación:

La población infantil es vulnerable a las afecciones más prevalentes bucodentales según la OMS, en el cual es de suma importancia que sepan acerca de los cuidados y métodos para la higiene oral y el cuidado de la cavidad oral. En la I.E. 10003 no existe ningún estudio que señale el nivel de higiene oral de los niños y su relación con la aparición de otras enfermedades consecuentes como la caries. ⁽¹⁾

Debido a esto, se precisa ejecutar el presente trabajo de investigación en la I.E.” N° 10003”- Campodónico, Chiclayo; pues establecerá el nivel de higiene bucal antes y después de la promoción de la salud bucal basado en un módulo de MINSA, de esta manera se obtendrá un resultado real y ver el impacto que ha tenido en el nivel de higiene oral debido a que éste módulo tiene la finalidad de fomentar y/o cambiar los buenos hábitos de autocuidado oral.

De esta manera, de lograrse lo propuesto en este módulo va a conllevar a una mejor salud bucal y también contribuir a la salud en general de los niños evaluados además esta investigación pretende sentar las bases para proyectos en el futuro este tipo de población.

Los avances e información obtenidos tras evaluar el efecto en la salud oral de escolares de dicha I.E luego de la aplicación de un módulo de promoción desarrollada por el alumno Luis Montenegro Rodríguez aportarán datos importantes a la comunidad odontológica y mejorar o innovar estos planes de promoción de la salud oral en niños escolares peruanos.

El propósito de este proyecto de investigación es fomentar el desarrollo de hábitos de higiene y autocuidado en la salud oral en las niñas y los niños de la I.E “10003” ya que mediante la promoción de la salud bucal que se realizará, se buscará mejorar el nivel de salud oral de la población beneficiaria, a través el desarrollo de actividades educativas de tipo individual, colectivo y docente, que les supondrá una herramienta para un mejor del autocuidado

oral, y gozar asimismo de una buena salud general que les permita acceder a las oportunidades de desarrollo individual y social; contribuyendo por lo tanto a mejorar su calidad de vida.

1. 6. Hipótesis:

Hipótesis Generales:

- Aplicar la promoción de salud bucal basado mediante un módulo de MINSA es eficiente en la mejora del nivel higiene oral en los niños escolares de la Institución Educativa primaria “N° 10003” Campodónico – Chiclayo, 2019.
- La aplicación de un módulo basado en MINSA, para la promoción de salud bucal no es eficiente en la mejora del nivel higiene oral en los niños escolares en la Institución Educativa primaria “N 10003” Campodónico – Chiclayo, 2019.

1. 7 Objetivos :

1.7.1 Objetivo General:

Demuestra efectividad en la promoción de salud bucal basado por un módulo (MINSA) sobre el nivel de higiene oral de los escolares en la Institución Educativa.”10003”. Chiclayo, 2019.

1.7.2. Objetivos Específicos :

- Hallar el grado de higiene oral de los escolares antes de promover la salud bucal, según edad.
- Determinar el nivel de higiene oral de los niños después de una promoción de la salud bucal, según edad.

- Determinar el nivel de higiene oral en los niños antes de una promoción de la salud oral, según sexo.
- Determinar el nivel de higiene oral de los niños después de una promoción de la salud bucal, según sexo.

II: MATERIALES Y MÉTODO

2, 1 Tipo y diseño de la investigación:

2, 1.1. Tipo de investigación

Estudio aplicativo causa efecto, con enfoque cuantitativo.

2.1 .2. Diseño de la investigación:

De acuerdo al análisis y al alcance de los resultados de ésta tesis, se decidió el utilizar un diseño tipo cuasi experimental, ya que se trabajó mediante un pre y una post prueba. También lograr poner en evidencia los resultados, la co- variable se llegó a manipular (de un módulo de promoción de salud bucal) para posteriormente hacer el respectivo seguimiento y monitoreo, recogiendo la información de los efectos sobre la variable principal. (Fernández, Baptista & Hernández, 2000).

Y fue prospectivo porque se planificó el recolectar datos y se va a relacionar 2 variables para determinar el grado de higiene en un grupo de infantes relacionadas a aplicar y promover la salud bucal.

Esquemático, el diseño nos da la siguiente estructura:

G.E O1. X. O2.

Dónde:

GE = Grupo experimental.

O1: Medida de la higiene oral de los escolares la Institución” N° 10003” Chiclayo, 2019 antes de la aplicación del Módulo de promoción de la salud bucal.

X = Estímulo aplicado a la muestra de estudio: Promoción de salud oral.

O2: Medición de higiene bucal sobre los escolares en I.E. "10003" Chiclayo, 2019 después de aplicar el Módulo sobre promoción en la salud oral.

2.2. Población. y muestra :

2.2.1. Población:

Conformada por la población estudiantil de la Institución Educativa "N° 10003" Campodónico – Chiclayo, que ascienden a un total de 897 estudiantes.

2.2.2 Muestra:

En lingo a trabajar con los escolares que cumplieron con los parámetros de inclusión, en quienes se midió el nivel de biofilm, el tipo de muestra fue, no probabilístico (no aleatoria); siendo conformado por escolares del 1er al 6to año de primaria de la I.E. "N° 10003" rigiéndonos al tipo de muestra utilizado, siendo ésta conformada por 198 escolares.

Para realizar el cálculo de nuestra muestra, la fórmula utilizada es:

$$n = \frac{N * Z^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * S^2}$$

n: El tamaño de nuestra muestra buscando: estimación de medias.

N: El tamaño del marco muestral

NC: El nivel de confianza.

Z: La Z es una constante cuya dependencia sobre el nivel de confianza estándar

NC= 95%.

S: La desviación estándar que se espera en la variable numérica.

d: Error o precisión muestral que se espera.

2.2.3 Criterios de Inclusión :

- Escolares inscritos en la Institución Educativa “N° 10003” Campodónico – Chiclayo.
- Escolares que deseen participar en la investigación.
- Escolares con edad entre 6 y 11 años de edad.
- Escolares que traigan el asentimiento aprobado por su tutor o padre.
- Escolares que asisten regularmente a clases y por lo tanto tengan la posibilidad de ayudar con su participación en la tesis.

2.2.4. Criterios de exclusión:

- Niños los cuales cuenten con alguna enfermedad sistémica o habilidad especial o que tengan defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido). que impida que puedan ser evaluados correctamente.
- Niños con alguna discapacidad psicomotora.
- Niños portadores de aparatos protésicos o ortodónticos.
- Escolares que no cuenten con la aceptación de sus padres/apoderados para tener la participación en la tesis.
- Escolares los cuales por algún motivo vayan a cambiar de Institución Educativa pronto.

2..3. Variables, Operacionalización :

2.3.1 Variables de interés:

- Evaluación de la higiene oral.
 - ❖ Nivel de higiene oral (IHO’ S)

2.3.2 Variable de asociación (independiente):

- Aplicación de la promoción de la salud oral.

❖ Efectividad de promover la salud oral

❖ Sexo

❖ Edad

2.3.4. Operacionalización de las Variables :

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS para RECOLECTAR LOS DATOS	ESCALA.	VALORES FINALES
Nivel Higiene oral	Grupo costumbres que tienen para quitar los restos de alimentos y así poder evitar la enfermedad periodontal y la caries.	Procedimientos en donde se evalúan la higiene de las superficies lisas.	Índice placa	(IHO'S) Índice de higiene oral Simplificado Indice de Green y Vermillion	Nivel/ categoría	Técnica observación sistematizada Instrumento: Ficha de IHO'S	Nominal	Optimo 0.0 a 1.0 Regular: 1.1 a 2.0 Malo: 2.1 a 3.0 Muy malo: 3.1 a más.
Efectividad del módulo de promoción de la salud bucal	Comparar los niveles antes y después sobre la higiene oral al promocionar la salud oral.	Relación y diferencias entre los diversos índices a lo largo del desarrollo del estudio.	E F E C T I V I D A D	Resultados estadísticos cuantitativos, categorizados de acuerdo a la variación del nivel de higiene.	Porcentaje	Técnica: Observación sistematizada. Instrumento: Ficha de IHO'S	Nominal	Altos: 70% a más. Medios: del 36% al 69%. Bajos: del 0% al 35%.
O'leary (Green y Vermillón)	Parámetros establecidos universalmente con valores clasificables	Relación entre valores o datos obtenidos y los parámetros del índice.	Índice	Nivel de higiene oral, sistematizado y clasificado en base a los índices.	Clasificación	Técnica: registro de datos sistematizado Instrumento: índice.	Nominal	Bueno Regular Malo Aceptable Cuestionable Deficiente

CO VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONA	DIMENSIÓN,	INDICADOR	UNIDAD DE.. MEDIDA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	ESCALA	VALORES FINALES
Sexo	Condición orgánica que distingue los machos de las hembras.	Es una variable de tipo cualitativa medida en escala nominal.	Sexo	Características físicas, fisiológicas y sexualidad de cada individuo.	Género	Técnica: Observación sistematizada. Instrumento: Registro de datos.	Nominal	Masculino: varón. Femenino: mujer.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Es una variable de tipo cualitativa, medida en escala ordinal.	Edad	Características físicas y fisiológicas de cada individuo en relación a su tiempo vivido.	Años/ Meses.	Técnica: Observación sistematizada. Instrumento: Registro de datos.	Ordinal	6 años. 7 años. 8 años. 9 años. 10 años. 11 años.

2.4. Técnicas / recolección de datos, instrumentos, datos y validez:

2.4.1 Técnica del estudio:

- Observación directa.

2.4.2 Método para el estudio:

- Método lógico deductivo.

2.4.3 Instrumentos de estudio:

- ✓ Solicitud de permiso (Anexo 1)
- ✓ Resultados de Prueba piloto (Anexo 2)
- ✓ Ficha para recolectar datos/ Ficha de IHO'S (Anexo 3)
- ✓ Constancia de revisión de expertos al instrumento para recolectar datos (Anexo 4)
- ✓ Análisis de revisión de expertos y calibración del instrumento (Anexo 5 y 6)
- ✓ Módulo sobre la promoción de salud bucal (MINSA) (Anexo 7)
- ✓ Consentimiento dirigido a tutores de la familia. (Anexo 8)
- ✓ Hoja informativa hacia los apoderados. (Anexo 9)
- ✓ Fotografías del desarrollo de la investigación y prueba piloto (Anexo 10 y 11)

2.4.4 Validez y confiabilidad:

Validez:

- Al utilizar los índices de O'leary y Green y Vermillón presentes en nuestro instrumento de recolección de datos su validez ya está dada puesto que estos índices ya están universalmente establecidos y validados.

Confiabilidad:

- Para dar la confiabilidad a la investigación se realizó una prueba piloto o pre prueba, utilizando un tipo de muestreo no probabilístico con 25 niños escolares de la I.E N° 10003 en el mes de noviembre del 2018.
- Al procesar los datos se registró un índice de consistencia interna de 0.8 (fiable) a través del Alfa de Cronbach utilizando la matriz de correlación de las variables (nivel de higiene y promoción de la salud).
- Ya que el alfa de Cronbach permitió establecer las correlaciones entre las variables. Calculándola a partir de las varianzas y de las correlaciones de los ítems (Alpha de Cronbach estandarizado)

2.4.5 Procedimientos destinados a recolectar datos:

Este estudio se ha realizado de la siguiente manera:

- Como primera fase del proyecto de investigación, para recolectar datos, fue elaborado un instrumento de recolección de datos (Anexo 1).
- Se le otorgó la confiabilidad a este instrumento a través de la constancia de revisión por el experto donde hace constar su revisión por medio de un sello y firma, aunque cabe mencionar que el instrumento contiene índices universales ya establecidos (Anexo 2).
- Se propuso un instrumento para poder recolectar datos que diseñamos para fines de esta tesis, el cual se expuso a juicio de expertos, a los resultados de su evaluación se les hizo

una prueba de coeficiente en correlación a Pearson a través de la consistencia interna y el poder discriminante, para medir la fiabilidad intra-observador y la variabilidad, teniendo como resultado una Correlación Positiva (Anexo 3).

- El instrumento recibió la calibración por profesionales Odontopediatras, quienes concluyeron en una Correlación Positiva para el instrumento (Resultados Anexos), además indicaron los pasos correctos para llegar a manejar las estrategias más adecuadas durante el desarrollo de la investigación y el manejo y trato adecuado hacia los niños de la muestra. (Anexo 4)
- Como una segunda fase a finales de 2018 se desarrolló una prueba piloto o pre prueba como parte de un ensayo experimental, y nos permitan determinar los posibles resultados durante el desarrollo de la investigación además de analizar los aspectos a mejorar durante el desarrollo de la misma.
- En una tercera fase a los datos obtenidos en este pre prueba se los procesó utilizando la matriz de correlación de las variables, mediante un índice de consistencia interna que dio como resultado 0.8 (fiable) a través del Alfa de Cronbach (Resultados – Anexo 5).
- En la cuarta fase se procedió en el desarrollo de la investigación por lo cual, en marzo del año 2019 se entregó la solicitud requerida para poder llevar a cabo las actividades en dicha Institución Educativa N° 10003 (Anexo 6).
- Luego de que aprobaron nuestra solicitud se procedió a aplicar el estudio. Fue realizada una visita para efectuar y coordinar con el director y la plana docente sobre la investigación en cuestión y programar las tareas.
- Se llevó a cabo una reunión con los tutores de familia para comentarles el objeto de nuestro estudio, y se les entregó una hoja con información al respecto (Anexo 7) además del consentimiento informado (Anexo 8) donde se solicitó autorizar al padre o tutor su firma necesaria, para la participación de su menor hijo en nuestra investigación.

- A finales de marzo del 2019, se empezó con la aplicación de la promoción donde primero se explicó a los escolares el propósito de nuestra presencia y la presentación de los investigadores y los temas a tratar (modelo de módulo Anexo 9).
- Se desarrollaron las 3 sesiones de aprendizaje del módulo de la salud bucal (de 30 min cada uno), en las cuales se abarcaron temas y actividades educativas, demostrativas e interactivas acerca de la importancia de la higiene y salud oral en la vida diaria, fomentando buenos hábitos para un adecuado autocuidado oral (Fotos – Anexo 10)
- Se procedió a clasificar por edad y sexo a los niños de nuestro grupo muestral que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, luego se procedió con la revisión oral aplicando pastillas reveladoras de placa para poder hayar el grado de higiene bucal, según los índices establecidos por O’Leary y Greene y Vermillón, presentes en nuestra ficha para recolectar los datos.
- Al incentivar a los escolares se les mencionó que se iba a entregar un kit de limpieza bucal a los que apliquen mejor los conocimientos adquiridos en su higiene oral.
- Al cabo de 7 y 14 días de finalizar la aplicación del módulo de la promoción de la salud bucal basado en un módulo de MINSA se realizaron respectivamente la 1ra y 2da examinación del nivel de higiene oral en el grupo muestral de niños, utilizando nuestro instrumento de recolección de datos.
- Para sustentar los datos estadísticos de nuestra investigación se procedió con un registro de fichas para determinar la condición de higiene oral, diario de campo y cuestionario.
- Valiéndonos con la ayuda de estadística descriptiva, y de tablas de contingencia, se procedió con el análisis estadístico y así poder registrar y comparar nuestra variable principal y co-variables.
- Con los resultados obtenidos se llevó a cabo un análisis estadístico donde se evalúa un nivel de higiene bucal de escolares según edad y sexo, antes y después de la tesis basándonos

sobre un módulo por MINSA al cabo de las semanas subsecuentes a la aplicación del mismo.

- Finalmente se evaluó la efectividad, relevancia y alcance de nuestra investigación y sus repercusiones directas sobre la salud oral de los escolares.

2.5 Procedimientos de análisis de datos:

- A los resultados de la evaluación del juicio de expertos se les llegó aplicar una correlación estadística de Pearson a través de la consistencia interna y el poder discriminante, para medir la fiabilidad intra-observador y la variabilidad, teniendo como resultado una Correlación Positiva.
- Se utilizó la prueba estadística del examinador, la Teoría Clásica o teoría de Respuesta al Ítem, TRI (Muñiz & Hambleton, 1992) con un parámetro – modelo de Rasch para la calibración y pre-calibración que recibió el instrumento de recolección de datos por parte de profesionales Odontopediatras, después del procesamiento de los resultados se concluyó en una Correlación Positiva para el instrumento.
- Para la prueba piloto se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico con 25 niños escolares de la I.E N° 10003 en el mes de noviembre del 2018, los datos obtenidos se clasificaron utilizando los Índices de Green y Vermillón y de O’leary, dando como resultado un nivel de higiene deficiente/malo en el 90% de los escolares y regular en el 10% restante.
- A los resultados se le aplicaron la prueba estadística de índice de consistencia interna con resultado de 0.8 (fiable) a través del Alfa de Cronbach utilizando la matriz de correlación de las variables (nivel de higiene y promoción de la salud).

- Durante el registro del estado de higiene bucal como parte en la ejecución, cuando se promovió salud bucal, se realizó un pre prueba y post prueba, y a cuyos resultados se les aplicó la prueba CHI CUADRADO empleada para comparar los resultados de muestras experimentales relacionadas del antes y el después, y dando como resultado una varianza importante sobre la variable “nivel de higiene” a lo largo del tiempo.
- Debemos citar a H. Sampieri (año 1991); para interpretar el análisis de nuestros datos para obtener la tesis llamada “nivel de higiene oral antes y después de la promoción de salud bucal en la I.E. N° 10003 – Chiclayo, 2019”, se tuvo que utilizar la estadística, y describir mediante tablas de contingencia como la manera de representar numéricamente de forma útil a partir de que se van a utilizar y reconocer para comparar la relación entre 2 a más variables de tipo cualitativo, valiéndonos de programas como Excel 2018 y SPSS versión 25.
- En un análisis estadístico además se tuvo que utilizar la estadística y describir mediante tablas de contingencia, y poder registrar un parecimiento de las variables de la actual tesis, promoción de la salud bucal, así como el índice Higiene bucal.

2.6 Aspectos éticos:

Hay que considerar que, en cualquier investigación, donde se involucran a seres humanos, es de requerimiento llevar a cabo el proceso por el cual se consideran los procedimientos y reglas y aplicarlos al pie de la letra, protegiendo de ésta forma al individuo objeto de la investigación.

Tomando el reporte de Belmont, quien hizo una postulación de tres principios fundamentales sobre las que se rigen nuestras reglas y normas en cuanto a la ética en la tesis. Además del principio de Justicia, Respeto, Beneficencia y el de dignidad humana. ⁽²¹⁾

2.7. Criterios del rigor científico:

De acuerdo a este tipo de investigación (cuantitativa), se pondrá en práctica el rigor científico, basado en los siguientes principios. ⁽²¹⁾

<u>Criterio:</u>	<u>Principio:</u>
- Valor de verdad.	Validez Interna
- Aplicabilidad.	Validez Externa
- Consistencia.	Fiabilidad Interna
- Naturalidad.	Objetividad (Fiabilidad Externa).

III: RESULTADOS

3.1 Tablas y Figuras:

Tabla 1:

Nivel de higiene oral antes y después de la promoción de la salud bucal basado en un módulo de MINSA. De los escolares la I.E."10003" Chiclayo, 2019. A través de la prueba chi cuadrado.

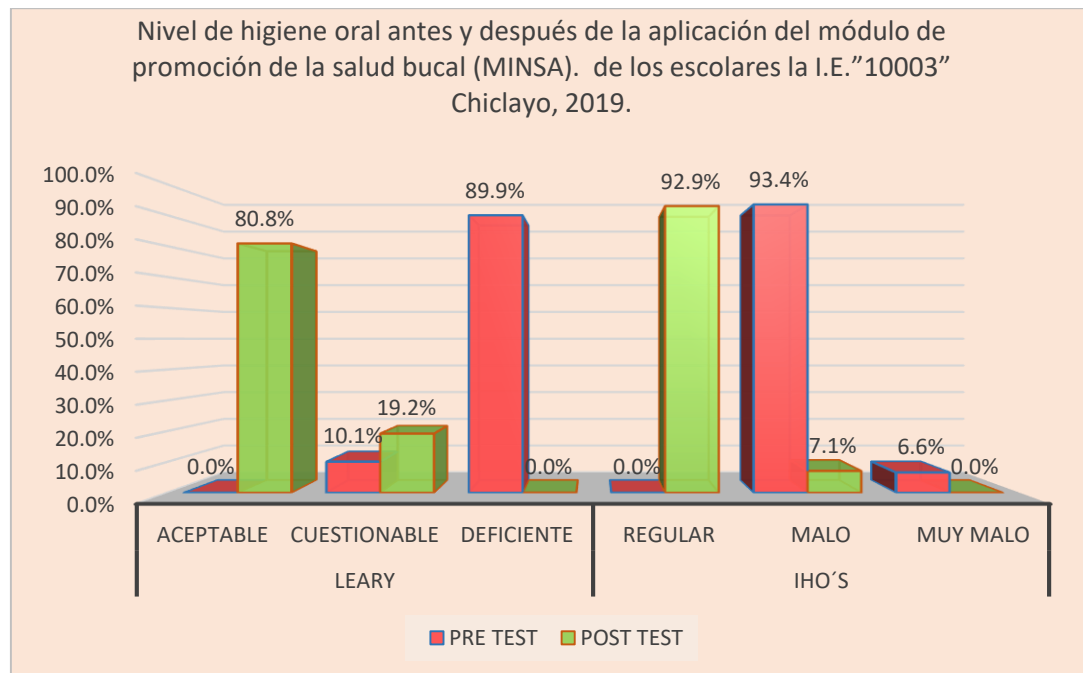
NIVEL DE HIGIENE ORAL DE LOS ESCOLARES			GRUPO	
			PRE TEST	POST TEST
LEARY	Aceptable	Recontando el	0	160
		Porcentaje del grupo	0,0%	80,8%
	Cuestionable	Recontando el	20	38
		Porcentaje del grupo	10,1%	19,2%
	Deficiente	Recontando el	178	0
		Porcentaje del grupo	89,9%	0,0%
IHO'S	Regular	Recontando el	0	184
		Porcentaje del grupo	0,0%	92,9%
	Malo	Recontando el	185	14
		Porcentaje del grupo	93,4%	7,1%
	Muy Malo	Recontando el	13	0
		Porcentaje del grupo	6,6%	0,0%
Total	Recontando el	198	198	
	Porcentaje del grupo	100,0%	100,0%	

$$\chi^2_{\text{CALCULADO}} = 343,59 \quad P = 0,000 \quad P < 0,01$$

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1; se observa que, antes de la promoción de la salud bucal basado en un módulo de MINSA a los escolares la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 89,9% se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según LEARY y el 93,4% se encontraron en niveles malos de higiene oral según IHO'S. Después de promover la salud oral, basado un módulo por MINSA a los escolares la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 80,8% se encontraron en niveles aceptables de higiene oral según LEARY y el 92,9% se encontraron en niveles regulares de higiene oral según IHO'S. Evidenciando mejoría en el nivel de higiene oral.

Por otro lado, el valor de la prueba chi cuadrado es altamente significativo ($p < 0.01$). Este resultado demuestra la efectividad de la promoción de la salud bucal en el nivel de higiene oral de los escolares la I.E."10003" Chiclayo, 2019.



Fuente: Autoelaborado

Tabla 2:

Nivel de higiene oral en niños antes de la aplicación del módulo de promoción de salud bucal, según edad. Utilizando chi cuadrado.

NIVEL DE HIGIENE ORAL DE LOS ESCOLARES	EDAD	
	10 AÑOS	11 AÑOS

LEARY	Cuestionable	Recuento	6	14
		% dentro de grupo	6,8%	12,7%
	Deficiente	Recuento	82	96
		% dentro de grupo	93,2%	87,3%
IHO'S	Malo	Recontando el	82	103
		Porcentaje del grupo	93,2%	93,6%
	Muy Malo	Recontando el	6	7
		Porcentaje del grupo	6,8%	6,4%
Total		Recontando el	88	110
		Porcentaje del grupo	100,0%	100,0%

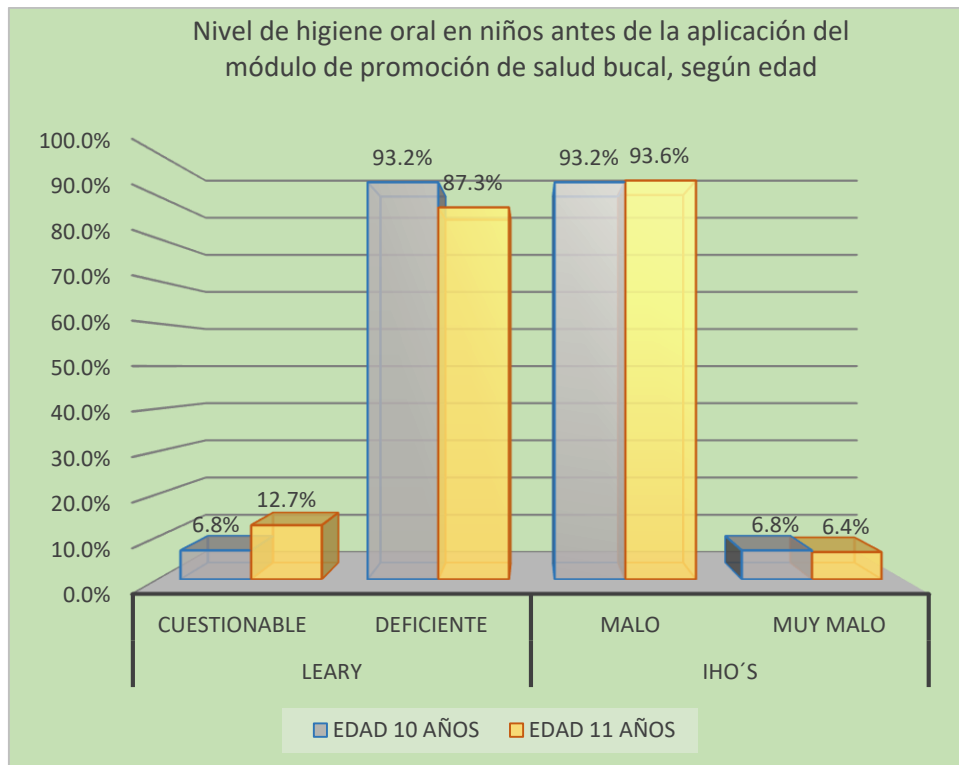
$$\chi^2_{\text{CALCULADO}} = 6,57 \quad P = 0,132 \quad P > 0,05$$

Fuente: Autoelaborado.

En la tabla 2; se observa que, antes de promover la salud oral basado en módulo por MINSA a los escolares de 10 años de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 93,2% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 93,2% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles malos de higiene oral según edad.

Asimismo, los escolares de 11 años de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 89,9% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 93,4% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles malos de higiene oral según edad

Por otro lado, la prueba chi cuadrado tuvo un valor no significativo de ($p > 0.05$). Los resultados indican la independencia que hay entre los niveles de higiene de los escolares según edad pertenecientes a la I.E."10003" Chiclayo, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3:

Nivel de higiene oral en los niños después de la aplicación del módulo de promoción de salud bucal, según edad. Utilizando chi cuadrado.

NIVEL / HIGIENE ORAL DE ESCOLARES			EDAD	
			10 AÑOS	11 AÑOS
LEARY	Aceptable	Recontando el	65	95
		Porcentaje del grupo	73,9%	86,4%
	Cuestionable	Recontando el	23	15
		Porcentaje del grupo	26,1%	13,6%
IHO'S	Regular	Recontando el	80	104
		Porcentaje del grupo	90,9%	94,5%
	Malo	Recontando el	8	6
		Porcentaje del grupo	9,1%	5,5%
Total	Recontando el	88	110	

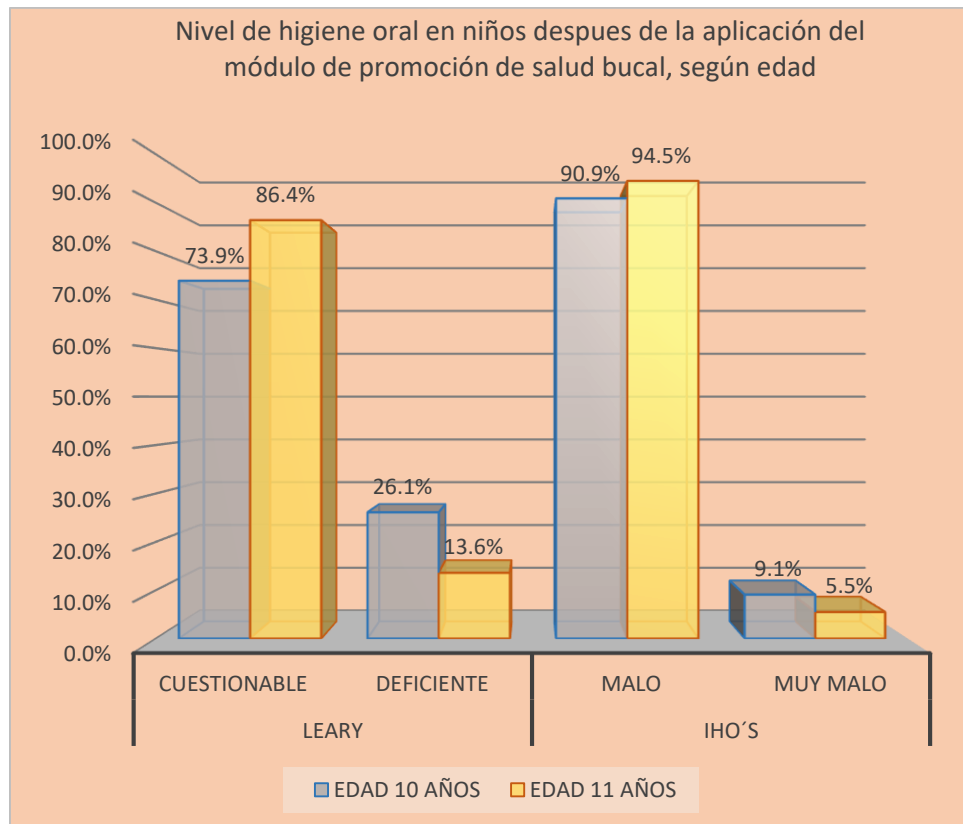
	Porcentaje del grupo	100,0%	100,0%
$\chi^2_{CALCULADO}$	= 11,92	$P = 0,43$	$P < 0,05$

Fuente: Autoelaborado.

En la tabla 3; se observa que, antes de promover la salud bucal basado de un módulo por MINSA de los escolares de 10 años de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 73,9% en la ficha LEARY se encontraron en niveles aceptables de higiene oral según edad y el 90,9% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles regulares de higiene oral según edad.

Asimismo, los escolares de 11 años de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 86,4% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 94,5% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles regulares de higiene oral según edad

Por otro lado, los valores para el chi cuadrado son significativos ($p < 0,05$). Cuyos resultados indican la dependencia existente entre el el grado de higiene de los escolares según edad pertenecientes a la I.E."10003" Chiclayo, 2019.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4:

Nivel de higiene oral en los niños antes de la aplicación del módulo de promoción de salud bucal, según sexo. Utilizando chi cuadrado.

NIVEL / HIGIENE ORAL DE ESCOLARES			SEXO	
			MASCULINO	FEMENINO
LEARY	Cuestionable	Recontando el	10	10
		Porcentaje del grupo	11,2%	9,2%
	Deficiente	Recontando el	79	99
		Porcentaje del grupo	88,8%	90,8%
IHO'S	Malo	Recontando el	82	103
		Porcentaje del grupo	92,1%	94,5%
	Muy Malo	Recontando el	7	6
		Porcentaje del grupo	7,9%	5,5%
Total	Recontando el	89	109	
	Porcentaje del grupo	100,0%	100,0%	

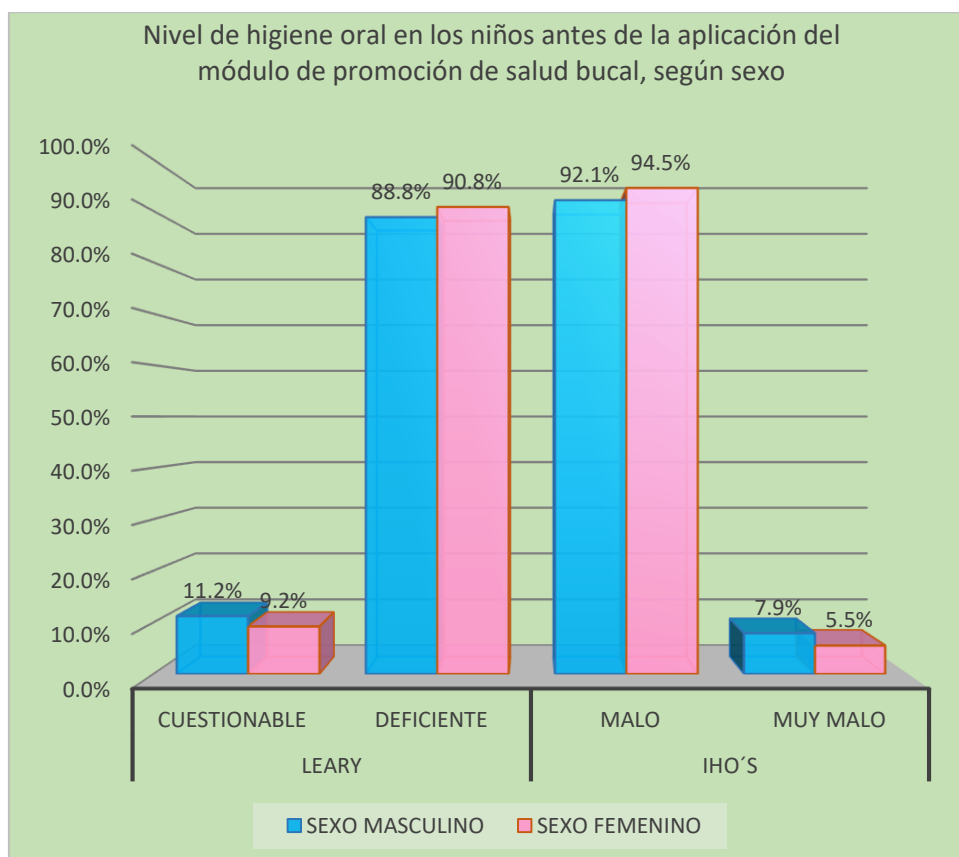
$$\chi^2_{\text{CALCULADO}} = 5,57 \quad P = 0,152 \quad P > 0,05$$

Fuente: Propio del investigador.

En la tabla 4; observamos que, antes de la promoción de la salud bucal basado en un módulo de MINSA a los escolares del sexo masculino de la I.E.”10003” Chiclayo, 2019 el 88,8% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 92,1% en la ficha IHO’S se encontraron en niveles malos de higiene oral según edad.

Asimismo, los escolares de 11 años de la I.E.”10003” Chiclayo, 2019 el 90,8% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 94,5% en la ficha IHO’S se encontraron en niveles malos de higiene oral según edad

Por otro lado, tenemos un valor en el chi cuadrado que no llega a ser significativo ($p > 0,05$). Cuyos resultados indican la independencia existente del grado de higiene bucal de los escolares según sexo pertenecientes a la I.E.”10003” Chiclayo, 2019.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5:

Nivel de higiene oral en los niños después de la aplicación del módulo de promoción de salud bucal, según sexo. Utilizando chi cuadrado.

NIVEL / HIGIENE ORAL DE ESCOLARES			SEXO	
			MASCULINO	FEMENINO
LEARY	Aceptable	Recontando el	77	83
		Porcentaje del grupo	86,5%	76,1%
	Cuestionable	Recontando el	12	26
		Porcentaje del grupo	13,5%	23,9%
IHO'S	Regular	Recontando el	83	101
		Porcentaje del grupo	93,3%	92,7%
	Malo	Recontando el	6	8
		Porcentaje del grupo	6,7%	7,3%
Total		Recontando el	89	109
		Porcentaje del grupo	100,0%	100,0%

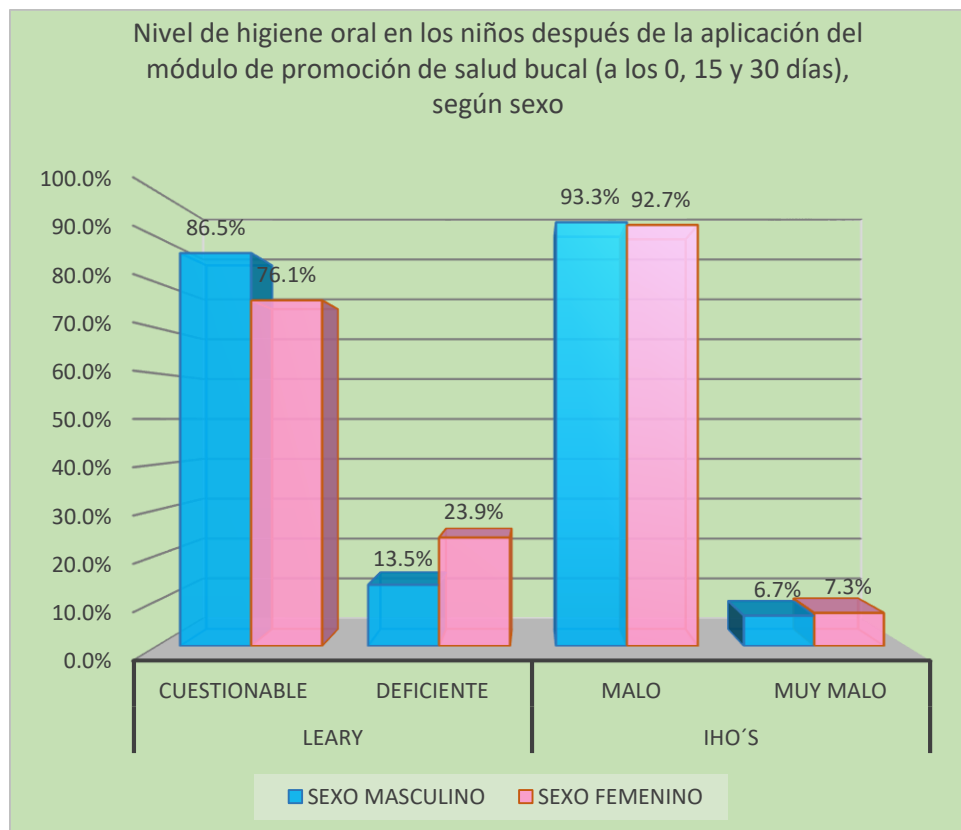
$$\chi^2_{\text{CALCULADO}} = 12,97 \quad P = 0,041 \quad P < 0,05$$

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5; se observa que, después de promover la salud oral basado de un módulo por MINSA sobre los escolares del sexo masculino de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 86,5% en la ficha LEARY se encontraron en niveles aceptables de higiene oral según edad y el 93,3% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles regulares de higiene oral según sexo.

Asimismo, los escolares del sexo femenino de la I.E."10003" Chiclayo, 2019 el 76,1% en la ficha LEARY se encontraron en niveles deficientes de higiene oral según edad y el 92,7% en la ficha IHO'S se encontraron en niveles regulares de higiene oral según sexo.

Asimismo, obtenemos un valor de la prueba de chi cuadrado que llega a ser significativo ($p < 0,05$). Cuyos resultados indican la dependencia existente que existen entre los escolares según sexo pertenecientes a la I.E."10003" Chiclayo, 2019.



Fuente: Elaboración propia

3.2 Discusión de los Resultados:

La boca es una de las partes de mayor relevancia en el cuerpo, ya que al lograr la prevención o tratamiento de las enfermedades que la aquejan se puede también prevenir otras enfermedades importantes en el cuerpo que de ella derivan. Por ello es importante darle la atención pertinente, la misma que se busca fomentar en la edad temprana de estos escolares en el presente estudio. Según lo hecho por Myat K. (2017) se pone a prueba que cuando se aplica programas educativos diseñados para los niños en etapa escolar, sus hábitos de higiene oral propios del conocimiento adquirido cuando se promovió la salud bucal; el nivel en su salud bucal y condición de higiene mejora considerablemente, lo que se buscó replicar en este estudio.

Además, en los estudios por parte de Kimberly (USA) en 2015 queda en evidencia que este tipo de módulos de promoción de salud oral deben ser diseñados específicamente para niños, con el objeto de lograr captar de la manera más eficaz la atención compromiso así como la curiosidad de los niños, siendo estas características imprescindibles en programas que

buscan incentivar y motivar a la población infantil para que puedan desarrollar comportamientos y nuevos hábitos de autocuidado bucal a una corta edad, y así mejorar su calidad de vida.

Asimismo según Myat (Japón) 2017, que para que un programa de promoción de la salud oral sea más eficaz, los padres o tutores de los escolares deben ayudar en la causa pues deben tomar conciencia de la importancia de la salud oral de sus niños, que se hace evidente cuando se comprometieron con el presente estudio y firmaron el consentimiento informado, además de ser concientizados en la importancia de la misma, puesto que es crucial que los niños luego de recibir la información tuvieran la confianza e incentivación por parte de una figura importante en sus vidas, como lo son sus padres.

Cabe recalcar que durante el desarrollo del módulo se puso énfasis en la orientación de una alimentación adecuada que no solo incrementa beneficios en el ámbito de salud de la boca, sino que también tiene especial importancia al permitir prevenir padecimientos crónicos de salud en general como la obesidad, diabetes, entre otras.

Por lo planteado por De Siqueira (Brasil) – 2017, después de la promoción de la salud oral se debe buscar evaluar los comportamientos que se crean adecuados y que conlleven a los niños a cepillarse los dientes a partir de la información recibida durante el desarrollo de la investigación. Ya que esta investigación estuvo orientada a evaluar el nivel de higiene, no se pudo evaluar los comportamientos y/o conocimientos previos y posteriores a la misma.

Los resultados de este estudio mostraron que en el pre test el IHO'S resultó ser malo en 93.4% de los escolares en evaluación, cambiando a un nivel de higiene deficiente (según O'leary) en un 89.9%, en los mismos, con lo cual se puede alterar de manera preocupante el diagnóstico, siendo una higiene oral deficiente y las enfermedades que derivan de ésta, como la caries en los niños, pues según el estudio de Amal (EAU) en 2018, estas condiciones están estrechamente relacionadas a un factor socio económicos y sociales, así como de los hábitos alimenticios propios de los niños de esta comunidad.

Según lo realizado por Gunasekera (Australia) en 2017, este estudio buscó colaborar también en esta comunidad realizando la promoción de la higiene oral en los niños de 6 a 11 años de edad.

Este estudio aplicó la promoción de la salud oral en base a un módulo proporcionado por Minsa, desarrollado en los escolares de la I.E. “N° 10003”, y según Hassan (Arabia Saudita) en 2016 se pone a prueba la efectividad que este tipo de programas tienen sobre el nivel de higiene de los niños, en este estudio el post test mostró que el 80.8 % de los niños tuvieron un nivel de higiene Aceptable (según O’leary) y un IHO’S Regular el 93% de los mismos.

Por lo anteriormente mencionado, queda en evidencia la importancia que tiene la promoción y prevención de la salud al aplicarse en una comunidad escolar de niños en edad temprana.

IV.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

- El programa de promoción de la salud oral basado en un módulo de la salud oral proporcionado por Minsa, resultó tener buena eficiencia en los escolares de la I. E. “N° 10003” Campodónico – Chiclayo, 2019.
- El nivel de higiene oral de los escolares de la I.E N° 10003 en un pre test (antes de la promoción de la salud oral), fue deficiente/malo en un 90% de los niños de todas las edades.
- El nivel de higiene oral de los escolares de la I.E N° 10003 en el post test (después de la promoción de la salud oral), fue aceptable (en un 73,9%) y cuestionable (en un 26,1%) en los niños de todas las edades.
- El nivel de higiene oral de los escolares de la I.E N° 10003 en un pre test (antes de promover la salud bucal), ha sido deficiente/malo un 88,8% de los niños y en un 90,8% de las niñas.
- El nivel de higiene oral de los escolares de la I.E N° 10003 en el post test (después de la promoción de la salud oral), fue aceptable/bueno, en un 86,5% de los niños y en un 76,1% de las niñas.

RECOMENDACIONES:

1. Es imprescindible poder llegar a aplicar paulatinamente las pruebas que permitan diagnosticar mediante los índices de O'leary como IHO'S (Greene. y Vermillón), cual es el grado de higiene bucal y así poder actuar de forma preventiva sobre la salud oral en las comunidades peruanas.
2. Los programas de promoción de la salud oral, durante tu desarrollo deben velar por reforzar la actitud y motivar (por parte de los maestros) a la técnica y la supervisión (por parte los padres) con el fin de permitir que los niños mejoren sus niveles de higiene oral.
3. Al aplicar las pruebas antes y después del test para comparar con la finalidad de saber las diferencias existentes, para determinar la eficacia de cualquier propuesta.
4. Los programas de la promoción de la salud bucal son más eficientes al aplicarse desde la etapa de la vida temprana en los niños, pues como se demuestra en este estudio los beneficios que conllevan y el impacto que tienen en los hábitos de higiene y autocuidado oral, mejorando de ésta manera su calidad de vida.
5. Se sugiere implementar más programas dirigidos a escolares para la promoción de la salud oral que los que están vigentes en las I.E de forma pública o privada, para así adquirir nuevos conocimientos primordiales sobre higiene oral y a una edad temprana prevenir de alguna forma de la placa y también la caries dental u otras enfermedades bucodentales.
6. Por la importancia de la aplicación de estos programas, es recomendable hacer más investigaciones parecidas, teniendo en cuenta el grado de higiene hallado en los escolares, relacionarlo a su conocimiento sobre el tema, a fin de complementar el efecto educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Harris N. Odontología Preventiva Primaria. Primera ed. García G, editor. España: Hallus; 2015.
2. Arjona J. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios y métodos y aplicaciones. Segunda ed. Zúñiga G, editor. Cuenca: Baca; 2015.
3. MINEDU. Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular. Segunda ed. Chong A, editor. Lima: Morata; 2017.
4. Campo G. Desarrollo profesional docente: ¿cómo se aprende a enseñar? Primera ed. Vailant D, editor. Lima: Narcea Ediciones; 2016.
5. Grisse P. Higiene Personal: cómo enseñar normas de aseo a los niños. Primera ed. Navarro D, editor. Córdoba: Grupo Planeta; 2016.
6. Amal E. et al. "Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates". BMC Oral Health. Pg. 3-7.
7. Gunasekera H. et al. "A collaboration with local communities in rural New South Wales, Australia to determine the oral health needs of their children and develop a community-owned oral health promotion program". Rural and Remote Health. Pg. 3-8.
8. Myat K. *et al* "Effects of oral health education in Myanmar preschool children and guardians". WILEY. Pg. 1-6.
9. De Siqueira C. et al 2016 "Promoção da higiene bucal de pré-escolares: efeitos de uma intervenção educativa lúdica Promoción de la salud bucal de niños preescolares: efectos de una intervención educativa lúdica." Revista Brasileira de Enfermagem. Pg. 1-5.
10. Hassan S. et al "Effectiveness of oral health education intervention among female primary school children in Riyadh, Saudi Arabia". Saudi Dental Journal. Pg. 1-3.
11. Kimberly W 2015 et al "The Health Belief Model and Determinants of Oral Hygiene Practices and Beliefs in Preteen Children: A Pilot Study". Pediatric dentistry. V (37). Pg. 1-3.

12. Alvarez. Los Programas de Salud. Primera ed. García M, editor. España: Elsevier; 2012.
13. Noriega M. El currículo: una reflexión sobre la práctica. Primera ed. Artola G, editor. México: Morata; 2017.
14. Ruiz M. Salud y Red. Tercera ed. Carmona E, editor. Panamá: UOC; 2017.
15. Quiroga P. La escuela, promotora de educación para la salud. Primera ed. Lachira F, editor. Bogotá: Publicaciones Works; 2015
16. Perez J. Evaluación de programas educativos para salud oral. Primera ed. Martines S, editor. México: Narcea; 2015.
17. Grisse P. Higiene Personal: cómo enseñar normas de aseo a los niños. Primera ed. Navarro D, editor. cordoba: Grupo Planeta; 2016.
18. . Donayre P. Odontología Pediátrica. Primara ed. Quinde P, editor. Cordoba: ALBA; 2013.
19. D. Ponce. A. Rivas. M. Calle. et al. “Módulo de la promoción de la salud bucal”. MINSA. Disponible en <https://www.gob.pe/minsa/modulodepromociondelasaludbucal>. Pg. 10-55.
20. Hernández Sampieri, Roberto; y otros. Metodología de la Investigación. Segunda ed. Colombia: Editorial Panamericana Formas e Impresos S.A.; 2016.
21. Mariví R. Psicopatología en la Edad Escolar. Primera ed. Noriega P, editor. Cantabria: Gráficas Calima; 2015.

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(CARA 1)



FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO'S) - GREENE Y VERMILLON:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA “N° 10003”

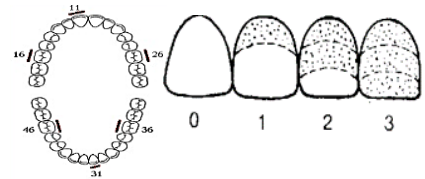
APELLIDOS Y NOMBRES: _____

GRADO: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

CÓDIGO	CRITERIO	NIVEL DE PLACA
0	No hay depósitos blandos ni duros, ni pigmentaciones	
1	Existen depósitos blandos o duros en no más de 1/3 de la superficie, o hay pigmentación.	
2	Existen depósitos blandos o duros en no más de 2/3 de la superficie, o hay pigmentación.	
3	Los depósitos blandos o duros cubren más de 2/3 de la superficie.	



Valores del Índice de Placa blanda Simplificado	
0.0 – 0.5	Bueno
0.6 – 1.5	Regular
1.6 – 3.0	Malo
3.1 – 6.0	Muy Malo

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE PLACA BLANDA (PB) Y PLACA DURA (PD).										
FECHA	PLACA/ DEPÓSITO	11(V)	55(V)/ 16(V)	65(V)/ 26(V)	31(V)	75(L)/ 36(L)	85(L)/ 46(L)	TOTAL PB/PD	PB + PD	VALOR/ CRITERIO
A N T E S	PB									
	PD									
D E S P U E S	PB									
	PD									
	PB									
	PD									
	PB									
	PD									

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CARA 2)



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "N° 10003"

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

GRADO: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

FICHA DE ÍNDICE DE O' LEARY:

Placa dentobacteriana ausente

Placa dentobacteriana presente

Diente clínicamente ausente

Total Number South Poles With Plaque
 $\frac{\text{S} \times \text{Number of Teeth Present}}{\text{S}} \times 100 = \text{ \%}$

Right Left

Condición	Parámetro
Aceptable	0.0% - 12.0%
Curatorable	13.0% - 23.0%
Deficiente	24.0% - 100.0%

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: ____ Índice: ____ % Condición: ____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: ____ Índice: ____ % Condición: ____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: ____ Índice: ____ % Condición: ____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: ____ Índice: ____ % Condición: ____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: ____ Índice: ____ % Condición: ____

CUADRO RESUMEN	
FECHA	INDICE
ANTES	
O	
E	
S	
P	
U	
E	
S	

ANEXO N° 2 – VALORACIÓN/ CONSTANCIA DE REVISIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

OBJETIVO:

DIRIGIDO A:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Juan Pablo Portocarrero Mondragón

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--	-------	------	----------



Mg. CD. Juan Pablo Portocarrero Mondragón
COP. N° 28095

FIRMA DEL EVALUADOR

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al *proyecto de investigación* para determinar *la validez del instrumento* como parte de la investigación titulada: "*Nivel de higiene oral antes y después de la promoción de la salud bucal en la I.E. 1003*", para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante *Luis Montenegro Rodríguez*.

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo, 10 de Octubre de 2016.



[Firma]
Mg. CD. Juan Pablo Portocarrero Mondragón
COP. N° 28095

Nombres y Apellidos del Experto
Grado Académico
Número de colegiatura
Sello y firma

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

OBJETIVO:

DIRIGIDO A:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Ruiz Cárdenas Jorge Lemidas

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	-----------------	-------	------	----------

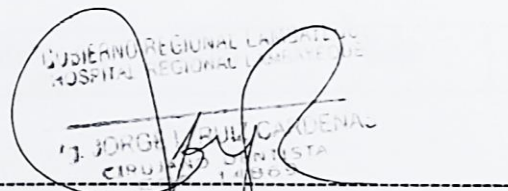
GUBIERNNO REGIONAL LANCASTER
HOSPITAL REGIONAL LANCASTER
DR. JORGE RUIZ CÁRDENAS
C/ SAN DENTEL
FIRMA DEL EVALUADOR

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al *proyecto de investigación* para determinar *la validez del instrumento* como parte de la investigación titulada: "*Nivel de higiene oral antes y después de la promoción de la salud bucal en la I.E. 1003*"; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante *Dra. Montenegro Rodríguez*

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo, 10 de octubre de 2016.



HOSPITAL REGIONAL LA LIBERTAD
DRA. MONTENEGRO RODRIGUEZ
CIRUJANO DENTISTA

Nombres y Apellidos del Experto
Grado Académico
Número de colegiatura
Sello y firma

NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

OBJETIVO:

DIRIGIDO A:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:


Luzmila Oblitas Alvarado

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Docente en la USS escuela de Estomatología

VALORACIÓN: (Marque con X donde corresponda)

Muy Alto	Alto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio	Bajo	Muy Bajo
----------	--	-------	------	----------


Luzmila Oblitas Alvarado
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 10072

FIRMA DEL EVALUADOR

Mediante el presente documento hago constar que he revisado el instrumento de medición correspondiente al proyecto de investigación para determinar la validez del instrumento como

parte de la investigación titulada:

"Manual de higiene oral antes y después de la promoción de la salud bucal en la I.E 1003",

para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista del estudiante

Luis Montenegro Rodríguez

Concluyo que el instrumento presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo, 09 de octubre de 2016.



Nombres y Apellidos del Experto
Grado Académico
Número de colegiatura
Sello y firma

ANEXO N° 3

RESULTADOS DE LA VARIABILIDAD INTER- OBSERVADOR

Kaiser fue de 0,82 Correlación Positiva

Escala	Rango de correlaciones de Ítems		Prueba ítems-escalas.		Confiabilidad (alfa de Cronbach)
	Consistencia interna	Validez discriminante	N° éxitos/ total	% éxito escala	
Nivel de higiene oral	0,76 – 0,82	0,19 – 0,53	10/10	100	0,91
Promoción de la salud oral	0,55 – 0,71	0,21 – 0,59	12/12	97	0,81
Edad	0,62 – 0,68	0,23 – 0,67	10/10	98	0,80
Sexo	0,75 – 0,81	0,19 – 0,70	10/10	100	0,90

n = 120

Rango de los coeficientes de correlación ítem-escala hipotetizada con corrección por sobreestimación.

Rango de los coeficientes de correlación entre los ítems y otras escalas.

Número de correlaciones ítem-escala hipotetizadas mayores de 0,40 número total de correlaciones.

ANEXO N° 4

RESULTADOS DE CALIBRACIÓN DE EXPERTOS:

Resultados según criterio de selección de cadenas de Respuestas – modelo de Rasch

Caso de estudio	Registros iniciales	Número de Ítems	Criterio		Ajuste	Número de registros procesados
			Omisión	Correlación		
1	35	10	≤2	Positiva	Entre 0,4 y 1,6	35
2	35	10	≤2	Positiva	Entre 0,5 y 1,5	35
3	35	10	≤2	Positiva	Entre 0,6 y 1,4	35
4	35	10	≤2	Positiva	Entre 0,7 y 1,3	35
5	35	10	≤2	Positiva	Entre 0,5 y 1,5	35

Resultado final: Correlación Positiva

Según la prueba del examinador, la Teoría Clásica o teoría de Respuesta al Ítem, TRI

ANEXO N° 5:

PRUEBA PILOTO – RESULTADOS

PRUEBA PILOTO – PRE PRUEBA	
Finalidad	Para dar la confiabilidad a la investigación.
Muestra	25 niños escolares de la I.E. N° 10003, Campodónico – Chiclayo, 2019.
Instrumento	Se utilizaron los Índices de Green y Vermillón y de O'leary
Resultados	Nivel de higiene deficiente/malo en el 90% de los escolares y regular en el 10% restante.
Procesamiento de Datos	A través del Alfa de Cronbach utilizando la matriz de correlación de las variables, al procesar los datos se registró un índice de consistencia interna de 0.8 (fiable).
Conclusión	Pre prueba positiva, concluimos con la necesidad de la aplicación de una investigación.

ANEXO 6: SOLICITUD DE PERMISO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD BUCODENTAL “NIVEL DE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA I.E. 10003 – CHICLAYO, 2019”.

SEÑOR: Director de la I.E. N° 10003 – Campodónico, Chiclayo:

Autor Mondragón Herrera identificado con DNI N°: 16655476

Me presento ante su despacho a fin de solicitar autorización para desarrollar el programa educativo “NIVEL DE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL”, a desarrollarse en los meses de abril, mayo y junio del siguiente año, que tiene como fin mejorar la condición de higiene bucodental de los niños escolares de la institución educativa que usted dirige.

PRIMERO: Que el solicitante, alumno **Luis Montenegro Rodríguez** con DNI 70678873, es del X ciclo facultad de ciencias de la salud de la ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, Pimentel.

SEGUNDO: Que en el área de SALUD PUBLICA, es necesario orientar a los estudiantes acerca de su salud bucodental con el fin de prevenir enfermedades de la cavidad oral.

POR LO TANTO: A Ud. Señor Director, recorro a su despacho para solicitarle, la autorización respectiva a fin de desarrollar dicho programa educativo en los niños escolares del nivel primario, esperando contar con su gentil aceptación.



Mg. Autor Mondragón Herrera
DIRECTOR (E)

Director de la I.E N° “10003”

Chiclayo, 23 de Noviembre, del 2018.

M 27/11/2018
H. O. A.
R. X.

ANEXO N° 7:

**USS | UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN**
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA

Yo, _____ con D.N.I. _____ padre/tutor del menor:
_____ con DNI:

_____, declaro haber sido informado sobre el trabajo de investigación denominado “Nivel de higiene oral antes y después de la promoción de la salud oral”

El investigador me ha explicado sobre el trabajo que va a realizar y ha respondido a las preguntas que he tenido con respecto al mismo. He sido informado que la participación de mi hijo(a) es voluntaria, que se realizará una evaluación periódica con respecto a su salud bucal y que se modificará los hábitos en salud bucal siempre y cuando mi hijo(a) asista a las charlas educativas que realizaran durante el periodo del mes de abril del 2019.

Comprendo que puedo retirar a mi hijo del estudio cuando crea conveniente sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en las notas de mi menor hijo(a).

Doy mi consentimiento para la recopilación de los datos requeridos para la realización de esta investigación, puesto que me garantizan que los datos obtenidos serán de manera anónima, me ha sido indicado también que los resultados generales serán entregados a la dirección de la I.E. N° 10003, siendo posteriormente publicados en una tesis a cargo del estudiante Luis Alberto Montenegro Rodríguez (DNI: 70678873), que serán expuestos en su casa de estudios, la Universidad “SEÑOR DE SIPÁN”.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, FIRMO ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FORMA VOLUNTARIA PARA MANIFESTAR MI DESEO Y APROBACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE MI MENOR HJO(A), EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL, hasta que decida lo contrario. Al firmar este asentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este asentimiento para guardarlo y poder consultarlo.

PARA CONSTANCIA DE LO CONVENIDO LA SIGUIENTE FIRMA DE AMBAS PARTES:

Firma del Investigador/Estudiante
DNI: 70678873

Firma del padre de Familia/Apoderado
DNI: _____

Chiclayo, ____ de _____ del ____.

ANEXO N° 8: HOJA INFORMATIVA PARA LOS PADRES DE FAMILIA



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

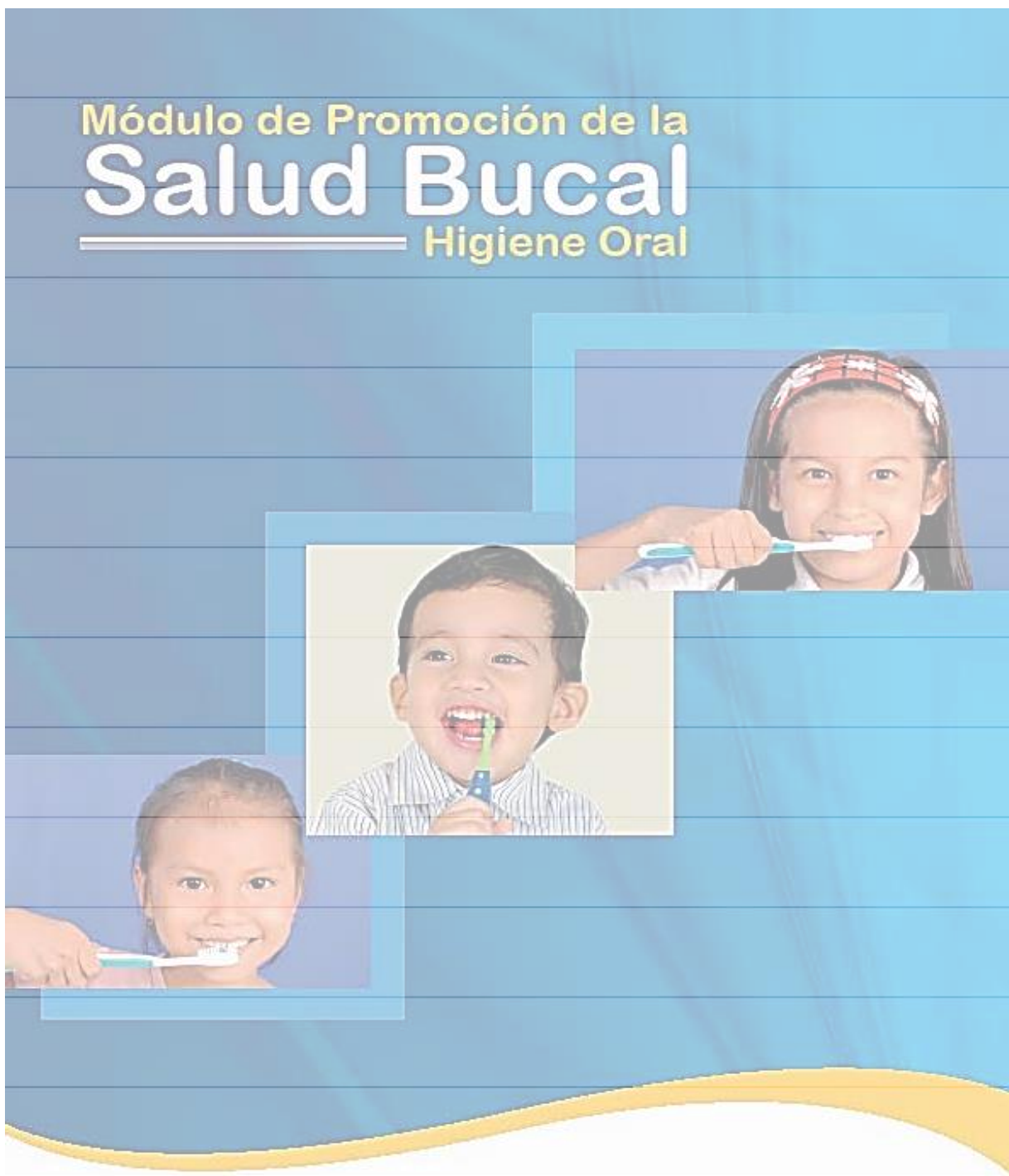
**“NIVEL DE HIGIENE ORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA
PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA I.E. 10003 –
CHICLAYO, 2018”.**

INVESTIGADOR: Luis Alberto, Montenegro Rodríguez.

Estudiante del X ciclo de la facultad de ciencias de la salud, de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Universidad Señor de Sipán – Pimentel, con la autorización del director de la I.E “N° 10003, Chiclayo” me dirijo a usted, para manifestarle la realización de un Programa Educativo Promocional, cuyo objetivo es determinar la influencia de éste sobre la condición de higiene bucal en los escolares. Los datos obtenidos de este estudio serán solo de uso académico. El beneficio por la participación de su hijo será la evaluación semanal y la modificación de la condición de salud bucal por medio de un programa de la promoción de la salud bucal. La participación de su menor hija no le generará ningún riesgo. A su vez, este estudio no tendrá un costo, debido que este será autofinanciado. Este estudio presentará el asentimiento informado respectivo donde los padres de familia autorizarán la participación de manera voluntaria y autónoma de su menor hijo(a). Aquellos padres de familia que firmen este documento, tendrán la responsabilidad de que el niño asista a todas las sesiones de aprendizaje y a la evaluación semanal de su higiene oral, de lo contrario sino desean participar del estudio tienen la posibilidad de rechazar el asentimiento informado.

Para mayor información, comunicarse con el investigador de estudio, Luis Alberto, Montenegro Rodríguez. Cel. 936 783 085/ Fijo. 074-604423.

ANEXO N° 9 - MÓDULO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL – MINSA 2018
(EN EL QUE NOS BASAMOS PARA ESTA INVESTIGACIÓN)



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Dirección General
de Promoción de la Salud

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, en articulación con el Ministerio de Educación, impulsa políticas y genera alianzas en favor de la educación para la salud, con el propósito de contribuir al desarrollo integral de las y los estudiantes. Ambos sectores buscan el fortalecimiento de las condiciones que permitan a las y los estudiantes adoptar mejores decisiones en torno a su salud y desarrollar prácticas saludables que contribuyan a mejorarla.

En virtud de ello, y de acuerdo al Convenio N° 004 de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, se está implementando el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas; un valioso espacio para alcanzar la formación de estilos de vida saludables, sobre todo, si se inicia la promoción de una cultura en salud en edades tempranas.

La educación para la salud aborda la transmisión de información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, y también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas para el autocuidado de la salud.

En este contexto presentamos el Módulo Educativo de Salud Bucal que pretende ser una herramienta para que el personal de salud trabaje con los docentes, de Educación Inicial y Primaria, la importancia del cuidado de la salud bucal en las instituciones educativas, con temas relacionados a lo esencial que es la Salud Bucal; el correcto uso del cepillo e hilo dental, para una adecuada higiene oral.

El presente módulo se estructura en tres sesiones de aprendizaje. La propuesta educativa, hace énfasis en el cuidado de la Salud Bucal mediante la higiene oral, y trata de generar en las y los estudiantes prácticas saludables que les ayude a mantener su salud bucal durante su permanencia y desempeño académico en la institución educativa² y también fuera de ella.

INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal incluye la boca, la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian a determinados factores de riesgo, relacionados a inadecuadas prácticas alimenticias y de higiene que ocasionan sarro, la placa dental, la gingivitis, la periodontitis, lesiones de caries y halitosis.

La salud bucal tiene muchas implicancias en la salud general del ser humano: es esencial para una buena salud, el bienestar integral del individuo y es fundamental para una buena calidad de vida; contribuye a la buena masticación de los alimentos, para facilitar la digestión y el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos que se ingieren.

Además, participa en la fonación de las palabras para la comunicación de las personas. Diversas investigaciones han demostrado la relación entre la salud bucal y otras enfermedades sistémicas, por ejemplo, enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades respiratorias. Se demuestra pues, el importante rol de la salud bucal para mantener una buena salud general.

En el Perú cerca del 90 por ciento de la población padece de caries dental, además de otras enfermedades bucales como la enfermedad periodontal y las mal oclusiones; el 10 por ciento de la población ha perdido una o dos piezas dentales.

La caries dental es la enfermedad más común entre las niñas y los niños de la Región de las Américas; un aproximado al 60 por ciento de los preescolares y 90 por ciento de escolares y adolescentes, tienen al menos una lesión de caries dental. Sin embargo, existe evidencia que una intervención odontológica temprana basada en aspectos promocionales y preventivos podría evitar la instalación de dicha condición.

El presente módulo educativo, tiene como finalidad contribuir al desarrollo de comportamientos saludables en instituciones educativas para promover la Salud Bucal en las niñas y los escolares y en sus familias, a través del fortalecimiento de capacidades de los docentes de educación inicial y primaria, facilitando información sobre los temas relacionados con la salud bucal. Se sugiere también un planteamiento metodológico para su ejecución.

1. FINALIDAD

Desarrollar prácticas saludables de autocuidado de la salud bucal en las y los estudiantes de las instituciones educativas y en sus familias, para contribuir a mejorar su calidad de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Proporcionar contenidos conceptuales y estrategias metodológicas al personal del Primer Nivel de Atención, para el trabajo con los estudiantes en la Promoción de la Salud Bucal a través de la higiene.



3. CONTENIDO METODOLÓGICO

3.1 FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS

El desarrollo de las acciones de capacitación dirigidas a docentes, estará a cargo del personal de salud del Primer Nivel de Atención; quiénes antes fortalecerán sus competencias en Promoción de la Salud Bucal y en metodología para el trabajo con docentes.

Las competencias son un conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que forman parte activa en el desempeño responsable y eficaz de una actividad y deben entenderse desde un enfoque sistémico como actuaciones integrales para resolver problemas en un contexto determinado.

4. PARTES: 3 SESIONES DE APRENDIZAJE:

SESIÓN DE APRENDIZAJE 1

La sesión de aprendizaje 1, está orientada a desarrollar un proceso reflexivo sobre la importancia de la Salud Bucal en la vida de las personas. En atención a que el principal problema relacionado a la Salud Bucal es la caries dental, se plantea el conocimiento del proceso de formación de la caries dental, para ver la manera de cómo la higiene oral puede evitar la instauración de la caries dental, la gingivitis y periodontitis.

SESIÓN DE APRENDIZAJE 2

La sesión de aprendizaje 2, está orientada a lograr el aprendizaje de la manera correcta del cepillado dental, y reconocer las características adecuadas de los insumos e implementos necesarios para su ejecución. En esta etapa se ha previsto la realización de sesiones demostrativas en grupos pequeños.

SESIÓN DE APRENDIZAJE 3

La sesión de aprendizaje 3, está orientada a generar diversas propuestas para la incorporación de los contenidos tratados durante la capacitación, en el desarrollo curricular de los docentes, y que pueden estar orientadas desde la perspectiva de programación o de estrategias de aprendizaje.

Ruta Educativa según mensaje clave de capacitación CUADRO

TÍTULO DE LA SESIÓN	
PROMOViendo LA SALUD BUCAL EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	1ra SESIÓN Importancia de la higiene oral en el cuidado de Salud Bucal
	2da SESIÓN Procedimiento para la práctica del correcto cepillado dental y adecuado uso del hilo dental
	3ra SESIÓN El cuidado de la Salud Bucal en el trabajo docente

5. SECUENCIA METODOLÓGICA DE LA CAPACITACIÓN:

La sesión educativa se desarrollará con la metodología AMATE (Animación, Motivación, Apropiación, Transferencia y Evaluación), utilizada en talleres de carácter reflexivo, vivencial, participativo y constructivo, basada en los modelos de aprendizaje para la adopción de comportamientos. Esta propuesta conduce procesos o etapas a seguir a partir de la aplicación de técnicas

Animación

La animación es muy útil al inicio de un taller, se realiza a través de dinámicas, ayuda a que los docentes participantes se conozcan y crea un ambiente propicio para el aprendizaje.

Las técnicas de animación también son útiles para identificar afinidades y diferencias y formar grupos. También promueven las relaciones y la integración para el estímulo corporal e intelectual, para la expresión y comunicación o para el relajamiento, todo lo cual, facilita el aprendizaje.

Motivación

Motivar es encender la chispa para el aprendizaje. La motivación es un aspecto primordial para el aprendizaje, si no hay motivación no hay interés.

Las técnicas de motivación buscan estimular el interés en el tema y recogen los saberes y experiencias previas en el grupo.

Apropiación

La apropiación es muy importante para integrar la nueva información, es el momento en el que se brinda nueva información para que los grupos la analicen y la interioricen o la “hagan suya”.

Transferencia

Etapas que permiten poner en práctica el contenido aprendido, es el momento de

Ejercitar las habilidades y aplicarlas en situaciones concretas o proyectos de acción.

Evaluación

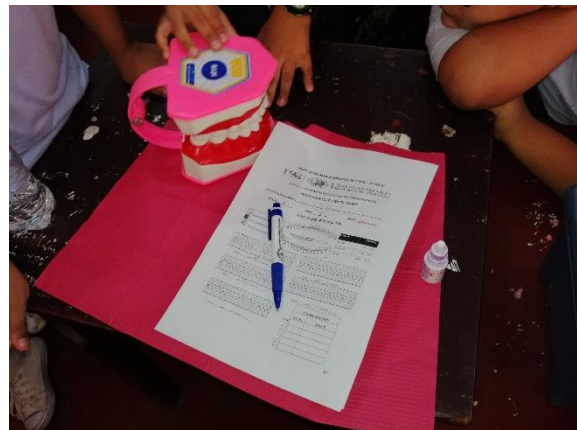
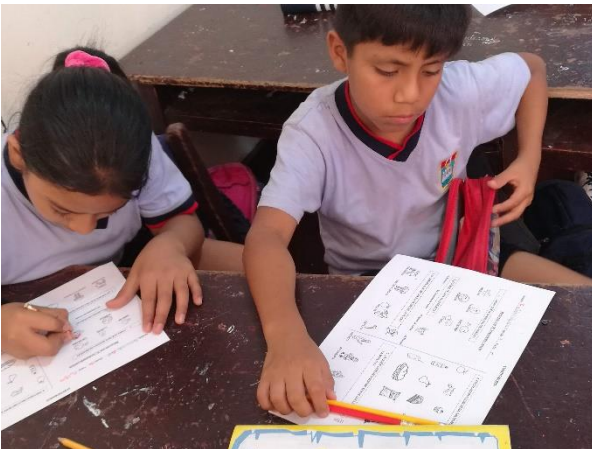
Momento muy importante para hacer la síntesis de los aprendizajes, evaluar los logros y la satisfacción del grupo. Se diseña el resumen de los aprendizajes, se ponen en evidencia los logros y las deficiencias, y se conoce el grado de satisfacción de los participantes. Esta técnica evalúa si el taller responde a los objetivos trazados, para mejorarlo.

ANEXO 10 – FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN

CHARLAS



FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN EVALUACIÓN Y REGISTRO



FOTOGRAFÍAS - POST PROMOCIÓN DE LA SALUD - CONTROLES



ANEXO 11:
FOTOGRAFÍAS DE PRUEBA ESTUDIO PILOTO



