



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA
MEJORAR LA CONDICIÓN DE HIGIENE ORAL EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 7 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA N°14785 DE LA PROVINCIA DE SULLANA
EN EL AÑO 2016”**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: KAROL JEANETH GARCIA ESPINOZA

PIURA - PERÚ

2016

Se dedica este trabajo a:

A Dios, porque nunca me desamparó, pude sentir su presencia en los momentos más difíciles.

A César y Maritza, mis padres, gracias por su apoyo y amor incondicional.

A Richard, mi mejor amigo, por su apoyo, paciencia y cariño.

A Javier y Geraldine mis hermanos, por su cariño y brindarle alegría a mis días.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

A todos los miembros de mi familia, por su apoyo durante mis años de estudio.

A los asesores Dra. Silvia Leyton Noblecilla, por su orientación y consejos, al Mg. Gian Carlo Rodríguez Velarde y al CD Neil Velarde Chero.

A mis profesores, ahora comprendo el porqué de sus exigencias hacia nosotros sus alumnos, gracias por todo lo enseñado.

A mi alma máter Universidad Alas Peruanas, guardo lindos y gratos recuerdos que llevaré siempre en mi mente y corazón.

A la institución N°14785 de Sullana, por confiarme a sus alumnos más pequeños para la ejecución de esta investigación.

“A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar; pero el mar sería menos si le faltara una gota”.

(Agnes Gonxha Bojaxhiu)

RESUMEN

La presente investigación es denominada “Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de seis a siete años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016”.

Se realizó una investigación cuasi experimental; usando el mismo grupo control antes y después del programa, se examinaron 30 niños y niñas de 6 a 7 años entre los meses de setiembre y diciembre del año 2016.

El programa estuvo constituido por tres sesiones, con actividades educativas sobre: cavidad oral, alimentos cariogénicos y no cariogénicos, técnica de cepillado, empleándose rotafolios, maquetas y dinámicas.

Se evaluó por medio de fichas el índice de placa bacteriana o biofilm y el nivel de conocimientos antes y después del programa; este fue medido por un pre y post test.

El estudio concluyó que la aplicación del programa de inducción fue eficaz sobre la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años. Los resultados obtenidos revelaron que los programas promocionales que emplean sesiones dinámicas y demostrativas son positivos y beneficiosos para los participantes.

Palabras clave: Programa de Inducción, Higiene Oral.

ABSTRACT

The present research is called "Effectiveness of an induction program for improving the status of oral hygiene in boys and girls from six to seven years of the Educational Institution No. 14785 of the province of Sullana in the year 2016".

An investigation was conducted quasi experimental; using the same control group before and after the program, examined 30 boys and girls of 6 to 7 years between the months of September and December 2016.

The program consisted of three sessions, with educational activities on: oral cavity, food cariogénicos and not cariogénicos, brushing technique, using flipcharts, models and dynamic.

Was assessed by means of the index tabs of bacterial plaque or biofilm and the level of knowledge before and after the program; this was measured by a pre and post test.

The study concluded that the application of the induction program was effective on the condition of oral hygiene in boys and girls of 6 to 7 years.

The results obtained showed that the promotional programs that use dynamic sessions and demonstrative are positive and beneficial to the participants.

Key words: Induction Program, Oral Hygiene.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICO

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. Delimitación de la investigación	18
1.2.1. Delimitación Espacial	18
1.2.2. Delimitación Social	18
1.2.3. Delimitación Temporal	18
1.2.4. Delimitación conceptual	18
1.3. Problema de Investigación	19
1.3.1 Problema Principal	19
1.3.2 Problemas Específicos	19
1.4. Objetivo de la Investigación	20
1.4.1 Objetivo General	20
1.4.2 Objetivos Específicos	20
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	20
1.5.1 Hipótesis General	20
1.5.2 Hipótesis Específicas	21
1.5.3 Variables	22

1.6. Metodología de la Investigación	24
1.6.1 Tipo y Nivel de la Investigación	24
1.6.1.1 Tipo de Investigación	24
1.6.1.2 Nivel de Investigación	24
1.6.2 Método y diseño de la investigación.....	25
1.6.2.1 Método de la Investigación.....	25
1.6.2.2 Diseño de Investigación	25
1.6.3 Población y muestra de la Investigación	25
1.6.3.1 Población	25
1.6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
1.6.4.1 Técnicas.....	26
1.6.4.2 Instrumentos	26
1.6.5 Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación	26
1.6.5.1 Justificación.....	26
1.6.5.2 Importancia	27
1.6.5.3 Limitaciones	28
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	29
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	30
2.1.1. Antecedentes Internacionales	30
2.1.2. Antecedentes Nacionales	33
2.2. Bases Teóricas.....	34
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	55
3.1 Análisis de tablas y gráficos.....	56

3.2 Discusión.....	115
3.3 Conclusiones.....	119
3.4 Recomendaciones.....	120
3.5 Fuentes de Información.....	121
ANEXOS	126
MATRIZ DE CONSISTENCIA	127

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Tablas de Normalidad de las variables numéricas.....	57
Tabla N°02: IHOS anteriores y Posteriores.....	61
Tabla N° 03: Variables Conocimientos Anteriores y Posteriores.....	64
Tabla N° 04: Resultados de Pre –Test	67
Tabla N° 05: Resultados de Post– Test.....	90
Tabla N°06: Prueba de Normalidad de las variables numéricas.....	113
Tabla N° 07: (Prueba de Kappa) Índice de Higiene y del conocimiento.....	114

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica N° 01 a: Histograma de Índice de Higiene Oral Anterior.....	62
Gráfica N° 01 b: Histograma de Índice de Higiene Oral Posterior	63
Gráfica N° 02 a: Histograma de Conocimientos Anteriores	65
Gráfica N° 02 b: Histograma de Conocimientos posteriores.....	66
Gráfica N° 03 a: Pregunta N° 1 – Pre test.....	70
Gráfica N° 03 b: Pregunta N° 2 – Pre test	71
Gráfica N° 03 c: Pregunta N° 3 – Pre test.....	72
Gráfica N° 03 d: Pregunta N° 4 – Pre test.....	73
Gráfica N° 03 e: Pregunta N° 5 – Pre test	74
Gráfica N° 03 f: Pregunta N° 6– Pre test.....	75
Gráfica N° 03 g: Pregunta N° 7– Pre test.....	76
Gráfica N° 03 h: Pregunta N° 8– Pre test.....	77
Gráfica N° 03 i: Pregunta N° 9– Pre test.....	78
Gráfica N° 03 j: Pregunta N° 10– Pre test.....	79
Gráfica N° 03 k: Pregunta N° 11– Pre test.....	80
Gráfica N° 03 l: Pregunta N° 12– Pre test.....	81
Gráfica N° 03 m: Pregunta N° 13– Pre test.....	82
Gráfica N° 03 n: Pregunta N° 14– Pre test.....	83
Gráfica N° 03 o: Pregunta N° 15– Pre test.....	84
Gráfica N° 03 p: Pregunta N° 16– Pre test.....	85
Gráfica N° 03 q: Pregunta N° 17– Pre test.....	86
Gráfica N° 03 r: Pregunta N° 18– Pre test.....	87
Gráfica N° 03 s: Pregunta N° 19– Pre test.....	88

Gráfica N° 03 t: Pregunta N° 20– Pre test.....	89
Gráfica N° 04 a: Pregunta N° 1– Post test.....	93
Gráfica N° 04 b: Pregunta N° 2 – Post test	94
Gráfica N° 04 c: Pregunta N° 3 – Post test.....	95
Gráfica N° 04 d: Pregunta N° 4 – Post test.....	96
Gráfica N° 04 e: Pregunta N° 5 – Post test	97
Gráfica N° 04 f: Pregunta N° 6– Post test.....	98
Gráfica N° 04 g: Pregunta N° 7– Post test.....	98
Gráfica N° 04 h: Pregunta N° 8– Post test.....	100
Gráfica N° 04 i: Pregunta N° 9– Post test.....	101
Gráfica N° 04 j: Pregunta N° 10– Post test.....	102
Gráfica N° 04 k: Pregunta N° 11– Post test.....	103
Gráfica N° 04 l: Pregunta N° 12– Post test.....	104
Gráfica N° 04 m: Pregunta N° 13– Post test.....	105
Gráfica N° 04 n: Pregunta N° 14– Post test.....	106
Gráfica N° 04 o: Pregunta N° 15– Post test.....	107
Gráfica N° 04 p: Pregunta N° 16– Post test.....	108
Gráfica N° 04 q: Pregunta N° 17– Post test.....	109
Gráfica N° 04 r: Pregunta N° 18– Post test.....	110
Gráfica N° 04 s: Pregunta N° 19– Post test.....	111
Gráfica N° 04 t : Pregunta N° 20– Post test.....	112

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades tanto de la gíngiva como del periodonto están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, afectando tanto a grandes potencias mundiales, países en vías de desarrollo y las comunidades más pobres; siendo el principal factor causal de estas enfermedades la placa bacteriana.

El Perú forma parte de las comunidades de Latinoamérica que vienen siendo afectadas por estas patologías, pero lo que resulta preocupante es que éstas se están presentando en la población más joven. Un estudio epidemiológico realizado por del Ministerio de Salud el año 2002, señaló que la prevalencia de caries en estudiantes del nivel inicial y primaria a nivel nacional es de aproximadamente 90.43% y el de la enfermedad periodontal es del 85%.

El departamento de Piura a pesar de ser una comunidad en desarrollo, acarrea en muchas zonas problemas de educación, salud (salud bucal), ausencia de servicios básicos y pobreza. El asentamiento humano Luis Miguel Sánchez Cerro perteneciente a la provincia de Sullana es un ejemplo de lo citado anteriormente.

Es importante por ello implementar programas de salud sobre todo en la edad infantil, ya que se está a tiempo de generar hábitos de higiene en los más pequeños, para que así en un futuro la población participe y sea más asequible a todo de actividades cuyo objetivo primordial sea el mejoramiento de la salud oral.

La presente investigación se enfocó en la creación y eficacia de un programa de inducción para la higiene oral en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana, con la finalidad de mejorar la salud bucal y evitar la formación de la principal causa de la caries dental: la placa dentobacteriana. Dicha tesis está fundamentada en el índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) el cual fue

elegido de entre varios índices por estar avalado por la Asociación Dental Americana (ADA), que comprendió medidas tales como sesiones educativas de higiene bucal, cepillado dental, así como entrega de material didáctico para crear conciencia en la población estudiada.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según Juan Velázquez Izquierdo [1]” Existe un 95,5% de la población que padece de algún tipo de caries dental, además se estima que 9 de cada 10 niños y niñas tienen este problema y podrían llegar a la adultez totalmente desdentados”. Esta situación se hace evidente casi a diario pues durante el desarrollo de la práctica pre profesional se observaron pacientes con altos índices de caries dental y periodontopatías, enfermedades que conllevan en su mayoría a la pérdida de las piezas dentarias.

A medida que la persona crece se hace susceptible a desarrollar enfermedades de la cavidad oral; es desde los primeros años de vida, que el niño y niña contraen patologías que van afectando su integridad, el factor principal que causaría estas enfermedades dentales es la placa dentobacteriana [2].

En tal sentido, la formación de placa bacteriana y/o biofilm sobre la superficie dental, constituye un factor etiológico importante para la aparición y desarrollo de la caries dental, también se es sabido que el cepillado dental continúa siendo el método más efectivo usado para control del mismo. Durante la etapa escolar, se crean una serie de hábitos y conductas que influirán significativamente en la salud personal a lo largo de la vida, es éste el momento más adecuado para fomentar el aprendizaje de buenas prácticas de higiene oral y la enseñanza de técnicas de cepillado dental que ayuden a mantener estilos de vida saludables [3].

Por tal motivo es que a través de los programas de inducción se buscaría conocer, habituar e incorporar a las prácticas diarias, hábitos de higiene oral saludables, al mismo tiempo que los niños y niñas tomen conciencia de la

importancia y beneficios que conlleva la práctica la limpieza de la cavidad oral incrementando así su calidad de vida. A pesar de que estas prácticas son bastante conocidas en la Institución Educativa N°14785 de la Provincia de Sullana se hace evidente que en su mayoría los niños y niñas más pequeños padecen de afecciones bucodentarias que son complicaciones derivadas del desaseo. A lo largo de la práctica pre profesional, se ha logrado observar que los alumnos y alumnas de los primeros grados provenientes de esta Institución, tienen carencias en cuanto a limpieza buco dentario, ya sea por la falta de costumbre proveniente de casa o tal vez por el descuido de los mismos padres y profesores a cargo de estos pequeños estudiantes.

El cepillado de los dientes llevado a cabo correctamente podría ser suficiente para llevar un control mecánico de la higiene oral [4]. Por consiguiente, se consideró para el desarrollo de esta investigación la técnica de Fones, la más recomendada para estas edades, ya que les facilita no solo la práctica, sino que se les va adiestrando para una higiene más compleja.

Así mismo el control de la placa bacteriana y la motivación juegan un papel muy importante a la hora de lograr un control aceptable y compatible con la salud bucal [5]; por lo que se debe brindar bases y fundamentos mediante un proceso de Educación para la Salud a través de programas que motiven a los niños a mejorar su aseo buco dental. A pesar de ello las labores de salud bucal establecidas por el Estado, parecieran no estar presentes en las aulas de esta institución; esta situación se agrava aún más debido a la falta de preocupación por parte de los padres, así como de los y las docentes con respecto a la atención estomatológica de los niños y niñas. Sea por los costos elevados de la atención privada y a la disminución de profesionales

odontólogos en los servicios de salud del Estado, estas personas en su mayoría acuden por estricta emergencia odontológica, o en el peor de los casos para solicitar la extracción de las piezas causantes del dolor.

Por tanto, se considera necesario que a los niños y niñas se les motive a desarrollar costumbres de higiene ofreciéndoles materiales atractivos, imágenes, videos [6]; es decir, por medio de programas que les brinden métodos y recursos adecuados para la población infantil.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación Espacial

Esta investigación se realizó en la Institución Educativa N°14785 perteneciente a la jurisdicción del Asentamiento Humano Luis Miguel Sánchez Cerro de la provincia de Sullana, Departamento de Piura.

1.2.2. Delimitación Social

La investigación abarcó tantos a niños y niñas del primer grado de primaria de la institución educativa N°14785 de la provincia de Sullana.

1.2.3. Delimitación Temporal

La investigación se desarrolló en el periodo comprendido entre Agosto del 2016 y Noviembre del 2016.

1.2.4. Delimitación conceptual

Esta investigación abarcó dos conceptos fundamentales como: Programa de Inducción y la Higiene Oral.

a) Siendo un programa de inducción aquél que tiene como finalidad proporcionar y garantizar un conocimiento amplio respecto a algún tema y/o problema, prepara a personas para el mejor desempeño de su trabajo.

b) Mientras que higiene oral es el recurso usado para prevenir la caries dental y enfermedades asociadas a gíngiva y periodonto, consiste en la limpieza regular por profesionales una cada seis meses, cepillarse por lo menos dos veces al día y usar hilo dental al menos una vez al día.

1.3. Problema de Investigación

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?

1.3.2 Problemas Específicos

1.3.2.1 ¿Cuáles son los conocimientos sobre higiene oral previo al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?

1.3.2.2 ¿Cuáles son los conocimientos sobre higiene oral posterior al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?

1.3.2.3 ¿Cuál es el IHOS anterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?

1.3.2.4 ¿Cuál es el IHOS posterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?

1.4. Objetivo de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.4.2.1 Evaluar los conocimientos sobre higiene oral previos al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.4.2.2 Evaluar los conocimientos sobre higiene oral posterior al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.4.2.3 Establecer el IHOS anterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.4.2.4 Establecer el IHOS posterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5 Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1 Hipótesis General

El programa de inducción ayudará a mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N° 14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5.2 Hipótesis Específicas

1.5.2.1 El nivel de conocimiento sobre higiene oral previo al programa de inducción es bajo en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5.2.2 El nivel de conocimiento sobre higiene oral posterior al programa de inducción se ha elevado en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5.2.3 El IHOS anterior al programa de inducción es alto en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5.2.4 El IHOS posterior al programa de inducción ha disminuido en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

1.5.3 Variables

1.5.3.1 Operacionalización de las Variables

Definición conceptual de variables

Variables	Definición conceptual
Variable 1: Higiene oral	La higiene oral es el recurso usado para prevenir la caries dental y consiste en la limpieza regular por profesionales una cada seis meses, cepillarse por lo menos dos veces al día y usar hilo dental al menos una vez al día.
Variable 2: Programa de Inducción	Un programa de Inducción tiene la finalidad de proporcionar y garantizar un conocimiento amplio respecto a algún tema y/o problema, prepara a personas para el mejor desempeño de su trabajo.

Definición operacional de variables

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Variable 1: Higiene oral	Se determinó conocimientos sobre higiene oral, así como el correcto uso del cepillo dental, dieta saludable y no saludable.	Nivel de placa bacteriana	IHOS	Cuantitativo	Deficiente: 3.1- 6.0 Regular: 1.3- 3.0 Buena: 0,0 - 1.2
Variable 2: Programa de Inducción	Se elaboró un programa de inducción con la finalidad de incentivar la higiene bucodental en los niños y niñas del nivel de primario. Los talleres fueron sesiones educativas dinámicas que fomenten el cepillado dental.	Conocimiento sobre higiene oral	Pre y post test	Cuantitativo	Deficiente: 0-7 Regular: 7.1- 14 Excelente:14.1-20

1.6. Metodología de la Investigación

1.6.1 Tipo y Nivel de la Investigación

1.6.1.1 Tipo de Investigación

De acuerdo a la orientación: Aplicada; porque tuvo como propósito elevar la calidad de vida del ser humano, buscando solucionar un problema específico.

De acuerdo a la técnica de contrastación: Explicativa; permitió hacer el análisis de relación de las dos variables de trabajo

De acuerdo con la direccionalidad: Prospectiva; el fenómeno estudiado tuvo un efecto tanto en el presente como en el futuro.

De acuerdo con el tipo de recolección de datos: Prolectiva; se recogió la información para fines específicos de la presente investigación.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: Longitudinal; en la presente investigación se midió más de una vez las variables y se procedió a la posterior descripción y análisis.

De acuerdo a la comparación de poblaciones: Comparativa; en la presente investigación se contó con dos grupos uno pre y otro post estudio.

1.6.1.2 Nivel de Investigación

La presente investigación reunió las condiciones metodológicas de una investigación cuantitativa.

1.6.2 Método y diseño de la investigación

1.6.2.1 Método de la Investigación

a. Método estadístico; dado que se aplicó la estadística para interpretar los resultados de la investigación.

b. Hipotético Deductivo; porque se parte de la observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

1.6.2.2 Diseño de Investigación

La investigación correspondió al diseño cuasi Experimental.

1.6.3 Población y muestra de la Investigación

1.6.3.1 Población

La población fue igual a la muestra; 30 niños y niñas entre 6 y 7 años, considerándose los siguientes criterios.

a. Criterios de inclusión:

Niños y niñas de 6 a 7 años matriculados en la Institución Educativa N°14785.

b. Criterios de exclusión:

Niños y niñas de 6 a 7 años que no pertenezcan a la Institución Educativa N°14785.

Niños y niñas menores de 6 a 7 años.

Niños y niñas mayores de 6 a 7 años.

1.6.3.2 Muestra

En la presente investigación se empleó una muestra total de 30 niños y niñas entre 6 y 7 años de primer grado de primaria de la Institución Educativa N°14785 de la Provincia de Sullana.

1.6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.6.4.1 Técnicas

a. Observación: La técnica que se utilizó fue la observación del fenómeno hecho o caso para tomar información y registrarla y el posterior análisis, ya que la observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, en ella nos apoyamos para obtener datos.

b. Encuesta: Fue un instrumento importante ya que nos sirvió para recopilar los datos de los niños y niñas a quienes se realizó dicha investigación.

1.6.4.2 Instrumentos

a. Pre y post test. -Confeccionado de manera sencilla para la comprensión de la población estudiada.

b. Ficha de observación de IHOS. -Es una forma que permitió observar la cantidad de placa bacteriana y determinar qué tan eficaz fue el cepillado dental en los niños y niñas.

1.6.5 Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación

1.6.5.1 Justificación

La necesidad de realizar esta investigación fue para incentivar la higiene bucodental en los niños y niñas del nivel de primario. Si bien la

mayor parte de las enfermedades bucodentales no son de riesgo para la vida, son por su prevalencia e incidencia a lo largo de los años consideradas como un problema de salud en el ser humano.

Es dentro de los años de formación pre profesional que se ha logrado conocer y observar casos de escolares con múltiples patologías bucales, ocasionadas estas en su mayoría, por la formación de placa bacteriana y la deficiente higiene oral.

Teniendo en cuenta que la caries dental, así como las enfermedades periodontales se pueden evitar con el aseo continuo; es necesaria la aplicación de programas promocionales que fomenten e incentiven la higiene dental [5], a la vez deben ser instruidos y orientados por un profesional en salud bucal que evalúe y facilite la enseñanza.

Es este el motivo que ha impulsado a la ejecución de este programa; porque, se deriva de la urgente necesidad de cambiar en la población infantil la cultura de auto cuidado bucal. Por ello, se realizó esta investigación para fomentar e instruir a los niños y niñas al hábito del cepillado dental, promoviendo así el interés o la conciencia de la importancia de la higiene bucal.

1.6.5.2 Importancia

La importancia de esta investigación fue proporcionar información acerca de un programa de salud que fomente la práctica del cepillado dental y la higiene oral, esto a su vez como un aporte a la Facultad de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas-Piura.

La finalidad es motivar a los futuros odontólogos a que difundan a sus pacientes más pequeños el hábito de la higiene buco dentaria mediante técnicas y prácticas sencillas logrando un adecuado control del biofilm dental.

Siendo parte de la sociedad y futuros profesionales de la salud resulta preocupante esta situación llevando a intervenir con esta investigación a manera de colaboración.

1.6.5.3 Limitaciones

Se presentó como inconveniente que todos los niños no practican hábitos de higiene oral.

Falta de orientación y guía hacia los niños y profesores sobre visitas o sesiones educativas que fomenten la salud bucodental.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Barreno Gavilánez J (2011), en su trabajo de investigación de tipo descriptivo transversal no experimental promovió la higiene bucodental en los niños de la Escuela Mixta 17 de Julio, Manabí-Ecuador en una muestra de 70 estudiantes, aplicó una encuesta para evaluar características socio demográficas conocimientos y prácticas. En el cual se obtuvieron los siguientes resultados: conocimientos y prácticas 54% niños 46% niñas, enfermedades bucodentales frecuentes gingivitis 70%, caries 31%, placa bacteriana 23%, cepillado de dientes correcto 74%, incorrecto 19% [7].

Borges Toirac M; Nicot Cos R. (2011), realizaron una intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en niños de la Escuela Primaria Bella Vista II del Área de Salud Integral Comunitaria "Avenida Las Ferias"-Cuba. El universo estuvo constituido por los 45 estudiantes de 5to grado de ambos sexos de dicho centro educativo, los padres dieron su aprobación para su participación en el estudio, los cuales constituyeron el 100% de los niños que cursaban este grado. En los conocimientos sobre salud bucal por sexo antes y después de la intervención, solo el 13.3% del total de niños estudiados tenía un conocimiento adecuado antes de la intervención con predominio de las féminas, sin embargo, una vez concluido el estudio se obtuvo que el 95.5% de estos niños mejoraran sus conocimientos en salud bucal [8].

Boshc Robaina R; Rubio Alonso M y García Hoyos F (2012); realizaron un estudio cuasi experimental en colegio público Los

Almendros, del Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid (Madrid), donde emplearon una muestra de 50 escolares de los cuales 31 (62%) eran varones. En la primera fase encontraron los siguientes resultados: 39 escolares (78%) contestaron que conocían en qué consiste la caries y también 39 (78%) pensaban que se podía prevenir. El 76% de los niños contestaron que habían sido sus padres los que les habían enseñado a cepillarse los dientes, mientras que el 24% restante contestaron que les había enseñado el odontólogo. El 84% de los encuestados contestaron que consideraban la higiene oral algo muy importante y el 16%, importante. Los resultados de la evaluación de la higiene oral mediante pastillas reveladoras fueron los siguientes: la mediana de puntuación (índice de O'Leary) fue 32% con un rango entre 6% y 48%. Diez niños obtuvieron una puntuación entre 0 y 20%, (bien) 10 niños una puntuación entre 21 y 30% (regular) y 30 niños una puntuación mayor de 30% (mal) [9].

Soto Ugalde A, Sexto Delgado N, Gontán Quintana N (2013), realizaron un estudio de intervención en 80 niños y un diagnóstico enfocado al índice de higiene bucal de los niños, y a las necesidades de aprendizaje de éstos y sus maestros. Se elaboró un programa que incluyó como medios de enseñanza juegos didácticos y un software educativo. La información se obtuvo por medio de encuestas y grupos focales. Se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también con respecto al índice de higiene bucal. Quedó evidenciada la aprobación del programa por parte de los

niños, quienes consideraron su importancia con respecto a la salud bucal [10].

Parejo Maden D, Piñera Valle Y, Noriega Ortiz J, Castillo Ortiz S, Oliveros Díaz D (2014), realizaron un estudio cuasi experimental de intervención educativa en el período comprendido entre octubre de 2013 a febrero de 2014. El universo estuvo constituido por 73 niños de preescolar de la escuela Fructuoso Rodríguez del municipio La Lisa. Se les aplicó un cuestionario antes y después de la aplicación del programa educativo. El 90.4% de los niños mostró bajo nivel de conocimientos sobre higiene bucal al inicio del estudio, después de realizada la intervención solo quedó un 2,7% de niños con este nivel de conocimiento [11].

Sandeep y Col. (2014), evaluaron a 372 niños y adolescentes con el objetivo de ver el impacto de la instrucción visual de higiene oral sobre el estado de higiene bucal. Se dividió la población en dos grupos, uno de 6 a 11 años y otro de 12 a 16 años, a ambos grupos les ofrecieron una instrucción de higiene oral con ayuda de material educativo físico El grupo experimental recibió motivación en higiene oral una vez por semana durante 12 semanas con ayuda de material visual multimedia el cual tenía información sobre etiología de caries dental, enfermedad periodontal y técnica de cepillado dental, mientras que el grupo control no recibió motivación. Se evaluó a las 12 semanas el índice gingival y el índice de placa dental y se observó disminución del índice de placa y gingival respecto a su valor inicial. Además, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre género y técnica ni entre edad y técnica [12].

Guissela Lucero Coca (2016), realizó una investigación que se llevó a cabo en la Escuela de Educación Básica “Juan Bautista Palacios” de Ambato-Ecuador. Se aplicó un programa de cepillado utilizando dos métodos para el control de la higiene dental: Método Demostrativo con una población de 32 niños y el Método Explicativo con una población de 32 niños los dos métodos se aplicaron en tres sesiones periódicamente. La efectividad del Método Demostrativo para el control de placa bacteriana por medios mecánicos en niños de 1ro y 2do Año proporcionó resultados muy positivos disminuyendo así el Índice de Placa Bacteriana en un 7.32% en el 1er Año y 6.38% en 2do Año, con la aplicación del Índice de O’Leary [13].

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Sánchez Huamán Y; Sence Campos R. (2012) realizaron un trabajo de investigación de tipo experimental y evaluaron la instalación del rincón de aseo, cepillado escolar, cepillado diario y condición de higiene oral entre escolares de 3-13 años de edad sujetos a un programa preventivo promocional en salud bucal realizado durante tres años. La muestra de estudio fue de 717 y el control de 643 escolares seleccionados aleatoria y estratificadamente entre instituciones educativas estatales incluidas en el Programa Salud Bucal con Buen Trato de la ONG Eduvida de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino en Lima. El porcentaje de escolares que se cepillaban en la escuela varió de 5,4% a 68,5%, el promedio de veces de cepillado en la

escuela varió de 1,15 veces por semana a 3,24, las veces del cepillado diario aumentaron de 2,88 a 3,18; las variaciones fueron significativamente mayores a las del grupo control [14].

Celis Figueroa, Mercedes Aurora (2015), realizaron un estudio que tuvo como propósito determinar la efectividad del programa educativo “La conquista de una Boca Sana” sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de la Institución Educativa N° 015 Santa María de los Niños de la provincia de Chiclayo. Participaron el total de 83 niños preescolares, del cual se obtuvo un grupo experimental (aula de 4 y 5 años) y un grupo control (aula de 4 y 5 años). El estudio concluyó que la aplicación del programa educativo de salud bucal: La conquista de una Boca Sana fue efectivo sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años [15].

2.2. Bases Teóricas

2.1.1 Programa de Inducción

La Organización Panamericana de la Salud afirma que un programa se realiza para atender de manera continua un grupo específico de problemas y/o carencias de una determinada población, optimizando el uso de recursos ya existentes alcanzándose así objetivos desagregados en ámbitos concretos. Los programas de salud surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública [16].

Los programas de salud escolares incorporar elementos dinamizadores en la vida del centro educativo y recursos humanos y

materiales motivadores en el aula además , implica la difusión y/o pone a disposición de todos los ciudadanos y ciudadanas (niños y niñas) los conocimientos necesarios, busca también el desarrollo de actitudes favorables para que puedan, de forma libre y responsable, adoptar actitudes que redunden en el mejor disfrute posible de su salud y en la evitación de prácticas que la puedan poner en peligro. Dicho de otro modo, para la promoción de hábitos de vida saludable y el fomento de las actitudes preventivas frente a los hábitos negativos. Así mismo las personas ejecutoras deberán diseñar y valerse de medios didácticos, con la finalidad de que los asistentes al programa inductivo logren alcanzar todas las informaciones y guías necesarias para para la ejecución eficaz de sus funciones en el menor tiempo posible. Son también definidos, como el diseño de un conjunto de actuaciones, entre sí relacionados, para la obtención de una meta, se elabora para atender en forma continua un conjunto delimitado de problemas o necesidades de grupos específicos de la población estableciendo áreas de concentración con el fin de optimizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos [16].

Se debe agregar también que los elementos fundamentales a poseer dentro de un programa de inducción son: propósitos, objetivos y/o metas, técnicas y/o estrategias, actividades, recursos, ámbitos, beneficiarios, fases o etapas, cronograma y responsables. Hay que mencionar además que estos programas son medidos por la eficacia o eficiencia, de acuerdo al logro de sus metas propuestas y el empleo de los recursos al menor costo. El establecimiento de programas inductivos

bucodentales en escuelas en niños, niñas y adolescentes ha sido evaluado mostrando resultados alentadores en la mejora de conocimientos, desarrollo de buenos hábitos de higiene y disminución en los niveles de placa y salud gingival, proponiendo que la caries y enfermedad periodontal pueden ser controladas por un cepillado regular con una pasta fluorada [17].

Por todo esto podemos afirmar que el programa de inducción tiene como fin fomentar la prevención y/o promoción de la salud bucodental, capacitando a los niños y niñas quienes realizarán acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social [17].

2.1.1.1 Prevención en salud bucal

La prevención de la salud bucal según la OMS, son medidas dirigidas a prevenir la aparición de la enfermedad (caries enfermedades de la gingiva y periodonto, etc.); sino también a la disminución de sus factores de riesgo, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez se haya asentado [18].

Por lo tanto, podemos aseverar que la prevención en salud bucal son todas aquellas actividades destinadas a controlar los factores de riesgo que originan las diferentes patologías bucales. Según Quiñonez Zárate y Barajas Michel; estos conjuntos de actividades tienen un elemento común, el control de la placa dentobacteriana, a través de una adecuada higiene oral, tratando de disminuir la actividad microbiana, de modo que resulte eficiente en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas de la gingiva y periodonto [17].

Estos planes de prevención no solo se quieren evitar que la enfermedad aparezca, sino que también se busca detener su avance, hasta conseguir la curación e impedir su evolución. En la historia natural de cualquier enfermedad podemos diferenciar las siguientes fases y/o periodos:

a. Periodo pre patogénico. - El individuo se encuentra sano, hay equilibrio entre el agente, huésped y su medio ambiente; es decir en este período se establece la interacción entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales. En esta fase se da la intervención de la triada ecológica.

Está compuesta por: el agente, el huésped y el medio ambiente.

a) Huésped: Es una persona o animal vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. En otras palabras, es la persona que se enferma. Del huésped deben estudiarse factores como: Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias, y susceptibilidad.

b) Medio ambiente: Es el que propicia el enlace entre el agente y el huésped en el cual se estudian factores como:

Físicos: clima, geografía.

Socioeconómicos: ingreso, habitación, promiscuidad, hacinamiento.

Biológicos: animales.

c) Agente: Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad. Los

agentes pueden dividirse en biológicos y no biológicos; los agentes biológicos son organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y los animales. Las especies que ocasionan enfermedad humana se denominan patógenas. Dentro de los agentes no biológicos se encuentran los químicos y físicos. Aquí prosperan los factores que facilitan el desarrollo de la enfermedad, tales como: mala higiene bucodental, consumo de azúcares y carbohidratos. Se puede utilizar la educación en salud para que la población adquiera hábitos higiénicos saludables y estos factores disminuyan y/o desaparezcan [17].

b. Periodo patogénico. - Si todas las circunstancias y características del período pre patogénico coinciden en un huésped susceptible y en un momento determinado del tiempo, se rompe el equilibrio de la triada ecológica y el huésped es afectado por la enfermedad. El período patogénico inicia con sutiles cambios celulares y tisulares. En algunas enfermedades infecciosas estos cambios se dan de manera rápida debido a la rápida multiplicación de los microorganismos, a su virulencia y capacidad de producir toxinas. Mientras que en las enfermedades crónicas degenerativas y mentales, este proceso puede durar meses o años, hasta producir signos y síntomas. Se presentan los signos y síntomas de la enfermedad: lesión incipiente de la caries dental [17].

Se aplicarán medidas de prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz de lesiones cariosas. Una vez establecido el diagnóstico: se precisará si se perderá la pieza o necesitará de una

restauración, entonces se aplica la rehabilitación, como prevención terciaria [17].

2.1.1.2 Promoción en salud bucal

La promoción de la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria. De los tres procesos, el más prevalente es la caries dental, esta afecta a la calidad de vida infantil, por producir dolor e infecciones que pueden desencadenar enfermedades sistémicas o la destrucción de la pieza dental. Se ha demostrado que los programas promocionales implementados por dentistas y profesores calificados incrementan significativamente la efectividad de las medidas para la prevención de la caries y gingivitis. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se debe agregar también que no solamente engloba acciones dirigidas a desarrollar las habilidades y capacidades de las participantes, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud [19].

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones [19].

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

a) Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.

b) Los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

Aquellos relacionados con los estilos de vida.

Los llamados factores ambientales.

Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población [19].

2.1.2 Higiene oral

La boca es la puerta del aparato digestivo, la lengua, los dientes y las glándulas salivales reciben a los alimentos y comienzan a fragmentar y preparar para la digestión. Los dientes y la lengua también son responsables de dar forma a la cara y ayudan a las personas a hablar con claridad. Aunque el material más duro del cuerpo humano es el que recubre externamente los dientes, este material es susceptible de ser erosionado por las sustancias ácidas que se crean cuando las bacterias de nuestra boca consumen los azúcares de los alimentos, dando lugar a las caries. Esto puede evitarse si llevamos acabo una buena higiene buco-dental [20].

Según la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá la higiene oral, son todas las acciones enfocadas al control de placa personalizada, que va de acuerdo al cuadro clínico del paciente, comprende también la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras

dentarias. Implica también las medidas físicas y químicas que controlan la formación de la placa dentobacteriana, el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la Caries dental y Enfermedad Periodontal [20].

La higiene oral entonces es el recurso usado para prevenir la caries dental y consiste en la limpieza regular por profesionales una cada seis meses, cepillarse por lo menos dos veces al día y usar hilo dental al menos una vez al día. La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de la caries dental.

2.1.2.1 Placa bacteriana

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá establece que la placa bacteriana; es una película gelatinosa, que se une firmemente a las superficies duras y blandas de la cavidad bucodental, está constituida principalmente por colonias bacterianas (60 - 70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios. La placa bacteriana constituye el factor etiológico fundamental de las dos enfermedades bucodentales de mayor prevalencia: la caries y la enfermedad periodontal por lo que el control de la placa bacteriana mediante métodos mecánicos y químicos es la principal medida preventiva de la que disponemos para el control de ambas enfermedades [20].

El origen de esta placa es por la interacción entre las bacterias colonizadoras primarias y la película adquirida del esmalte. Conforme la biopelícula se va desarrollando, se van formando factores biológicos

importantes, permitiendo la convivencia de especies que serían incompatibles si fuera un medio homogéneo [21].

Cronología de la formación de la placa: La formación de la placa bacteriana dental tiene lugar en tres etapas:

- 1) Depósito de la película adquirida.
- 2) Colonización de la película por diferentes especies bacterianas.
- 3) Maduración de la placa.

Dado que anteriormente hemos abordado ya la constitución de la película adquirida, pasamos directamente a analizar cómo se produce la colonización de dicha película por las bacterias hasta formarse la placa madura [21].

La aposición de gérmenes sobre la película adquirida formada sobre las superficies bucodentales se produce de forma secuencial en un proceso que recibe el nombre de «sucesión autógena bacteriana». Consistente en que unas especies bacterianas van agotando sus nutrientes y acumulando sustancias de desecho, modificando el microambiente del entorno y preparando el terreno para la proliferación de otras especies bacterianas que utilizarán como nutrientes las sustancias de desecho de las cepas bacterianas precedentes [20].

Cuando la superficie limpia de un diente es expuesta durante cuatro horas al ambiente oral, se encuentran pocas bacterias del tipo cocos o cocobacilos, observándose, sin embargo, la película adquirida desigualmente distribuida sobre su superficie [20].

A medida que pasa el tiempo la película adquirida aumenta de grosor, pero en las primeras 8-12 horas los microorganismos se van

asentando sobre su superficie de forma muy lenta, es decir, el crecimiento bacteriano lleva un cierto retraso con respecto al aumento en grosor de la película [21].

Las bacterias se van a extender en superficie y espesor como consecuencia de su división celular, a la vez que su metabolismo extracelular inicia la formación de una matriz intermicrobiana rica en polisacáridos complejos [20].

Al cabo de un día, la superficie del diente está casi completamente cubierta de microorganismos, no siendo totalmente uniforme en grosor, sino que pueden coexistir áreas colonizadas y áreas aún pendientes de colonizar [21].

Tras las primeras 24 horas han quedado adheridas a la película adquirida principalmente especies de tipo cocáceo, básicamente estreptococos [20].

Durante el segundo día las bacterias inicialmente acumuladas van a ser invadidas por numerosos filamentos que se orientan perpendicularmente a la superficie, iniciándose así el proceso de sucesión microbiana autógena [21].

La disminución de la presión parcial de oxígeno de la placa bacteriana va preparando el medio a los anaerobios, apareciendo así los primeros filamentos: Actinomicetes y Nocardias. Pasadas 48 horas se detectan ya formas bacilares (*Actinobacillus*), coco-bacilares y diplococos gramnegativos (*Neisserias*). A los 4 días se observa la proliferación de bacilos fusiformes (*Fusobacterias*), bacteroides, difteroides y hongos filamentosos (*Leptotrix*), entre cuyas mallas se

produce un medio muy anaerobio. A los 7 días se desarrollan espiroquetas (espirilos y treponemas), comenzando la maduración de la placa, que terminará aproximadamente pasadas dos semanas [21].

Durante las primeras semanas el crecimiento de la placa se produce principalmente como resultado de la división celular, a la vez que la continua adsorción de nuevos microorganismos provenientes de la saliva contribuye también a la expansión de los depósitos microbianos. Así, al cabo de tres semanas se puede observar una distribución irregular de microcolonias [21].

2.1.2.2 Técnicas de higiene bucodental

Se define como índice la medida empleada para cuantificar y comparar la prevalencia de diferentes enfermedades (caries dental, enfermedad periodontal o acúmulo de placa, entre otras) en la población. Las características principales de los índices son: sencillez, objetividad, posibilidad de registrarse en un período corto, económico, aceptable para la comunidad, susceptible de ser analizado estadísticamente y que sea reproducible.

Los métodos más usuales son: técnica de Bass Modificada, técnica de Stillman y técnica de Fones. Para la elaboración de esta investigación se usó de la técnica de Fones. Por los siguientes motivos:

a) La técnica de Bass modificada es muy compleja para los niños y niñas, por tal motivo se recomienda aplicar la técnica circular, mucho más sencilla pero no por ello menos efectiva. [22].

Errores usuales en la técnica de Bass:

Cuando el brazo que sostiene el cepillo se cansa, hay tendencia a relajarlo y dejar que el cepillo se deslice hacia abajo, creando un ángulo entre el plano oclusal y el eje mayor del cepillo. Esto impide que el mayor volumen de las cerdas penetre en forma adecuada nivel interproximal y en el interior del surco gingival. El error se corrige levantando el codo tanto como sea necesario.

Las cerdas se colocan en la encía insertada más que en el interior del surco. Cuando el cepillo se activa, el margen gingival y las superficies dentales se olvidan mientras que la encía insertada y la mucosa alveolar se traumatizan. El error se corrige practicando la posición correcta del cepillo bajo la supervisión visual.

Las cerdas se presionan en forma oblicua contra el diente más que rectas dentro del surco gingival. Al activarse el cepillo, las superficies vestibulares se limpian, pero se olvidan las zonas de gran retención de placa, interproximalmente y a lo largo del margen gingival. El error se corrige practicando con un cepillo seco.

El cepillo se coloca contra la prominencia canina: esto traumatiza la encía cuando el paciente intenta forzar las cerdas dentro de los nichos gingivales de los dientes adyacentes.

b) Es posible introducir algún tipo de técnica de cepillado más específica como Stillman modificado o la técnica de Bass, a partir de los 8 años. [22].

c) Con la técnica de Fones se obtiene la remoción de la placa y al mismo tiempo, se logra masajear las encías y se va instruyendo para

una higiene más compleja. Al niño se le va educando para que conozca las zonas que debe cuidar de su boca [22].

Técnica de Fones o Técnica Circular:

Para las superficies vestibulares o bucales, los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90° respecto a la superficie bucal dentaria. Estas superficies se dividen en 6 sectores y realizamos 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical) y se realizan pequeños movimientos rotatorios [22].

2.1.2.3 Control de placa interproximal

Se han podido encontrar indicios de que en la prehistoria el ser humano utilizaba hilos para retirar los restos de alimentos de entre los dientes [23].

El hilo dental es indispensable en el cuidado de los dientes, ya que el cepillo dental por el grosor de sus cerdas, no llega a limpiar los espacios entre los dientes. Se utiliza el hilo dental por lo menos una vez al día después del cepillado porque de no hacerlo, sólo estará realizando la mitad del trabajo para mantener una boca sana. Se utiliza el hilo dental a partir de los 6 años de edad, en virtud de que a dicha edad su motricidad fina está madurando y con supervisión pueden llevar

a cabo la actividad con el propósito de que adquieran el hábito y evitar lesiones cariosas interproximales en órganos dentales permanentes ya que a los 6 años ya tienen un contacto mesial importante con el 2° molar temporal. La técnica más utilizada es la convencional; se enrollan 45 cm de hilo alrededor del dedo medio de una mano, y unos pocos cm alrededor del dedo medio de la otra mano, dejando 5 cm de hilo entre las manos. Debemos hacer un suave movimiento del hilo en sentido vestibulo-lingual y linguo-vestibular deslizando suavemente hacia gingival. En la zona de la tronera interproximal se mantiene el hilo primero contra la superficie de un diente haciendo movimientos deslizantes de arriba hacia abajo, así se elimina la placa por debajo del borde de la encía y de la superficie proximal. Después se apoya contra la superficie del otro diente y se realiza la misma operación. A medida que el hilo se ensucia, se pasa a una parte limpia enrollando en un dedo y desenrollando en el otro [24].

Un método alternativo es la técnica del asa o método del lazo, en el que se toman 25-30 cm de hilo, atando los extremos para formar un círculo. Este aro de seda se toma con cuatro dedos de una mano, extendiéndolos para que la seda quede tensa. Se pasa la seda por los espacios proximales y a medida que se va utilizando el aro de seda, se va rotando para que un trozo de seda limpia se utilice en cada espacio interproximal. Esta técnica se recomienda en pacientes disminuidos físicos o psíquicos y adultos con pobre agilidad muscular o problemas artríticos, o a quienes tiene que limpiar un tercero; también se puede

emplear un porta hilos, pero en general, son menos eficaces que la manipulación digital [24].

2.1.2.4 Revelado de placa bacteriana

La enseñanza sobre que es la placa dental y como se la puede eliminar es uno de los pasos fundamentales de todo tratamiento odontológico. Para ello se pueden utilizar sustancias revelantes que son soluciones o comprimidos capaces de teñir los depósitos bacterianos sobre las superficies dentales, lengua y encía [25].

El revelado de placa bacteriana se puede realizar mediante varios procedimientos físicos ya sea usando fluorescencia, luz ultravioleta o agentes químicos reveladores de placa como: eritrosina, violeta de genciana, verde malaquita. Es por esto que forma más sencilla de demostrar la eficacia de la eliminación de la placa bacteriana es mediante el uso de agentes reveladores que tiñen los depósitos residuales y los hacen claramente visibles [25].

El método consiste en proporcionar a cada niña(o) una pastilla reveladora hasta disolverla o violeta de genciana, se indica que la pastilla o violeta de genciana entre en la boca la pase por todas las áreas de esta, a continuación, se le pide a la niña(o) que se observe en un espejo, con el propósito de que identifique las zonas que están más pigmentadas, las cuales indica que hay mayor acumulo de placa bacteriana debido a que son zonas que no se están cepillando adecuadamente.

La tinción solamente se puede se puede eliminar mediante el barrido de la placa bacteriana con cepillo e hilo dental, por lo tanto, se recomienda realizar la detección de placa bacteriana y la Instrucción de técnica de cepillado el mismo día.

2.1.2.5 Medición de la placa bacteriana

La selección para medir placa dentobacteriana fue elegido de entre varios índices de higiene oral por estar avalado y recomendado por la ADA como el más fiable y eficiente. Entre los índices de placa dentobacteriana más importantes están; el índice de O'Leary y el índice de Greene y Vermillion, estos índices para la medición de placa bacteriana proveen suficiente información sobre la higiene oral de los pacientes. [26].

Índice de Greene y Vermillion o índice de higiene oral simplificado: En los estudios encaminados a la prevención de las enfermedades tanto de tejidos blandos como de tejidos duros bucales, es necesario proceder a una cuantificación del estado de higiene oral, es el denominado índice de higiene oral simplificado, descrito por Greene y Vermillion en 1963 [26].

El IHOS consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado y un índice de cálculo simplificado. Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor o una sonda periodontal (OMS), y no se usan agentes reveladores.

Más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales. Las seis superficies dentales examinadas en el IHOS son las

vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal [27].

Los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos encontrados:

Condición	Parámetro
Buena	0.0-1,2
Regular	1,3-3,0
Deficiente	3,1-6,0

Los criterios para calificar los componentes sobre los desechos bucales y el cálculo dental en el índice de higiene oral simplificado [27].

Criterios para el índice de placa blanda	
0	Ausencia de mancha o de placa bacteriana.
1	Leve presencia de placa dentobacteriana que no cubre más de un tercio de la superficie dentaria, existe presencia de manchas extrínsecas sin tener en cuenta área la cantidad de superficie dentaria cubierta.
2	Presencia de placa dentobacteriana cubriendo más de un tercio, pero menos de dos tercios de la superficie expuesta.
3	Presencia de placa dentobacteriana cubriendo más de un tercio.

Criterios para el índice de cálculo	
0	Ausencia de cálculo dental.
1	Presencia de cálculo supragingival en la superficie expuesta del diente sin que necesariamente se haya conformado como una banda en el tercio cervical, en más de un tercio de la superficie dentaria.
2	Presencia de cálculo supragingival en más de un tercio de la superficie dental, pero no más de dos tercios, además puede presentarse clínicamente como zonas de pequeños fragmentos individuales de cálculo subgingival, alrededor de la porción cervical del diente.
3	Presencia de cálculo supragingival en más de dos tercios de la superficie expuesta del diente, además clínicamente puede mostrarse el cálculo subgingival con una banda continua de grosor considerable.

2.3. Definición de términos básicos

- a. Biofilm. - Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse sobre las paredes de las piezas dentarias.
- b. Biopelícula. -Es una población de microbios asociada a una superficie y embebida en una matriz de polímeros extracelulares. Un biofilm puede estar formado por una sola especie o por múltiples especies de hongos y bacterias.
- c. Cálculo dental. -El cálculo dental es el depósito de sales calcio y fósforo con el acumulo sostenido de minerales tales como hidroxapatita, sílice y witlockita, entre otros componentes en superficies dentarias de difícil acceso que se adhiere a sus superficies.
- d. Carbohidratos. - Los carbohidratos (también llamados “hidratos de carbono”) son uno de los tres tipos de macronutrientes presentes en nuestra alimentación (los otros dos son las grasas y las proteínas). Existen en multitud de formas y se encuentran principalmente en los alimentos tipo almidón, como el pan, la pasta alimenticia y el arroz, así como en algunas bebidas, como los zumos de frutas y las bebidas endulzadas con azúcares.
- e. Caries dental.- Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.
- f. Clorhexidina. - El gluconato de clorhexidina es un agente antimicrobiano tópico que se utiliza para enjuagues bucales en el tratamiento de la gingivitis y de la enfermedad periodontal y tópicamente en la preparación de la piel del

paciente antes de una operación quirúrgica, lavado de heridas, y tratamiento del acné vulgar.

g. Enfermedad Periodontal. -La enfermedad periodontal (también conocida como enfermedad de encía y de la periodontitis) es una condición progresiva y la causa principal de la pérdida del diente entre adultos en el mundo. La enfermedad periodontal ocurre cuando las toxinas encontradas en placa comienzan a irritar o a inflamar el gingival (tejido de la encía).

h. Eritrosina. - Colorante sintético derivado del petróleo que presenta una tonalidad que va del color rojo hasta el violeta.

i. Gíngiva. - De las encías o relacionado con ellas.

j. Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). - Índice que mide la superficie del diente cubierta con sarro y depósitos blandos. Es simplificado porque sólo evalúa 6 superficies dentales, entre las que se encuentran.

k. Interproximal. - El área interproximal, interdental o interdientaria es el espacio existente entre diente y diente y que está ocupado por la encía.

l. Leucocitos. - Los leucocitos o glóbulos blancos son células que están principalmente en la sangre y circulan por ella con la función de combatir las infecciones o cuerpos extraños; pero en ocasiones pueden atacar los tejidos normales del propio cuerpo. Es una parte de las defensas inmunitarias del cuerpo humano.

m. Patogénico. - Un patógeno o agente biológico patógeno es aquel elemento o medio capaz de producir algún tipo de enfermedad o daño en el cuerpo de un animal, un ser humano o un vegetal, cuyas condiciones estén predisuestas a las ocasiones mencionadas.

- n. Periodontal. - Del periodonto (Conjunto de ligamentos que fijan el diente dentro del alveolo óseo del maxilar) o que tiene relación con él.
- o. Tronera. - Por su parte, la tronera dental es el espacio que hay entre dos dientes vecinos, por encima de su punto de contacto hasta el hueso que soporta los dientes, y que en salud rellena la papila dental.
- p. Verde malaquita. - el verde de malaquita es un colorante verde activo a una gran variedad de parásitos externos y agentes patógenos como hongos, bacterias, etc.
- q. Violeta de genciana. - El violeta de metilo, comúnmente denominado cristal violeta o violeta de genciana, es el nombre dado a un grupo de compuestos químicos empleados como indicadores de pH y colorantes.

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

3.1. Análisis de tablas y gráficos:

3.1.1. Estadística Descriptiva

Tabla N° 01

Tabla de Normalidad de las variables numéricas.

		Descriptivos		Estadístico	Error típ.	
EDAD		Media		6,43	,092	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6,25		
			Límite superior	6,62		
		Media recortada al 5%		6,43		
		Mediana		6,00		
		Varianza		,254		
		Desviación típica		,504		
		Mínimo		6		
		Máximo		7		
		Rango		1		
		Amplitud intercuartil		1		
		Asimetría		,283		,427
		Curtosis		-2,062		,833
	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL ANTERIOR		Media			1,8630
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,5717		
			Límite superior	2,1543		
		Media recortada al 5%		1,7556		
		Mediana		1,6000		
	Varianza		,609			

	Desviación típica		,78023	
	Mínimo		1,16	
	Máximo		4,60	
	Rango		3,44	
	Amplitud intercuartil		,37	
	Asimetría		2,646	,427
	Curtosis		7,289	,833
	Media		,8213	,04247
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL POSTERIOR	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	,7345	
		Límite superior	,9082	
	Media recortada al 5%		,8152	
	Mediana		,8300	
	Varianza		,054	
	Desviación típica		,23264	
	Mínimo		,50	
	Máximo		1,30	
	Rango		,80	
	Amplitud intercuartil		,34	
	Asimetría		,269	,427
	Curtosis		-,876	,833
	Media		14,8500	,41141
	CONOCIMIENTOS POSTERIOR	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	14,0086
Límite superior			15,6914	
Media recortada al 5%			14,9000	
Mediana			15,4500	
Varianza			5,078	
Desviación típica			2,25339	
	Mínimo		10,30	

CONOCIMIENTOS ANTERIOR	Máximo		18,60		
	Rango		8,30		
	Amplitud intercuartil		2,85		
	Asimetría		-,428	,427	
	Curtosis		-,434	,833	
	Media		7,3067	,59244	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior		6,0950	
		Límite superior		8,5183	
	Media recortada al 5%		7,1389		
	Mediana		6,4500		
	Varianza		10,530		
	Desviación típica		3,24494		
	Mínimo		3,30		
	Máximo		14,60		
	Rango		11,30		
	Amplitud intercuartil		6,08		
	Asimetría		,719	,427	
Curtosis		-,681	,833		

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Se determina descriptivamente de la tabla N°01 con respecto a la evaluación de la normalidad de las variables, los siguientes datos: con respecto al índice de higiene oral se encuentra que el valor promedio oscila entre 1.16 y 4.6 del índice Higiene Oral, antes de la intervención, del mismo modo encontramos un índice de higiene oral posterior donde el valor promedio mínimo - máximo va de 0.5 a 1.30. Del mismo modo se encuentra que los puntajes calificadorios de los conocimientos posteriores a la intervención fueron de 10.3 a 18.3 y para el conocimiento anterior a la intervención, encontramos como mínimo de nota que varía de 3.3 hasta 14.6. Por lo que se establece el mejoramiento del conocimiento sobre higiene oral e IHOS después del programa de inducción.

Tabla N° 02

Estadística Descriptiva de los Índice de Higiene Anteriores y Posteriores.

		Estadísticos	
		índice de higiene oral anterior	índice de higiene oral posterior
N	Válidos	30	30
	Perdidos	0	0
	Media	1,8630	,8213
	Mediana	1,6000	,8300
	Moda	1,60	,83
	Desviación típica	,78023	,23264
	Varianza	,609	,054
	Asimetría	2,646	,269
	Error típ. de asimetría	,427	,427
	Curtosis	7,289	-,876
	Error típ. de curtosis	,833	,833
	Rango	3,44	,80
	Mínimo	1,16	,50
	Máximo	4,60	1,30

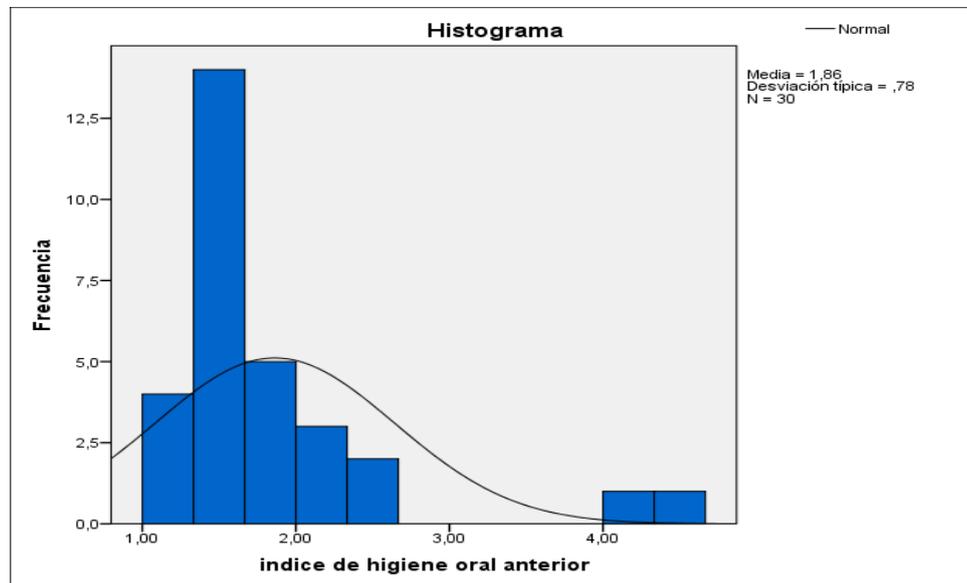
Fuente: Ficha de recolección de Datos

Análisis: Con respecto a la estadística descriptiva, sobre el índice de higiene oral antes y después de la intervención, nos encontramos que el promedio de antes de la intervención es de 1.86 y el promedio de índice de higiene posterior a la intervención bajó a 0.82 por lo que se confirma, en este caso, que la intervención tuvo indicadores positivos con respecto al Índice de Higiene Oral.

Del mismo modo nos muestra que los valores mínimos y máximos varían desde 1.16 a 4.6 en el Índice de Higiene Oral antes de intervención y después disminuyeron desde 0.5 a 1.3 respectivamente en los alumnos posteriores a la intervención educativa. Por lo cual se observa el mejoramiento del Índice de Higiene Oral después de la intervención en salud bucal.

Gráfico N° 01a

Histograma de Índice de Higiene Oral Anterior

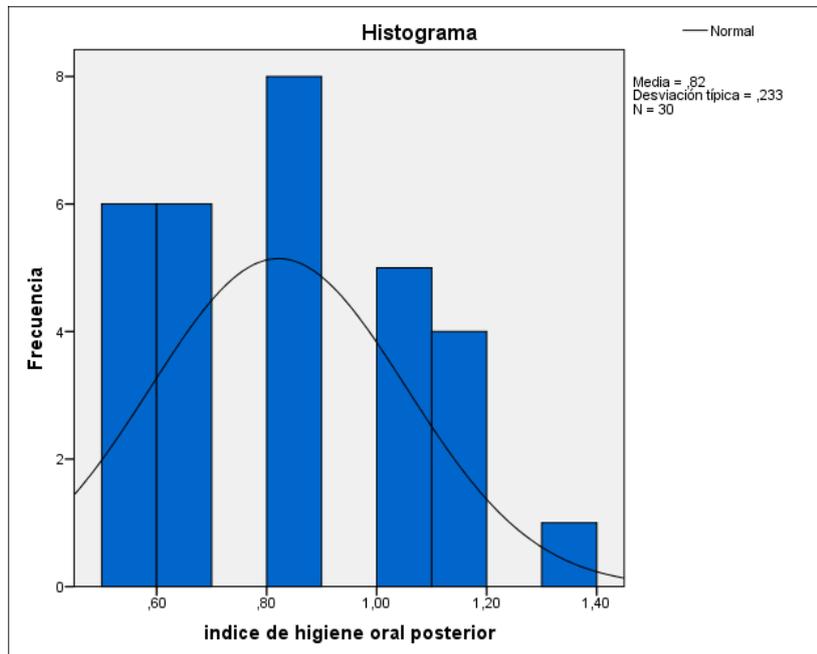


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: De acuerdo al IHOS anterior, en el gráfico 01a encontramos una distribución no normal, de acuerdo al histograma, con una moda entorno a los 1 y 2 del IHOS. Con una frecuencia que supera los 12.5 del recuento de niños y niñas, presentándose una cola positiva en torno a 4 pero en función a la cola negativa, se encuentra entrecortada; además el histograma del IHOS presenta un promedio de 1.86 y una desviación típica de 0.78 en una muestra de 30 elementos.

Gráfico N° 01b

Histograma de Índice de Higiene Oral Posterior.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: De la gráfica n 01 b, en donde se observa el histograma de IHOS posterior a la intervención, encontramos que la siguiente imagen presenta múltiples modas en torno a 0.8 y en torno s 0.6 de la distribución de la campana de gauss, la cual se forma de una manera asimétrica entorno al lado positivo derecho, presentando una media de 0.82 y una desviación de 0.23 por lo cual la distribución no es normal.

Tabla N° 03

Estadística Descriptiva de las Variables Puntaje de Conocimientos Anteriores y Posteriores.

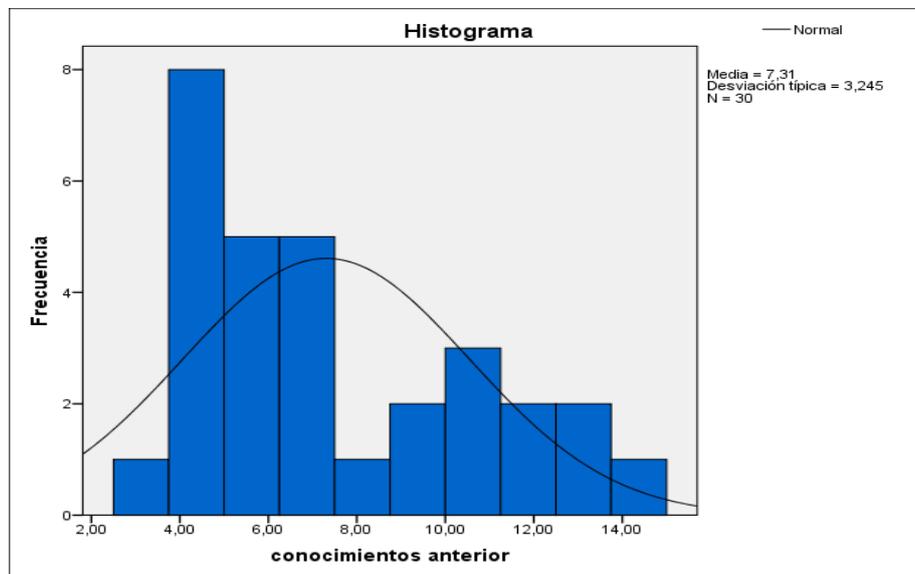
		Estadísticos	
		conocimientos anteriores	conocimientos posteriores
N	Válidos	30	30
	Perdidos	0	0
	Media	7,3067	14,8500
	Mediana	6,4500	15,4500
	Moda	4,30	15,60
	Desviación típica	3,24494	2,25339
	Varianza	10,530	5,078
	Asimetría	,719	-,428
	Error típ. de asimetría	,427	,427
	Curtosis	-,681	-,434
	Error típ. de curtosis	,833	,833
	Rango	11,30	8,30
	Mínimo	3,30	10,30
	Máximo	14,60	18,60

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Se determina descriptivamente, sobre la comparación de los puntajes de conocimientos antes y después de la intervención encontramos que el promedio de conocimientos está en torno a 7.3 en el conocimiento antes de la intervención, pero a diferencia del conocimiento posterior, encontramos un mayor puntaje como 14.85 post intervención educativa, que se ha realizado para mejorar los conocimientos sobre salud bucal. También encontramos que los rangos calificadorios sobre conocimientos anteriores al programa; mínimos y máximos se establecen entre 3.3 puntos (que es una nota desaprobatória) hasta los 14.6 en algunos alumnos y con respecto a los conocimientos posteriores varía de 10.3 y llega hasta 18.6. Por lo cual se observa el mejoramiento del conocimiento después de la intervención en salud bucal.

Gráfica N° 02a

Histograma de Conocimientos Anteriores

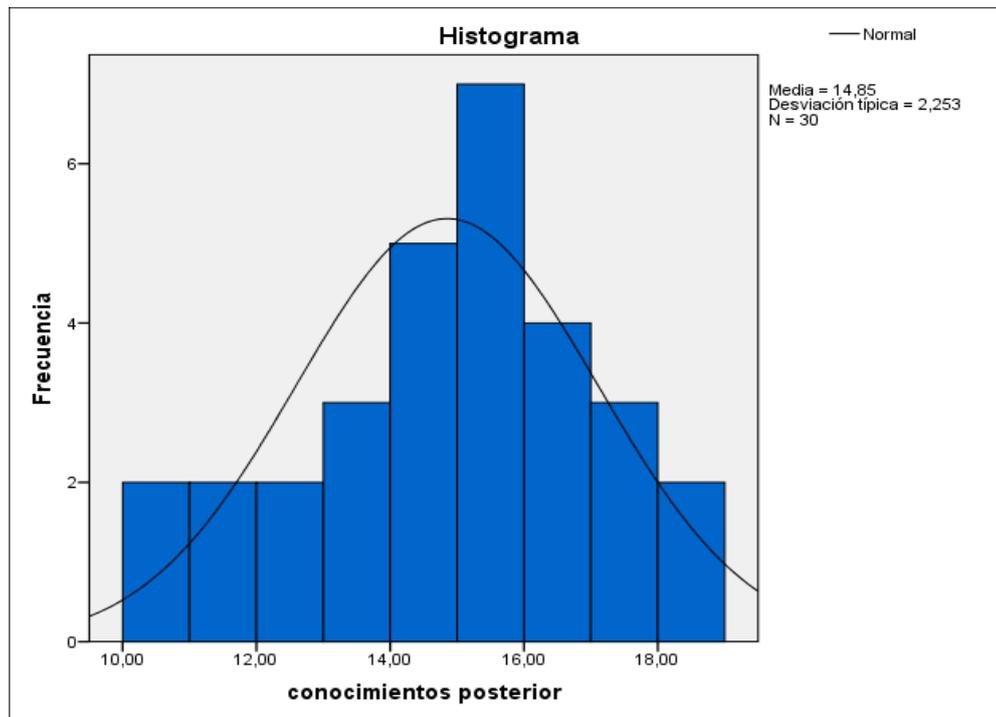


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Con respecto a la gráfica n°02 a, se observa que el histograma de conocimientos anteriores, tiene una moda de 4 puntos, para la evaluación del conocimiento anterior a la intervención, presentando además un promedio de 7.31 y una desviación de 3 a 24 puntos. Se encuentra que, en la campana de gauss, es recortada tanto de su cola inferior como parte de su cola superior, así mismo presenta datos carentes en torno a los 8 puntos y 10 puntos respectivamente.

Gráfica N° 02b

Histograma de Conocimientos posteriores



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: En la gráfica N° 02b, se observa que en los conocimientos posteriores al programa de inducción presentan una moda en torno a los 16 puntos superando en este caso la distribución de la curva normal de acuerdo a su frecuencia, del mismo modo tanto en la cola superior como la cola inferior están recortadas, con datos que varían desde 10 puntos respectivamente y representa un promedio de 14.85 y una desviación de 2.3 puntos.

Tabla N° 04

Resultados de Pre – Test

N° FICH A	PREG. N°1: A)0.5 B)0.5 C)0 D)0	PREG. N°2: A)0 B)1	PREG. N°3: A)0 B)1 C)1	PREG. N°4: A)0 B)1 C)1 D)0 E)0	PREG. N°5: A)1 B)0	PREG. N°6: A)0.3 B)0.3 C)0.3 D)0	PREG. N°7: A)0 B)1	PREG. N°8: A)0 B)1	PREG. N°9: VEZ: A)1 B)0	PREG. N°10: A)1 B)0	PREG. N°11: .N° 12: A)1 B)0 C)0	PREG. N°13: A)0 B)1	PREG. N°14: A)1 B)0	PREG. N°15: A)1 B)0	PREG. N°16: A)0 B)1	PREG.N °17:C A)0 B)1	PREG. N°18: A)0 B)0 C)1	PREG. N°19: A)1 B)0 C)0	PREG. N°20: A)0 B)1	TOT AL		
1	1	0	0	0	1	0.3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	
2	0.5	0	0	0	1	0.3	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8
3	0.5	0	0	0	0	0.6	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	
4	1	0	0	0	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	
5	1	1	0	1	1	0.6	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	12	
6	1	0	0	0	0	0.3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	
7	1	0	0	0	0	0.3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	
8	1	0	1	0	0	0.3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	
9	0.5	0	1	0	0	0.3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8	
10	1	0	1	0	1	0.6	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	10	

11	0.5	1	1	0	0	0.6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7.
12	1	0	0	0	0	0.3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
13	1	0	1	0	0	0.6	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6.
14	0.5	0	0	0	1	0.3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4.
15	1	0	0	0	0	0.3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4.
16	1	1	0	0	1	0.3	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	10
17	0.5	0	0	0	0	0.3	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	.3
18	1	0	0	0	0	0.3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6.
19	1	0	0	0	0	0.3	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4.
20	1	0	0	0	1	0.3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	8.
21	1	1	0	0	1	0.6	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3
22	0.5	0	0	0	0	0.3	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	11
23	0.5	1	0	0	1	0.6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	.3
24	0.5	1	0	0	0	0.3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8.
25	1	1	1	0	1	0.3	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	13

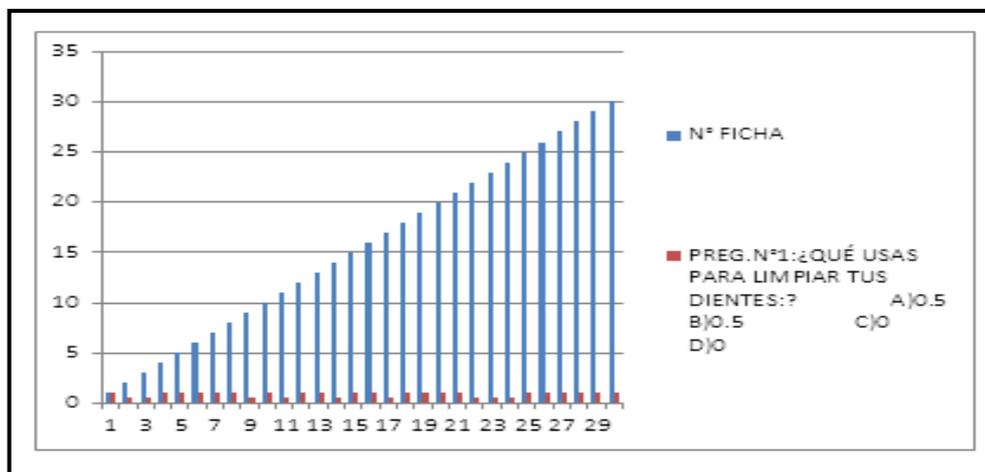
26	1	0	0	0	1	0.3	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	3	9.
27	1	1	1	1	0	0.6	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	14	.6
28	1	0	0	0	0	0.3	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	6.
29	1	0	0	0	1	0.3	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	9.	3
30	1	0	1	1	1	0.6	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	11	.6

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Con respecto a la tabla N° 04; se determina descriptivamente que los puntajes y/o notas promedio obtenidos por los participantes antes de la intervención, encontramos que la nota promedio máxima alcanzada es de 14.6 mientras que la nota promedio mínima obtenida es de 3.3. La nota promedio en la mayoría de los participantes es de 4,3. Por lo cual se observa que los conocimientos anteriores a la intervención en los niños y niñas son bajos.

Gráfica N° 03 a

Pregunta N° 1 – Pre test

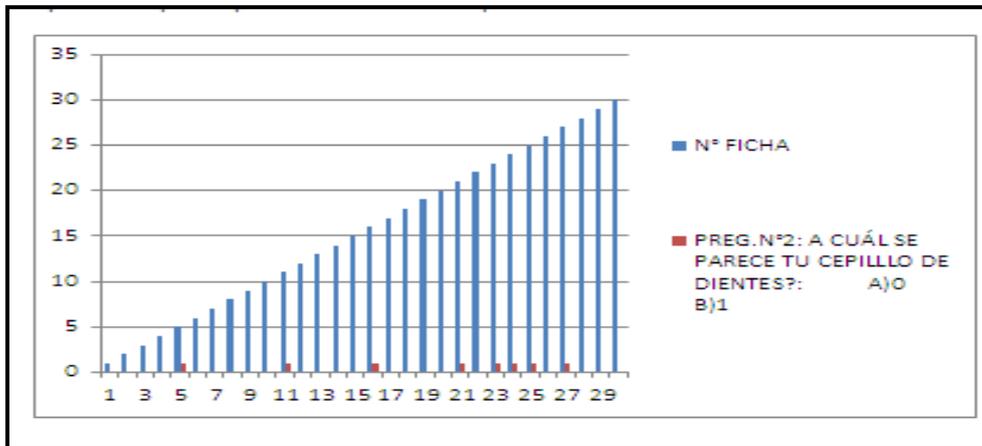


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: En la gráfica se observa que 21 participantes marcaron opción a y b (cepillo dental y vaso con agua); 5 participantes marcaron la opción a (cepillo dental) y 4 participantes marcaron la opción b (solo agua).

Gráfica N° 03 b

Pregunta N° 2 – Pre test

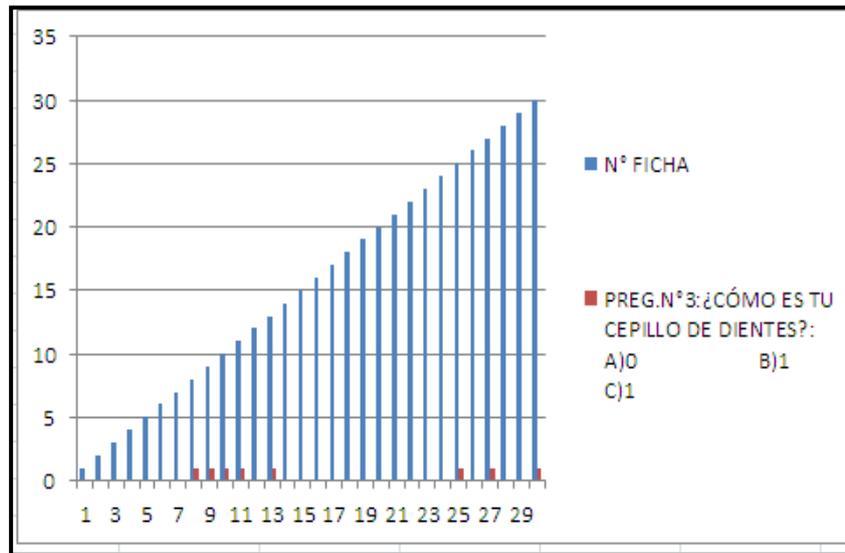


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 22 participantes marcaron opción a (cepillo dental en mal estado), mientras que 8 marcaron la opción b (cepillo dental en buen estado).

Gráfica N° 03 c

Pregunta N° 3 – Pre test

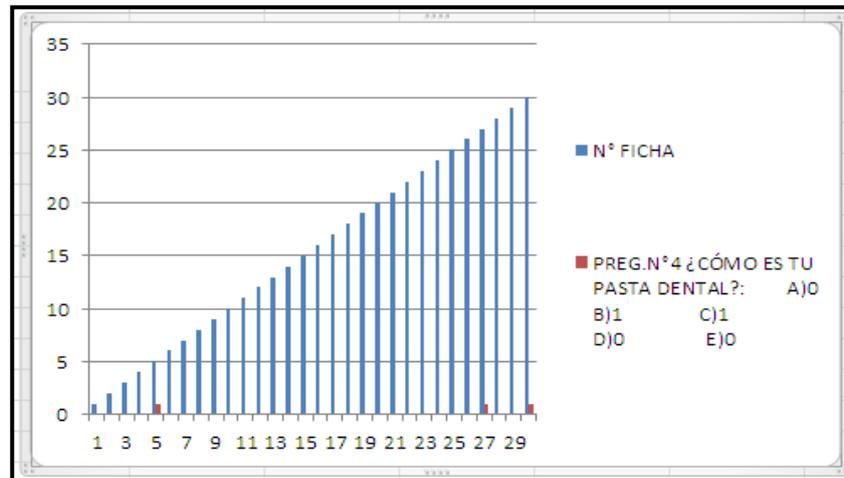


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 22 participantes marcaron opción a (cepillo dental de adulto); 3 marcaron opción b (cepillo dental de niña) y 5 marcaron opción c (cepillo dental de niño).

Gráfica N° 03 d

Pregunta N° 4 – Pre test

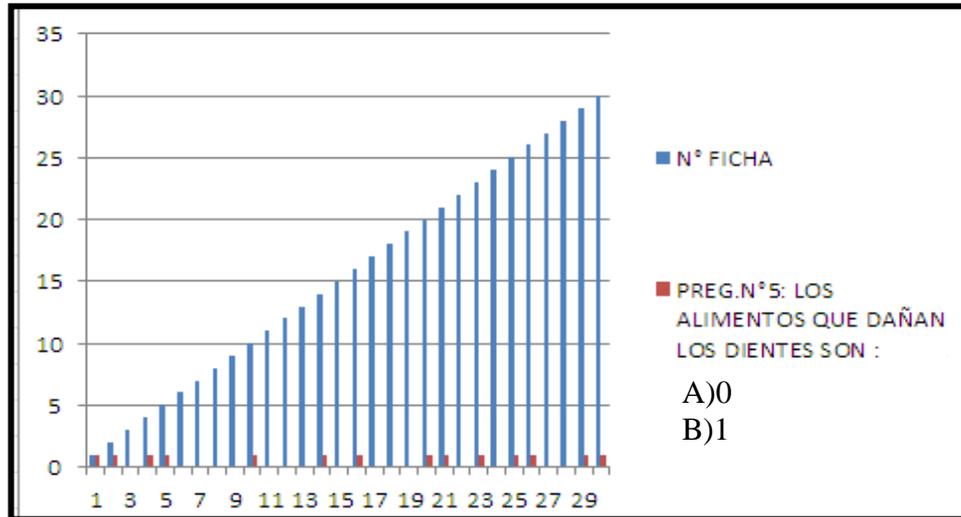


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 27 participantes marcaron opción a (pasta dental Colgate de adulto); 2 marcaron opción b (pasta dental Colgate de niña) y 1 marcó la opción c (pasta dental Colgate de niño).

Gráfica N° 03 e

Pregunta N° 5 – Pre test

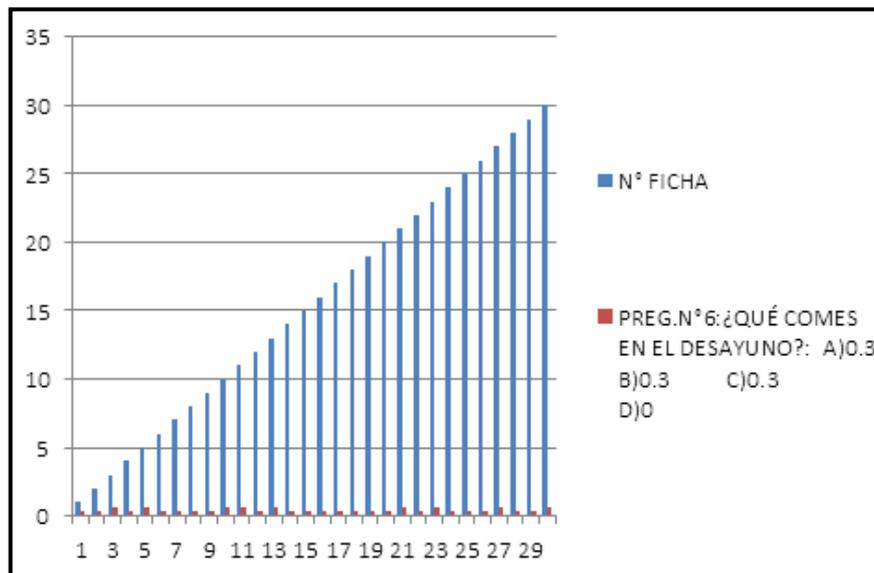


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 14 participantes marcaron la opción b (golosinas) y 16 marcaron opción a (frutas).

Gráfica N° 03 f

Pregunta N° 6– Pre test

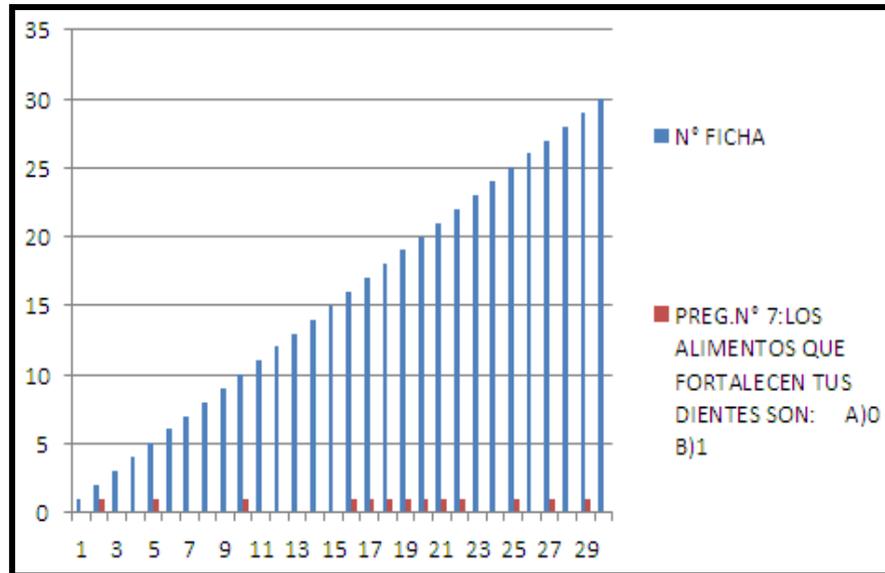


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 11 marcaron opción b (pan) ,10 marcaron opción a (leche); 6 marcaron b y c (pan y café) y 3 marcaron a y b (leche y pan).

Gráfica N° 03 g

Pregunta N° 7- Pre test

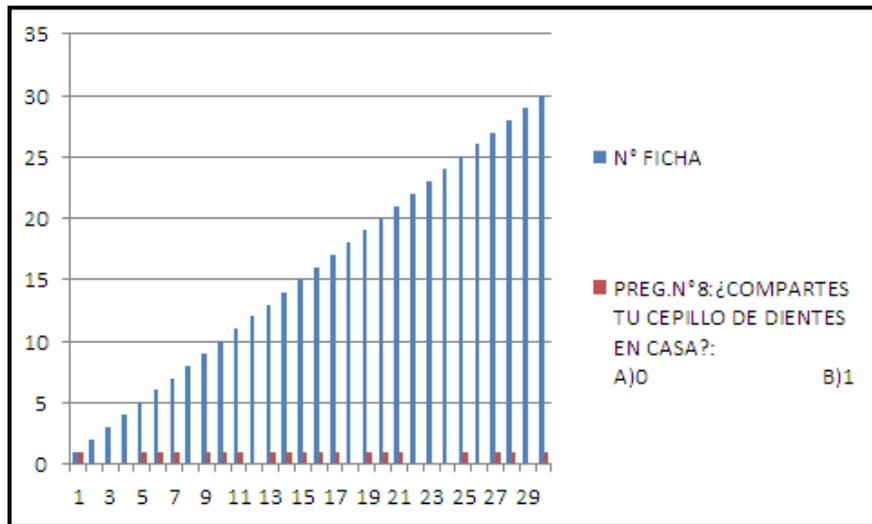


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 17 participantes marcaron opción a (golosinas) y 13 marcaron la opción b (frutas, verduras y carnes).

Gráfica N° 03 h

Pregunta N° 8– Pre test

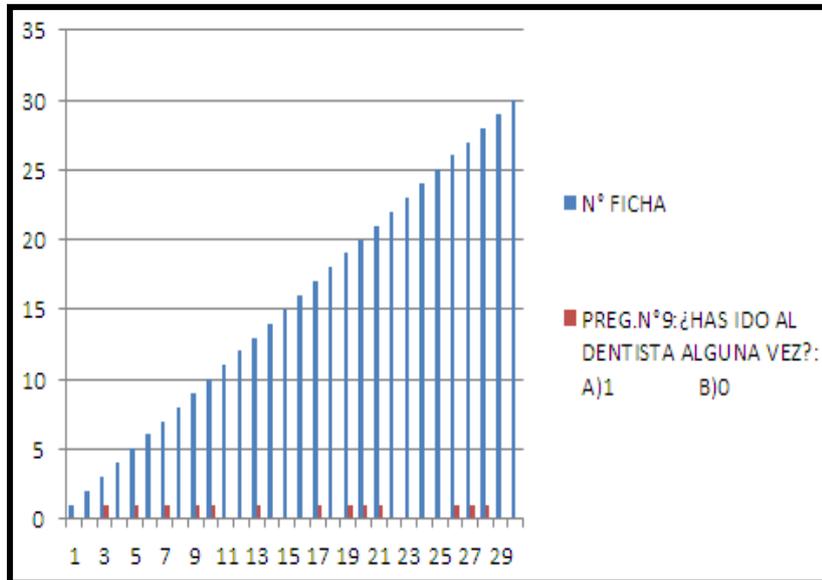


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 19 participantes marcaron la opción b (no) y 11 la opción a (sí).

Gráfica N° 03 i

Pregunta N° 9– Pre test

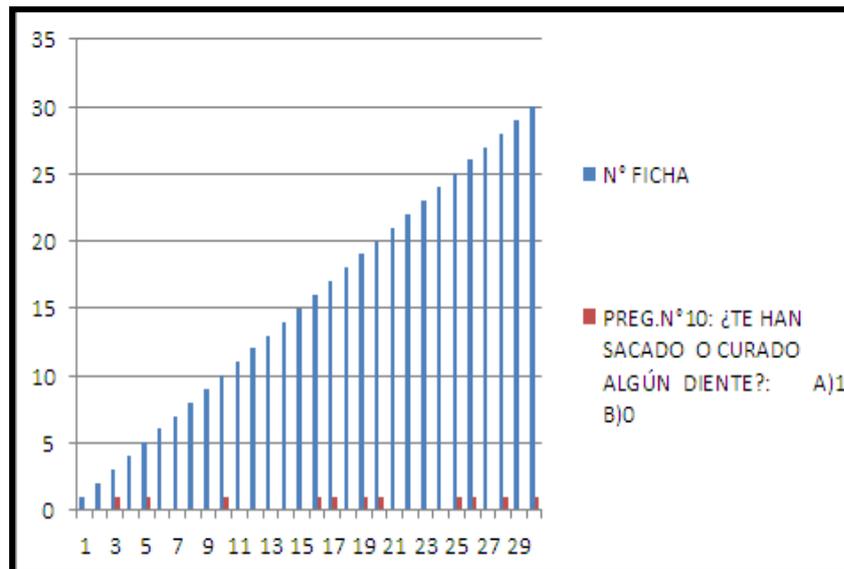


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 17 participantes marcaron la opción b (no) y 13 la opción a (sí).

Gráfica N° 03 j

Pregunta N° 10– Pre test

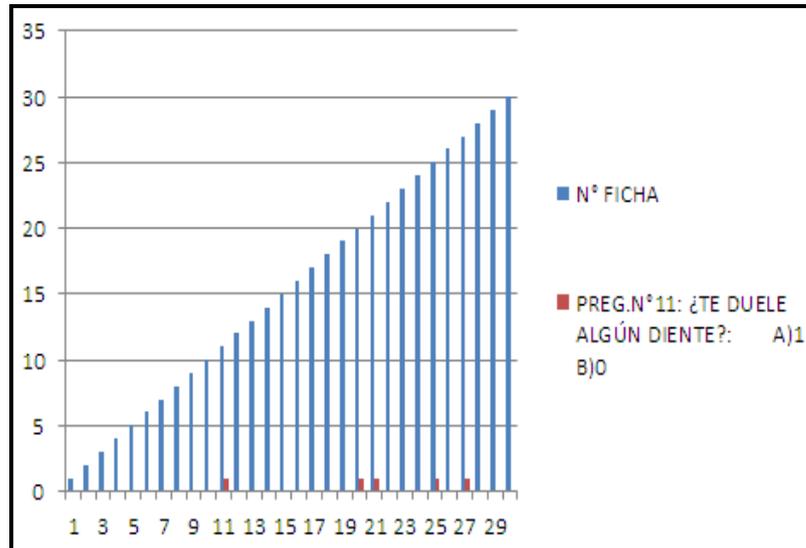


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 19 participantes marcaron la opción b (no) y 11 la opción a (sí).

Gráfica N° 03 k

Pregunta N° 11– Pre test

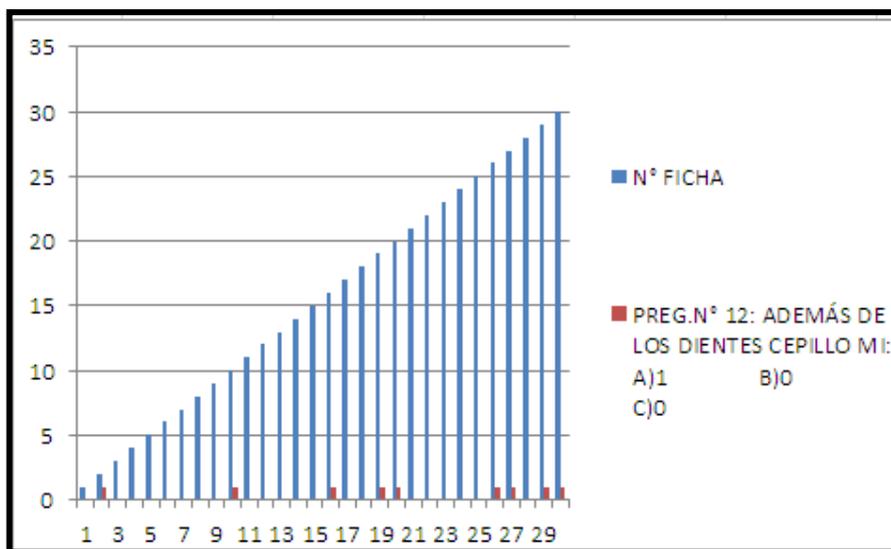


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 25 participantes marcaron opción b (sí) y 5 la opción a (no).

Gráfica N° 03 I

Pregunta N° 12- Pre test

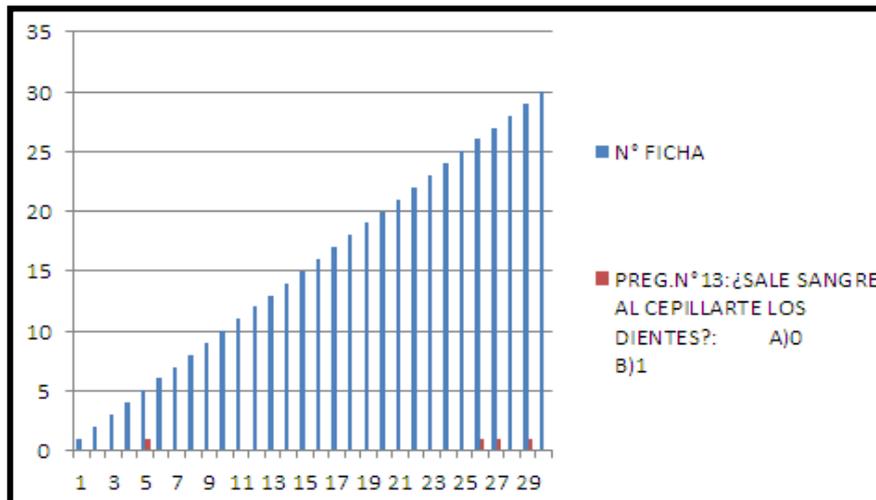


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 18 marcaron opción b (oreja) ,3 opción c (ojos) y 9 marcaron la opción a (lengua).

Gráfica N° 03 m

Pregunta N° 13– Pre test

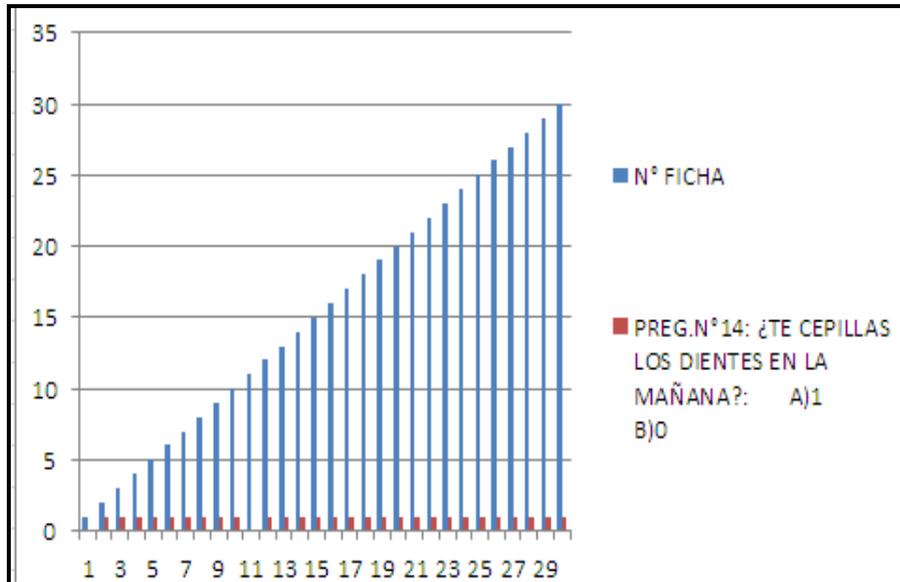


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 26 participantes marcaron la opción a (si) y 4 la opción b (no).

Gráfica N° 03 n

Pregunta N° 14– Pre test

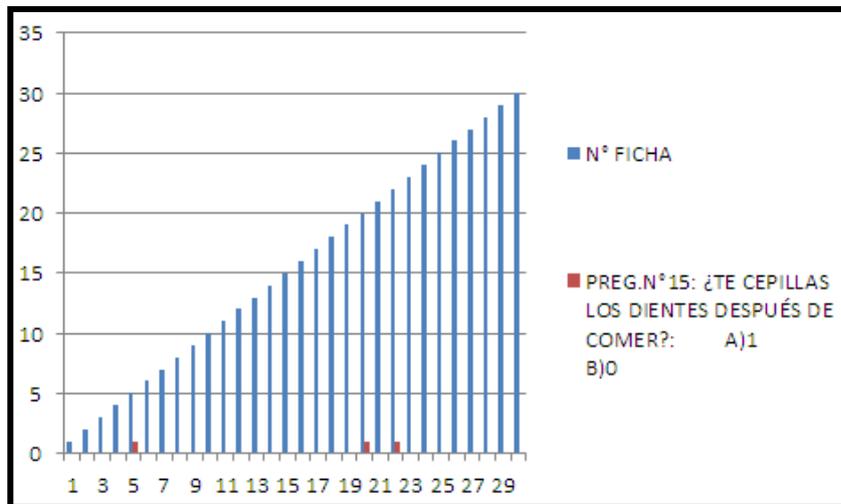


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 2 participantes marcaron la opción a (sí) y 28 la opción b (no).

Gráfica N° 03 o

Pregunta N° 15– Pre test

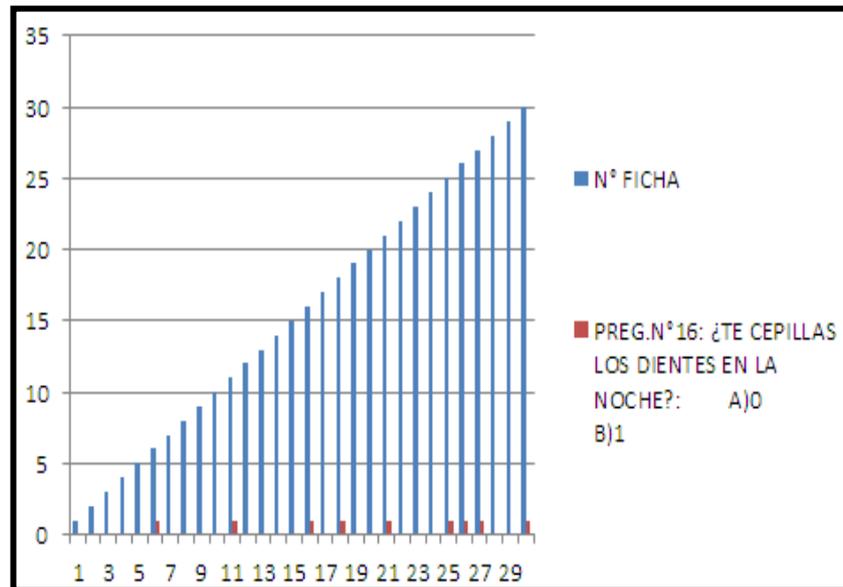


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 27 participantes marcaron la opción b (no) y 3 la opción a (sí).

Gráfica N° 03 p

Pregunta N° 16– Pre test

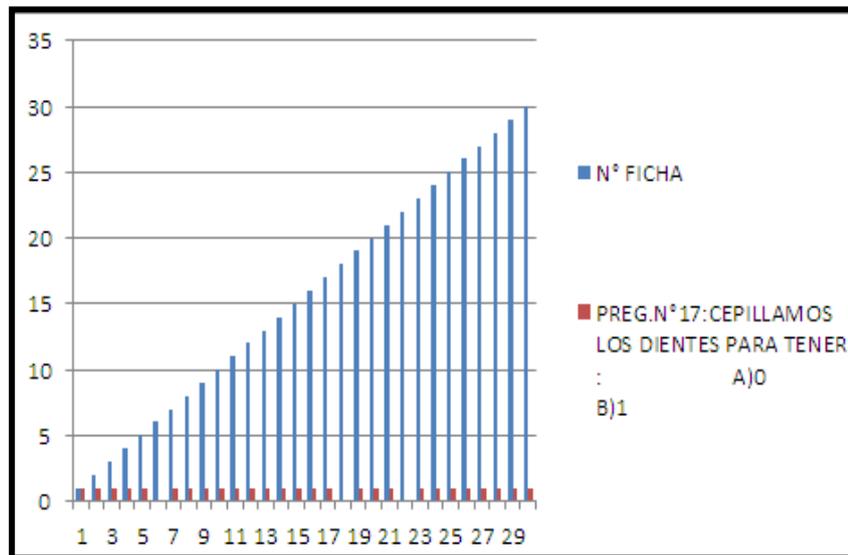


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 21 participantes marcaron la opción a (no) y 9 la opción b (sí).

Gráfica N° 03 q

Pregunta N° 17– Pre test

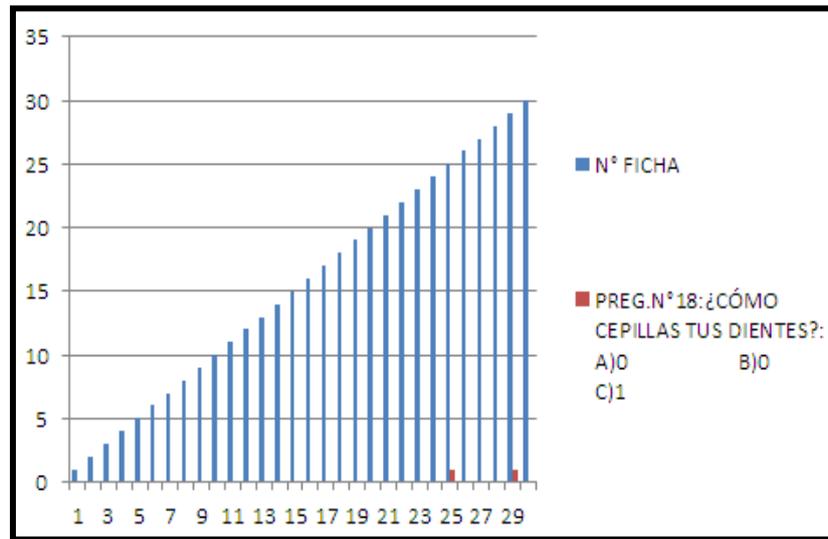


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 27 participantes marcaron la opción b (dientes sanos) y 3 marcaron la opción a (dientes débiles).

Gráfica N° 03 r

Pregunta N° 18– Pre test

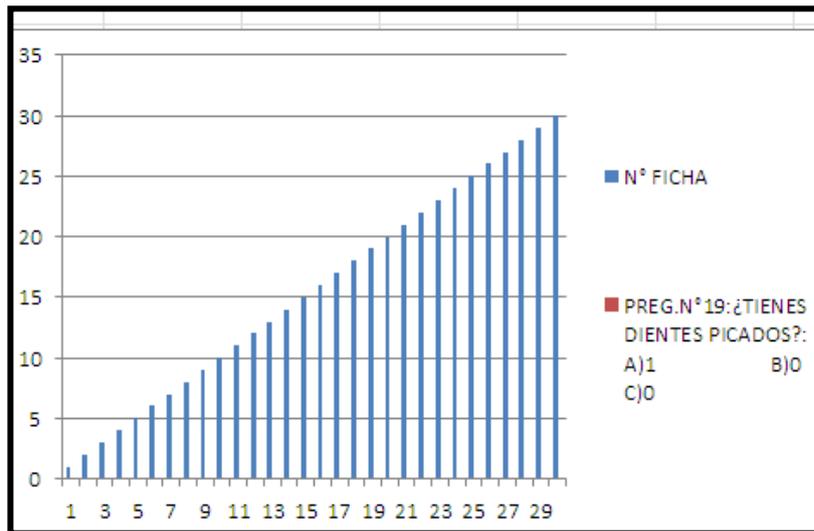


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 19 marcaron la opción a(forma horizontal) ,9 marcaron la opción b (forma vertical) y 2 marcaron la opción c (forma circular).

Gráfica N° 03 s

Pregunta N° 19– Pre test

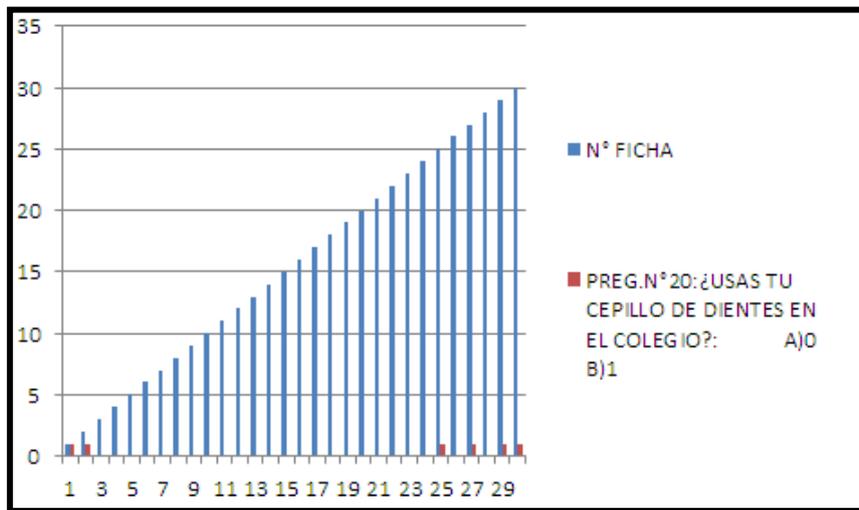


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 22 marcaron la opción c (no sé) y 8 marcaron la opción b (sí).

Gráfica N° 03 t

Pregunta N° 20– Pre test



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 6 participantes marcaron la opción b (sí) 24 la opción a (no).

Tabla N° 05

Resultados de Post- Test

N°FI CHA	PREG. N°1:	PREG .N°	PREG. N°3:	PREG. N°4:	PREG. N°5:	PREG .N°	PREG. N°7:	PREG. N°8:	PREG. N°9:	PREG. N°10:	PREG. N°11:	PREG. N°12:	PREG. N°13:	PREG. N°14:	PREG. N°15:	PREG. N°16:	PREG. N°17:	PREG. N°18:	PREG. N°19:	PREG. N°20:	TOT AL	
	A)0 B)1 C)1 D)0 E)0	2: A)0 B)1	A)1 B)0 C)0	A)1 B)0	A)0 B)1	6: A)1 B)0 C)0 D)0	A)1 B)0	A)0.5 B)0.5 C)0 D)0	A)0.3 B)0.3 C)0.3 D)0	A)0 B)1	A)0 B)1	A)0 B)0 C)1	A)0 B)1	A)1 B)0	A)0 B)1	A)1 B)0	A)0 B)1 C)1	A)1 B)0	A)1 B)0	A)1 B)0		
																					13.	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	6
																						14.
2	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6
																						17.
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	6
																						14.
4	1	1	0	1	1	0	1	0.5	0.6	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
																						16.
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	6
																						12.
6	1	1	0	1	1	1	1	1	0.3	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3
																						15.
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	6
																						14.
8	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	6
																						15.
9	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6
																						15.
10	0	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	6

11	1	1	1	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	17.
12	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16.
13	0	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	15.
14	1	1	0	1	1	1	1	1	0.3	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	12.
15	1	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17.
16	1	1	0	1	1	1	1	1	0.9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15.
17	1	0	0	1	1	0	1	1	0.6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	14.
18	1	1	0	1	1	0	1	1	0.6	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	13.
19	1	1	0	1	1	1	1	1	0.3	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	14.
20	1	1	1	1	1	1	1	1	0.3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18.
21	0	1	0	1	1	0	1	1	0.6	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	11.
22	0	1	0	1	1	0	1	1	0.3	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	10.
23	1	1	0	1	1	1	1	1	0.3	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	11.
24	0	1	0	1	1	0	1	1	0.3	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	10.
25	1	1	0	1	1	0	1	1	0.3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16.

26	1	1	0	1	1	0	1	1	0.3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	15.3	
27	1	1	1	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18.6	
28	1	1	0	1	1	0	1	1	0.3	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	13.3	
29	0	1	0	1	1	1	1	1	0.6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	15.6	
30	1	1	0	1	1	1	1	1	0.3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16.3

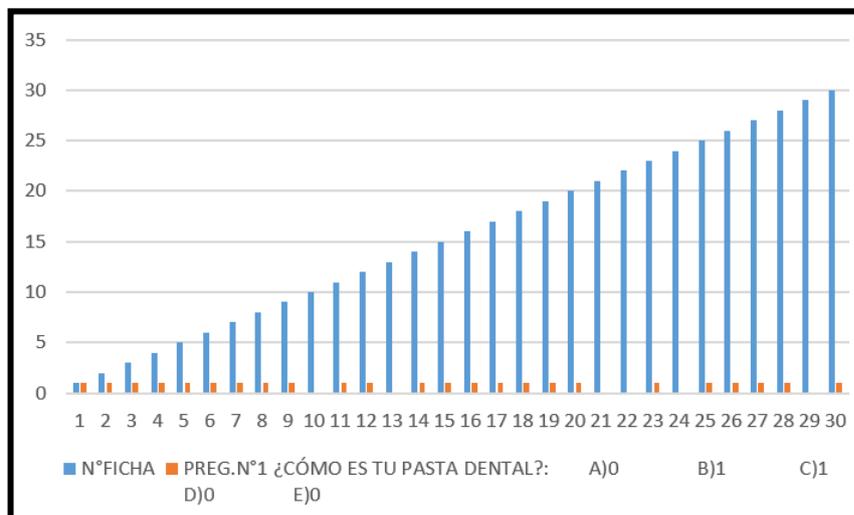
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Con respecto a la tabla N° 05; se determina descriptivamente; que los puntajes y/o notas promedias obtenidos por los participantes posteriores a la intervención, encontramos que la nota promedio máxima alcanzada es de 18.6 mientras que la nota promedio mínima obtenida es de 10.3.

La nota promedio en la mayoría de los participantes es de 15.6. Por lo cual se observa que los conocimientos posteriores a la intervención en lo niños y niñas se han elevado.

Gráfica N° 04 a

Pregunta N° 1– Post test

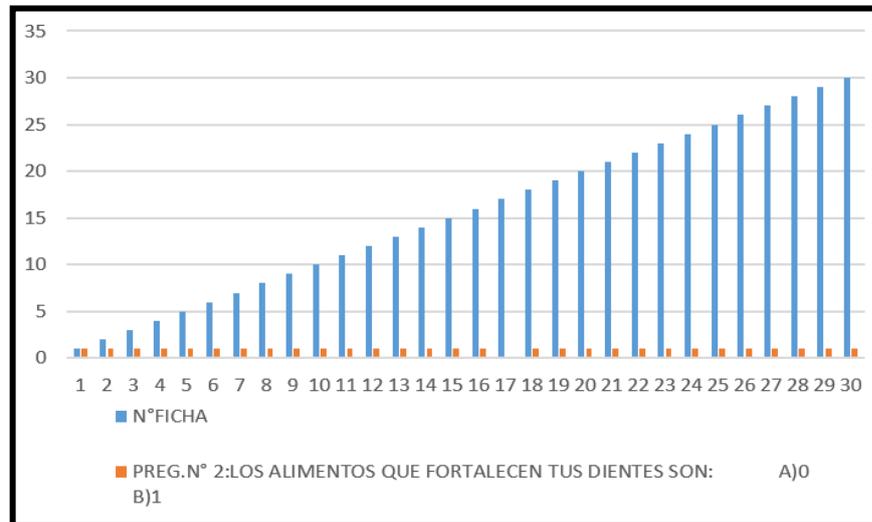


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 13 marcaron la opción b (pasta dental Colgate de niña), 11 marcaron la opción c (pasta dental Colgate de niño), 4 participantes marcaron la opción d (pasta dental Kolinos de adulto) y 2 la opción e (pasta dental Dento de adulto).

Gráfica N° 04 b

Pregunta N° 2- Post test

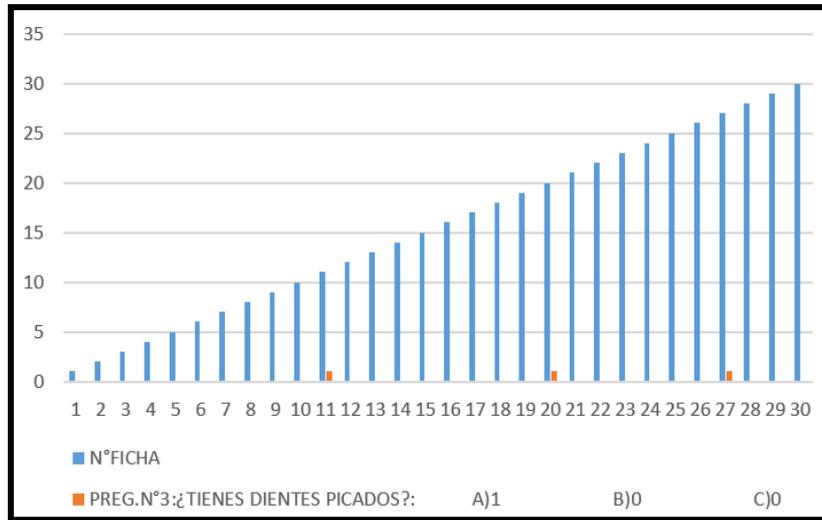


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 29 participantes marcaron la opción b (frutas, verduras y carnes) y 1 marcó la opción a (golosinas).

Gráfica N° 04 c

Pregunta N° 3– Post test

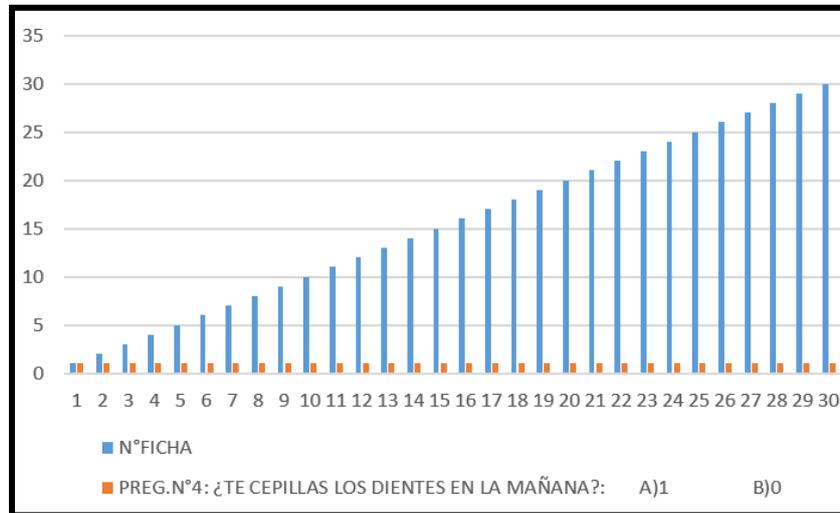


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 3 participantes marcaron la opción a (no), 25 marcaron la opción b (sí) y 2 la opción c (no sé).

Gráfica N° 04 d

Pregunta N° 4– Post test

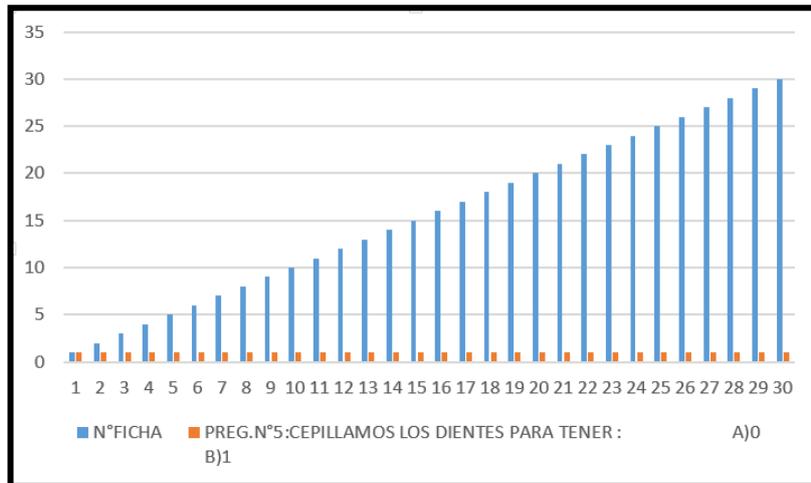


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 30 participantes marcaron la opción a (sí).

Gráfica N° 04 e

Pregunta N° 5– Post test

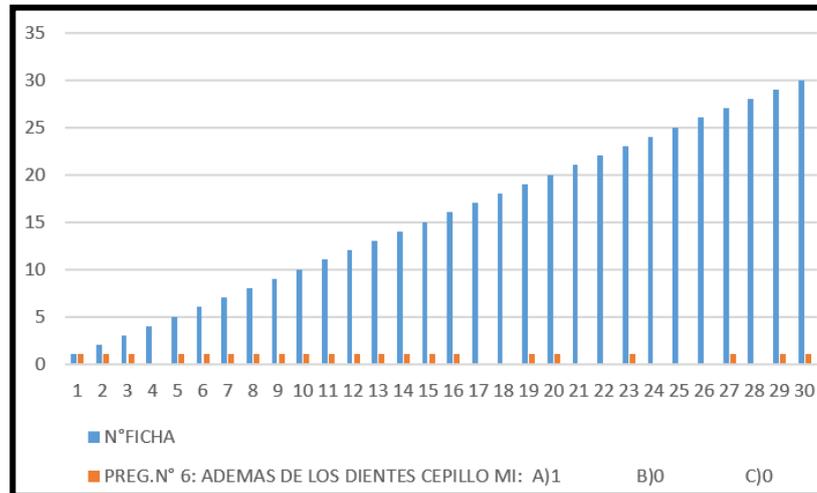


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 30 participantes marcaron la opción (dientes sanos).

Gráfica N° 04 f

Pregunta N° 6– Post test

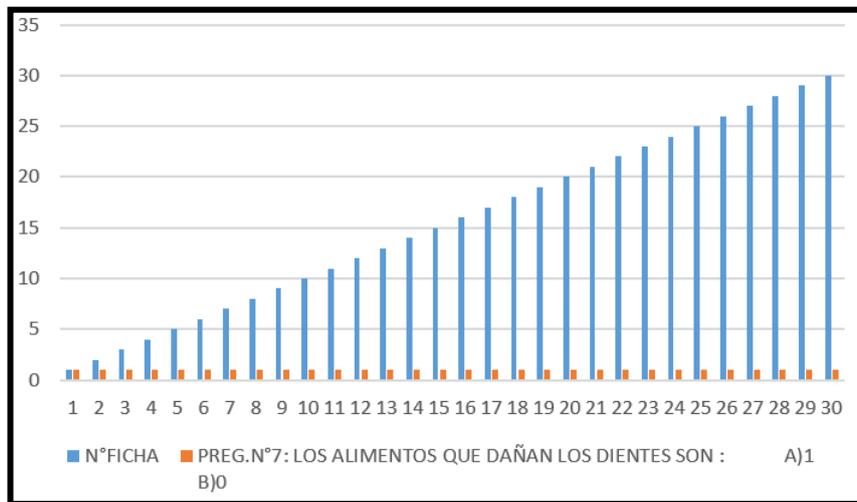


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 21 participantes marcaron la opción a (lengua) ,5 participantes marcaron la opción b (oreja) y 4 participantes marcaron la opción c (ojos).

Gráfica N° 04 g

Pregunta N° -7 Post test

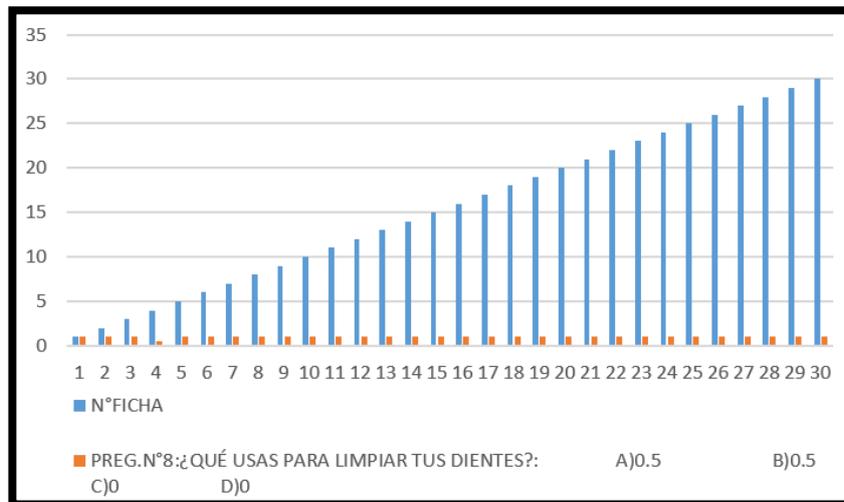


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 30 participantes marcaron la opción b (golosinas).

Gráfica N° 04 h

Pregunta N° -8 Post test

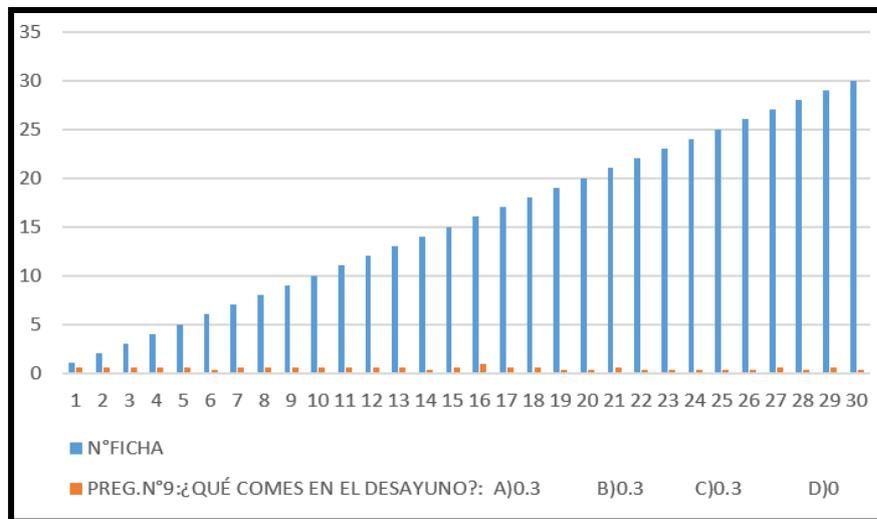


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 29 participantes marcaron las opciones a y b (cepillo dental y vaso con agua) mientras que 1 marcó la opción a (cepillo dental).

Gráfica N° 04 i

Pregunta N° -9 Post test

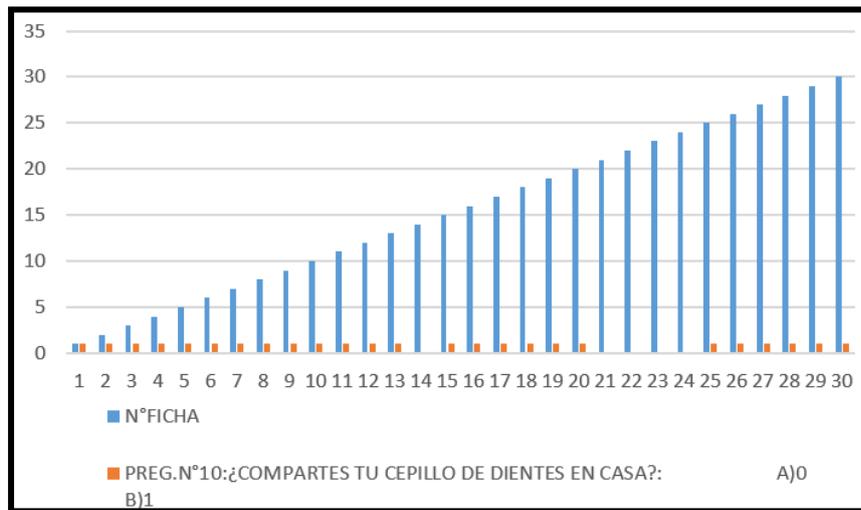


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 9 participantes marcaron la opción a (leche) ,2 participantes marcaron la opción b (pan), 18 marcaron la opción a y b (leche y pan) mientras que 1 marcó la opción a,b y c (leche ,pan y frutas).

Gráfica N° 04 j

Pregunta N° -10 Post test

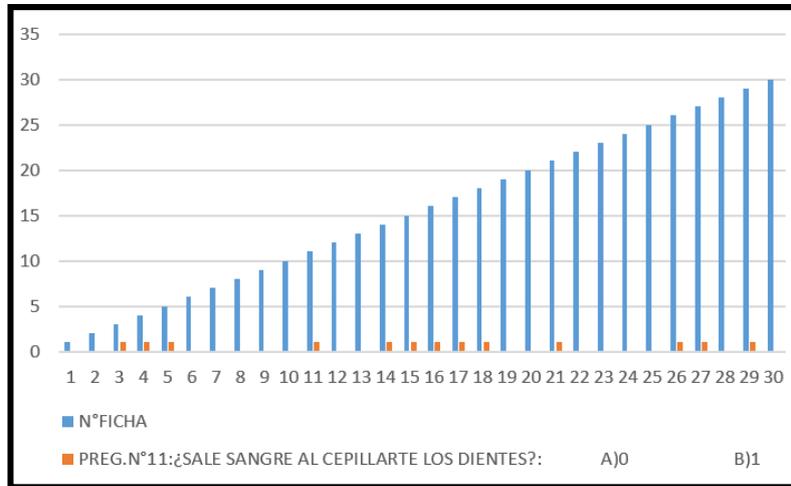


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 5 participantes marcaron la opción a (sí) y 25 la opción b (no).

Gráfica N° 04 k

Pregunta N° -11 Post test

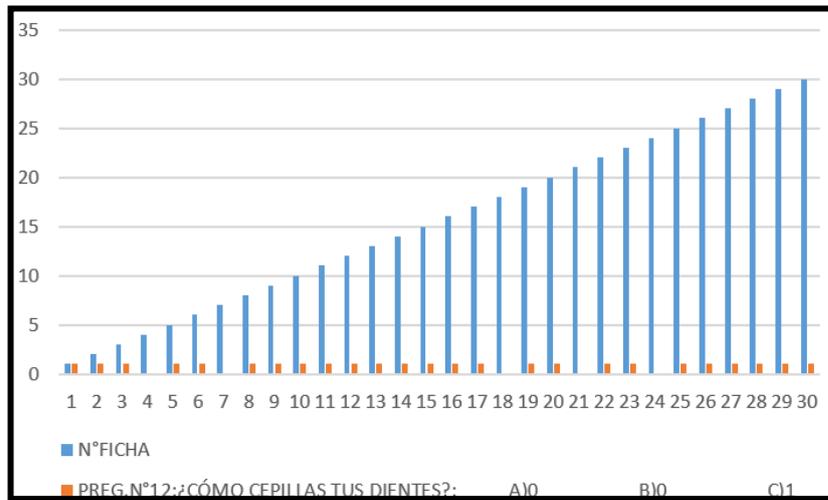


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 17 participantes marcaron la opción a (sí) y 13 marcaron la opción b (no).

Gráfica N° 04 I

Pregunta N° -12 Post test

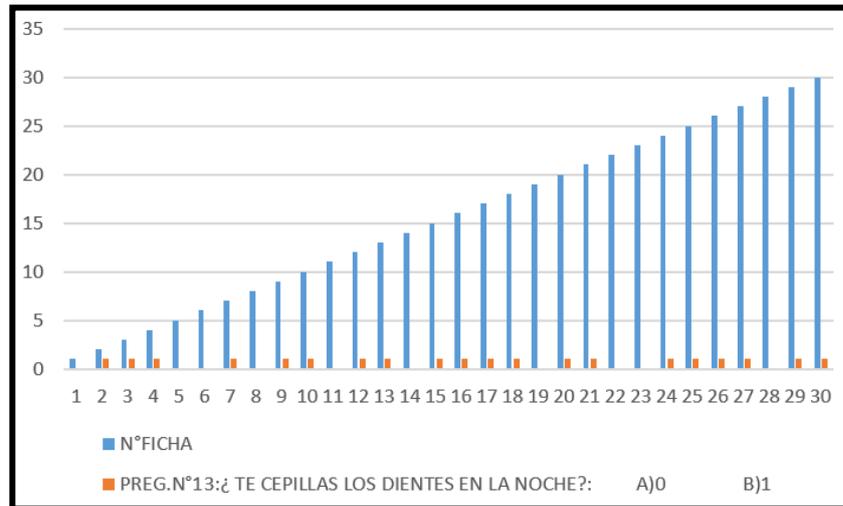


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 3 participantes marcaron la opción a (forma horizontal) ,2 marcaron la opción b (forma vertical) y 25 marcaron la opción c (forma circular).

Gráfica N° 04 m

Pregunta N° -13 Post test

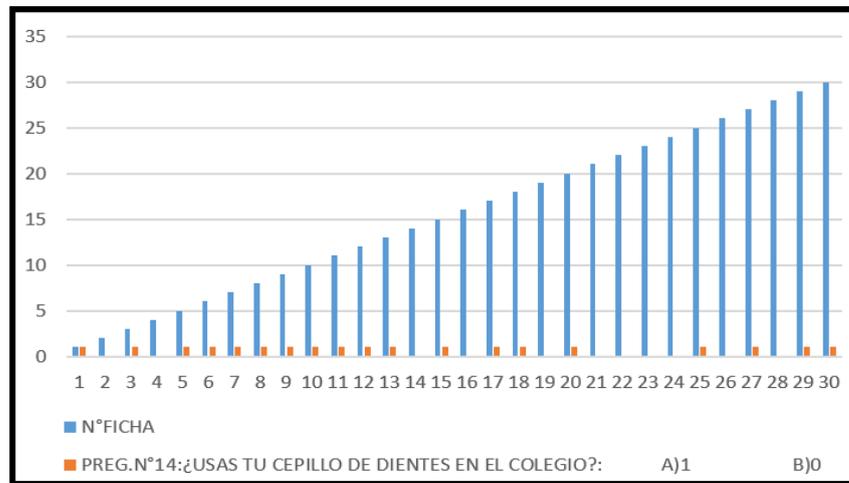


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 10 participantes marcaron la opción a (no) y 20 marcaron la opción b (sí).

Gráfica N° 04 n

Pregunta N° -14 Post test

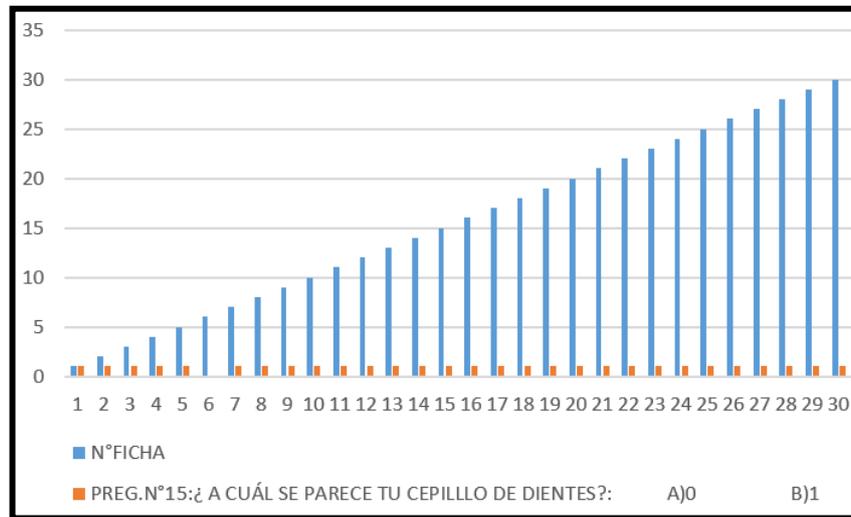


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 11 participantes marcaron la opción b (no) y 19 la opción a (sí).

Gráfica N° 04 o

Pregunta N° -15 Post test

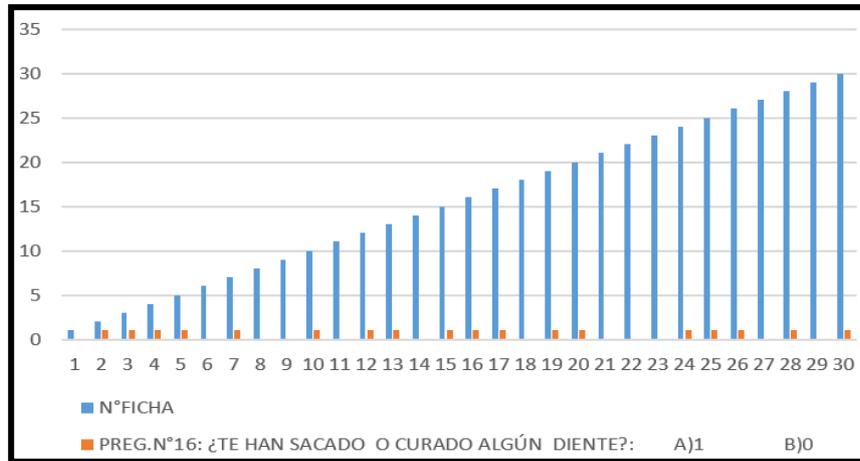


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 1 participante marcó la opción a (cepillo dental en mal estado) y 29 marcaron la opción b (cepillo dental en buen estado).

Gráfica N° 04 p

Pregunta N° -16 Post test

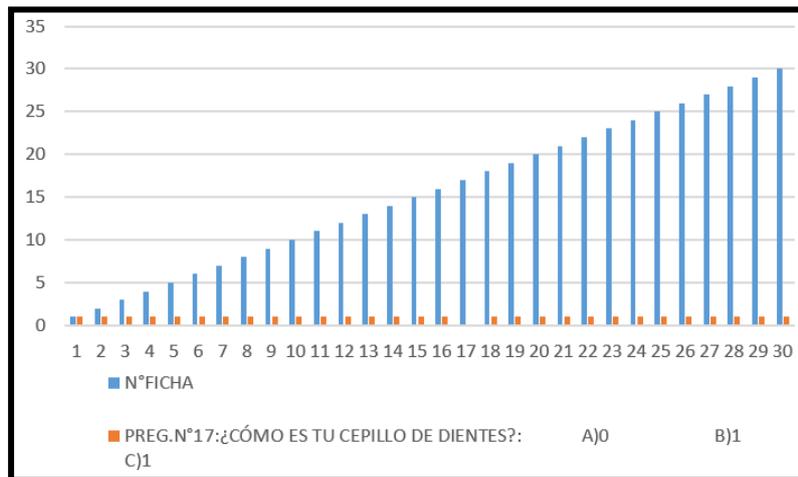


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 18 participantes marcaron la opción a (sí) y 12 la opción b (no).

Gráfica N° 04 q

Pregunta N° -17 Post test

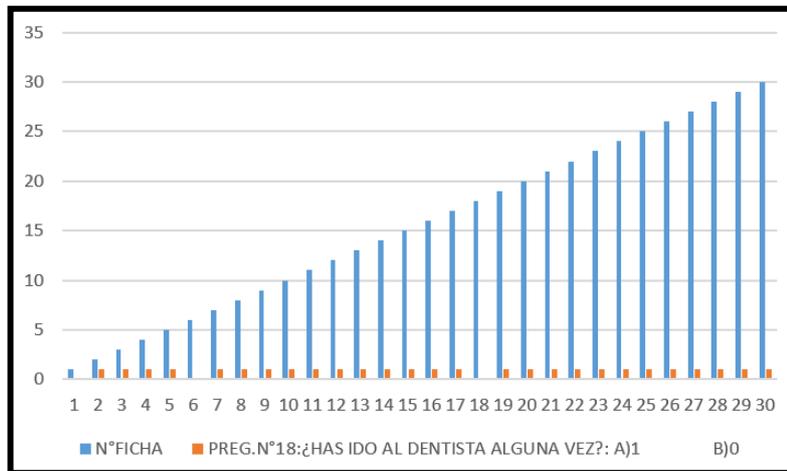


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 1 participante marcó la opción a (cepillo dental de adulto), 14 marcaron la opción b (cepillo dental de niña) y 15 marcaron la opción c (cepillo dental de niño).

Gráfica N° 04 r

Pregunta N° -18 Post test

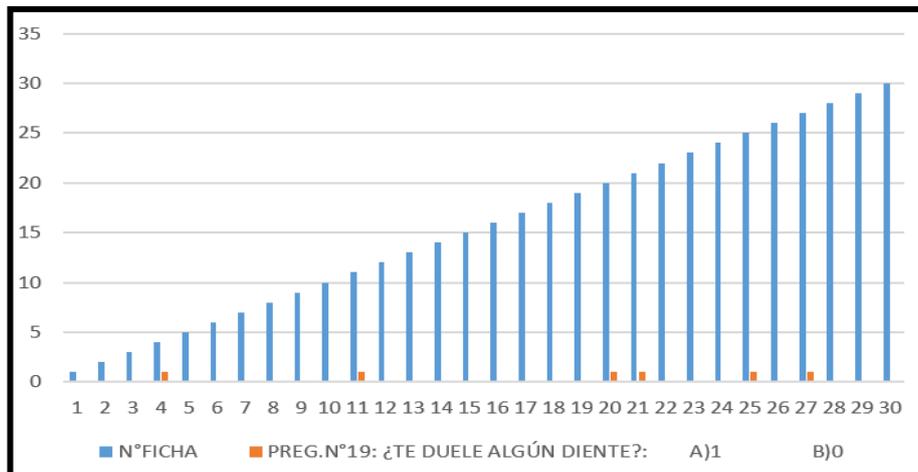


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 27 participantes marcaron la opción a (sí) y 3 marcaron la opción b (no).

Gráfica N° 04 s

Pregunta N° -19 Post test

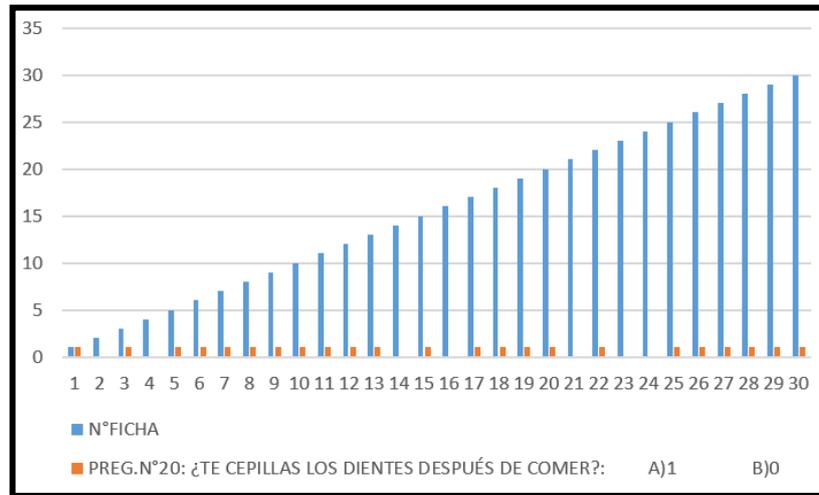


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 6 participantes marcaron la opción a (no) y 24 la opción b (sí).

Gráfica N° 04 t

Pregunta N° -20 Post test



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: 23 participantes marcaron la opción a (sí) y 7 la opción b (no).

3.1.2 Pruebas de normalidad

Tabla N°06

Prueba de Normalidad de las variables numéricas

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
índice de higiene oral anterior	,284	30	,000	,658	30	,000
índice de higiene oral posterior	,156	30	,060	,928	30	,043
conocimientos posteriores	,130	30	,200*	,961	30	,329
conocimientos anteriores	,165	30	,036	,900	30	,009

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: De acuerdo a la prueba de normalidad (tabla N° 06), la muestra está representada por 30 pacientes, por lo tanto, como es una muestra significativamente grande en base a los criterios estadísticos, utilizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnova modificada por Lilliefors (para muestras mayores de 30 casos). Se muestran indicadores de curva con un error de 0.00 para las variables de índice de higiene oral anterior y para el posterior un indicador de 0.06, por lo que la variable antes mencionada, se comporta con una como una curva no normal (es decir los valores o puntajes obtenidos no son simétricos), en el segundo caso, nos da un indicador de 0.06 por lo cual aparentemente se comportaría con una variable normal (los valores o puntajes obtenidos son simétricos); en el caso de los conocimientos posteriores encontramos que presenta un nivel de significancia de 0.2 y el conocimiento posterior casi 0.36 por lo que en el caso de los conocimientos anteriores mostraría una prueba de normalidad que coteja que la curva no es normal.

3.1.3 Pruebas no paramétricas

Tabla N° 07

Estadística Inferencia (Prueba de Kappa) de los Índice de Higiene y del conocimiento

Medidas simétricas del Conocimiento Antes y Después.					
		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	-,015	,009	-,739	,460
N de casos válidos		30			
Medidas simétricas del Índice de Higiene Oral Antes y Después.					
		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	-,009	,004	-,542	,588
N de casos válidos		30			

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Análisis: Se observa que en la tabla N°07, el nivel de coincidencia tanto del índice de Higiene Oral Simplificado como para conocimientos, encontramos que el valor del índice Kappa (Prueba No paramétrica) es negativo (-0.015), por lo que nos indica que existe diferencia en los puntajes de antes y después de la intervención con respecto a la variable Índice de Higiene Oral, y nos indica un error 0.009 por lo cual coincidimos de que sí existe diferencia entre el antes y después.

Del mismo modo, con respecto al conocimiento antes y después el indicador de Kappa de - 0.009, con un error de 0.004, por lo cual coincidimos que existe diferencia entre el puntaje entre antes y después de la intervención.

3.2 Discusión

Barreno Gavilánez [7], evalúa los conocimientos y prácticas 54% niños 46% niñas, enfermedades bucodentales frecuentes como la gingivitis 70%, la caries dental en el 31%, placa bacteriana 23%, cepillado de dientes correcto 74%, incorrecto 19%. Para el caso de la investigación se encuentra que es cuasi experimental, por tanto, el diseño metodológico es superior al mencionado por Barreno del mismo modo si bien es cierto que ellos evalúan conocimientos y prácticas resultando un 54%. En la investigación que se ha realizado se halla que en las evaluaciones de los conocimientos antes y después de la intervención educativa en odontología existe una mejora de más del 50% obteniendo resultados promedios que varían de 7.3 puntos hasta 14.85 puntos de promedio evidenciándose que la intervención fue efectiva para los niños. Por otro lado, con respecto al índice higiene Oral existe también una mejora con promedios que varían de 1.86 hasta 0.82 puntos del índice de higiene oral, por lo tanto, el programa mejora los niveles del índice de higiene en los niños dónde fueron aplicados y existe diferencia del estudio de Barreno, en el apartado menciona el índice de placa como evaluación de rutina, para el estudio descriptivo practicado, de acuerdo a los antecedentes.

Borges Et [8], menciona que el 13.3% del total de niños estudiados tenía un conocimiento adecuado antes de la intervención, y posterior a ella, se obtuvo un 95%. Se observa que en el estudio la variación que existe con respecto al puntaje de conocimientos se evidencia una mejoría en el 50% de la nota con intervalos de confianza que afianza la idea que la intervención fue de provecho, obteniendo rangos de 11.3 puntos para la primera intervención

y Rango de 8.3 puntos después de la intervención. Evidenciando que las mínimas notas fueron de 3.3 puntos (antes de la intervención), hasta los 10.3 puntos después de la intervención, todo ello cimienta la idea de que la intervención educativa mejora los conocimientos de los alumnos cosa que es coincidente con el trabajo de Borges y colaboradores.

Para Boch y colaboradores [9], menciona que los resultados fueron prometedores en el sentido que se estableció que el índice de higiene oral con pastillas reveladoras disminuyó de 32 a 6 en el índice. Estableciéndose una graduación entre bueno, regular y malo dentro de los niños evaluados, lo cual sería coincidente con el programa de inducción en el sentido de que, se disminuyó los índices de higiene oral en los alumnos donde se ha aplicado a la intervención educativa, con respecto a salud oral tanto a nivel del conocimiento como en el nivel de índice de higiene oral.

Soto y colaboradores [10], mencionan que la intervención educativa que ellos realizaron, existe diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos, sobre la higiene bucal, se hace evidente, la diferencia de los puntajes encontrando una mejora de 7.3 puntos antes de la intervención y después de la intervención 14.85 puntos.

Parejo y colaboradores [11], menciona que, en su intervención, los conocimientos iniciales se mostraron en el 90.4% de los niños con un rendimiento bajo, pero que después de su intervención solamente se obtuvo el 2.7% con rendimiento bajo.

Esto es coincidente con el programa de inducción en donde se evidencia la mejora del conocimiento y más aún del índice de placa diferencial, que no ha sido evaluado por los trabajos presentados por Parejo y colaboradores.

Sandeep [12], menciona que ellos hicieron una evaluación e intervención sobre la técnica de cepillado y el índice de placa antes y después, encontrando en sus resultados, no variaba estadísticamente entre puntaje y el género, y el puntaje y la técnica. En el índice de higiene oral, antes y después de la intervención educativa, encuentra que estos mejoran teniendo en este caso rangos más estrechos de 3.44 antes de la intervención y 0.8 después de la intervención, por lo que se evidencia de que con la intervención educativa se mejoró el índice de higiene oral. Aunque la diferencia está en el sentido, que, si bien no se ha valorado la técnica de cepillado, se ha demostrado indirectamente que ha mejorado la técnica, al evaluar el índice de higiene oral.

Coca [13], establece en su estudio, que valoraron el índice de placa bacteriana y que éste después de su intervención disminuyó en el 7.32% y 6.38% de primero y segundo año, a diferencia del programa de inducción, no se ha utilizado % del índice de placa bacteriana, pero se ha utilizado el índice de higiene oral de manera cuantitativa, en el cual tanto las medias como sus desviaciones típicas se han disminuido posterior a la intervención.

Sánchez y Campos [14], menciona que se produjo después la intervención una variación de 5.4 a 68.5 puntos en el conocimiento y el promedio de veces en que se cepillan los alumnos, también mejoro, teniendo buenos indicadores para la limpieza bucal, este trabajo difiere de dicha investigación, ya que se ha valorado otras variables como es el conocimiento y el índice de higiene oral.

Celis [15], menciona en su trabajo chiclayano, que la aplicación de los programas educativos sobre salud bucal denominado boca sana fue efectivo sobre el índice oral de higiene en niños de 4 a 5 años. Esos programas al igual que el aplicado en la investigación, nos indica que no solamente se mejorará las condiciones bucales, como en la variable de higiene oral, sino también se ha mejorado los indicadores de conocimientos sobre salud oral y otros conocimientos sobre el cuidado de la limpieza. Además, hay que tener en cuenta que, ninguna de las investigaciones revisadas utilizar estadísticas no paramétricas como en la presentada, en la que se relaciona el índice de Kappa para ver el nivel de coincidencia tanto en el puntaje como en el índice de higiene oral y del mismo modo, se utilizaba correlaciones no paramétricas en donde se observa definitivamente diferencia estadística sobre el conocimiento.

3.3 Conclusiones

1. Se determinó que el programa de inducción “Sonriamos juntos saludablemente” demostró eficacia en el nivel de conocimientos y la condición de higiene oral ($p < 0.05$) entre los niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785, aceptándose la hipótesis planteada.
2. Se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene oral previo al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785; y se determinó que fue bajo obteniéndose un promedio calificadorio de 7,13 en los niños y niñas, aceptando lo que se había hipotetizado.
3. Se determinó que existe diferencia significativa ($p < 0.05$) sobre el nivel de conocimientos sobre higiene oral posteriores al programa de Inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785, obteniéndose promedios calificadorios de 14.9 por parte de los participantes, lo cual evidencia la eficacia y/o efectividad del programa de inducción “Sonriamos juntos saludablemente”, aceptándose la hipótesis de que los conocimientos sobre higiene oral se han elevado.
4. Se estableció que los índices de higiene oral anteriores al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785, obtuvieron un resultado de 1.8, calificándose como regular en los niños y niñas participantes, rechazándose la hipótesis de un IHOS alto.
5. Se estableció que existe diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los índices de higiene oral posteriores al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785, obteniéndose resultados en la mayoría de los(as) participantes de 0.8, catalogados como bueno; quedando aceptada la hipótesis de que el IHOS ha disminuido.

3.4 Recomendaciones

1. Se recomienda a los futuros bachilleres en estomatología a proseguir con esta investigación, con el objetivo de establecer un programa de inducción completo y/o permanente; llevando a cabo actividades preventivo-promocionales en conjunto con medidas asistenciales.
2. Se recomienda a profesionales de estomatología del Centro de Salud Luis Miguel Sánchez Cerro cercano a la Institución, implementar más talleres y/o programas sobre hábitos, alimentos saludables e higiene oral, aplicándolos de manera continua con la finalidad de conseguir la participación activa de niños y niñas, fortaleciendo durante su ejecución conocimientos básicos sobre el cuidado bucodental.
3. Se recomienda a profesionales de estomatología del Centro de Salud Luis Miguel Sánchez Cerro cercano a la Institución, seguir con los talleres a fin de afianzar los conocimientos logrados; sobre higiene oral, adquiridos por los niños y niñas durante las capacitaciones brindadas en su centro de estudio.
4. A los profesionales miembros de la Institución Educativa N° 14785, promover e inducir al uso del cepillo y pasta dental, creando rincones de aseo permanentes en el salón de clases para que así los niños y niñas desarrollen hábitos de higiene oral fuera del hogar.
5. Promover en los padres y madres de familia a que instruyan y/o entrenen, controlen y refuercen el cepillado dental y hábitos de higiene oral saludables en los niños y niñas, con la finalidad de fomentar en ellos(as) la habilidad para una apropiada remoción de placa dentobacteriana.

3.5 Fuentes de Información

1. Diario La República. Niños peruanos tienen la tasa más alta en incidencia de caries en América Latina. Diario La República, Perú: 2012, setiembre 06. Sección A.p.7.
2. Bobadillo Martínez F. Programa de prevención y control de placa dentobacteriana en niños de 7 a 8 años de edad de la primaria Alfonso Arroyo Flores de Poza Rica; Tesis de pregrado. Universidad Veracruzana. 2011.
3. Zambrano Loor CJ. Bass modificada, eficacia en reducción de placa bacteriana, escolares unidad educativa n° 408, Guayaquil 2014; Tesis de pregrado. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.2014
4. Chidiak F, Dugarte J, Márquez A, Murzi M, Osuna G, Vielma P. Salud bucal según el conocimiento y aplicación de técnicas de higiene oral. Revista científica juvenil. 2008; 07 (08): 24-25.
5. Cherrez Castillo CG. Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto Tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito; Tesis de Pregrado. Universidad Central del Ecuador.2011.
6. Urizar Ortis MZ. Estudio comparativo de cuatro métodos demostrativos para la enseñanza de la técnica de cepillado dental en preescolares, comprendidos entre los 5 y 6 años de edad, de Instituciones educativas de los municipios de Fraijanes, Retalhuelu y Guatemala inscritos en el ciclo 2004 ; Tesis de pregrado. Universidad de San Carlos. 2004.
7. Barreno Gavilanez J. Proyecto Educativo para promover la higiene bucodental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de Julio de la

- comunidad Miguicho Adentro, provincia de Manabí. [Tesis de Pregrado] Ecuador: Escuela Superior Politécnica del Chimborazo; 2011.
8. Borges Toirac MA. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en niños de la Escuela Primaria Bella Vista II. Valencia. Venezuela. Noviembre del 2010 a Julio del 2011. [Tesis de postgrado]. Venezuela: "José Martí" de Santiago de Cuba.2011.
 9. Ávila Herrera SR. Influencia del programa educativo "sonríe feliz" sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio "JOSÉ OLAYA BALANDRA", distrito de Mala, 2009; Tesis de Pregrado. Universidad Nacional Federico Villareal. 2011.
 10. Soto Ugalde A; Sexto Delgado N; Gontán Quintana N. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medi Sur Revista Electrónica(Cuba) 2014; 12(1): 24-34
 11. Parejo Maden D, Piñera Valle Y, Noriega Ortiz J, Castillo Ortiz S, Oliveros Díaz D. Intervención educativa sobre higiene bucal en niños de preescolar de la escuela Fructuoso Rodríguez. En Congreso Internacional Cubano de Estomatología 2015.Cuba. Cencomed; 2014.
 12. Flores Ventocilla K, Comparación del índice de higiene oral posterior a la aplicación de la técnica visual de retroalimentación y convencional en niños de 6 a 9 años de un centro educativo público en el distrito de Ate – Vitarte en el año 2013[Tesis de Pregrado]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas .201
 13. Lucero Coca GL. Efectividad del método demostrativo sobre el método explicativo en el control de la placa bacteriana por medios mecánicos en niños de 1ro y 2do año de la escuela de educación básica Juan Bautista

- palacios del cantón Ambato, provincia de Tungurahua; Tesis de Pregrado. Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2016.
14. Sánchez Huamán Y; Sence Campos R. Ensayo comunitario de intervención: incidencia de caries en preescolares de un programa educativo preventivo en salud bucal. [Tesis de doctorado] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
15. Celis Figueroa E, Flores Chirinos Cinthia, Santa Cruz Saavedra I. Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo, Lambayeque 2014. [Tesis de Pregrado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014
16. Espinoza Usaqui EM, Pachas Barrionuevo FM. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Revista Estomatológica Herediana. Abril 2013; 23(2):101-108.
17. Quiñonez Zárate L.A; Barajas Michel A.M. Control de Placa Dentobacteriana con el Índice de O'Leary, instruyendo la Técnica de Cepillado de Bass, en pacientes infantiles del Posgrado en Odontopediatría de la UAN; Tesis de Pregrado. Universidad Autónoma de Nayarit. 2015.
18. Luján A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia y niños de educación inicial en el distrito del porvenir de la provincia de Trujillo, región La Libertad en el año 2001. Tesis de pregrado. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2001.
19. Msssi.gob.es. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.com. España: Msssi.gob.es; 2010- [actualizada el 3 de noviembre del 2016; fecha de acceso 6 de noviembre del 2016]. Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>

20. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá [en línea]. Colombia: Salud capital; 2010. [fecha de acceso 5 agosto de 2016]. URL disponible en : <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>
21. Pérez A, La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. Revista Estomatológica Herediana (Lima) 2005; 15(1): 82 – 85.
22. Silva Jara VV. Las técnicas de cepillado dental y su relación con la presencia de placa bacteriana en los niños de tercer año de educación básica de la escuela fiscal “Laura Carbo de Ayora” del cantón Guamote, provincia de Chimborazo, en el período septiembre 2013 febrero 2014; Tesis de Pregrado. Universidad Nacional de Chimborazo.2014.
23. Dental Zaidin.es, Uso correcto del hilo dental [sede web]. Granada España: Dental Zaidin.es; 2015-[actualizada 11 de febrero del 2016; acceso 11 de mayo del 2016]. Disponible en <http://dentalzaidin.es/2015/11/uso-correcto-del-hilo-dental/>.
24. Higienebucodentalesalud, Control mecánico de la placa bacteriana o biofilm [sede web]. España: Higienebucodentalesalud.blogspot ;2015-[actualizada 14 de febrero del 2015; acceso 11 de mayo del 2016]. Disponible en http://higienebucodentalesalud.blogspot.pe/2015_02_01_archive.htm

25. Ortega León JJ. Índices de IHOS en alumnos de nuevo ingreso de la facultad de odontología de la región Poza Rica –Tuxpan durante el esi-2011; Tesis de Pregrado. Universidad Veracruzana. 2011.
26. Chuquimarca Berio, Mediavilla Criollo FI. Determinación del índice de higiene oral simplificado en niños y niñas de 6 a 12 años de edad de la Fundación Remar - Quito, en el mes de julio del año 2011; Tesis de Pregrado. Universidad Central del Ecuador. 2011.
27. Romero Siñani L. Determinación del índice de higiene oral simplificado en relación al grado de conocimiento de higiene oral en niños de 07 a 12 años en la población de Patacamaya, octubre a diciembre del 2007; Tesis de Pregrado. Universidad Mayor de San Andrés. 2007.

ANEXOS

Anexo N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N° 14785 de la Provincia de Sullana en el año 2016”

Variables	Definición conceptual	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Definición operacional	
					Aspectos o Dimensiones	Indicadores
PROGRAMA INDUCCIÓN (CUANTITATIVO) DE	Tiene la finalidad de proporcionar y garantizar un conocimiento de salud e higiene bucal, e igualmente preparar a los niños(as) para el mejor desempeño respecto al cuidado bucal, lo cual dependerá en gran medida de las informaciones que se les pueda suministrar y que a través de las mismas sean capaces de ejecutar lo aprendido de manera eficiente y así contribuir con la mejora de su salud buco dentaria.	¿Cuál es la eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños de 6 a 7 años de la Institución Educativa 14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?	- Determinar la eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños de 6 a 7 años de la Institución Educativa 14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.	El programa de inducción ayudará a mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N° 14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.	Contexto en que se desarrolla el programa	-Situación económica -social y cultural de la zona
		Específico 1: ¿Cuáles son los conocimientos sobre higiene oral previo al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?	- Evaluar los conocimientos sobre higiene oral previo al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	H1: El nivel de conocimiento sobre higiene oral previo al programa de inducción es bajo en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	Recursos	-Humanos -Educativos -Materiales -Financieros -Servicios básicos
		Específico 2: ¿Cuáles son los conocimientos sobre higiene oral posterior al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?	- Evaluar los conocimientos sobre higiene oral posterior al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	H2: El nivel de conocimiento sobre higiene oral posterior al programa de inducción se ha elevado en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	Funcionamiento	-Horarios de trabajo -Programación y ejecución de actividades
		Específico 3: ¿Cuál es el IHOS anterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años	- Establecer el IHOS anterior al programa de	H3: El IHOS anterior al programa de inducción es alto en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	Control	-Pre y post test -Informe final del programa.

HIGIENE ORAL (CUANTITATIVA)	Constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.	de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?	inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016	H4: El IHOS posterior al programa de inducción ha disminuido en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.	Conocimiento sobre higiene oral	-Cuestionario sobre higiene oral
		Específico 4: ¿Cuál es el IHOS posterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016?	- Establecer el IHOS posterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016		Conocimiento sobre alimentos cariogénicos y no cariogénicos	-Cuestionario sobre alimentos saludables
					Control y medición la de placa bacteriana	-Índice de higiene oral simplificado

Anexo N° 02

Validación de Instrumento N° 01



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS, GARCÍA RUGEL Y WILLIAM NOMBRES DEL EXPERTO
 1.2 INSTITUCIÓN I. E. N° 15099 VILLA MARIA DONDE LABORA
 1.3 INSTRUMENTO ANEXO 01 MOTIVO DE LA EVALUACIÓN
 1.4 AUTOR KAROL JANETH GARCÍA ESPINOZA DEL INSTRUMENTO

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													X
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos- y cualitativos.													X
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis											X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 99.4

Fecha: 28/02/11 DNI: 03580410 FIRMA DEL EXPERTO:

Anexo N° 03

Validación de Instrumento N° 02



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO
 : VARCAS VILLAVICENCIO ROMELO ARTEURO

1.2 INSTITUCIÓN DONDE LABORA
 : I.E. UICSTAR RAUL HAYA DE LA TORRE

1.3 INSTRUMENTO MOTIVO DE LA EVALUACIÓN
 : ANEXO 02

1.4 AUTOR DEL INSTRUMENTO
 : KAROL GARCIA ESPINOZA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE		MÍNIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE						
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													X
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

100%

Fecha: 09/07/16 DNI: 03661473 FIRMA DEL EXPERTO:

Anexo N° 04

Validación de Instrumento N° 03



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 APELLIDOS : Tabares Rodriguez NOMBRES DEL EXPERTO : Romelia Betzabeth
 1.2 INSTITUCIÓN : U.A.P. DONDE LABORA :
 1.3 INSTRUMENTO : Anexo 03 MOTIVO DE LA EVALUACIÓN :
 1.4 AUTOR : García Espinoza Karol DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MÍNIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													X
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												X	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis													X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseños aplicados para lograr las hipótesis													X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación.
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 99 %

Fecha: 08/07/16 DNI: 18003295... FIRMA DEL EXPERTO: Karol García Espinoza

Anexo N° 05
Oficio a la I.E N°14785 Sullana

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Dirección Departamental Piura
Unidad de Servicios Educativos
CENTRO DE APLICACION 14785
SULLANA

MESA DE CONTROL

Expediente N° 468 "AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Fecha de Ingreso 22-09-2016

SOLICITA.DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS

Para: P.

SEÑOR DIRECTOR DE LA I.E N°14785 DE SULLANA

LIC.CESAR GARCIA RODRIGUEZ

Karol Jeaneth García Espinoza identificada con DNI N°70075307, bachiller de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Piura, con domicilio en la calle San Mateo N°480-Sullana, a Ud. respetuosamente digo:

Que habiendo escogido esta prestigiosa casa de estudios como centro piloto para desarrollar mi proyecto de tesis titulada "Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7años de la Institución Educativa n°14785 de la Provincia de Sullana en el año 2016", solicito su anuencia y aprobación para desarrollar la aplicación de la tesis.

Debo advertir que oportunamente informe a su despacho sobre el particular habiendo recibido anuencia y conformidad.

Así también solicito a Ud. Facilitarme horarios y días en los que desarrollare el Programa con los niños y niñas del primer grado de primaria.

Conocedor de su alto espíritu de colaboración y con el firme objetivo de que este programa contribuirá a la salud de este grupo estudiantil quedo de Ud. agradecida.

Atentamente


Bachiller Karol Jeaneth García Espinoza

DNI N°70075307

Sullana ,14 de julio del 2106

Anexo N° 06

Oficio a la I.E N°14785 Sullana



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

“Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N° 14785 de la Provincia de Sullana en el año 2016”

Con la finalidad de mejorar la salud y la higiene bucal de mi hijo(a) doy mi consentimiento para que la bachiller Karol Jeaneth García Espinoza; de la Universidad Alas Peruanas-Filial Piura facultad de estomatología realice un examen clínico enfocado al control de placa dentobacteriana e higiene oral mediante un programa de inducción el cual comprende técnicas de cepillado, y controles de placa dentobacteriana mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado con la finalidad de implementar medidas que sirvan de beneficio para controlar y eliminar la placa dentobacteriana y así evitar la caries y la enfermedad periodontal.

Estoy de acuerdo que los datos obtenidos se utilicen en beneficio de esta investigación. Dicha actividad no dañará la integridad física o moral de los niños(as) y se dará a conocer el diagnostico de su cavidad oral para la mejora de su higiene oral.

Firma de autorización del padre

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

Anexo N° 07

Oficio a la I.E N°14785 Sullana



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

“Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N° 14785 de la Provincia de Sullana en el año 2016”

Con la finalidad de mejorar la salud y la higiene bucal de mi hijo(a) doy mi consentimiento para que la bachiller Karol Jeaneth García Espinoza; de la Universidad Alas Peruanas-Filial Piura facultad de estomatología realice un examen clínico enfocado al control de placa dentobacteriana e higiene oral mediante un programa de inducción el cual comprende técnicas de cepillado, y controles de placa dentobacteriana mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado con la finalidad de implementar medidas que sirvan de beneficio para controlar y eliminar la placa dentobacteriana y así evitar la caries y la enfermedad periodontal.

Estoy de acuerdo que los datos obtenidos se utilicen en beneficio de esta investigación. Dicha actividad no dañara la integridad física o moral de los niños(as) y se dará a conocer el diagnostico de su cavidad oral para la mejora de su higiene oral.

Firma de autorización del padre

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI: 03842301

Olaya Diaz
Luis

Sullana, 28 de Julio del 2016.

Anexo N° 08

Ficha de evaluación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Selección del grupo de estudio:

Fecha:/...../.....

N:

DATOS GENERALES:

Edad:.....

Género: F

M

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

DIENTE	PZ							DIVISION	TOTAL
IPD								/6	
IC								/6	

Promedio de P.B + Promedio cálculo = IHOS

0.0-1.2 : Buena Higiene Oral

1.3-3.0 : Higiene Oral Regular

3.1-6.0 : Mala Higiene Oral

Anexo N° 09

Ficha de evaluación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Selección del grupo de estudio:

Fecha: 07.../10.../2016

DATOS GENERALES: Angel Cristal Galopino Albar

N: 9

Edad: 7 años

Género:

F

M

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

DIENTE	PZ	55	14	65	75	31	46	DIVISION	TOTAL
IPD	3	3	2	4	2	3	2	13 / 6	2,16
IC	0	0	0	0	0	0	0	16	0 / 6
									2,16

Promedio de P.B + Promedio calculo = IHOS

0.0-1.2 : Buena Higiene Oral
1.3-3.0 : Higiene Oral Regular
3.1-6.0 : Mala Higiene Oral

Anexo N° 10

PRE TEST

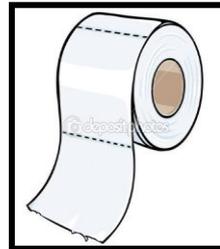
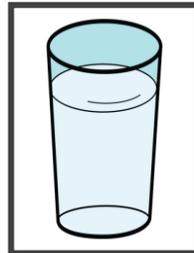
N°:



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
FILIAL PIURA

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA MEJORAR LA
CONDICIÓN DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 7 AÑOS DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°14785 DE LA PROVINCIA DE SULLANA EN EL
AÑO 2016

1.-MARCA CON UNA "X" LO QUE USAS PARA LIMPIAR TUS DIENTES:



2.-MARCA CON UNA "X" ¿A CUÁL SE PARECE TU CEPILLO DE DIENTES?:



3.-MARCA CON UNA "X" ¿CÓMO ES TU CEPILLO DE DIENTES?:



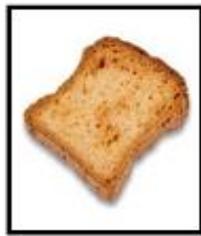
4.-MARCA CON UNA "X" ¿CÓMO ES TU PASTA DENTAL?:



5.-MARCA CON UNA "X" LOS ALIMENTOS QUE DAÑAN LOS DIENTES:



6.-MARCA CON UNA "X" LO QUE COMES EN EL DESAYUNO:



7.-MARCA CON UNA "X" LOS ALIMENTOS QUE FORTALECEN TUS DIENTES:



8.-MARCA CON UNA "X", ¿COMPARTES TU CEPILLO DE DIENTES EN CASA?:



9.-MARCA CON UNA "X". ¿HAS IDO AL DENTISTA ALGUNA VEZ?:



10.-MARCA CON UNA "X". ¿TE HAN SACADO O CURADO ALGÚN DIENTE?:

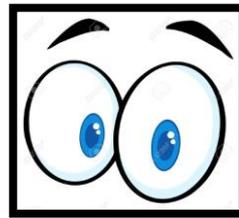


11.- ¿TE DUELE ALGÚN DIENTE?:

NO



12.-ADEMÁS DE LOS DIENTES CEPILLO MI...:



13.- ¿SALE SANGRE AL CEPILLARTE LOS DIENTES?:



14.-MARCA CON UNA "X" ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES EN LA MAÑANA?



NO

15.-¿TE CEPILLAS LOS DIENTES DESPUÉS DE COMER?:



NO

16.- ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES EN LA NOCHE?:

NO



SÍ

17.- CEPILLAMOS LOS DIENTES PARA TENER:

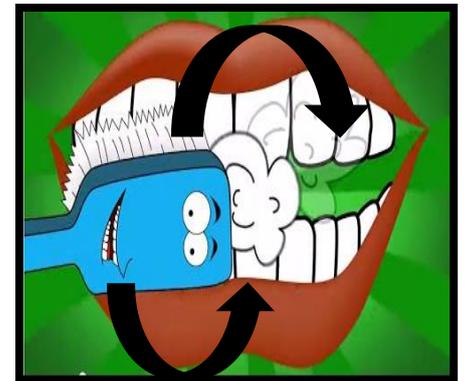
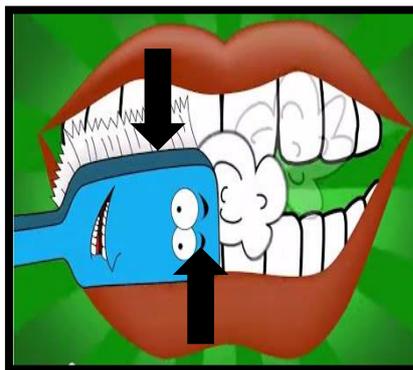
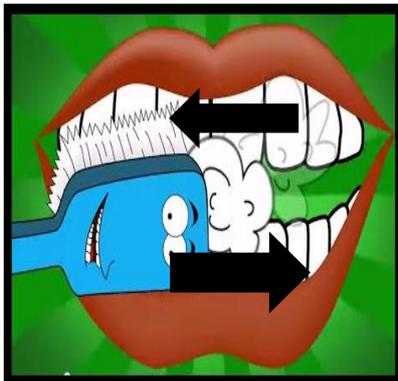


DIENTES DÉBILES



DIENTES SANO

18.- ¿CÓMO CEPILLAS TUS DIENTES?:



19.-¿TIENES DIENTES PICADOS?:



NO



SÍ



NO SÉ

20.- ¿USAS TU CEPILLO DE DIENTES EN EL COLEGIO?:



Anexo N° 11

POST TEST

N°:



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
FILIAL PIURA

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 7 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°14785 DE LA PROVINCIA DE SULLANA EN EL AÑO 2016

1.-MARCA CON UNA X ¿CÓMO ES TU PASTA DENTAL?:



2.-MARCA CON UNA "X" LOS ALIMENTOS QUE FORTALECEN TUS DIENTES:



3.-¿TIENES DIENTES PICADOS?:



NO



SÍ



NO SÉ

4.-MARCA CON UNA "X" ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES EN LA MAÑANA?



5.-CEPILLAMOS LOS DIENTES PARA TENER:

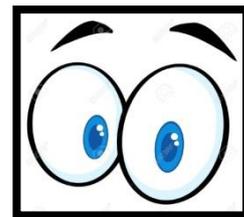


DIENTES DÉBILES



DIENTES SANOS

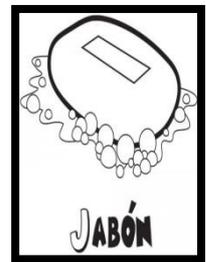
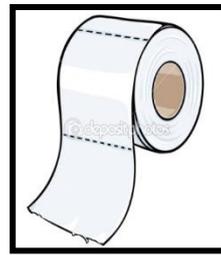
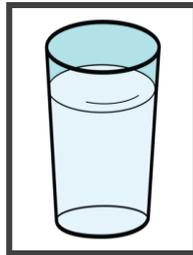
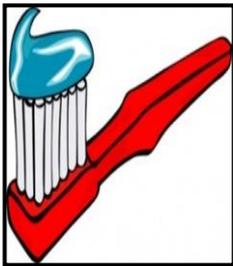
6.-ADEMÁS DE LOS DIENTES CEPILLO MI...:



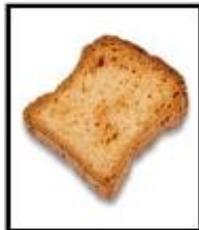
7.-MARCA CON UNA "X" LOS ALIMENTOS QUE DAÑAN LOS DIENTES:



8.-MARCA CON UNA "X" LO QUE USAS PARA LIMPIAR TUS DIENTES:



9.-MARCA CON UNA "X" LO QUE COMES EN EL DESAYUNO:



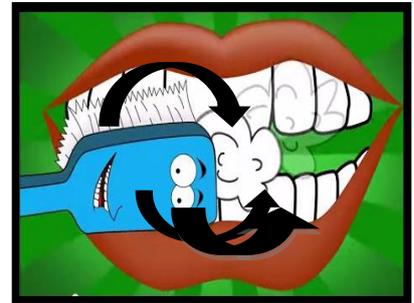
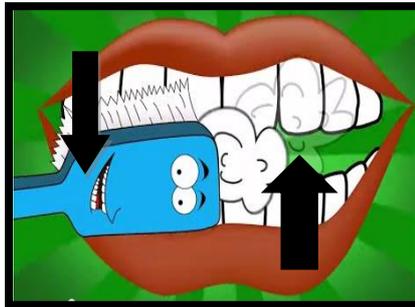
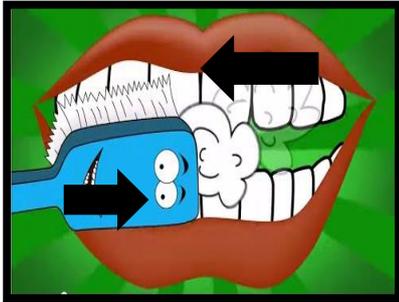
10.-MARCA CON UNA "X" ¿COMPARTES TU CEPILLO DE DIENTES EN CASA?:



11.-¿SALE SANGRE AL CEPILLARTE LOS DIENTES?:



12.- ¿CÓMO CEPILLAS TUS DIENTES?:



13.- ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES EN LA NOCHE?:

NO



SÍ

14.- ¿USAS TU CEPILLO DE DIENTES EN EL COLEGIO?:

SÍ

NO

15.- MARCA CON UNA "X" ¿A CUÁL SE PARECE TU CEPILLO DE DIENTES?:



16.-MARCA CON UNA "X": ¿TE HAN SACADO O CURADO ALGÚN DIENTE?



17.-MARCA CON UNA "X" ¿CÓMO ES TU CEPILLO DE DIENTES?:



18.-MARCA CON UNA "X". ¿HAS IDO AL DENTISTA ALGUNA VEZ?:



19.- ¿TE DUELE ALGÚN DIENTE?:



20.- ¿TE CEPILLAS LOS DIENTES DESPUÉS DE COMER?





**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

PROGRAMA DE INDUCCIÓN EN SALUD BUCAL (HIGIENE ORAL)

“SONRIAMOS JUNTOS SALUDABLEMENTE”

INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°14785

SULLANA – PIURA

BACH. KAROL GARCIA ESPINOZA

PIURA- PERÚ

2016

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales se encuentran dentro de los problemas mayor preocupación a nivel mundial, afectando tanto a países industrializados como a países en vías de desarrollo tales como el Perú.

Nuestro territorio se encuentra dentro de los países latinoamericanos más afectados por las enfermedades bucales, resulta también alarmante que dichas enfermedades suelen comenzar desde etapas muy tempranas de la vida.

Para evitar que los problemas de salud se agraven es muy importante realizar programas que concienticen e incentiven a implementar hábitos sobre salud e higiene oral.

Éstos deben ser ejecutados primordialmente en escenarios de dominio público, como las instituciones educativas, en donde se busca alcanzar cambios a través de la educación y concientización de la población para la atención precoz y manutención de la salud bucal.

Por lo tanto, el objetivo y/o fin de este proyecto de investigación es desarrollar y realizar un programa de inducción que busque la mejora de la higiene oral en niños y niñas de la institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana.

I. GENERALIDADES:

Categoría: Institución Educativa Estatal

Nombre del establecimiento: I.E N°14785

Provincia: Sullana

Distrito: Sullana

II. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE:

Nombre y ubicación: Institución Educativa N°14785; ubicada en calle María Auxiliadora 1151 AA. HH Luis Miguel Sánchez Cerro.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

Población total:

Según el último Censo Población y Vivienda realizado por el INEI en 2007 la Provincia de Sullana cuenta con 287,680 habitantes y el Distrito de Sullana cuenta con 156,601 habitantes.

IV. RESEÑA HISTÓRICA:

Antecedentes:

LOS PRIMEROS POBLADORES DEL CHIRA:

En el periodo pre-cerámico y pre-agrícola, entre los años 3000 y 5000 AC llegaron por mar a nuestro departamento, hombres que se establecieron en las Bocanadas de ríos y quebradas. En Colán, se dividieron en grupos e ingresaron por las riberas del río Chira y alternaban la pesca con la caza.

LOS TALLANES:

Los tallanes se expandieron desde Tumbes hasta Sechura, ocupando sólo la faja costera y en el Chira instalaron sus poblaciones más importantes en Poechos, Sullana, Marcavelica, Tangarará.

Los tallanes conformaron una nación compuesta por curacazgos independientes, al igual que la Grecia Antigua. En algunos existió el matriarcado, a esas mujeres los españoles llamaron capullanas, las mismas que habitaron en Sechura, Catacaos, Amotape y Máncora. Se ha vinculado mucho a Sullana con las Capullanas, pero hay que reconocer que ningún cronista español, las ha mencionado como mandonas en los curacazgos.

FUNDACIÓN DE SAN MIGUEL:

Entre el 15 de julio y el 20 de agosto de 1532 (el día no está precisado), Pizarro fundó Tangarará, San Miguel que fue la primera ciudad española del Perú, creó el primer Municipio peruano y nombró como alcalde al capitán Blas de Atienza; e inició el proceso de evangelización y transculturación.

El 24 de setiembre del mismo año, Pizarro partió hacia Cajamarca dejando en San Miguel a 16 autoridades civiles y religiosas y 45 vecinos por dos años, después se trasladó al valle de Pirhúa, cerca al sitio llamado Monte de los Padres, donde tomó el nombre de Piura, pero en el Chira siguió siendo San Miguel.

FUNDACIÓN DE SULLANA

En 1783, el obispo de Trujillo Baltasar Jaime Martínez Compañón y Bufanda, visitó lo que ahora es el departamento de Piura, y a petición de las autoridades y religiosos, creó diez reducciones. El obispo consideró que La Punta, por su excelente ubicación geográfica, era el lugar más adecuado para fundar la más importante reducción y en homenaje al hijo del rey de España le dio el nombre de: Príncipe.

Había apenas una veintena de familias, pero por la fundación, se convirtió en una población de 2213 habitantes. El hecho fue plasmado el 8 de julio de 1783.

La población de Sullana se ha caracterizado por participar activamente en hechos vinculados a la defensa de la soberanía nacional. Tomó parte en el proceso de independencia y posteriormente en los conflictos con el Ecuador en 1941 (Zarumilla), 1981 (Cordillera del Cóndor) y 1995 (Cenepa).

A comienzos del presente siglo, Sullana era uno de los distritos más importantes de la provincia de Paita y debido a su crecimiento poblacional, poder económico y desarrollo urbano, fue elevada a la categoría de Provincia el 04 de noviembre de 1991 mediante ley 1441, propuesta por el diputado por Huancabamba, Benjamín Huamán de los Heros y promulgada en esa fecha por el presidente de la república, Augusto Bernardino Leguía.

Ubicación:

Sullana está ubicada en el noroeste del Perú, a 1,158Km al norte de Lima. La Provincia de Sullana, se ubica en la Región Piura. Data su creación como tal desde el 04 de noviembre de 1911, pero como distrito es más antigua.

Formó parte de la provincia de Paita de la que se desprendió en 1911, conjuntamente con Querecotillo. Sus distritos son: Sullana, Querecotillo, Miguel Checa, Marcavelica, Ignacio Escudero, Salitral, Lancones y Bellavista. Sullana tiene una extensión de 5,423.61 kilómetros cuadrados y un perímetro provincial de 445 kilómetros, según el Instituto Geográfico Nacional La provincia de Sullana limita: Por el Norte con el Ecuador. Por el Sur con la provincia de Piura. Por el este con Ayabaca. Por el oeste con la provincia de Paita.

El río Chira cruza todo su territorio convirtiéndose en la despensa de agua para impulsar la agricultura, una de las actividades importantes de la provincia. La ciudad de Sullana, es la capital de la provincia de Sullana, conformada por la conurbación de las antiguas áreas urbanas de los distritos de Sullana y Bellavista está ubicada geográficamente en la parte baja de la cuenca hidrográfica del río Chira (zona del bajo Chira) sobre la intersección de paralelo $04^{\circ} 53' 18''$ de latitud sur con el meridiano $80^{\circ} 41' 07''$ de longitud oeste (en el área urbana del distrito de Sullana) y el paralelo $04^{\circ} 53' 57''$ de latitud sur con el meridiano $80^{\circ} 40' 48''$ de longitud oeste (en el área urbana del distrito de Bellavista); ambas referidas al meridiano de Greenwich.



Fuente: Datos de Mapa Satelital Sullana 2008 – Google Maps



Institución Educativa N°14785

Empresa:

Son funciones de la Institución Educativa:

1. Organizar actividades y servicios comunes de carácter cultural, asistencial, de previsión y análogos que sean de interés para los estudiantes.
2. Intervenir como mediador y en procedimientos de arbitraje en los conflictos que por diferentes motivos se susciten entre los estudiantes.
3. Vigilar por los intereses de nuestros estudiantes.
4. Defender los intereses de los estudiantes.
5. Garantizar la conservación y administración de los bienes y del patrimonio inmobiliario.
6. Todas las demás funciones que se estimen beneficiosas para los intereses de nuestros estudiantes y que se encaminen al cumplimiento de los objetivos de la institución.

Misión:

“Somos la Institución Educativa N°14785, Centro de Aplicación del A.H Luis Miguel Sánchez Cerro de Sullana, integrada por los niveles inicial, primaria y secundaria, con profesionales de alta responsabilidad social, que imparte una educación integral acorde con los avances científicos y tecnológicos orienta a formar personas competentes que cultivan valores capaces de contribuir al desarrollo y bienestar local, regional y nacional”.

Visión:

“Al año 2018 queremos ser una institución educativa innovadora ,líder en provincia, región y país que brinde una educación integral eficiente, eficaz y

efectiva con una mejor infraestructura ,con docentes capacitados ,actualizados y comprometidos en brindar una educación de calidad ,con estudiantes formados como personas libres ,responsables, laboriosos ,respetuosas, honestas y con practica de valores ético-religiosos, capaces de aplicar sus conocimientos, habilidades y destrezas para afrontar y liderar con éxito los retos hacia el cambio de una sociedad más humanizada, democrática, solidaria, pacífica y justa”

Valores Institucionales:

1. LIBERTAD - RESPONSABILIDAD

Capacidad de responder y hacerse cargo de las elecciones y decisiones asumidas frente a la ineludible capacidad y derecho de elegir de cada persona.

2. AUTONOMÍA

Es entendida como el desarrollo de la personalidad en la cual hombre y mujer son dueños de sus actos, expresada en la capacidad de autorregularse y de formular críticas propias para ascender al nivel de la interdependencia.

3. PARTICIPACIÓN

Proceso gradual mediante el cual se integra al estudiante en la toma de decisiones, en el control y ejecución de las acciones en los asuntos que lo afectan, para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y el de la comunidad educativa en que se desenvuelve.

4. SOLIDARIDAD

Capacidad de sensibilizarse, de dejarse tocar, y de hacer opciones efectivas frente a proyectos, retos, problemas o calamidades de los demás. Es el proceso de entender y comprender al "otro" en su mundo.

5. LIDERAZGO

Capacidad que tienen algunas personas para lograr que los demás asuman libremente como propios los proyectos y metas que las personas líderes han concebido, como fruto de la reflexión en torno de un reto o de un problema común. El liderazgo es al mismo tiempo una fuerza que une a los que se reconocen como heterogéneos y los mueve a trabajar mancomunadamente por un objetivo común. Es la capacidad para imaginar y proponer estrategias y alternativas, y movilizar a sus seguidores a la consecución de los propósitos.

6. RESPETO

Base fundamental para la convivencia pacífica entre los miembros de la comunidad educativa.

El respeto consiste en el reconocimiento de los intereses y sentimientos del otro en una relación. El respeto es una forma de reconocimiento, de aprecio y valoración de las cualidades de los demás. Respeto es saber hasta dónde llegan mis posibilidades de hacer o no hacer y dónde comienzan las posibilidades de los otros.

7. TOLERANCIA

Actitud personal que se manifiesta en la voluntad para comprender y aceptar a los otros(as) tal como son y canalizar sus diferencias de una manera constructiva y racional.

8. HONESTIDAD

Es armonizar las palabras con las acciones, es tener identidad y coherencia con lo que se piensa, se siente y se hace. Los sentimientos y acciones de la persona honesta son transparentes y la proyección que se hace de los mismos es real. La honestidad garantiza confianza, seguridad, confidencia, lealtad y en una palabra, integridad.

Análisis FODA:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Demanda en la matrícula escolar</p> <p>Docentes innovadores, desarrollan proyectos.</p> <p>Los docentes de primaria y secundaria se encuentran organizados en equipos de trabajo</p> <p>Docentes que planifican las acciones educativas</p>	<p>No hay hábito de concurrencia a la biblioteca, el hábito de lectura es escaso y los niveles de comprensión lectora los deficientes.</p> <p>Hábitos de higiene inadecuados...</p> <p>Existen roces entre los alumnos en el aula debido a que muchas veces los docentes no atienden en forma oportuna los casos que se presentan en el aula dejan pasar, por tanto, es necesario que el docente atienda la problemática de los alumnos a fin de dar solución oportuna.</p>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Comisaría de la localidad: Apoyo en el cuidado y seguridad Escolar.</p> <p>QALI WARMA: Donación de alimentos para el desayuno escolar.</p>	<p>La presencia de pandillas en la comunidad local.</p> <p>Hoteles en la cercanía del colegio.</p> <p>Lugares de reciclaje, presencia de basura en la cercanía de la escuela.</p>

V. PLAN DE INTERVENCIÓN

“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN PARA LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 7 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°14785 DE LA PROVINCIA DE SULLANA EN EL AÑO 2016”

DATOS:

NOMBRE DE LA RESPONSABLE:

Bach. Karol García Espinoza.

NOMBRE DEL PROGRAMA:

“Programa de Higiene Oral-2016 SONRIAMOS JUNTOS SALUDABLEMENTE”

DURACIÓN:

6 horas (3 sesiones).

HORA DE INICIO:

9 am.

HORA DE FINALIZACIÓN:

12 am.

NUMERO DE SESIONES:

3 Sesiones.

ÓRGANOS INVOLUCRADOS:

Institución Educativa N°14785.

AUTORIZADO Y SUPERVISADO POR:

Director de la Institución Educativa: Magister Cesar García Espinoza.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento al 100%.

JUSTIFICACIÓN:

La necesidad de realizar esta investigación fue para poder incentivar la higiene bucodental en los niños y niñas del nivel de primario, si bien la mayor parte de las enfermedades bucodentales no son de riesgo para la vida, son por su prevalencia e incidencia a lo largo de los años, que continúan siendo consideradas como un problema de salud en el ser humano. Es dentro de los años de formación pre profesional que he logrado conocer y observar casos de escolares con múltiples patologías bucales, ocasionadas estas en su mayoría, por la formación de placa bacteriana y la deficiente higiene oral. El conocimiento sobre higiene y salud bucal sigue siendo un problema para la mayor parte de la población sullanera, en especial la población del asentamiento humano Sánchez Cerro, quienes a veces por motivos económicos no tienen la posibilidad de acudir al odontólogo con regularidad, no dando importancia al cuidado de su salud bucodental.

Teniendo en cuenta que la caries, así como las enfermedades periodontales, se pueden evitar con el aseo continuo, es necesaria la aplicación de programas promocionales que fomenten e incentiven la higiene dental, a la vez deben ser instruidos y orientados por un profesional en salud bucal que evalúe y facilite la enseñanza.

Es este el motivo que impulsó a la realización de este trabajo; ya que, se deriva de la urgente necesidad de cambiar en la población infantil la cultura de auto cuidado bucal. Por ello se realiza esta investigación, para fomentar e instruir

a los niños y niñas al hábito del cepillado dental, promoviendo así el interés o la conciencia de la importancia de la higiene bucal.

OBJETIVO:

Objetivo General:

Determinar la eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

Objetivos Específicos:

Evaluar los conocimientos sobre higiene oral previos al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

Evaluar los conocimientos sobre higiene oral posterior al programa de inducción en niños y niñas de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

Establecer el IHOS anterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

Establecer el IHOS posterior al programa de inducción en niños y niñas de 6 a 7 años de la Institución Educativa N°14785 de la provincia de Sullana en el año 2016.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

N°	ACTIVIDAD	RECURSOS	FECHA	RESPONSABLE
1	Entrevista con el director de la IE N°14785	Oficio	22/09/2016	Bach. Karol García Espinoza
2	Reunión con la profesora y padres para informar acerca de la ejecución del programa preventivo y entrega del consentimiento informado	Oficio	03/10/2016	Bach. Karol García Espinoza
3	Evaluación clínica IHOS y pre test a los niños y niñas de la IE N°14785, primera sesión	Encuesta Materiales didácticos Ficha de observación	07/10/2016	Bach. Karol García Espinoza
4	Segunda sesión	Materiales Didácticos	10/10/2016	Bach. Karol García Espinoza
5	Post test a los niños y niñas de la IE N°14785, tercera sesión Evaluación clínica IHOS posterior al programa de inducción a los niños y niñas de la IE N°14785	Encuesta Materiales didácticos Ficha de observación	14/10/2016	Bach. Karol García Espinoza

RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

Bach. Karol García Espinoza

Alumnos de 6 a 7 años de la institución Educativa N°14785

RECURSOS MATERIALES:

DESCRIPCIÓN	TOTAL
Material de Escritorio.	S/120.00
Copias de IHOS, test y consentimiento informado.	S/120.00
Compra de instrumental	S/150.00
Guantes descartables, mascarillas, gorros, campos descartables, violeta de genciana	S/150.00
Cepillos, pasta dental, vasos descartables	S/100.00
Material didáctico	S/150.00
Movilidad y alimentación	S/200.00
TOTAL	S/990.00

CRONOGRAMA:

Sesiones Educativas: “Eficacia de un programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años”	
22/09/2016	Entrevista con el director de la IE N°14785
03/10/2016	Reunión con la profesora y padres para informar acerca de la ejecución del programa preventivo y entrega del consentimiento informado
07/10/2016	Evaluación clínica IHOS y pre test a los niños y niñas de la IE N°14785, primera sesión
10/10/2016	Segunda sesión
14/10/2016	Post test a los niños y niñas de la IE N°14785, tercera sesión Evaluación clínica IHOS posterior al programa de inducción a los niños y niñas de la IE N°14785

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 01

- 1.- Tema : “Mi cuerpo es importante”
- 2.- Aprendizaje esperado : Reconocen las partes de su cuerpo
- 3.- Competencia : Construye su Corporeidad
- 4.- Capacidades: Realiza acciones motrices variadas con autonomía, controla todo su cuerpo y cada uno de sus partes en un espacio y tiempo determinados, interactúa con su entorno tomando conciencia de sí mismo y fortaleciendo su auto estima.
- 5.- Responsable : Bach. Karol Jeaneth García Espinoza
- 6.- Institución Educativa : 14785
- 6.- Lugar : Sullana

Fases	Estrategias	Medios y materiales
Inicio	<ul style="list-style-type: none"> - Salen fuera del aula y entonan la canción: <u>“La batalla del calentamiento”</u> Ésta es la batalla del calentamiento había que hacer lo que ordena el sargento Sargento al ataque ¿con qué? Con la cabeza.... - En grupo trazan el cuerpo de un niño o niña en un papelógrafo, luego lo pegan en la pizarra y la Responsable pregunta ¿Qué parte de su cuerpo movieron? ¿qué dibujaron en el papelote? 	Patio Papelote, plumones- Pizarra, plumón
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> - Con los aportes que dan los niños y niñas la responsable explica las partes que tiene el cuerpo humano (en especial cavidad bucal). - Cada niño o niña reconoce en su cuerpo la cabeza, boca, lengua, dientes, etc. - Señalan en una lámina las partes de la boca y las nombra - En grupos pintan con temperas la boca y sus partes humano dibujado en el papelógrafo - En una hoja cada niño o niña se dibuja y pinta con diferentes colores 	Lámina del cuerpo humano Papelote témperas Hojas, lápiz, colores
Transferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños y niñas relacionan ¿Qué funciones cumple la boca? 	

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 02

1. Tema : Yo se cuidar mis dientes
2. Aprendizaje esperado : Aprenden la forma correcta de cepillarse los dientes.
- 3.- Competencia : Practica actividades físicas y hábitos saludables
- 4.- Capacidades : Adquiere hábitos alimenticios saludables y cuida su cuerpo .Aplica sus conocimientos y el uso de la tecnología para mejorar su calidad de vida.
- 5.- Responsable : Bach. Karol Jeaneth García Espinoza
- 6.- Institución Educativa : 14785
- 6.- Lugar : Sullana
- 7.- Actitudes : Responsabilidad
- 8.- Evaluación : Fichas de trabajo

Fases	Estrategias	Medios y materiales
Inicio	<ul style="list-style-type: none"> - Entonan la canción: <u>“Yo sé cuidar mis dientes”</u> <li style="padding-left: 40px;">Cuando temprano Me despierto muy feliz Aseo mis dientes Con mi pasta y mi cepillo Cuando mamita me manda a dormir Cepillo chiqui, chiqui, chiqui, cha - La responsable preguntará ¿Qué haces cuando te despiertas? ¿Qué utilizas para asear tus dientes? ¿Por qué es importante cepillarse los dientes? 	<p>Canción con texto icono verbal</p> <p>Pizarra, plumón</p>
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> - La responsable a través de figuras de personas sonrientes, explicará acerca de los dientes, su estructura, sus nombres, etc. - Asimismo, con ayuda de figuras de personas con dientes que tienen caries, explicará dicha situación, a donde deben acudir para mejorar y que hacer para prevenir. Enfatizando la importancia para su salud. - La docente muestra el cepillo, pasta dental, vaso con agua, indicando la forma adecuada del cepillado de dientes, así como las veces que uno debe hacerlo. - Cada niño o niña se dirige y coge sus útiles para el aseo de sus dientes y lo realiza ante la observación de la responsable. 	<p>Láminas Útiles de aseo de los dientes, maxilares con dientes (los que usan los dentistas) SSHH</p>
Transferencia	<ul style="list-style-type: none"> - Recorta y pega los útiles que utiliza para asearse los dientes. - Se comprometen a realizar en su hogar la limpieza de sus dientes después de cada comida. 	<p>Figuras, goma, hojas</p>

SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 03

- 1.- Tema : “Practicamos hábitos alimenticios”
- 2.- Aprendizaje esperado : Practicamos la higiene en el consumo de alimentos.
- 3.- Competencia : Practica actividades físicas y hábitos saludables.
- 4.- Capacidades : Adquiere hábitos alimenticios saludables y cuida su cuerpo
Aplica sus conocimientos y el uso de la tecnología para mejorar su calidad de vida
- 5.- Responsable : Bach. Karol Jeaneth García Espinoza
- 6.- Institución Educativa : 14785
- 6.- Lugar : Sullana
- 7.- Actitudes : Compartir
- 8.- Evaluación : Ficha de observación
- 9.- Actitudes : Compartir

EVALUACIÓN:

Se aplicará el muestreo intencional. Se elegirán niños y niñas de 6 a 7 años de la institución educativa N°14785. Se sigue el criterio del experto o el investigador. Se seleccionan a los sujetos que se estima que puedan facilitar la información necesaria. La muestra tendrá una cantidad de 30 individuos de las cuales se les tomará un pre y post formulario de preguntas frente a un Programa de inducción para la higiene oral; éste se desarrollará por medio de un taller que se ejecutará en tres sesiones con la ayuda de una ficha de observación.

Se tomará la muestra del 100% de la población total.

Anexo N° 07

Evidencia Fotográfica

FOTOGRAFÍA N° 01



Frontis de la I.E N°14785-Sullana

FOTOGRAFÍA N° 02



Bachilleres en el frontis de la I.E N°14785

FOTOGRAFÍA N° 03



Muestra de materiales utilizados (espejos bucales estériles)

FOTOGRAFÍA N° 04



Muestra de materiales utilizados (guantes descartables, violeta de genciana, cepillos dentales infantiles)

FOTOGRAFÍA N° 05



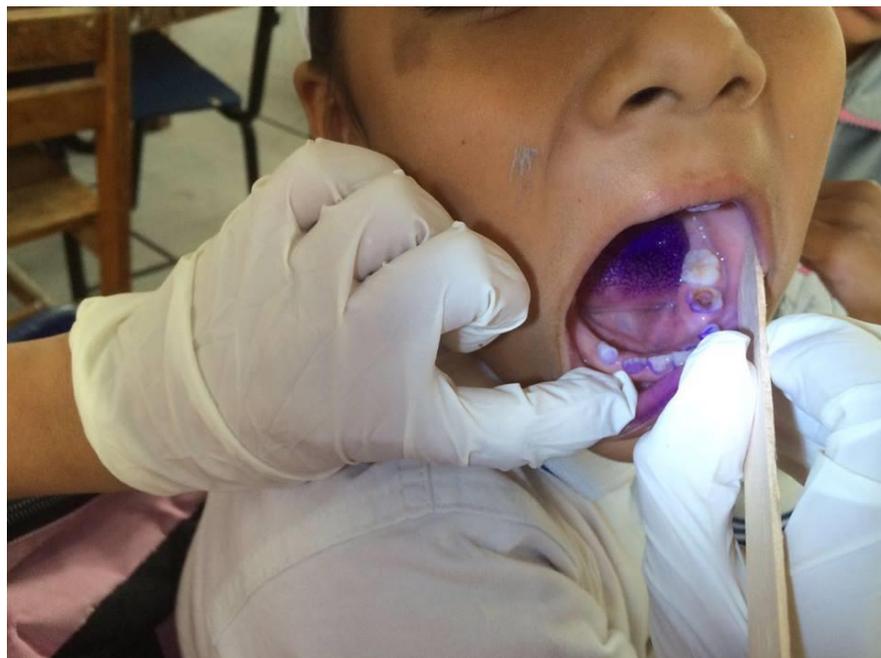
Padres y madres de familia reunidos días antes para indicaciones y autorización del programa

FOTOGRAFÍA N° 06



Indicaciones del programa a los niños y niñas (primera sesión)

FOTOGRAFÍA N° 07



Detección de placa bacteriana (primera sesión)

FOTOGRAFÍA N° 08



Evaluación clínica e IHOS (primera sesión)

FOTOGRAFÍA N° 09



Segunda sesión (uso de maquetas y rotafolio)

FOTOGRAFÍA N° 10



Uso de dinámicas durante segunda sesión

FOTOGRAFÍA N° 11



Uso del rotafolio (segunda sesión)

FOTOGRAFÍA N° 12



Entrega de material de higiene bucal (segunda sesión)

FOTOGRAFÍA N° 13



Aplicación de técnica de cepillado (segunda sesión)

FOTOGRAFÍA N° 14



Detección de placa bacteriana (tercera sesión)

FOTOGRAFÍA N° 15



Niño después de técnica de cepillado (tercera sesión)

FOTOGRAFÍA N° 16



Niño después de técnica de cepillado (tercera sesión)