



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

EFFECTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL DE
SALUD BUCAL “KUSIKUNI TAKISPA” EN EL INDICE DE HIGIENE
ORAL SIMPLIFICADO EN LOS NIÑOS DE PRIMARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°72669. SAN MIGUEL, AZÁNGARO.
PUNO - 2017

Tesis presentada por la Bachiller:
LINDA KARELIA ORTIZ MAYTA
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ
2017

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a Dios mi creador, por su gran bondad ya que sin el nada es posible en la vida, estando presente en cada paso que doy, durante mi corta vida por darme la fuerza y fe para culminar con un peldaño más en mi vida.

A mis padres; Ismael Ortiz, Angelica Mayta y hermanos que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, a ustedes mi corazón y gratitud por todo este camino recorrido.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme acompañado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en momentos difíciles, por darme una vida llena de aprendizaje y experiencias.

A mis padres por su incondicional apoyo, por su completa confianza que depositaron en mí y ayudarme en lograr mi objetivo trazado para un mejor futuro.

A mi hermano Abdala por ser parte importante de mi vida por su apoyo, tolerancia, comprensión y amor.

A mis maestros de la Universidad Alas Peruanas de la Escuela De Estomatología por brindarme sus conocimientos científicos, enseñanzas para ser una buena profesional.

A la Mg. Marita Gómez Muñoz, por su asesoramiento, por compartir su tiempo, sus conocimientos, por guiarme, su gran paciencia para que todo salga lo mejor posible, por ayudarme en la realización de la tesis.

Al Doctor Xavier Sacca Urday, quien me direcciono en la parte metodológica de este trabajo con sus ideas acertadas, por su tiempo y paciencia.

A la Doctora María Luz Nieto Muriel por estar conmigo revisando, modificando y tratando de mejorar el trabajo realizado.

Al Director Eriberto Apaza Ytusaca, a los profesores de la institución educativa primaria 72669 San Miguel por su apoyo y en especial a los niños con los que pase gratos momentos.

A mis amigas Belen, Yeni, Luz Marina, Mafer, Monica y Yaqui que han estado conmigo en las buenas y en las malas, por su compañía, por sus consejos, por su linda amistad de todos estos años, por todos los momentos vividos los cuales serán eternos, inolvidables e irremplazables.

INDICE

Resumen

Abstract

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1. Título	2
2. Justificación e Importancia.....	2
3. Problema de Investigación	3
4. Área del Conocimiento.....	3
5. Objetivos	3

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

1. Prevención en Salud Bucal	5
1.1 Concepto	5
1.2 objetivos de la Prevención	5
2. Educación para la Salud	5
2.1 Concepto de Educación.....	5
2.2 Concepto de Salud	6
2.3 Concepto de Educación para la Salud	6
2.4 Objetivos de la Educación para la Salud	7
2.5 Principios de la Educación para la Salud	7
2.6 Principios del Aprendizaje.....	8
2.6.1 Factores que Influyen en el Aprendizaje	8
2.7 Importancia de Educar con Canciones.....	11
2.7.1 Factor Afectivo	10
2.7.2 Factor Lúdico	10
2.7.3 Memorización.....	11
2.7.4 Componente Socio Cultural.....	11
2.7.5 La Enseñanza a Niños	11
3. Promoción de la Salud	12
4. Placa Bacteriana	12
4.1 Definición	12
4.2 Clasificación de la placa bacteriana.....	13
4.2.1 Placa Supragingival.....	13
4.2.2 Placa Subgingival	13
4.3 Composición de la Placa	13
4.3.1 Matriz	13

4.3.2 Bacterias	14
4.3.2.1 Características Bacterianas	14
4.3.2.2 Bacterias Cariogenicas	14
4.4 Formación de la Placa.....	14
4.5 Tipos de Placa	15
4.6 Control de Placa Bacteriana	15
5. Índice de Higiene Oral Simplificado	16
5.1. Concepto	16
5.2 Método de Examen	17
6. Cepillo y Técnicas de Cepillado	23
6.1 Concepto de Cepillo	23
6.2 Clases de Cepillos y Cerdas.....	23
6.3 técnica de Cepillado	24
6.3.1 Movimiento Horizontal (fregado).....	25
6.3.2 Movimientos Verticales (barrido).....	25
6.3.3 Movimientos Rotatorios	26
6.3.4 Movimientos Vibratorios	26
7. Programa Preventivo Promocional de Salud Bucal “KUSIKUNI TAKISPA”	27
7.1 Definición	27
7.2 Significado de KUSIKUNI TAKISPA	27
7.3 Objetivo del Programa	27
7.4 Contenido Curricular del Programa.....	28
7.4.1 Placa Bacteriana.....	28
7.4.2 Caries Dental	28
7.4.3 Enfermedades Periodontales.....	29
7.4.4 Higiene bucal: Técnica de Cepillado.....	29
7.4.5 Canción Didáctica en Quechua	29
Antecedentes Investigativos	30
A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	30
B. ANTECEDENTES NACIONALES	31
C. ANTECEDENTES LOCALES	32
HIPÓTESIS	35

CAPITULO III METODOLOGÍA

1. Ámbito de estudio.....	37
2. Tipo y diseño de investigación	37
3. Unidades de estudio	38
4. Población y muestra.....	38

5. Técnicas y Procedimiento	39
A. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:	39
B. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:	40
6. Producción y Registro de Datos	40
7. Técnica de Análisis Estadístico	43
8. Recursos	43

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Presentación de Resultados	46
2. Discusión	59
3. Conclusiones	61
4. Recomendaciones	62
5. Referencias Bibliográficas	63
6. Anexos	66
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	69
ANEXO N° 3: FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA	71
ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
ANEXO N°5: CANCIÓN IMAYNA KIRUNCHI MAQCHIKUN.....	73
ANEXO N°6: TRADUCCIÓN EN CASTELLANO DE LA CANCIÓN.....	74
ANEXO N°7: SECUENCIA FOTOGRAFICA.....	75
ANEXO N° 8: DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA	78

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo evaluar la eficacia del programa educativo promocional “KUSIKUNI TAKISPA” en el índice de higiene oral simplificado de los niños quechua hablantes de la Institución Educativa Primaria N° 72669 San Miguel en la comunidad de San Miguel del distrito de Azángaro del departamento de Puno.

Para tal fin se estructuró un trabajo de tipo experimental, pues se intervino sobre las unidades de estudio a través de la canción Imayna Kirunchik Maqchikun del programa educativo “Kusikuni Takispa”, como método didáctico, para fortalecer los conocimientos en salud bucal y en consecuencia mejorar los hábitos de higiene oral. Así mismo, la investigación correspondió a un diseño longitudinal, de campo, prospectivo y comparativo.

La población motivo de estudio estuvo conformada por 35 niños de 1ro a 6to de primaria, de ambos sexos, de la Institución Educativa Primaria N° 72669 San Miguel con los cuales se formaron dos grupos; 16 niños pertenecieron al experimental y 19 al control. En ambos se evaluó el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon, antes y después de la aplicación del programa educativo promocional.

Los resultados demostraron que, al inicio de la evaluación (medición basal) no hubieron diferencias estadísticamente significativas en el índice de higiene oral simplificado entre ambos grupos, después de la aplicación del programa educativo, ambos grupos mostraron mejorías en su nivel de higiene oral, sin embargo en el grupo control estas mejorías se dieron hasta la segunda semana de empezada las mediciones, mientras que en el experimental siguieron hasta la quinta semana; así mismo las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas, a favor del grupo expuesto al estímulo (canción), lo que demuestra la eficacia del programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en reducir el índice de higiene oral.

Palabras Clave: Promoción de la salud, programa educativo promocional “KUSIKUNI TAKISPA”, prevención en la salud oral, Índice de Higiene Oral.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to evaluate the effectiveness of the "KUSIKUNI TAKISPA" educational program in the simplified oral hygiene index of Quechua speaking children of Primary Educational Institution N ° 72669 San Miguel in the community of San Miguel in the district of Azángaro del Department of Puno.

To this end, a work of an experimental type was structured, as it intervened on the units of study through the song Imayna Kirunchik Maqchikun of the educational program "Kusikuni Takispa", as a didactic method, to strengthen the knowledge in oral health and consequently to improve Oral hygiene habits. Likewise, the research corresponded to a longitudinal, field, prospective and comparative design.

The study population consisted of 35 children from 1st to 6th of primary, both sexes, of Primary Educational Institution No. 72669 San Miguel with which two groups were formed; 16 children belonged to the experimental and 19 to the control. In both, the simplified oral hygiene index of Greene and Vermillon was evaluated before and after the application of the promotional educational program.

The results showed that, at the beginning of the evaluation (baseline), there were no statistically significant differences in the oral hygiene index between the two groups, after the application of the educational program, both groups showed improvement in their oral hygiene level, without However, in the control group, these improvements occurred until the second week of the measurements, while in the experimental group they continued until the fifth week; And the differences found were statistically significant, in favor of the group exposed to the stimulus (song), which demonstrates the effectiveness of the oral health promotion educational program "KUSIKUNI TAKISPA" in reducing the oral hygiene index.

Key Words: Health promotion, educational program "KUSIKUNI TAKISPA", prevention in oral health, Index of Oral Hygiene.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO

Efecto del programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en el índice de higiene oral simplificado en los niños de primaria de la institución educativa N°72669. San Miguel, Azángaro. Puno – 2017.

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” pretendió aportar conocimientos, despertar la motivación, curiosidad e interés de los niños por la salud oral mediante la dinámica de canciones en los escolares de la Institución Educativa N°72669.

Ha quedado demostrado que la base para prevenir cualquier enfermedad es la prevención; la manera más idónea y correcta es reforzar la educación de salud bucal de acuerdo a la naturaleza del niño y que mejor que con canciones en quechua su lengua materna de los niños y niñas indígenas del Perú, sobre el tema de higiene oral en donde se establecen un nexo emocional con el niño; expresando su experiencia sonora con el cuerpo; el oyente puede seguir la trama de la canción que al mismo tiempo produce en él una sensación de gozo y alegría. Esta canción en quechua fue elaborada netamente con contenido curricular del programa educativo de salud bucal “Kusikuni Takispa” que persigue consolidar los conocimientos, elevar el nivel de educación para la salud bucal y garantizar la retroalimentación de los temas impartidos.

Una de las grandes ventajas de cantar mientras se aprende implica potenciar la imaginación de los niños. Las canciones son grandes aliados a la hora de tratar problemas de lenguaje, organiza y coordina mejor los movimientos de los niños gracias a la letra de una canción. Se puede llegar a emocionarse o mejorar el estado de ánimo, la música puede llegar a canalizar las emociones. Cantar mientras aprende también facilita las relaciones sociales entre niños, más aun cuando se trata de comunidades muy alejadas de las ciudades y no existen los

medios necesarios como servicios básicos de electricidad entre otros para aplicar métodos con ayudas audiovisuales.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será efecto del programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” sobre el índice de higiene oral simplificado en niños de primaria de la institución educativa N°72669. San Miguel, Azángaro, Puno?

4. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- | | | |
|-----------------|---|------------------------------------------------------------------|
| A. Área | : | Ciencias de la Salud |
| B. Campo | : | Odontología |
| C. Especialidad | : | Odontología Preventiva y Comunitaria |
| D. Línea | : | Programa Educativo Promocional de salud bucal “Kusikuni Takispa” |
| E. Tópico | : | Higiene Bucal |

5. OBJETIVOS

- Determinar el índice de higiene oral antes de aplicar el programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en los niños de primaria de la institución educativa N°72669.
- Determinar el índice de higiene oral después de aplicar el programa educativo de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en los niños de primaria de la institución educativa N°72669.
- Comparar el índice de higiene oral antes y después de aplicar el programa educativo de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en los niños de primaria de la institución educativa N°72669.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO:

1. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.1 CONCEPTO

Son las acciones destinadas a evitar la instauración de una enfermedad, así como su difusión y agravamiento¹.

La idea básica de la prevención odontológica es evitar la aparición de caries y todos los problemas, derivados de ella, así como las enfermedades de las encías y sus secuelas².

La odontología preventiva es la suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo o a través de la promoción y del mantenimiento de la salud oral, actuando tan precozmente como sea posible para eliminar la enfermedad³.

1.2 OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN

- Considerar al paciente como un todo.
- Mantener una boca sana el máximo tiempo posible.
- Detener la progresión de la enfermedad y proporcionar la rehabilitación más conveniente.
- Ofrecer a los pacientes los conocimientos, las habilidades y las motivaciones necesarias³.

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.1 CONCEPTO DE EDUCACIÓN

La definición etiológica del término de “educación” lleva implícito un doble sentido: cuidar, criar o guiar desde fuera, significado de la voz “educare”; o auto conducción, sacar de dentro hacia afuera, que significa el término socrático “educare”⁴.

Es por tanto que el concepto actual de educación presente dos vertientes claramente diferenciadas, pero es preciso una conjunción o

una simbiosis de ambas para un resultado eficaz del proceso educativo⁴.

2.2 CONCEPTO DE SALUD

La palabra salud procede del termino latino “salus-utis” el cual significa el estado en el que el organismo ejerce normalmente sus funciones⁴.

Según la OMS “salud” es el estado de completo bienestar, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades⁴.

2.3 CONCEPTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Según Green (1976) Educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adaptación voluntaria de la conducta que conduzca a la salud⁴.

Existen muchos puntos en común entre los conceptos propuestos por los autores, el más claro sin duda es: “el cambio favorable que se debe producir en el individuo en cuanto a conocimiento relativo a la salud, tanto de forma individual como colectiva”⁴.

La educación para la salud imparte conocimientos cuyos objetivos es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud⁵.

La educación para la salud se lleva a cabo mediante la comunicación TRANSMISOR (profesional) MENSAJE (contenido de la enseñanza) RECEPTOR (individuo o grupo). El individuo recibe un mensaje y para que se produzca un cambio de conducta, debe llegar a las tres esferas de la conciencia: Cognitiva: información; Afectiva: que llegue el mensaje; Volitiva: que tenga la voluntad de cambiar. Entonces se consigue el cambio de conducta. Para que el cambio sea afectivo, no debe ser esporádico sino permanente es lo que da lugar al hábito sanitario⁵.

Los medios de información, propaganda y difusión no llegan a producir un cambio de conducta pero son útiles porque permiten llegar a muchas personas aunque solo sea superficialmente. No se educa con propaganda. La educación para la salud va más allá de la información y es sistemático y programado⁵.

2.4 OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Informar a la población sobre salud, la enfermedad y las maneras mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud.
- Motivar a la población para utilizar hábitos más saludables.
- Ayudar y estimular a la población para que adquiera los conocimientos necesarios para adoptar y mantener hábitos saludables.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad⁴.

2.5 PRINCIPIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Que la educación para la salud es una responsabilidad de toda la comunidad y debe participar en ella.
- Se basa en conocimientos científicos y metodología pedagógica: los métodos deben ser experimentados y evaluados.
- Debe ser organizado y planificado para garantizar su eficacia.
- Debe actuar en edades tempranas: favorece la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas.
- Los objetivos, contenidos y métodos de la educación para la salud deben estar relacionados en base a las necesidades individuales y colectivas teniendo en cuenta las características (edad, sexo, educación, interés y motivación, estado de salud, modo de vida, trabajo y responsabilidad con el grupo familiar)⁵.

2.6 PRINCIPIOS DEL APRENDIZAJE

Según Hernán San Martín, “todo ser humano tiene capacidad de aprender y cambiar, sea cual sea”. Esto garantiza el hecho de que una situación cualquier persona aprende lo que el educador transmite pero existen muchos factores que influyen sobre el aprendizaje. Para que esto sea eficaz se han de cumplir unos principios:

- Que es más eficaz, si la persona desea aprender.
- Debe tener incentivos o motivos (que vea la ventaja) ⁴.

2.6.1 Factores que influyen en el aprendizaje

- **Motivación:** es muy importante y necesaria sin ella irremediablemente la educación para la salud no se podrá llevar a cabo ni será eficaz. El educador debe buscar motivaciones⁵.

Los seres humanos tienen inclinación a adoptar normas del grupo al que pertenece, por tanto el educador debe tener en cuenta: intereses del individuo, intereses del grupo al que pertenece⁵.

- **La memoria:** muy unida a la motivación. La información llega a la memoria a corto plazo y de ahí a largo plazo. La memoria a corto plazo es muy vulnerable de forma que:
 - El volumen de la información hace que no se recuerden muchos datos. Solo se recuerdan algunos de ellos.
 - La rapidez de la información también interfiere en la memoria.
 - La similitud de la información dada en un mismo momento⁵.
- **La precepción:** no todos interpretan algo de la misma manera. Influido por: Las experiencias personales, personalidad, culturas, costumbres⁵.

2.7 IMPORTANCIA DE EDUCAR CON CANCIONES

- Porque la música es universal forma parte de nuestras vidas e introduce la vida real en el aula.
- Porque el alumno tiene intereses musicales.
- Por qué propicia una atmosfera de trabajo positivo en el aula.
- Porque motiva al alumno e influye positivamente en el desarrollo del factor afectivo.
- Porque el alumno se identifica con las historias de las canciones.
- Porque introduce el componente lúdico en la dinámica de la clase.
- Porque facilitan el proceso de memorización.
- Porque el placer de oírse así mismo facilita el aprendizaje.
- Porque facilitan la asimilación del vocabulario.
- Porque mejoran la pronunciación, velocidad y fluidez.
- Porque son una fuente de input lingüística.
- Porque tiene la misma validez que cualquier otro material real.
- Porque facilitan la práctica de las cuatro destrezas.
- Porque invitan a las actuaciones corales en el aula.
- Por que promueven la interacción en el aula.
- Porque sirven para introducir gran cantidades de temas de conversación, actualidad y debate.
- Porque el lenguaje usado es simple, coloquial y actual.
- Porque es un material relativamente fácil de conseguir.
- Porque puede servir de ejemplo de diferentes dialectos o variantes regionales.
- Porque son una fuente de información cultural⁶.

De entre todas estas razones, observamos que todos los autores coinciden en cuatro de ellas que nos parece más destacables: el concepto de factor efectivo; el factor lúdico que conlleva al uso de canciones en el aula; el poder mnemonístico de las canciones; y su importancia en la enseñanza de contenidos socioculturales⁶.

2.7.1 Factor afectivo: Krashen explica la teoría del monitor y el filtro afectivo: el alumno aprende cuando su filtro afectivo está bajo lo que el alumno se sienta motivado, con confianza y seguridad en sí mismo⁶.

2.7.2 Factor lúdico: a partir del enfoque comunicativo se ha puesto de relieve la importancia que tiene en el aprendizaje que el estudiante se divierta y parece ya obvio reivindicar el papel de lo lúdico en el aula porque influye positivamente en el proceso de adquisición de la lengua. Atrás quedaron los tiempos en los que aprender era sinónimo de “hacer codos”, y el consenso es unánime al afirmar que no hay mayor mentira de aquella de que la letra con sangre entra. Aunque así perviven todavía creencias y actitudes por parte de profesionales y alumnos que consideran que jugar no es necesario y que la clase debe ser una cosa seria, casi aburrida y que para poder aprender más se han de aplicar medios menos agradables (a la par que menos efectivos)⁶.

Lo lúdico es divertido, lo que es divertido nos motiva, y lo que nos motiva ayuda al aprendizaje. Moreno Garcia (1997) constata esta afirmación al preguntarse, porque todos sabemos de memoria o frases de determinados cómicos o programas de televisión o porque hay gente que sabe mucho de deporte y no aprende otras cosas. La respuesta a esta pregunta es porque es divertido al saberlo y, además, se puede hablar de ello con los amigos⁶.

De aquí podemos sacar varias conclusiones: si algo te interesa pones todo tu esfuerzo en aprenderlo; si ese algo te permite comunicarte con tu entorno te interesará aún más y si la presentación de ese algo es divertida, contribuirá a despertar el interés⁶.

2.7.3 Memorización: a la hora de justificar el uso de las canciones en el aula, los autores coinciden en resaltar el poder mnemotécnico de las canciones. Puesto que buena parte del aprendizaje se basa en la memorización, nos pareció que debíamos incidir en este punto⁶.

Según O'Connor y Seymour; recordamos un 10% de lo que leemos, un 20% de lo que oímos, un 30% de lo que vemos y un 90% de lo que hacemos. Al trabajar con una canción en aula estaríamos activando el proceso de memorización al leer la letra de la canción; al escuchar la canción, al cantar y usarla. Parece que el resultado es más que prometedor⁶.

2.7.4 Componente Socio Cultural: entendemos como componente socio cultural la aproximación a la cultura y civilización de la lengua meta. Antes era un contenido secundario y era prácticamente inexistente en el aprendizaje de segundas lenguas. Pero cada vez su presencia es mayor en la investigación de la didáctica de lenguas y en la configuración de currículos y material didáctico⁶.

2.7.5 La Enseñanza a niños: antes de valorar las ventajas que comporta el uso de canciones en el aprendizaje infantil, nos gustaría puntualizar en qué fase del desarrollo se encuentra el niño que aprende una segunda lengua. Según Rosso los niños que aprenden como segunda lengua tienen entre 6 a 11 años. A esta edad ya han construido su propio bagaje para interpretar el mundo que los rodea. Una vez superado la fase egocéntrica, se encuentran en la etapa de socialización y buscan su propia identificación fuera del ambiente familiar, lo que hace que sientan una fuerte necesidad de integración en diferentes grupos. El cantar todos juntos y las actividades corales potencian la socialización⁶.

3. PROMOCIÓN DE LAS SALUD

El término de promoción de la salud fue planteado por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerest definió las cuartas tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación⁴.

Según la carta de Ottawa (1986) define la promoción de la salud como “el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejercen mayor control sobre su propia salud y pueda así mejorarla”. La prevención y la promoción persiguen como meta la salud. La prevención busca como objetivo evitar la enfermedad. Mientras que la promoción busca como objetivo; maximizar los niveles de salud, es decir trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positivo⁴.

4. PLACA BACTERIANA

4.1 DEFINICIÓN

La placa dentaria es un depósito blando amorfo granular que se acumula sobre las superficies, restauraciones y cálculos dentarios⁷.

Es una masa blanda tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, etc.) cuando no se practican métodos de higiene oral adecuados⁸.

La placa bacteriana se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en una habidad común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y adhiere a la superficie del diente⁹.

4.2 CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Basado en la relación con el margen gingival, se clasifica en:

4.2.1 Placa Supragingival: va desde la corona al margen gingival. Es adherente y contiene una flora propiamente gram-positivas característica de organismos cariogénicos⁴.

4.2.2 Placa Subgingival: se encuentra por debajo del margen de la encía, entre el diente y el tejido del surco gingival. En su mayoría está compuesta por microorganismos gram-negativos, es menos adherente⁴.

4.3 COMPOSICIÓN DE LA PLACA

La placa dentaria consiste principalmente en microorganismos proliferantes y algunas células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor de 20 por 100 de la placa; el resto es agua. Las bacterias constituyen aproximadamente 70 por 100 del material sólido y el resto es matriz intercelular:

- Protectora: se opone a la descalcificación dentaria, impidiendo la penetración de ácidos y el egreso de cationes desde la superficie del esmalte del diente hacia el medio⁴.
- Destructiva: permite la colonización bacteriana, posee carga negativa y gracias a puentes de calcio los microorganismos (primeramente los cocos) se adhiere a la misma⁴.

4.3.1 Matriz

Entramado orgánico de origen bacteriano, formados por restos de la destrucción de bacterias y polisacáridos de cadena larga sintetizados por las propias bacterias a partir de los azúcares de la dieta. Tiene tres funciones: sujeción, sostén y protección de las bacterias de la placa⁴.

4.3.2 Bacterias

La placa dentaria es una sustancia viva y generadora de muchas microcolonias de microorganismos en diversas etapas de crecimiento. A medida que se desarrolla la placa, la población bacteriana cambia en un predominio inicial de cocos a uno más complejo que contiene muchos bacilos filamentosos y no filamentosos⁴.

4.3.2.1 Características Bacterianas

- Crecen y se adhieren a la superficie dentaria
- Sintetizan polisacáridos de los azúcares
- Producen ácidos
- Soportan bien en medios ácidos⁴.

4.3.2.2 Bacterias Cariogénicas

Estreptococos: mutans, sobrinus, sanguis, salivaris, son los que inician las caries. Tienen propiedades acidúricas: desmineralizan esmalte y dentina⁴.

Lactobacillus casei: es acidófilo, continúa la caries ya formada, son proteolíticos desnaturalizan las proteínas de la dentina⁴.

Actinomicetes: viscosus, naeslundii. Tiene acción acidúrica y proteolítica⁴.

4.4 FORMACIÓN DE LA PLACA

La formación de la placa comienza por la aposición de una placa única de bacterias sobre la película adquirida o la superficie dentaria.

Los microorganismos son “unidos” al diente:

- Por una matriz adhesiva interbacteriana, o

- Por una afinidad de la hidroxiapatita adamantina por las glucoproteínas que atrae la película adquirida y las bacterias al diente⁷.

La placa crece por:

- Agregado de nuevas bacterias
- Multiplicación de las bacterias
- Acumulación de productos bacterianos⁷.

Las bacterias se mantienen unidas en la placa mediante una matriz interbacteriana adhesiva y por una superficie adhesiva protectora que producen. Cantidades mensurables de placa se producen dentro de 6 horas una vez limpiado a fondo el diente, y la acumulación máxima se alcanza aproximadamente a los 30 días. La velocidad de formación y la localización varían de unas personas a otras, en diferentes dientes de una misma boca y en diferentes áreas de un diente⁷.

4.5 TIPOS DE PLACA

En la cavidad oral existen 5 tipos de placa dental:

- Localizado en las proximidades del margen gingival, conocida como placa de superficies lisas.
- Localizada en el surco gingival (subgingival).
- Situada en los espacios interproximales (proximal).
- Ubicada en las superficies oclusales (fosas y fisuras).
- La que aparece en las superficies radiculares¹⁰.

4.6 CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Es la prevención de la acumulación de la placa bacteriana u otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes es decir, que es la manera eficaz de prevenir la formación de cálculos, gingivitis, caries y periodontopatías⁹.

La caries y la enfermedad periodontal, están directamente causadas por la placa bacteriana, se han realizado varios esfuerzos para prevenir la formación de la placa o eliminarla en forma afectiva de la superficie de los dientes⁹.

El control de placa bacteriana es una de las claves de la práctica de odontología, sin este nunca se lograría ni se conservaría la salud de la cavidad oral, cada paciente debe participar en un programa de control de placa⁹.

Otros autores refieren que: está indicado el control de la placa dental para todos los seres humanos, a lo largo de su vida.

“Para lograr el control adecuado de la información de placa bacteriana, las técnicas básicas se orientan hacia la remoción diaria de la placa que se acumula en la región cervical del diente”⁹.

5. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

5.1 CONCEPTO

En 1960 Greene y Vermillon crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas de inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculos. Se usó el impreciso término de desechos dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba¹¹.

El estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de dientes permanentes completamente erupcionados; es decir, cuando las superficies oclusales y los bordes incisales han alcanzado el plano oclusal. Se considera como “superficie” el área comprendida verticalmente entre el borde incisal o superficie oclusal y la cresta

gingival y horizontalmente, desde la mitad de la superficie distal del diente (punto de contacto) ¹².

El estado de higiene oral se determina con base en la cantidad de placa blanda (restos alimenticios, materia alba) y de placa calcificada (cálculos) que presentan las superficies predeterminadas de seis dientes permanentes seleccionados para el OHI-S¹².

Para calificar la existencia o no de los cálculos dentales deben recordarse que son definidos como depósito duro de sales inorgánicas, primordialmente fosfatos y carbonatos de calcio, mezclados con restos alimenticios, microorganismos y los cuales, según su localización, se clasifican en:

Subgingivales: Cálculos localizados en la encía marginal hacia apical y que generalmente son de color brillante o negro debido a que incluyen pigmentos sanguíneos. No se considera como tales si al momento del examen no se encuentran dentro del surco gingival¹².

Supragingival: Cálculos localizados en la superficie dental desde la encía marginal libre hacia oclusal o incisal; su color puede ser blanco o amarillo oscuro¹².

5.2 MÉTODO DE EXAMEN

El examen se realiza explorando las superficies de los dientes y siguiendo el orden en que se enumeren:

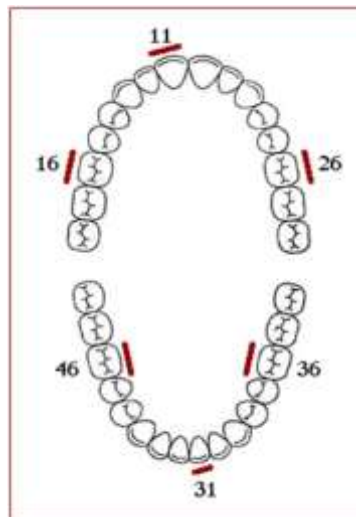
- Diente N° 16: (Primer molar superior derecho). Superficie VESTIBULAR.
- Diente N° 11: (Incisivo central superior derecho). Superficie LABIAL
- Diente N° 26: (Primer molar superior izquierdo). Superficie VESTIBULAR
- Diente N° 36: (Primer molar inferior izquierdo). Superficie LINGUAL
- Diente N° 31: (Incisivo central inferior izquierdo). Superficie LABIAL
- Diente N° 46: (Primer molar inferior derecho). Superficie LINGUAL¹¹.

En caso de que algunos de estos dientes presente: Ausencia, Banda ortodóntica, Erupción parcia o Gran destrucción de la superficie indicada para el examen, debido a caries o no se encuentra completa por fractura, debe tomarse para el estudio el diente similar adyacente; ejemplo si falta el diente 11 tome en su lugar el diente 21, si este también presenta algunas de las características anotadas antes, se califica la condición de este diente como NO APLICABLE¹².

El siguiente esquema presenta los dientes seleccionados para el examen y entre paréntesis, los que pueden ser examinados como sustitutos¹².

(17) 16 11 (21) 26 (27)

(47) 46 (41) 31 36 (37)



Fuente: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>

El estado de higiene oral solamente se determinara en aquellas personas que permitan calificar como mínimo dos superficies de las seis del total de dientes seleccionados o sus similares adyacentes. Para cada dientes se determina primero el grado de existencia de placa blanda e inmediatamente el de placa calcificada. Solamente se utilizara espejo bucal y explorador¹².

El examen debe hacer pasando sobre la superficie dental con la punta del explorador con un recorrido horizontal descendente que baja de proximal a proximal, empezando en el borde incisal u oclusal y terminando en el margen gingival. El explorador se coloca en ángulo de 45° con relación a la superficie del diente¹².

Comience a examinar la superficie indicada para el diente 16 (17) y continúe con el 11 (ó 21), el 26 (ó 27), el 36 (ó 37), el 31 (ó 41) terminando en el diente 46 (ó 47)¹².

Si el paciente es portador de una prótesis parcial NO PERMITA que la retire antes del examen para calificar la higiene oral¹¹.

Criterios para calificar los componentes sobre la placa blanda y la placa calcificada en el IHOS

Si el examinado es menor a 5 años o edéntulo con o sin prótesis o tiene menos de 2 superficies de las seleccionadas para el examen, marque la casilla NO APLICABLE⁹.

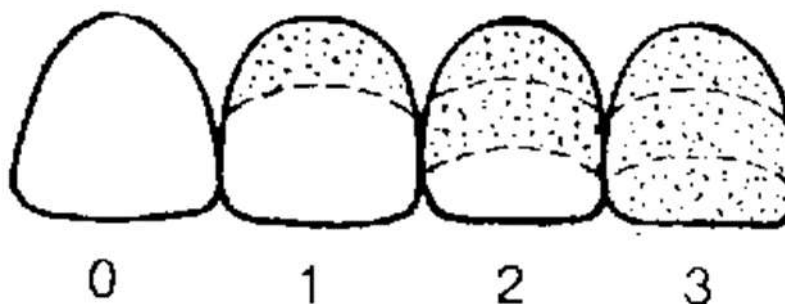
Cuando se realice el examen se encierra con un círculo el dígito que identifica al diente examinado y consignado en la casilla correspondiente el código que representa el criterio de la clasificación y registro del hallazgo clínico⁹.

Índice de placa blanda – desechos bucales (DI-S)

CODIGO	DESCRIPCION
0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Se encuentra placa blanda que cubre más del tercio (1/3) gingival, pero no sobrepasa el tercio medio de la superficie examinada.
3	La materia alba cubre más de los (2/3) de la

	superficie examinada.
	NO APLICABLE, cuando ni el diente a examinar ni el sustituto permiten el examen por estar ausentes, o parcialmente erupcionados, o ampliamente cariados, fracturados o tienen bandas ortodonticas.

Fuente³.



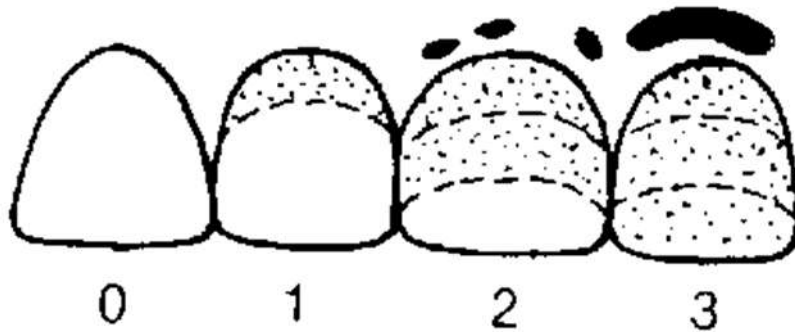
Fuente: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>

Índice de placa calcificada- índice de cálculos (CI-S)

CODIGO	DESCRIPCION
0	Ausencia de cálculo tanto subgingival como supragingival.
1	Presencia de cálculo supragingivales cubre menos del tercio (1/3) gingival de la superficie del diente examinado.
2	Cuando los cálculos supragingivales cubren más de dos tercios (2/3) gingival pero no más allá del tercio medio, o existen puntos de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical correspondiente a la superficie dental examinada.
3	Presencia de cálculos supragingivales que cubren más de dos tercios (2/3) de la superficie dentaria o existe una banda continua de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical de la superficie examinada.
	NO APLICABLE, el diente no está presente;

	parcialmente erupcionado, cariado con gran pérdida de la anatomía con bandas ortodónticas y su similar adyacente está en alguna condición de las antes enumeradas que no permiten hacer el examen.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente.³



Fuente: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>

La calificación de la placa blanda, desechos bucales se obtiene por persona totalizando la puntuación de desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas⁹.

A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones para la placa blanda agrupadas:

- Buena 0.0 – 1.6
- Regular 1.7 – 1.8
- Malo 1.9 -3.0³.

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

- 0.0– 1.2 Buena Higiene Bucal
- 1.3 – 3.0 Higiene Bucal Regular
- 3.1– 6.0 Mala Higiene Bucal⁹.

La relevancia del parámetro OHI-S es que al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal. La eficacia principal del OHI-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental⁹.

El índice es de fácil uso dado que los criterios son objetivos, el examen puede realizarse sin demora y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación⁹.

El índice de placa bacteriana por individuo se obtiene sumando los puntajes logrados y dividiéndolos entre las seis superficies o el número de piezas examinadas⁹.

$$\text{Índice de placa blanda} = \frac{\text{suma de placa blanda}}{\text{N}^\circ \text{ de piezas examinadas}}$$

$$\text{Índice de placa calcificada} = \frac{\text{suma de placa calcificada}}{\text{N}^\circ \text{ de piezas examinadas}}$$

$$\text{I.H.O.S} = \sum \text{índice de placa blanda más índice de placa calcificada}^\circ.$$

6. CEPILLO Y TÉCNICAS DE CEPILLADO

6.1 CONCEPTO DE CEPILLO

El cepillo de dientes elimina placa y al hacerlo reduce la inflamación y la frecuencia de la gingivitis y retarda la formación de cálculos. La remoción de la placa conduce a la resolución de la inflamación gingival en sus primeras etapas, y la interrupción del cepillado lleva a su recurrencia⁷.

6.2 CLASES DE CEPILLOS Y CERDAS

Los cepillos son de diversos tamaños, diseños, dureza de los filamentos, longitud y distribución de los filamentos. Un cepillo de dientes debe limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca, tener una manipulación fácil por parte del paciente es un factor importante en la elección del cepillo⁷.

La asociación dental americana menciona una serie de cepillos aceptables (superficie del cepillo de 2.5 a 3 cm de largo y de 0.75 a 1.0 cm de ancho, de dos a cuatro hileras, de 5 a 12 penachos por hilera); pero el diseño ha de cumplir los requisitos de utilidad, eficiencia y limpieza⁷.

Los cepillos dentales deben adaptarse a las exigencias de tamaño, forma y aspecto, y deben de ser manejados con soltura y eficacia. Las opiniones respecto a las ventajas de las cerdas duras y blandas se basan en estudios realizados en condiciones diferentes, que por lo general no permiten extraer una conclusión y no concuerdan⁷.

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Y según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro:

- Blando: cerdas con diámetro 0.007" y 0.009".

- Mediano: cerdas con diámetro entre 0.010" y 0.012".
- Duro: cerdas con diámetro entre 0.013" y 0.014"

Los cepillos para niños tienen cerdas que oscilan entre 0.005" y más cortos. Es preciso aconsejar al paciente que los cepillos deben de ser reemplazados periódicamente (cada 3 a 4 meses) antes de que las cerdas se deformen. Hay una tendencia de usar el cepillo mientras dure lo cual muchas veces significa que ya no limpia con eficacia y que pueda ser lesivo para la encía⁷.

6.3 TÉCNICA DE CEPILLADO

Tantas han sido las técnicas de cepillado descritas que, realmente es un cometido poco menos que imposible clasificarlas y describirlas, por lo que para ser lo más pragmáticos posibles, las vamos a ir considerando en función del movimiento primaria y a su aplicación recordando que, prácticamente todas las técnicas de cepillado dental se aplican para la limpieza de las superficies bucales, linguales o palatinas y caras oclusales en parte, son relativamente ineficaces en la limpieza cuando se trata de eliminar la placa bacteriana del surco gingival¹³.

Dada la falta de evidencia clara en los numerosos estudios clínicos realizados de la superioridad manifiesta de una determinada técnica, tendremos que poner nuestro énfasis en la minuciosidad y rigurosidad de los movimientos realizados en el cepillado del método elegido, más que en la elección de determinada técnica, salvo los casos que requieran una técnica determinada, por lo que pensamos que más que de enseñar y/o modificar técnicas utilizadas ya por nuestros pacientes, trataremos, en el caso de no producir traumatismos, reconducir suavemente los movimientos habituales de nuestros pacientes (barrido horizontal, movimientos de rotación, etc.)¹³.

6.3.1 movimiento horizontal (fregado)

Técnica horizontal o de zapatero: Las cerdas se colocan en un ángulo de 90° aplicadas sobre los dientes y se imprime al mango pequeños movimientos repetidos de vaivén, sobre toda la arcada. Es útil en los niños, por la marcada anatomía dentaria, pero hay que tomar precauciones ya que se puede producir recesiones gingivales y alteraciones en la unión amelocementaria del diente. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar unos 20 movimientos por cada sextante¹³.

6.3.2 Movimientos verticales (barrido)

Método De Stilman Modificado: Método en un principio desarrollado para estimular y dar un masaje a la encía, fue modificado “a posteriori” para incorporar la limpieza completa del diente. El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia el ápice del diente en un ángulo de 45°, cubriendo parcialmente la encía, realizando con una ligera presión movimientos de rotación de la corona acompañándose de vibraciones¹³.

Método De Charters: El objetivo prioritario de este método es la limpieza de las áreas interproximales, estando indicado en enfermos periodontales. El cepillo se coloca con las cerdas dirigidas hacia la superficie oclusal, con un ángulo de 45° y contra la cresta gingival, proyectándose las cerdas entre los dientes, desplazándose el cepillo a lo largo de la cara vestibular, manteniéndose la presión y realizándose pequeños movimientos de vaivén¹³.

Método De Leonard: Utilizado con fines de estimular la encía y limpiar las superficies bucales de los dientes posteriores, se basa en movimientos de cepillado vertical simples (de arriba abajo)¹³.

Método De Smith-Bell: Se basa en la autoclisis fisiológica para la remover la placa bacteriana. Las cerdas de cepillo se colocan a nivel del borde incisal o a las superficies oclusales, en un ángulo de 90° y se desplazan en su acción de barrido o limpieza hacia la encía¹³.

Método De Giro o Rodillo: Se utiliza tanto para la eliminación de placa bacteriana de la encía como la del diente, con especial énfasis en el surco gingival. Se colocan las cerdas del cepillo lo más paralelas posibles al eje del diente, contra la encía, en dirección apical, a continuación se imprime al mango una rotación hacia el borde incisal o las superficies oclusales, con el fin de que las cerdas puedan limpiar las superficies gingivo-dentarias. Atención a los posibles traumatismos de la unión mucogingival y mucosa alveolar¹³.

6.3.3 Movimientos rotatorios:

Método de Fones: Conocida también como “método circular”. Fones implica en el cepillado tanto los dientes, como la encía y lengua. Es una técnica sencilla que se basa en la realización de una serie de movimientos circulares con la cabeza del cepillo dental manteniendo las cerdas bajo presión contra la encía y dientes: el mango se mantiene paralelo a la línea de oclusión y las cerdas se encuentran perpendicularmente situadas sobre las superficies dentarias. Vestibularmente este método se aplica con los dientes en oclusión²¹.

6.3.4 Movimientos vibratorios:

Método De Bass (surcular): Fue la primera técnica que se ocupó primordialmente de la remoción de la placa bacteriana del surco gingival, con una técnica combina con seda dental sin encerar y cepillo dental; y curiosamente fue puesta por un médico, el Dr. Bass y publicada en una revista de medicina (Journal of the Louisiana Medical Society). En la técnica de

Bass las cerdas del cepillo dental se sitúan en el surco gingival, en un ángulo de 45°, en dirección del ápice del diente, se presionan suavemente las cerdas para que penetren en el surco y se produce una vibración en el sentido de un movimiento de vaivén horizontal¹³.

En la técnica modificada de Bass, la técnica básica citada vibratoria sulcular se combina con la técnica de “rotación”, pero antes o después nunca simultáneamente¹³.

Nos gustaría comentar que, ciertas zonas como son las caras oclusales, pese al máximo cuidado de la técnica y la utilización de movimientos cortos vibratorio incluso intentando forzar la entrada de las cerdas en los surcos, fosas y fisuras, es imposible su limpieza ya que las más de las veces, sus diámetros son demasiados estrechos impidiendo la penetración de las cerdas¹³.

7. PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL DE SALUD BUCAL “KUSIKUNI TAKISPA”

7.1 DEFINICIÓN

Es un conjunto de acciones destinadas a motivar la participación activa de los pacientes en el cuidado de la salud oral, mediante la enseñanza de métodos didácticos y explicación diversos temas sobre el cuidado de los dientes.

7.2 SIGNIFICADO DE KUSIKUNI TAKISPA

Me alegro cantando

7.3 OBJETIVO DEL PROGRAMA

- Disminuir la prevalencia de la formación de la placa bacteriana en los pacientes.
- Incentivar al paciente sobre la importancia de su salud oral.

- Motivar al paciente para que se acostumbre a realizar una buena higiene oral.

7.4 CONTENIDO CURRICULAR DEL PROGRAMA

7.4.1 Placa bacteriana

Llamada también Biofilm dental, es una capa blanda y pegajosa que se encuentra en la boca y que crece adhiriéndose en la parte baja de los dientes cerca de la encía.

En nuestra boca, constantemente se está formando, para poder crecer y desarrollarse las bacterias se valen de los residuos que quedan de los alimentos y de nuestra saliva, así se producirán ácidos que afectaran directamente a los dientes después de comer y destruirán el esmalte dental y originaran las caries¹⁴.

7.4.2 Caries dental

La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente disgregación de la parte orgánica, fenómeno distintivo de la dolencia¹⁵.

Dentro del concepto de la caries se fundamenta en las características de los llamados factores básicos primarios o principales: DIETA, HUESPED Y MICROORGANISMOS, sin embargo New Brun en 1973. Añadió el factor TIEMPO como un cuarto factor etiológico requerido para producir caries y así es que en 1990 Uribe-Echevarria y Priotto propusieron incluyendo el tiempo la llamada grafica pentafactorial¹⁵.

7.4.3 Enfermedades periodontales

Gingivitis: Es la forma más común de enfermedad gingival caracterizada por la inflamación de la encía, producida por la acumulación de placa bacteriana y agravada o no por la presencia ocasional de factores sistemáticos¹⁴.

Periodontitis: Podemos definir la periodontitis como un grupo de enfermedades inflamatoria de origen infeccioso que afectan a los tejidos de soporte del diente, y que de no ser tratadas adecuadamente pueden causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción¹⁴.

7.4.4 Higiene bucal: técnica de cepillado

Conocida también como “método circular”. Fones implica en el cepillado tanto los dientes, como la encía y lengua. Es una técnica sencilla que se basa en la realización de una serie de movimientos circulares con la cabeza del cepillo dental manteniendo las cerdas bajo presión contra la encía y dientes: el mango se mantiene paralelo a la línea de oclusión y las cerdas se encuentran perpendicularmente sitiadas sobre las superficies dentarias. Vestibularmente este método se aplica con los dientes en oclusión¹³.

7.4.5 Canción didáctica en Quechua

Persigue consolidar los conocimientos que reciben los niños en la charla, garantizando la retroalimentación de la técnica de cepillado.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Aldrete Rodríguez, María Guadalupe. PROMOCIÓN DE LA SALUD ORAL A TRAVÉS DEL TEATRO GUIÑOL. JALISCO. 2017. (16) Se efectuó un estudio cuasi- experimental. Se utilizó el teatro guiñol como estrategia de educación. La población en estudio fueron alumnos del primer ciclo escolar de tres escuelas del subsistema fe del municipio de Zapopan, Jalisco. Los conocimientos impartidos fueron sobre las estructuras de la cavidad oral, alimentos protectores, alimentos criogénicos, caries, higiene dental y visitas al dentista. Participaron 293 escolares; en éste se utilizan muñecos que constan de cabeza y manos acopladas a un vestido, que se adapta como un guante a la mano del operador. Los pequeños lo pueden ver, escuchar y hasta identificarse con el protagonista, interactuar directamente con él. Los resultados confirman que el teatro guiñol como estrategia educativa favorece la comprensión y mejora la calidad y cantidad de conocimientos aprendidos ya que antes y después de realizar la estrategia educativa se realizaron las evaluaciones y se encontró un aumento importante en la ganancia de conocimientos en la postevaluación. Y tuvo como finalidad despertar la motivación, curiosidad e interés por la salud oral y, a corto plazo lograr un cambio de conducta encaminado a preservar la salud oral.

Falcó Chang, Nayade I; Marta M, Cairo Iturrioz. MOTIVACION EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE PRIMARIA. 2006. (19). Se obtuvo como conclusiones que los juegos didácticos constituyen una vía dinámica eficaz en la adquisición de conocimientos en estas edades, así como la motivación como factor esencial para lograr cambios de actitudes en los niños. En conclusión la infancia es el momento más oportuno para influir en los individuos y lograr que modifiquen de manera definitiva su conducta y adopten estilos de vidas saludables, pues en esta etapa se forma la personalidad del hombre mediante la promoción y la educación para la salud, los niños y niñas pueden aprender a establecer el conocimiento voluntario que conduce a la salud de las personas.

Romero Méndez, Ybelisse. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL PREESCOLAR “MONSEÑOR LUIS EDUARDO HENRÍQUEZ” MUNICIPIO SAN DIEGO, ESTADO CARABOBO, 2005. (22). La población de estudio fue de 196 niños con edades comprendidas entre 3 y 5 años y la muestra de tipo no probabilística intencional, condujo a la selección de 186 niños por su permanencia durante año y medio en el preescolar. El procedimiento, siguió las tres fases de la planificación estratégica; diagnóstico y planificación, ejecución y evaluación del plan de acción. Fue utilizada la encuesta epidemiológica y la observación directa como instrumento y técnica, respectivamente, de recolección de la data. El análisis de las observaciones fue realizado mediante técnicas estadísticas descriptivas. Los resultados indicaron que el programa evaluado fue efectivo al conservar el estado de la “condición de caries” en 100% y al disminuir favorablemente el índice de higiene oral en 30% de la muestra. Finalmente, se concluye que la prevención efectiva mejora la condición de salud bucal de la población infantil.

B. ANTECEDENTES NACIONALES

Avila Herrera, Susy Rocío. INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO “SONRÍE FELIZ” SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN NIÑOS DEL COLEGIO “JOSÉ OLAYA BALANDRA”, DISTRITO DE MALA, 2009. (17). Participaron 65 alumnos, niñas y niños entre 6 y 12 años de edad, del nivel primario, a los cuales se les midió los conocimientos de salud bucal, antes y después del programa; y la higiene bucal, antes, durante y después del programa. “Sonríe Feliz” consistió en 8 sesiones. Para medir los conocimientos se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos, y para la higiene bucal se utilizó el índice de placa simplificado de Greene- Vermillion. El nivel de higiene oral mejoró, de un índice de 2.18 a 0.85; el nivel de conocimientos se incrementó de 61% a 74% de respuestas correctas. Los resultados obtenidos permitieron concluir que tanto la higiene oral, como los conocimientos fueron mejorados, demostrando la importancia del uso de métodos creativos e innovadores en programas educativos de salud oral en los niños.

González Chávez, Rocío del Pilar; García Rupaya, Carmen Rosa. COMPARACION DE DOS PROGRAMAS EDUCATIVOS Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD BUCAL DE PREESCOLARES. 2010. (20). Se realizó en preescolares de 3, 4 y 5 años de la I.E.I. Niño Jesús de Praga, del distrito de San Luis en el año 2010. Fue realizado en 224 preescolares y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: grupo A: “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y posintervención con el IHOS, el nivel de conocimiento en salud bucal pre y posintervención. Los valores promedio comparando los programas “Sonrisa feliz” y “Tradicional expositivo”, respectivamente, fueron: en los preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05. Por último las conclusiones del programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente, tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.

C. ANTECEDENTES LOCALES

Velasco Gamero, Elizabeth Katherine. COMPARACION DEL EFECTO DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS A BASE DE TITERES Y CHARLAS CONVENCIONALES EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN ETUDIANTES DEL 3ER GRADO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JORGE POLAR N°41006-J.L.B.Y RIVERO, AREQUIPA. 2010. (23). El programa educativo en base a títeres genero mayormente un conocimiento bueno con el 52% a la sexta observación del post test, siendo predominantemente regular en las observaciones post estímulo procedentes. El programa educativo mediante charlas produjo un conocimiento bueno solo en el 30.43%. Consecuentemente el programa educativo con títeres fue significativamente más eficaz que su análogo con charlas en el incremento del nivel de conocimiento sobre higiene bucal.

Cáceres Díaz, Andrea Daniela. IMPACTO DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL “JUGANDO” EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL, EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR DEL NIVEL PRIMARIO DE LA I.E ESTATAL CIUDAD DE DIOS DEL DISTRITO DE YURA. AREQUIPA. 2012. (18). La población estuvo conformada por 39 alumnos de ambos sexos, del 2º grado de primaria al 1º año de secundaria de la I.E Estatal Ciudad de Dios, que participaron en el programa “Jugando” en el año 2010, donde se les impartió las charlas educativas continuadas por una evaluación. Transcurrido el año, se procedió a la reevaluación del programa, mediante una ficha de observación documental. Y Los datos recogidos de la evaluación del programa “Jugando” en el año 2010, dieron como resultado, un promedio de: 15.35 de nota, siendo un logro: bueno. Así mismo los datos recogidos de la reevaluación del programa “Jugando”, en el año 2011, dieron como resultado, un promedio de: 13.12 de nota, siendo un logro: regular. Siendo evidente la disminución del promedio de bueno a regular, en el nivel de conocimientos de los alumnos que participaron en el programa. Cabe resaltar la significancia estadística en la disminución del nivel de conocimientos en salud oral de los alumnos participantes del programa entre las edades de 7 a 9 años.

Miranda Corpales, Miriam Elizabeth. EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO PROMOCIONAL DE SALUD BUCAL “SONRIENDO” EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ENTRE LAS EDADES DE 7ª 11 Y 12 17 AÑOS DE LA ALDEA SAGRADA FAMILIA DEL DSITRITO DE ALTO CAYMA – AREQUIPA. 2014. (19). Antes de la aplicación del programa educativo de salud bucal, el grupo de 7 a 11 años se encontraba dentro de los parámetros malo 70.0% y regular 30.0%, mientras que el grupo de 12 a 17 años se encontraba dentro de los parámetros malos 40.0% y de 12 a 17 años se encontraba dentro de los parámetros malos 40.0% y regular 60.0%. Después de la aplicación del programa se obtuvo que el índice de higiene oral simplificado de los niños y adolescentes entre edades de 7 a 11 y 12 a 17 años de la aldea sagrada familia, mejoro significativamente, el

grupo de 7 a 11 años paso del parámetro malo al parámetro regular 90.0% y bueno 10.0%, mientras que el grupo de 12 a 17 años paso del parámetro malo a regular 45.0% y bueno 55.0%.

HIPÓTESIS:

Dado que el aprendizaje en salud bucal mediante canciones rutinarias generan cambios cognitivos y perennes en los niños, logrando despertar su interés, ofreciéndoles un aprendizaje significativo que conecta mejor su realidad social con su vida personal.

Es probable que el programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” sea efectivo, pues reducirá el Índice de Higiene Oral en los niños de la institución educativa N°72669 de San Miguel distrito, Azángaro, Puno.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se efectuó en la Institución Educativa Primaria N° 72669 San Miguel, escuela Nacional mixta ubicada en la comunidad de San Miguel de la provincia de Azángaro, departamento de Puno.

2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo **experimental** ya que se aplicó un programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” (variable estímulo) para observar su efecto sobre el índice de higiene oral simplificado (variable respuesta).

- De acuerdo a la temporalidad:

La presente investigación es **longitudinal** puesto que se llevaron a cabo varias mediciones del Índice de Higiene Oral, siendo en primer lugar aquella antes de la intervención (pretest) y luego cada semana, durante un mes, después de aplicar el programa educativo “KUSIKUNI TAKISPA” en los niños de primaria de la institución educativa N°72669.

- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:

El presente estudio es una investigación de **campo** porque se realizó la recolección de datos directamente en los niños de primaria de la institución educativa N°72669.

- De acuerdo al momento de la recolección de datos:

El presente estudio es **prospectivo** porque los datos se analizaron transcurridos un determinado tiempo en el futuro.

- De acuerdo a la finalidad investigativa:

El presente estudio es **comparativo** puesto que se busca comparar entre el pre test y post test del índice de higiene oral simplificado.

3. UNIDAD DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformados por los niños escolares de 7 a 12 años de la Institución Educativa N° 72669 San Miguel. Azángaro – Puno 2017.

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por un total de 35 niños de 1ro a 6to de primaria que reunieron los criterios de inclusión y exclusión la cual, 16 niños pertenecen al grupo experimental y 19 en el grupo control.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos de 1ro a 6to de primaria de la institución educativa N°72669 San Miguel.
- Alumnos que deseen participar.
- Alumnos quechua hablantes.
- Alumnos que hayan sido evaluados en el pre y post test por la investigadora.
- Alumnos que tengan firmado el consentimiento por sus padres o apoderados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Alumnos que no hayan sido evaluados en el pre y post test por la investigadora.
- Alumnos que no tengan el consentimiento de sus padres o apoderados.
- Alumnos que no cumplan con las características del IHOS.

5. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

A. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variables Principales	Indicadores	Naturaleza	Escala De Medición	Tipo De Variable
Programa educativo de salud bucal				Estímulo
Índice de higiene oral simplificado	Bueno 0.0-1.2 Regular 1.3-3.0 Malo 3.1-6.0	Cuantitativa	Nominal	Respuesta

Variables secundarias	Indicadores	Naturaleza	Escala De Medición	Tipo De Variable
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa	Nominal	Secundarias
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	Cuantitativa	Razón	Secundarias
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • 1ro • 2do • 3ro • 4to • 5to • 6to 	Cualitativa	Ordinal	Secundarias

B. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:

TÉCNICAS:

Se utilizó la técnica de observación indirecta mediante un espejo clínico para recolectar información de las variables para visualizar la placa bacteriana mediante el índice de higiene oral simplificado.

INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizó es la ficha de recolección de datos (ANEXO 1 y 2)

6. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS

1. Para la elaboración de esta investigación se solicitó el permiso correspondiente al director de la Institución Educativa N°72669. San Miguel, Azángaro, Puno. Para la realización efecto del programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en el índice de higiene oral simplificado en los niños de primaria de la institución educativa N°72669. San Miguel, Azángaro. Puno – 2017
2. Se desarrolló una charla educativa a los padres en la cual se abordó temas relacionados sobre salud bucal y se les informó sobre el procedimiento y la finalidad de la investigación, se entregó la ficha de consentimiento informado a los padres para la participación de los niños en la investigación.
3. Se obtuvo la ficha de consentimiento informado, firmado por los padres o tutores autorizando la participación de los niños en la presente investigación. (ANEXO N° 4)
4. En este estudio fueron seleccionados 35 niños con edades que oscilan entre 8 y 12 años de edad que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 16 niños pertenecen al grupo experimental y 19 en el grupo control.

5. En la primera sesión se realizó la primera medición basal (pre test) del índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental. Se entregó a los niños una pastilla reveladora y se les indicó; que ayudándose con la lengua la pasen por todas las superficies dentarias y escupan en el lavatorio. Posteriormente medí el índice de higiene oral simplificado, cuyos resultados los plasmé en las fichas de observación clínica (ANEXO N° 3) de cada niño. Este mismo procedimiento se realizó en el grupo control.

6. En la segunda sesión se desarrolló el programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA”, y se procedió a explicar las gigantografías, en el grupo control y experimental del programa educativo que contiene temas de: placa bacteriana, caries dental, enfermedad periodontal y técnica de cepillado. En cuanto a la técnica se utilizó, la técnica Rotatoria descrita por Fones que está indicada en niños de 8 a 14 años de edad, según su evolución psicomotriz. La técnica se explicó con la ayuda de un tipodont; en las caras oclusales del lado derecho (superior e inferior) con movimientos de vaivén o barrido; para la superficie vestibular los dientes se mantienen en oclusión y los filamentos del cepillo formando un ángulo de 90°, se realizan 10 amplios movimientos circulares. Para la superficie lingual también 10 movimientos circulares en boca abierta. En el lado izquierdo (superior e inferior) se realiza el mismo procedimiento anteriormente mencionado. Para la parte anterior (superior e inferior) nuevamente en oclusión movimientos circulares y finalmente se le indicó al niño el barrido de la lengua. Una vez concluida la explicación se desarrolla esta técnica de cepillados con los niños del grupo experimental y grupo control.

7. En la tercera sesión se les enseñó a los niños del grupo experimental, la canción Imayna Kirunchik Maqchikun (ANEXO N° 5) plasmadas en un papelote. Esta canción fue elaborada con alto grado de creatividad y sencillez con el apoyo de la especialista en Odontopediatría para el mensaje que deseamos que capten, cuya intención es realizar una retroalimentación sobre el concepto de la técnica de cepillado y fue

cantada a capela. Este procedimiento se realizó únicamente en el grupo experimental, todos los días durante un mes después de la alimentación del programa Qali Warma que les brindan a los niños de esta institución.

8. En la cuarta sesión se les entregó pasta dental y un cepillo dental de cerdas suaves, se rotuló cada cepillo según su nombre y código, también se les entregó un vaso de plástico rotulado con un código para la colocación de su cepillo dental, se les indicó a los niños que los cepillos se quedarían en sus respectivos salones, se les enseñó a colocar la correcta cantidad de pasta dental en sus cepillos, además se les enseñó a la identificación de la placa bacteriana con la ayuda de un revelador de placa y un espejo facial para visualizarla hasta la correcta eliminación con la técnica de cepillado dental con cada niño, el cepillado duró aproximadamente 4 minutos, después del lavado, se le indicó al niño que debía escupir y enjuagarse y también se enjuagaron los cepillos con agua a chorro proveniente del caño, posteriormente se les indicó guardar los cepillos en sus vasos y almacenarlos en sus respectivos salones, el cepillado dental fue diario durante un mes. Este procedimiento se realizó tanto en el grupo control como grupo experimental.
9. En la quinta sesión se cantó la canción Imayna Kirunchik Maqchikun con los niños (grupo experimental), al mismo tiempo los niños realizaban simular los movimientos rotatorios de la técnica de cepillado, la canción duro aproximadamente 4 min. Terminando la canción se realiza la técnica de cepillado; y este mismo procedimiento se realizó durante 5 semanas todos los días.
10. Una vez a la semana se realizaron las mediciones de placa bacteriana para registrar el índice de higiene oral de los niños. Tanto en el grupo experimental como grupo control.
11. La medición final del índice de higiene oral simplificado fue el último viernes del mes planificado.

7. TÉCNICA DE ANALISIS ESTADISTICOS

El análisis de los datos se llevó a cabo, en primer lugar, obteniendo las frecuencias absolutas (N°) y relativas (%) además de medidas de tendencia central (medidas aritméticas) y dispersión (desviación estándar y valores mínimo y máximo) dado que la variable principal toma una naturaleza cuali-cuantitativa.

Para determinar si el programa es efectivo, se calculó la prueba estadística t de Student, a un nivel de significancia de 95%, para determinar si hay diferencias entre la medición inicial y final del índice de higiene.

La totalidad del proceso estadístico se llevó a cabo con la ayuda del Software EPI – INFO versión 6.0.

8. RECURSOS

A. HUMANOS:

Investigadora

Bach. Linda Karelia Ortiz Mayta

Asesores:

Director : Mg. Marita Gómez Muñoz

Asesor Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday.

Asesor de Redacción : Dra. María Luz Nieto Muriel.

B. FINANCIERON:

El presente trabajo de investigación, fue financiado en su totalidad, por la investigadora.

C. MATERIALES:

- Material educativo: canción en Quechua
- Gigantografías

- Papelotes
- Plumón
- Tipodont
- Pastilla reveladora
- 35 Cepillos dentales
- Pasta dental Colgate
- 35 Vasos de plástico
- Guantes descartables
- Marcador permanente

INSTRUMENTAL:

- Espejo
- Explorador
- Pinza

EQUIPOS:

- Cámara fotográfica

D. INSTITUCIONALES:

- Universidad Alas Peruanas – Filial Arequipa.
- Institución Educativa N°72669. San Miguel, Azángaro, Puno.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Presentación de resultados

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

Sexo	Grupo de Estudio				Total	
	Experimental		Control		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	6	37.5	11	57.9	17	48.6
Femenino	10	62.5	8	42.1	18	51.4
Total	16	100.0	19	100.0	35	100.0

Fuente: Matriz de datos

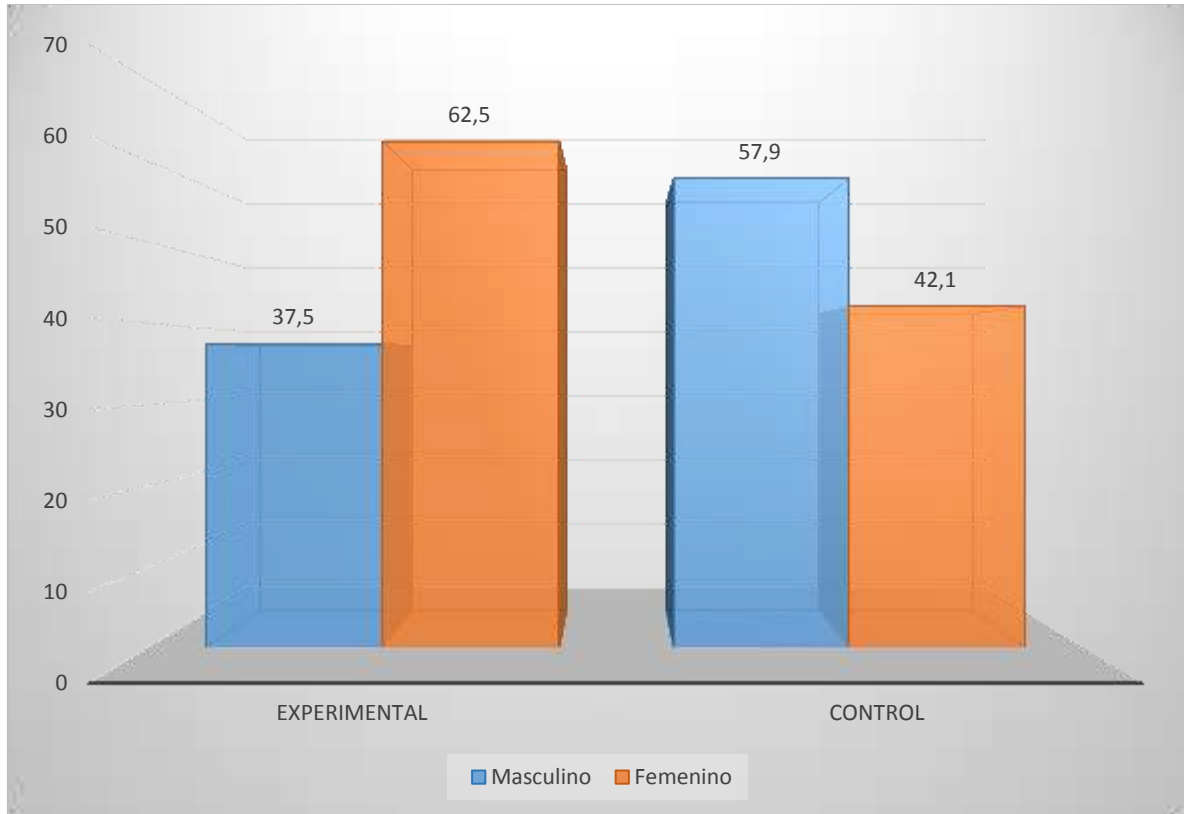
$P = 0.315$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos la distribución por sexo de los grupos de estudio conformados para la presente investigación. Como se aprecia, en el grupo experimental, la mayoría de sus integrantes (62.5%) fueron del sexo femenino, en tanto, en el control, más de la mitad de sus componentes (57.9%) correspondieron al masculino.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre los dos grupos no fueron significativas, es decir, ambos empiezan homogéneamente respecto a la variable sexo, por tanto, pueden ser motivo de comparación posterior.

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

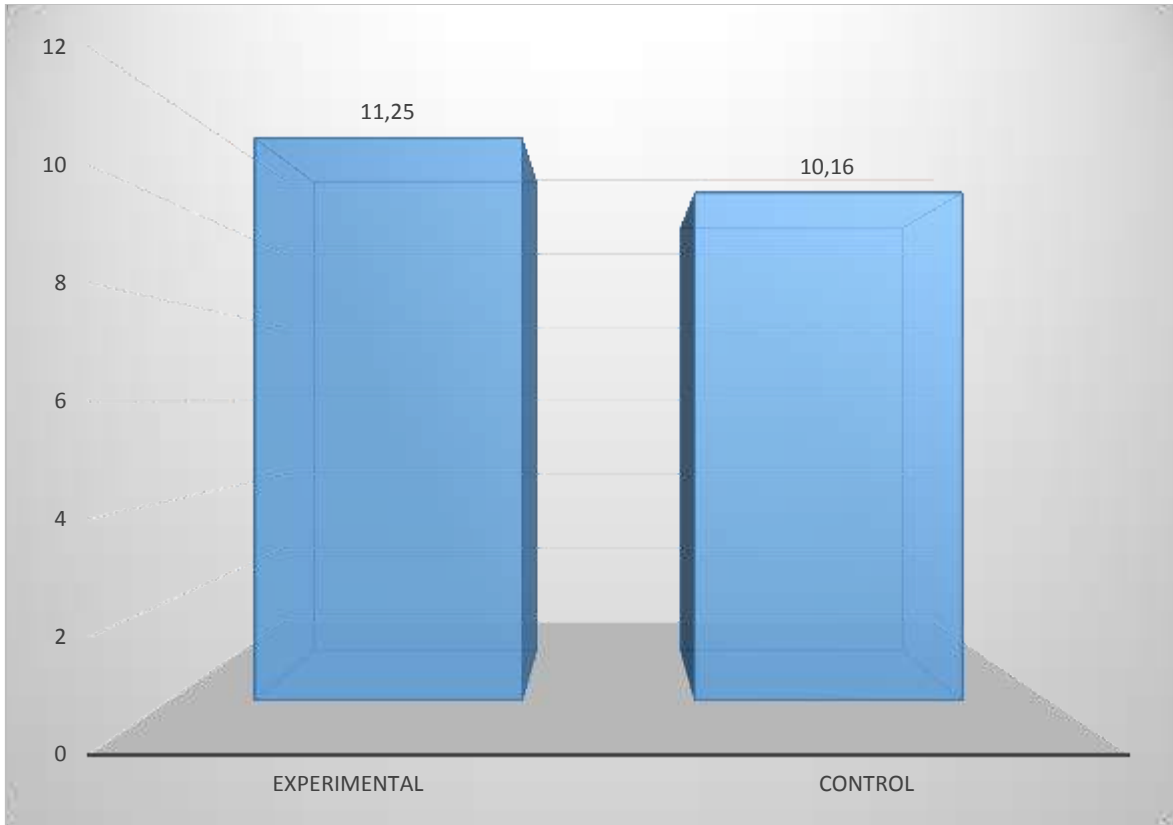
Edad	Grupo de Estudio	
	Experimental	Control
Media Aritmética (Promedio)	11.25	10.16
Desviación Estándar	0.77	0.89
Edad Mínima	10	8
Edad Máxima	12	12
Total	16	19
Fuente: Matriz de datos	P = 0.095 (P ≥ 0.05) N.S.	

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 mostramos la distribución de los grupos de estudio según su edad. Como se puede observar, en el grupo experimental, la edad promedio de los alumnos fue de 11.25 años, oscilando desde los 10 y hasta los 12 años. Respeto al grupo control, la edad promedio fue de 10.16 años, desde un valor mínimo de 8 y hasta un máximo de 12 años.

De acuerdo a la prueba estadística, la diferencia encontrada entre los grupos de estudio no es significativa, es decir, la edad se distribuyó homogéneamente tanto en el grupo experimental como control, esto implica que pueden ser motivo de comparación.

GRAFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN EDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3
COMPARACIÓN DEL INDICE DE HIGIENE ORAL BASAL ENTRE LOS
GRUPOS DE ESTUDIO

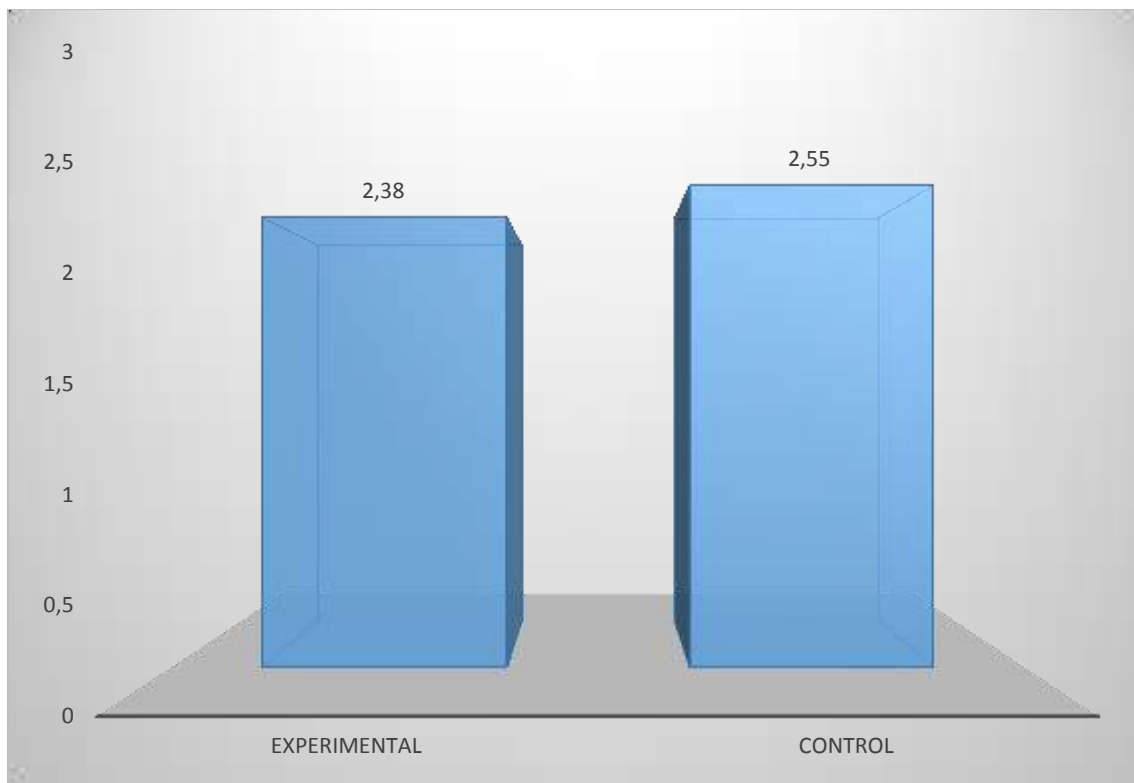
IHOS – BASAL	Grupo de Estudio	
	Experimental	Control
Media Aritmética	2.38	2.55
Desviación Estándar	0.24	0.25
IHOS Mínimo	2.00	2.16
IHOS Máximo	2.86	3.00
Total	16	19
Fuente: Matriz de datos	P = 0.061 (P ≥ 0.05) N.S.	

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla comparamos el índice de higiene oral simplificado obtenido luego de la evaluación de los dos grupos de estudio antes de la intervención. Como se puede apreciar, en el grupo experimental, el índice llegó a un valor promedio de 2.38, el cual corresponde a un índice de higiene oral regular. Respecto al grupo control, el valor fue de 2.55, también considerado como regular.

Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas entre ambos grupos no es significativa, es decir, ambos grupos empiezan en las mismas condiciones respecto al índice de higiene oral simplificado.

GRAFICO N° 3
COMPARACIÓN DEL INDICE DE HIGIENE ORAL BASAL ENTRE LOS
GRUPOS DE ESTUDIO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4
COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN EL GRUPO
EXPERIMENTAL

GRUPO EXPERIMENTAL	IHOS			
	Media Aritmética	Desviación Estándar	IHOS Mínimo	IHOS Máximo
Basal	2.38	0.24	2.00	2.86
Primera Semana	1.58	0.50	0.66	2.16
Segunda Semana	1.02	0.47	0.33	1.60
Tercera Semana	0.69	0.49	0.16	1.60
Cuarta Semana	0.61	0.43	0.16	1.49
Final	0.44	0.30	0.16	1.16

Fuente: Matriz de datos

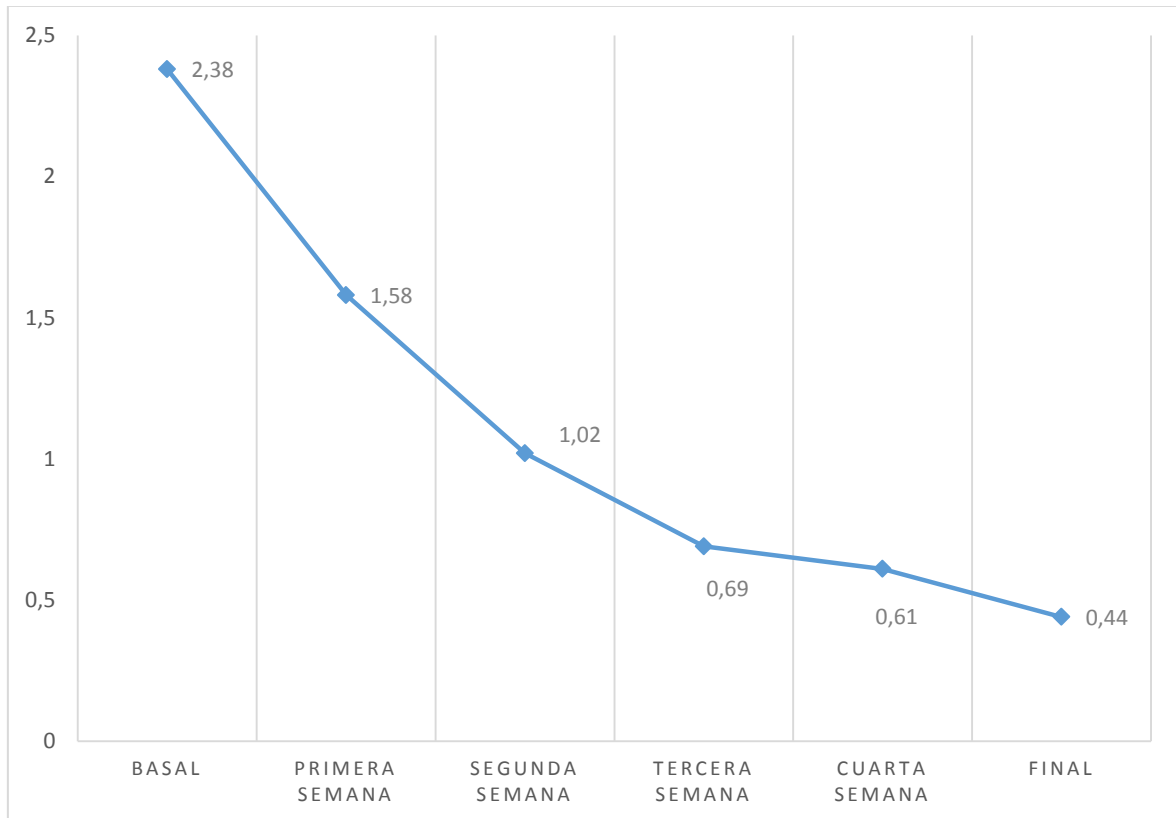
$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

INTERPRETACIÓN:

El grupo experimental estuvo conformado por los alumnos a los cuales se les aplicó la metodología didáctica, es decir, la canción Imayna kirunchik Maqchikun del programa educativo. Como se observa en la tabla, antes de la intervención, el índice de higiene oral simplificado fue de 2.38, considerado como regular. A la primera semana de intervención, el índice disminuyó a 1.58 (considerado como regular), a la segunda semana el valor siguió decreciendo, hasta llegar a 1.02 (considerado como bueno). Al cabo de tres semanas, el índice continuó decreciendo, hasta 0.69 (considerado como bueno). Este comportamiento se observó a la cuarta semana (0.61) y en la medición final (0.44).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, en el grupo experimental el índice de higiene oral simplificado disminuyó durante todo el proceso de evaluación.

GRAFICO N° 4
COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN EL GRUPO
EXPERIMENTAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5
COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN EL GRUPO
CONTROL

GRUPO CONTROL	IHOS			
	Media Aritmética	Desviación Estándar	IHOS Mínimo	IHOS Máximo
Basal	2.55	0.25	2.16	3.00
Primera Semana	1.91	0.25	1.66	2.50
Segunda Semana	1.77	0.49	0.00	2.50
Tercera Semana	1.87	0.21	1.66	2.50
Cuarta Semana	1.84	0.22	1.66	2.50
Final	1.82	0.17	1.66	2.20

Fuente: Matriz de datos

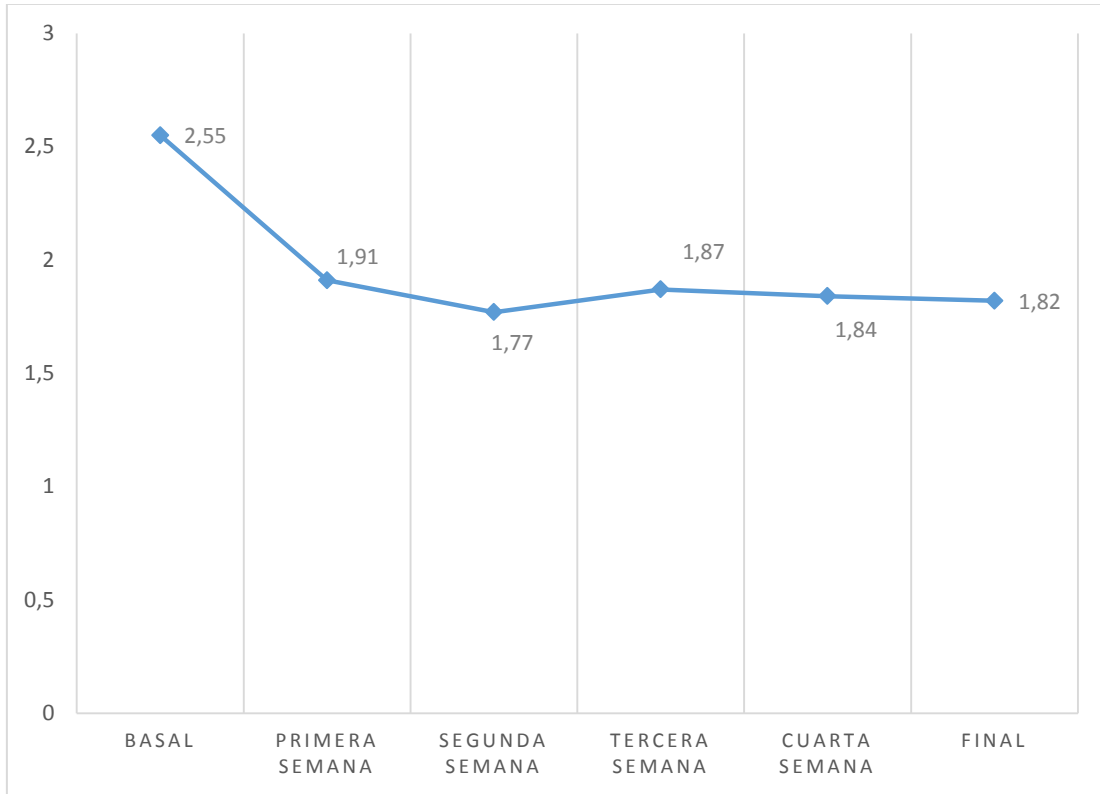
P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

El grupo control estuvo conformado por los alumnos a los cuales no se les aplicó la metodología didáctica de la canción Imayna Kirunchik Maqchikun. Como se observa en la tabla, antes de la intervención, el índice de higiene oral simplificado fue de 2.55, considerado como regular. A la primera semana de intervención, el índice disminuyó a 1.91 (considerado como regular), a la segunda semana el valor siguió decreciendo, hasta llegar a 1.77 (considerado como regular). Al cabo de tres semanas, el índice aumentó hasta llegar a 1.87 (considerado como regular), luego a la cuarta semana disminuyó ligeramente a 1.84 (considerado como regular) y al final llegó a 1.82 (considerado como regular).

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, en el grupo control el índice de higiene oral simplificado disminuyó hasta la segunda semana y luego se mantuvo constante hasta el final del estudio.

GRAFICO N° 5
COMPORTAMIENTO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL EN EL GRUPO CONTROL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6
COMPARACIÓN DEL INDICE DE HIGIENE ORAL FINAL ENTRE LOS
GRUPOS DE ESTUDIO

IHOS – FINAL	Grupo de Estudio	
	Experimental	Control
Media Aritmética	0.44	1.82
Desviación Estándar	0.30	0.17
IHOS Mínimo	0.16	1.66
IHOS Máximo	1.16	2.20
Total	16	19

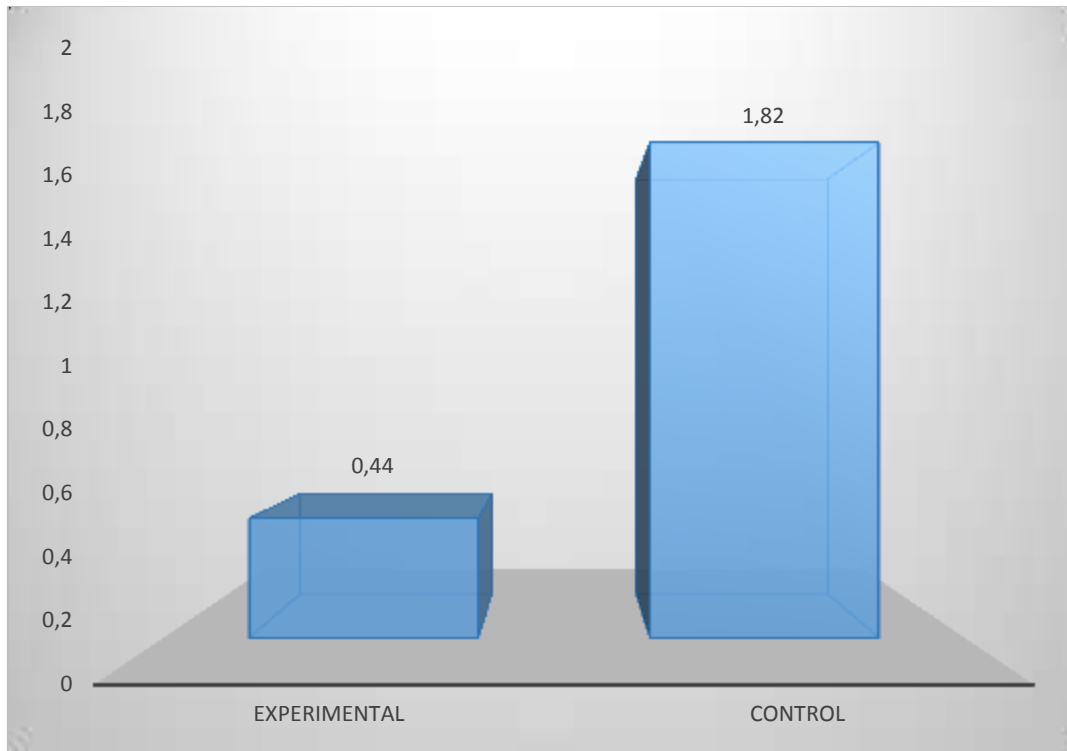
Fuente: Matriz de datos P = 0.061 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla analizamos la medición del valor final obtenido del índice de higiene oral simplificado en los grupos de estudio, esto con la finalidad de determinar hasta qué punto el programa educativo aplicado cumplió con su objetivo de generar cambios en el estado de higiene oral de los alumnos. Como se puede apreciar, en el grupo al cual se le aplicó la metodología didáctica de la canción Imayna Kirunchik Maqchikun del programa, su índice final fue de 0.44, considerado como bueno; en tanto, en el control el índice fue de 1.82, considerado como regular.

Aplicando la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, es decir, el grupo expuesto al estímulo mostró índices menores, por lo que podemos afirmar que fue efectivo para disminuir el índice de higiene oral simplificado de los alumnos.

GRAFICO N° 6
COMPARACIÓN DEL INDICE DE HIGIENE ORAL FINAL ENTRE LOS
GRUPOS DE ESTUDIO



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

El estudio tuvo como finalidad determinar hasta qué punto el programa educativo “Kusikuni Takispa” aplicado cumplió con su objetivo de generar cambios en el estado de higiene de los alumnos. Por tal motivo, se conformaron dos grupos de trabajo, uno experimental constituido por 16 niños y otro control formado por 19 niños.

En el grupo experimental se les aplicó la metodología didáctica, es decir la canción Imayna Kirunchik Maqchikun. Antes de la intervención, el índice de higiene oral simplificado fue de 2.38, considerado como regular, al final del trabajo disminuyó hasta llegar a 0.44 (considerado como bueno). Las diferencias encontradas fueron significativas, es decir, en este grupo el índice de higiene oral decreció durante todo el proceso de evaluación.

En el grupo control, al cual no se les aplicó la metodología didáctica de la canción ; antes de la intervención, el índice de higiene oral simplificado fue de 2.55, considerado como regular, al final disminuyó hasta 1.82 (considerado como regular), estas diferencias fueron significativas, es decir, en el grupo control el índice de higiene oral simplificado disminuyó.

Aplicando las pruebas estadísticas y comparando los índices de ambos grupos al final del proceso investigativo, las diferencias encontradas entre el experimental (0.44) y control (1.82) fueron estadísticamente significativas, es decir, el grupo expuesto al estímulo mostro índices menores, por lo que podemos afirmar que fue efectivo para disminuir el índice de higiene oral simplificado de los alumnos.

En el programa educativo “Sonríe Feliz” de Ávila Herrera Susy, programa educativo a base de títeres de Velasco Gamero Elizabeth y el programa educativo “Jugando” de Caceres Diaz Andrea, quienes en investigaciones separadas obtuvieron resultados que relieván la importancia de los programas educativos con la diversas metodologías, en la mejora del índice de higiene oral.

Según O'Connor y Seymour; recordamos un 10% de lo que leemos, un 20% de lo que oímos, un 30% de lo que vemos y un 90% de lo que hacemos. Al educar con una canción en aula estaríamos activando el proceso de memorización al leer la letra de la canción; al escuchar la canción, al cantar y usarla. Puesto que con el estímulo que se le dio grupo experimental corrobora lo antes mencionado, obteniendo resultados plasmados en el IHOS.

Para finalizar, podemos afirmar que no existen antecedentes investigativos relacionados al uso de las canciones como material didáctico en la educación para la salud oral del niño, por lo que nuestro trabajo resulta innovador y novedoso.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El promedio del índice de Higiene Oral simplificado de los niños de Primaria de la Institución Educativa N° 72669 San Miguel, antes de la aplicación del estímulo, en el grupo experimental fue de 2.38, es decir, se encontraba dentro de los parámetros de higiene bucal regular, en tanto en el grupo control, el promedio fue de 2.55, es decir, también regular.

SEGUNDA:

Después de la aplicación del estímulo, el Índice de Higiene Oral Simplificado de los niños del grupo experimental mejoró significativamente, pasando de una higiene bucal regular al de higiene bucal bueno (0.44); el grupo control también mejoró, pero al final del proceso continuó con higiene bucal regular (1.82).

TERCERA:

El índice de higiene oral simplificado de los niños de Primaria de la Institución Educativa N° 72669 San Miguel a los cuales se les aplicó el estímulo mejoró durante todas las mediciones realizadas; demostrándose por tanto que repercutió favorablemente en el índice de higiene oral simplificado y por ende en la salud bucal de los niños. De acuerdo a estos resultados, aceptamos la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda a las Instituciones Educativas la implementación y formalización del programa educativo con canciones en los niños de primaria, ya que se ha demostrado que mejora favorablemente el índice de higiene oral simplificado, con lo cual lograríamos reducir la incidencia de enfermedades bucales como la gingivitis y caries dental.

SEGUNDA:

El odontólogo debe capacitar al personal docente que trabaja en la Institución educativa sobre temas de salud oral y de esta manera ellos motiven y orienten tanto a los niños como a sus padres de familia para que mejoren su estado de salud bucal.

TERCERA:

Se sugiere que se realice otra investigación donde se comparen diferentes métodos didácticos que se emplean en los programas de educación en salud bucal, para determinar cuáles de ellos es el más efectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hilleboe, Hernán. Medicina Preventiva. Editorial Interamericana. 2da edición. México. 1999.
2. Herazo, Benjamín. Clínica del Sano en Odontología. 2da edición. Santa Fe de Bogotá. Colombia. 2000.
3. Mc Donald, Raph. Odontología Pediátrica y del Adolescente.
4. Cuenca Salas, Emili. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3ra Edición. Editorial; Masson. 2005.
5. Vasques, Elsa. Promoción en Salud Bucal. Universidad Católica de Santa María. 2011.
6. Castro Yaque, Mercedes. Musica y Canciones en la Clase de ELE. Universidad Antonio de Nebrija. Enero 2003.
7. Carranza, Fermín; Glickman, Irving. Periodontología clínica de Glickman. Editorial; Médica panamericana. 2009.
8. Katz, McDonald. Odontología Preventiva en Acción. Editorial Médica Panamericana. 3ra edición. México. 1999.
9. Barrios, Gustavo. Odontología y su Fundamento Biológico. Editorial Latros. Tomo I, II y III. Bogotá Colombia. 1999.
10. Bascones, Amtonio. Tratado de Odontología. Tomo I. Editorial; Ananes Medico dentales S.L. Madrid. 1999.
11. Higashida, Bertha. Odontología preventiva. Editorial MnGraw-Hill Interamericana. México. 2000.
12. Miranda Corrales, Miriam Elizabeth. eficacia del programa educativo promocional de salud bucal “sonriendo” en el índice de higiene oral simplificado en niños y adolescentes entre las edades de 7ª 11 y 12 años de la aldea sagrada familia del distrito de alto Cayma-

Arequipa. 2014. Universidad Católica de Santa María; Facultad de odontología. Arequipa. 2014.

13. Rioboo García, Rafael. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Editorial Avances Médicos Dentales. 1ra edición. Madrid. 2002.
14. Fuenmayor Fernández, Vicente. Manual de higiene Bucal, sociedad Española de periodoncia y Osteointegración. Editorial; Medica Panamericana. 2009.
15. Henostroza Haro, Gilberto. Caries Dental, principios y procedimientos para el diagnóstico. Edit. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.
16. Aldrete Rodríguez, María Guadalupe; Mendoza Roaf, Patricia Lorelei; Aranda Beltrán, Carolina; Pérez Reyes, María Berenice; Galván Salcedo, María Guadalupe. Promoción de la salud oral a través del teatro guiñol. Revista de educación y desarrollo. Octubre-diciembre. 2007.
17. Avila Herrera, Susy Rocío. Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, distrito de Mala, 2009.. Universidad Nacional Federico Villarreal; Facultad de odontología. Lima-Perú. 2011.
18. Cáceres Díaz, Andrea Daniela. Impacto del programa educativo promocional “JUGANDO” en el nivel de conocimientos en salud oral, en niños de edad escolar del nivel primario de la I.E estatal ciudad de dios del distrito de Yura. Arequipa. 2012. Universidad Católica de Santa María; Facultad de odontología. Arequipa. 2012.
19. Falcó Chang, Náyade I. Marta M. Cairo Iturrioz. Motivación en salud bucal en escolares de primaria. (disponible en: http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/falco_chang_nayade/motivacion_en_salud_bucal_en_escolares.htm).

20. González Chávez, Roció Del Pilar; García Rupaya, Carmen Rosa. comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. Artículo Kiru. Vol.10. N°1. Pag.18-25. Enero-Junio. Lima-Perú. 2013.
21. Portillo Miranda, Serey. Impacto del programa Educativo de Salud Bucal “Jugando” en el Índice de Higiene Oral Simplificado de Desechos Bucales en niños de 4to año de Educación Primaria Arequipa 2006. Universidad: Católica de Santa María; facultad de Odontología. 2006.
22. Romero Méndez, Ybelisse. impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños preescolar “Monseñor Luis Eduardo Henríquez” municipio san diego, Estado Carabobo, 2005. ODOUS CIENTIFICA. Vol. VII, N° 2. Venezuela. Julio-Diciembre. 2006.
23. Velasco Gamero, Elizabeth Katherine. Comparación del efecto de los programas educativos a base de títeres y charlas convencionales en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en estudiantes del 3er grado de primaria de la institución educativa Jorge polar n°41006-J.L.B.y Rivero, Arequipa. 2010. Universidad Católica de Santa María; Facultad de odontología. Arequipa. 2010.

ANEXOS

MATRIZ DE DATOS

Grupo Experimental										
Código	Grado	Sexo	Edad	Pre test	Post test					
				1° IHOS	2° IHOS	3°IHOS	4°IHOS	5°IHOS	6°IHOS	
E 1	5to	M	12	2.16	1.5	1.5	1.6	1	0.5	
E 2	5to	F	10	2.16	1.83	1.33	0.33	0.33	0.33	
E 3	5to	M	11	2.16	1.5	1.16	0.6	0.3	0.3	
E 4	5to	F	11	2.33	1.33	1	0.33	0.33	0.33	
E 5	5to	F	11	2.5	1.33	1.33	0.5	0.33	0.33	
E 6	5to	F	10	2.33	2	0.33	0.33	0.33	0.33	
E 7	5to	F	11	1.66	0.66	0.33	0.33	0.33	0.16	
E 8	5to	M	11	2.33	2	0.66	0.33	0.33	0.16	
E 9	5to	M	11	1.33	0.66	0.33	0.33	0.16	0.33	
E 10	5to	M	10	1.16	0.83	0.33	0.33	0.33	0.16	
F 1	6to	F	12	2.16	2	1.6	0.16	1.16	0.6	
F 2	6to	F	12	2.32	1.99	1.49	1.49	1.49	1.16	
F 3	6to	F	12	2.33	2	1.16	1.16	1.16	1.16	
F 4	6to	F	12	2.16	2.16	1.5	1.5	1.16	0.5	
F 5	6to	M	12	2	1.8	1.3	1	0.83	0.5	
F 6	6to	F	12	2.16	1.83	1	0.83	0.3	0.3	

MATRIZ DE DATOS

Grupo Control									
Código	Grado	Sexo	Edad	Pre test	Post test				
				1° IHOS	2° IHOS	3°IHOS	4°IHOS	5°IHOS	6°IHOS
A 1	1ro	M	7	2.8	2	2.2	2.2	2.2	2.2
A 2	1ro	M	8	2.3	2	2	2	2	2
A 3	1ro	F	8	2.16	1.83	1.83	1.83	1.83	1.66
A 4	1ro	M	8	3	2.5	2.5	2.5	2.5	2
A 5	1ro	F	8	2.3	2.16	0	1.66	1.66	1.66
A 6	1ro	M	8	2.3	2	2	1.66	1.66	1.66
B 1	2do	F	9	2.83	2.16	2	2	1.83	1.83
B 2	2do	F	9	2.33	1.83	1.83	1.83	1.66	1.66
B 3	2do	M	9	2.5	2.3	2	1.83	1.66	1.66
C 1	3ro	M	10	2.66	2	1.83	1.83	1.83	1.66
C 2	3ro	F	10	2.5	1.66	1.66	1.66	1.66	1.66
C 3	3ro	F	10	2.66	1.66	1.66	1.66	1.66	1.83
C 4	3ro	M	9	2.83	2.16	2.16	1.83	1.83	2
C 5	3ro	M	10	2.65	1.66	1.66	1.66	1.66	1.66
C 6	3ro	F	10	2.5	1.66	1.66	1.83	1.83	1.83
D 1	4to	M	11	2.16	1.83	1.66	1.66	1.66	1.83
D 2	4to	M	11	3	1.66	1.66	2	2	1.83
D 3	4to	M	10	2.83	1.66	1.66	2	1.83	1.83
D 4	4to	F	12	2.83	1.66	1.66	2	2	2.16

ANEXO N° 3
FICHA DE OBSERVACIÓN CLINICA

Código:.....Fecha:.....

Grado:..... edad: sexo:

			Placa blanda			
16	11	26	1°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

1° medición: IHOS=_____

			Placa blanda			
16	11	26	2°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

2° medición: IHOS=_____

			Placa blanda			
16	11	26	3°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

3° medición: IHOS=_____

			Placa blanda			
16	11	26	4°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

4° medición: IHOS=_____

			Placa blanda			
16	11	26	5°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

5° medición: IHOS=_____

			Placa blanda			
16	11	26	6°Medición IHOS	36	31	46
			Placa dura			

6° medición: IHOS=_____

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente tesis titulado “Efecto del programa educativo promocional de salud bucal “KUSIKUNI TAKISPA” en el índice de higiene oral simplificado en los niños de primaria de la institución educativa N°72669. San Miguel, Azángaro, Puno – 2017”. Ya que dé ser eficaz el programa didáctico educativo de higiene bucal a base de canciones en quechua el cual será evaluado con el Índice de Higiene Oral Simplificado mediante un pre test y un post test, y que servirá para aportar conocimientos en salud oral en las comunidades lejanas alto andinas.

Yo,.....documento de identidad numero..... autorizo la participación de mi hijo(a)..... En pleno uso de mis facultades mentales firmo el presente documento, después de haberlo comprendido, y entender el procedimiento que se realizara, los resultados y beneficios que se pretenden.

.....
Investigadora

.....
Firma

ANEXO N°5

IMAYNA KIRUNCHIK MAQCHIKUN

Yanapawankimanchu mana rikukuq kurukunata hap'iyta (kuti)

Simiyki ukhupi pakakun

Mana asikuytapis atinkichu

Paykunari huchuy kurukuna

Ricuytapis atinchischu (kuti)

Chayrayku kiru pichanata yuraq turutawan

Apaykachasun kiru maqchinapaq

Sapa mikhuyta tukuspa, Sapa mikhuyta tukuspa,

Huk, iskay, kinsa kutita maqchikusun

Sapa p'unchaw (kuti)

¿Imynatataq rurasun...?

Kiru pichanata churay kiruykipi

Hinaspata siqay uraqay, hinaspata siqay uraqay

Siqay uraqay ama sayaspa

Chaymanta muyuy, muyuy, muyuy kiru pichana

Kirunchik maqchisqa kanampaq

Kurukuna ninku qhipapi pakasqata

Manas tariyta atisun manchu

Pantakun paykuna, Pantakun paykuna,

¿Imaynatataq rurasun...?

Kiru pichanata churay kiruykipi

Hinaspa siqay uraqay, hinaspa siqay uraqay,

Siqay uraqay ama sayaspa

Chaymanta muyuy, muyuy, muyuy kiru pichana (kuti)

Kirunchik maqchisqa kanampaq

Husi, maria, marta kirukunata makichay (kuti)

ANEXO N°6
TRADUCCIÓN EN CASTELLANO DE LA CANCIÓN

TECNICA DEL CEPILLADO

Quieres ayudarme a atrapar algunos gérmenes invisibles

Que están escondidos en tu boca, tratando

De arruinar tu sonrisa

Son tan pequeños para verlos y

Por eso debemos usar un cepillo con pasta dental

Para lavarnos los dientes

Siempre después de comer

Me lavo 1, 2, 3 veces al día

Y como lo hacemos...?

Coloca el cepillo en tus dientes y ahora

Sube baja, sube baja, sube baja, sube baja sin parar

Y luego gira, gira, gira, gira, gira, gira

Gira, el cepillo para los dientes poder limpiar...

Los gérmenes piensan que nunca los van a encontrar

En la parte de atrás están equivocados

Y como lo hacemos...?

Coloca el cepillo en tus dientes y ahora

Sube baja, sube baja, sube baja, sube baja sin parar

Y luego gira, gira, gira, gira, gira, gira

Gira, el cepillo para los dientes poder limpiar...

José, María, Marta, cuida tus dientes

ANEXO N°7
SECUENCIA FOTOGRAFICA



Institución Educativa Primaria
N°72669 San Miguel



Medición basal (pre test)
Recolección de datos en la ficha
de observación clínica del grupo
experimental



Medición basal (pre test)
Recolección de datos en la ficha de
observación clínica del grupo
control



Inicio de las charlas del programa
educativo promocional de salud
bucal "KUSIKUNI TAKISPA"



Demostración de la técnica de cepillado en los dos grupos



Al grupo experimental se les enseña la canción en Quechua



Entrega de los vasos y cepillos dentales rotulados



El niño identificación de la placa bacteriana



Se les enseña la correcta colocación de pasta dental en el cepillo



Desarrollo de la técnica de cepillado dental en los dos grupos



Supervisión del correcto cepillado dental



Medición del IHOS (post test)
recolección de datos en la ficha

ANEXO N° 8
DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

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

Arequipa, 17 marzo del 2017

Lic. Eriberto Apaza Ytusaca
Director de la I.E. Primaria 72669 San Miguel
Presente.-

ASUNTO: Solicito Ingreso con Fines Investigativos.

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que la Srta. **LINDA KARELLIA ORTIZ MAYTA**, con DNI 70463422, egresada, y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores es que, SOLICITO a su digno despacho permitirle el Ingreso a las instalaciones de la I.E. para la recolección de muestras por un periodo de 31 días, Institución que dignamente representa, a partir del 27 de marzo hasta el 28 de abril del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,



Recibido el 27-03-2017
Eriberto Apaza Ytusaca
DIRECTOR



"POR UNA EDUCACIÓN REIVINDICATIVA DE LA CULTURA MILENARIA DE LOS ASWAN QHARIS"

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DE LA I. E. P. N° **72 669 DE SAN MIGUEL**, CON CÓDIGO MODULAR N° **0474684**, UBICADO EN LA COMUNIDAD DE SAN MIGUEL, DISTRITO Y PROVINCIA DE AZÁNGARO Y DE LA REGIÓN PUNO COMPENSIÓN DE LA UGEL AZANGARO, QUIEN SUSCRIBE:

HACE CONSTAR;

Que, la Srta. LINDA KARELIA ORTIZ MAYTA, con DNI N° 70463422 realizó la aplicación de la investigación titulada **"Efecto del programa educativo promocional de salud bucal KUSIKUNI TAKISPA"** en el índice de higiene oral simplificado en los niños de la Institución Educativa Primaria N° 72669 de San Miguel, del distrito de Azángaro, provincia de Azángaro de la región Puno, durante el mes de abril del año 2017.

Las actividades consistieron en ofrecer un programa educativo en base a las canciones en quechua y charlas a todos los estudiantes de esta institución.

Para verificar el efecto del programa educativo se hizo una medición a los niños antes, durante y después de la aplicación del programa.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime lo conveniente.

San Miguel, 31 de mayo de 2017.



Prof. Emérito Agaña Yousuca
DIRECTOR