



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Odontología

T ÉCNICA LÚDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN
NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO LA INMACULADA DEL DISTRITO DE SAN
JUAN DE MIRAFLORES-2017

Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista

AUTORA

Corvacho Flores, Carolay Clotilde

ASESORA

Dra. Paucar Rodríguez Elizabeth

JURADO

Mg. Escudero Reyna, Raúl Uldarico

Mg. Gómez Cortez, Pedro Luis

Dra. Donayre Fernández, Mercedes Rosa Dominga

Mg. Manrique Guzmán, Jorge Adalberto

Lima - Perú

2018

TECNICA LÚDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS
DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO LA INMACULADA DEL DISTRITO DE SAN JUAN
DE MIRAFLORES-2017

Dedicatoria

A dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis
Objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Angélica por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores
y su perseverante lucha por salir adelante, esto me motivo a ser mejor persona, pero más que
nada por su amor

A mi padre wilbert por sus innumerables consejos, su paciencia y apoyo incondicional.

A mis queridas hermana Cintia, Virginia y Rosa gracias por el amor y el apoyo que siempre
me mostraron las quiero mucho.

Resumen

El presente estudio tubo como propósito, comparar la efectividad de la técnica lúdica y charlas educativas sobre higiene bucal, en niños de 6 a 8 años del primer y segundo grado del colegio La Inmaculada, ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores. El estudio fue de tipo Prospectivo, longitudinal y comparativo. Después del análisis, nuestra investigación dio como resultado que la técnica lúdica muestran un incremento en el promedio del nivel de conocimiento de un valor inicial 26.42% (bueno) a un valor final de 73.58% (bueno) en relación la charlas educativas que tuvo un valor inicial 29.4 %(bueno) a un valor final de 47.1% (bueno) , la investigación concluye con un nivel de significancia $P < 0.05$.

PALABRAS CLAVE: Técnica lúdica, charla educativa, nivel de conocimiento.

Abstract

The present study has as a purpose to compare the effectiveness of the play technique and educational talks on oral hygiene, in children from 6 to 8 years of age in the first and second grades of the Immaculate school located in the district of San Juan de Miraflores. The study was a prospective longitudinal and comparative type after analysis, our research showed that the play technique shows an increase in the average level of knowledge of an initial value 26.42% (good) to a final value 73.58% (good) in relation to the education talks that had an initial value 29.4 % (good) to a final value of 47.1% (good), the investigation concludes with a level of significance $P < 0.05$.

Keywords: Playful technique, Education talk, Level of knowledge.

Índice

I.	Introducción.....	8
II.	Marco Teórico.....	10
	2.1 Bases Teóricas.....	10
	2.2 Antecedentes.....	19
	2.3 Justificación de la Investigación.....	21
	2.4 Hipótesis.....	22
III.	Objetivos.....	23
	3.1 Objetivo General.....	23
	3.2 Objetivos Específicos.....	23
IV.	Materiales y Método.....	25
	4.1 Tipo de estudio.....	25
	4.2 Población	25
	4.2.1 Muestra.....	25
	4.2.2 criterios de selección.....	26
	4.2.3 criterios de exclusión.....	26
	4.3 Variables.....	27
	4.3.1 Variables Independiente	27
	4.3.2 Variables Dependientes.....	27
	4.3.3 Operacionalización de Variable.....	28
	4.4 Método.....	29
	4.4.1 Técnica.....	29

4.4.2 Procedimiento.....	30
4.5 Consideraciones éticas.....	31
4.6 Plan de análisis	31
V. Resultados	32
VI. Discusión.....	42
VII. Conclusiones.....	45
VIII. Recomendaciones.....	47
IX. Referencia bibliográfica.....	48
X. Anexos	
Anexo 1. Carta de consentimiento informado.....	53
Anexo 2. Constancia de calibración.....	54
Anexo 3. Cuestionario sobre salud bucal.....	55
Anexo 4. Juicio de expertos para validación de instrumento.....	59
Anexo 5. Confiabilidad de instrumento	67
Anexo 6. Ficha de recolección de datos.....	68
Anexo 7. Carta de aceptación.....	70
Anexo 8. Fotografías.....	71

I. Introducción

La Organización Mundial de Salud, afirma que “las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública, que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades de menor nivel socioeconómico” Organización Mundial de la Salud (OMS-2012) a nivel mundial las enfermedades bucales han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal, en el Perú el déficit económico la austeridad de los servicios de salud y los déficit de fondos del estado hacen casi imposible el correcto tratamiento de las mismas..

Ministerio de salud (MINSA-2005) refiere que la Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal.

La odontología preventiva tiene como finalidad interponer barreras que interfieran en el desarrollo de las enfermedades bucodentales, estos beneficios serán mayores a medida que se ponga en marcha los programas preventivos de promoción y detectemos rápidamente las enfermedades.

La práctica de la higiene bucal, es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso educativo, que corresponde a padres y docentes, por ello debe enfatizarse, que es un tema básico en el desarrollo de los hábitos de salud oral, cuando el niño acude a la escuela presentan hábitos adquiridos en el hogar familiar, en la escuela estos hábitos deben ser reforzados o sustituidos según su carácter, en la gran mayoría de los colegios de Lima existe una problemática que afecta a los niños, es la deficiencia de orientación en higiene bucal ya que en lugares alejados de la capital, la mayoría, de docentes

no practican el hábito de higiene bucal todos los días por falta de programas educativos y desconocimientos de técnicas adecuadas de cepillado, asimismo no muestran interés en preguntar si los niños se cepillan los dientes después de comer, es por ello en mi condición de bachiller de odontología considero necesario, impartir estrategias innovadoras creativas, como la técnica lúdica y charlas educativas, donde el niño puede asimilar de manera divertidas las técnicas del cepillado de higiene bucal. Espinoza y Pachas (2013).

De acuerdo a los párrafos anteriores me permito plantear la siguiente pregunta:

¿Comparar la técnica lúdica y charlas educativas sobre higiene bucal en niños de 6 a 8 años del colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017?

II. Marco teórico

2.1.- Bases teóricas

Para efectuar la definición de aprendizaje referenciaremos diferentes autores. Ambrose, Bridge, Dipietro, Lovett y Norman (2017) refiere que el aprendizaje debe ser entendido como un proceso mediante el cual se dará un cambio, que será el resultado de la experiencia y producirá un incremento del potencial y el desempeño del futuro aprendizaje. El aprendizaje es un proceso, no un producto. Sin embargo, como este proceso se lleva a cabo en la mente, solo podemos inferir que ha ocurrido a partir de lo producido por los estudiantes y su desempeño.

Ambrose, Bridge, Dipietro, Lovett y Norman (2017) “El aprendizaje conlleva a un cambio en el conocimiento, creencias conductas, actitudes. Este cambio se despliega a través del tiempo; no es fugaz, si no que tiene un impacto duradero en lo que los estudiantes piensan y hacen”. (p.25)

Ambrose, Bridge, Dipietro, Lovett y Norman (2017, p.25). refiere que el aprendizaje no es algo que puede hacerse a los estudiantes, si no por el contrario es un proceso en cual los estudiantes mismos crean su propio aprendizaje a partir de modelos. Este proceso es el resultado directo por el cual los estudiantes interpretan su mundo por medio del uso de sus experiencias pasadas conscientes e inconscientes de sus pasado y presente.

Monsalve, Darío y Mena (2016). refiere que la lúdica que se usa como un instrumento en el proceso de enseñanza-aprendizaje, llevará al participante a una constante reflexión la cual brindará la posibilidad una posibilidad no solo didáctica sino también pedagógica la cual permitirá fortalecer el proceso que conlleva a la formación.

Echeverri y Gabriel (1998) refiere que la lúdica es importante porque es un instrumento que ayuda en el desarrollo del niño, sabiendo que el mayor desarrollo del aprendizaje se da en las primeras etapas de crecimiento en el cual desarrolla la parte psicomotriz al igual que la parte social, moral y creativa, por ende, su capacidad intelectual se verá ampliamente desarrollada.

Echeverri y Gabriel (1998). refiere que la lúdica favorece la participación colectiva y creativa de los educandos lo cual es un punto elemental en el proceso que se refiere a la enseñanza, manifiesta también que el juego es un método enriquecedor y que si se imparte de manera sana logrará ser muy instructiva, habla también de que el estudiante podrá incluir en su pensamiento y su forma de actuar el cómo volcar el aprendizaje adquirido mediante la lúdica en situaciones variables, dichas situación podrán ser resueltas por el estudiante combinando lo aprendido con la participación grupal, generando competencia sana, desarrollando la creatividad, obteniendo así resultados favorables en medio de situaciones difíciles para él y su entorno.

Cuenca y Baca (2005) refiere que la escuela es un ámbito ideal en el cual el educando puede desempeñar y desarrollar las actividades que conlleva el aprendizaje en todos sus niveles, dentro del cual debe estar incluido los hábitos que refieren a la salud oral. Lo que hace que este ámbito será el más competente se debe a la duración de cada sesión lo cual nos permitirá llegar de una manera diferente a las generaciones nuevas en un tiempo largo. En las etapas iniciales el comportamiento que adoptará las nuevas generaciones será de mucha productividad.

Cuenca y Baca (2005) refiere que los maestros tienen el poder interlocutor y la capacidad de la pedagogía que tienen son un punto importante y nada sustituible, y a pesar de que su conocimiento en salud bucal es pobre, resultaría más beneficioso adiestrarlos en el tema para

que ellos realicen lo propio con sus alumnos y de esta manera obtener una ayuda de parte de ellos en la situación de salud.

De la fuente, Sifuentes y Nieto (2014) refiere la salud pública es una ciencia por la cual el profesional logra no solo conservar la salud individual sino también la salud poblacional cuyo principal objetivo sería el mejoramiento de las condiciones en cuanto a salud refiere por lo cual se tendría que promover nuevos hábitos y generar estilos de vida saludables, del mismo modo refiere que la odontología preventiva trata de prevenir las enfermedades bucal de mayor prevalencia y persistencia, e intentando prevenirlas antes de su aparición mediante la promoción de la salud bucal, también se debe establecer mediante esta ciencia no solo el diagnóstico completo averiguando las causas, sino también planificar intervenciones en cuanto al problema de salud bucal se trata.

Prevención y promoción en la salud bucal.

De la fuente, Sifuentes y Nieto (2014). Refiere que la promoción de hábitos saludables es necesario buscar los puntos exactos en los cuales se pueda hacer una intervención certera para lograr la efectividad requerida, por lo cual debemos considerar aspectos no solo sociales, políticos sino también la parte económica y ambiental.

caries dental

Departamento de salud bucal. (2010). “La caries dental se considera dentro del grupo de enfermedades crónicas que son complejas o multifactoriales desde una perspectiva de causalidad, de manera similar a otras enfermedades como cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas. Esta enfermedad se manifiesta con lesiones cariosas en los dientes, las que son reversibles antes que se produzca la cavitación”.

Solís, Linares, Ulloa y Venegas (2014). “La caries del biberón o del lactante, producida por el mal uso de los biberones es uno de los procesos destructivos de la dentición más importantes en el niño. Su prevención es sencilla y evitará la aparición de procesos posteriores difíciles de tratar”.

Solís, Linares, Ulloa y Venegas (2014). “De ahí la importancia de la detección precoz de los incorrectos hábitos alimenticios de los bebés y el adecuado asesoramiento para la prevención de la caries, tanto para la eliminación de conductas no recomendadas como para promover una correcta higiene”.

Solís, Linares, Ulloa y Venegas (2014). “El diagnóstico precoz de cualquier alteración y el buen asesoramiento dental es posible gracias a la derivación que se realiza a la unidad dental por parte del equipo pediátrico conformado por médicos, enfermeras y nutricionistas que realizan los controles sanos en niños a temprana edad”.

La placa dental

“La placa contiene bacterias que producen ácidos y pueden sobrevivir con un pH reducido. Se cree que los estreptococos Mutans son las bacterias fundamentales en el inicio y el avance de la caries dental. Posteriormente tras la cavitación del esmalte, los lactobacilos cobran una importancia creciente. En el proceso de la caries, una vez que el pH de la placa desciende de nivel crítico (cerca de 5.5) el ácido producido empieza a desmineralizar el esmalte. Esto dura 20 minutos o más, dependiendo de la disponibilidad de sustrato”. Cameron y Widmer (1998, p 55).

Los sustratos

“Las bacterias utilizan carbohidratos fermentables como fuente de energía, y los productos finales de la vía glucolítica del metabolismo bacteriano son ácidos. La sucrosa es el carbohidrato fermentable más frecuentemente implicado, pero conviene recordar que las bacterias pueden usar todos los carbohidratos fermentables, incluyendo los almidones cocinados”. Cameron y Widmer (1998, p 55).

“Aunque cualquier carbohidrato puede producir ácidos, es la glucosa disponible la que mantiene el metabolismo bacteriano para producir ácido láctico en lugar de subproductos más débiles como acetoacetato y alcoholes. Además, la cantidad de carbohidratos fermentables es relativamente irrelevante, ya que se utilizan inmediatamente incluso las cantidades más pequeñas de carbohidrato fermentable”. Cameron y Widmer (1998, p. 55).

El factor del huésped, “generalmente, la caries se inicia en el esmalte, pero puede hacerlo también en la dentina o cemento. La saliva, tiene un papel crítico en el proceso carioso. La saliva barre el sustrato y tampona el ácido de la placa, frenando el proceso carioso y siendo esencial para el proceso de remineralización”. Cameron y Widmer (1998, p. 55).

Cronología

“Cuando el ataque del ácido se repite, puede colapsar suficientes cristales de esmalte para producir una cavidad visible. La cavitación puede llevar meses o años. Esto quiere decir que en todas las bocas (y todas las bocas contiene algunas bacterias cario génicas) se produce una continua desmineralización y remineralización del esmalte. Cameron y Widmer (1998, p 55).

“Para que se mantenga el equilibrio, debe quedar tiempo suficiente tras los ataques cariogénico para que se produzca el proceso de remineralización. Cuando esos ataques son muy frecuentes, o se producen cuando disminuye el flujo salivar, aumentan el ritmo de desmineralización y el consiguiente deterioro dental”. Cameron, Widmer (1998, p 55).

“Normalmente, para prevenir, invertir o cuando menos ralentizar la caries dental hay que alterar uno o varios de los factores que acabamos de describir”. Cameron y Widmer (1998, p 55).

“Gingivitis (desarrollada en las encías) se presenta como un enrojecimiento e hinchazón de los márgenes de la encía y a veces al cepillarse los dientes una mínima hemorragia. Esta enfermedad está producida por placa dental que es una capa de bacterias casi invisible que se forma en la superficie del diente y produce una reacción en las encías a los productos bacterianos que contiene la placa”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“Inflamación de las encías son las enfermedades bucales más comunes que afectan a los escolares, ya que desafortunadamente la padecen un 90.4% de nuestra población”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“La periodontitis en los niños, es una enfermedad inflamatoria de las encías y los tejidos más profundos del periodonto que se caracteriza por la formación de bolsas y la destrucción del hueso alveolar de sostén”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“Periodontitis prepuberal de los dientes temporales es localizada, aunque por lo general aparece de forma generalizada. Se inicia durante la erupción de los dientes temporales o poco

tiempo después. Al principio los tejidos gingivales presentan solo una inflamación mínima, asociada asimismo con la placa dental mínima”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“La destrucción del hueso alveolar es rápida y a menudo los niños pierden los dientes temporales a los tres años. En las bolsas gingivales predominan los siguientes microorganismos: *Actinobacillus actinomycetem-comitans* (Aa), *Porphyromonas* (*Bacteroides*) *gingivalis*, *Bacteroides melaninogenicus* y *Fusobacterium nucleatum*”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“El tratamiento de la periodontitis prepuberal consiste en la profilaxis dental, dar instrucciones sobre higiene oral correcta y extraer los dientes temporales que hayan perdido el sostén óseo”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“La tetraciclina (elixir de 250 mg, 2 por día) es eficaz contra la Aa y otros microorganismos anaerobios gran negativos, por lo cual se debe considerar su empleo en este tipo de periodontitis”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“Hay que informar a los padres del niño de que, a causa de la ingestión de tetraciclina, los dientes permanentes pueden presentar pigmentación, y el riesgo de presentar candidiasis es mayor”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“Periodontitis juvenil, es una forma agresiva de la enfermedad que afecta los primeros molares permanentes y con frecuencia los incisivos de los adolescentes. La mayor parte de los pacientes con PJ presentan trastornos de la quimiotaxis de los neutrófilos y a menudo, también de los monocitos de la sangre periférica”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“Los microorganismos más aislados en la PJ son Aa y con menor frecuencia *Capnocytophaga*. Estos investigadores creen q la PJ puede ser hereditaria, aunque

algunos autores piensan que el modo de transmisión del trastorno es autosómico recesivo, otros han aportado pruebas de que el patrón es típico de la herencia dominante ligada al sexo”. Ralp y Mcdonald, (1995).

“El tratamiento de la PJ tanto localizada como generalizada, consiste en la cirugía y la administración de tetraciclinas. Datos recientes señalan que los pacientes con PJ, Aa penetra en interior del epitelio del espacio subgingival. Mediante un tratamiento de dos semanas con doxicilina, una tetraciclina de síntesis, se ah conseguido reducir la población de Aa”. Ralp y Mcdonald, (1995).

IHOS (índice de higiene oral simplificado)

“Descrito por Green y Vermillion en 1960, en principio a denominado índice de higiene oral y sirve para evaluar el estado de higiene oral de un determinado grupo. Posteriormente lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentales representativas de los segmentos posteriores y anteriores de la boca denominándose índice de higiene oral simplificado (IHOS)”. Padilla (2014).

se realiza del modo siguiente: Índice de Residuos

Grado 0 = No hay residuos ni manchas. Campos (1992)

Grado 1 = Residuos blandos. Recubren un tercio de la superficie dentaria o también presencia de manchas extrínsecas sin residuos y sin importar el área cubierta. Campos (1992)

Grado 2 = Residuos blandos que cubren más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria. Campos (1992)

Grado 3 = Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

Campos (1992)

2.2.- Antecedentes

Crespo, M., Lovania, Y., Rodríguez, A., y Torres, A. (2010). Realizo una intervención educativa denominada “Bella sonrisa”, en 50 estudiantes de quinto grado de la Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez” en Cuba, con un tiempo de duración de 7 meses. Desarrollo técnicas educativas, afectivas, participativas y juegos didácticos. Luego de la intervención los resultados de la intervención fueron favorables al incrementarse el nivel de conocimientos sobre salud bucal

Dávila, M. y Mujica, M. (2008). Realizo una investigación cuasi experimental para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el impacto de las intervenciones educativas, en 66 escolares venezolanos entre 6 y 10 años, por un periodo de cuatro meses, se observaron diferencias estadísticamente significativas, se concluyó que el programa educativo facilitó el aprendizaje sobre la identificación de medidas preventivas.

Evaristo, T. y Pinto, H. (2007). Desarrollo un programa educativo basado en estrategia lúdica, en 28 niños de 7 a 9 años del tercer grado de primaria del colegio Andrés Rázuri del distrito de San Martín de Porres. Se evaluó el nivel de conocimiento antes y después de la intervención encontrándose que se logró modificar el concepto de momentos de cepillado de 17.9% a 56% de respuestas correctas, e identificar el sellante como elemento preventivo, que varió de 28% a 74%. Los niveles de conocimientos fueron invertidos, reafirmando que la educación basada en el juego proporciona resultados positivos en la población infantil.

Rivera, W. (2009). Se realizó un estudio comparativo experimental, en comparar la efectividad de la técnica lúdica vivencial, frente a la técnica tradicional exclamativa en la enseñanza, en el colegio Nacional Romero Luna Victoria de San Borja. Se evaluó a los alumnos en cuatro niveles de conocimiento y nivel de higiene bucal, comparando ambas técnicas se observó una mejora con la técnica lúdica vivencial a muy alto 32.9% a

comparación de la técnica tradicional en 24.6%, en confrontación a conocimientos 13.7 (alto) alumnos de la técnica lúdica vivencial en tanto en la técnica tradicional 12.3(regular), refiriendo que no se encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas.

2.3 Justificación de la Investigación

Según investigaciones de la O. M. S, la prevalencia e incidencia de las patologías de caries dental, gingivitis y periodontitis es particularmente alta sobre todo en grupos de poblaciones socioeconómicas bajas, encontrándose un nivel de prevalencia e incidencia de caries dental que es del 60%- 90% de los escolares y casi el 100% en adultos de todo el mundo, la salud bucal en el Perú atraviesa una situación crítica con una prevalencia de 90.4%. Las acciones de educación para la salud se llevan a cabo en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud; sin embargo, no siempre cumplen los requisitos de calidad que garanticen la modificación de actitudes y conductas populares en relación con la salud bucal. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

Vistos los puntos anteriores nos motivaron a la realización de la presente investigación, en la cual comparamos dos técnicas: una la técnica lúdica y otra las charlas educativas, que permitieron a los alumnos del primer y segundo grado de educación primaria acceder de una manera agradable a la prevención de problemas dentales, en mi actual condición de bachiller en odontología considero necesario realizar un mayor esfuerzo que debe estar dirigido a prevenir las afecciones bucales mediante la aplicación de actividades de promoción, prevención y educación para la salud, mediante técnicas específicas como la técnica lúdica y charlas educativas.

2.4 Hipótesis

Dado que la técnica lúdica y charlas educativas son excelentes instrumentos pedagógicos y un medio de comunicación didáctico, es probable que a través de la técnica lúdica mejore significativamente el nivel de conocimiento y la higiene bucal en comparación de las charlas educativas en niños del primer y segundo grado de 6 a 8 años de edad del colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017

III. Objetivos

3.1.- Objetivo General

Comparar la efectividad de la técnica lúdica y charlas educativas, sobre el nivel de conocimiento e higiene bucal en niños de 6 a 8 años del colegio La Inmaculada en San Juan de Miraflores.

3.2.- Objetivos Específicos

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal antes y después de la aplicación de la técnica lúdica en niños de 6 a 8 años en el colegio LA Inmaculada en San Juan de Miraflores
- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal antes y después de la aplicación de la charla educativa en niños de 6 a 8 años en el colegio LA Inmaculada en San Juan de Miraflores.
- Evaluar el índice de higiene Oral de Greene y Vermillón antes y después de la técnica lúdica en niños de 6 a 8 años en el colegio LA Inmaculada en San Juan de Miraflores.
- Evaluar el índice de higiene Oral de Greene y Vermillón antes y después de la charla educativa en niños de 6 a 8 años en el colegio LA Inmaculada en San Juan de Miraflores.
- Comparar la efectividad de técnica lúdica y charla educativa antes y después del índice de higiene Oral. (delta)
- Comparar la efectividad de técnica lúdica y charla educativa sobre el nivel de conocimiento antes y después del pre y post test.

IV. Materiales y Métodos

4.1 Tipo de estudio

Prospectivo, longitudinal y comparativo.

4.2 Población

Alumnos de primer y segundo grado de 6 a 8 años del colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017

4.2.1 Muestra

La muestra estará conformada por alumnos de primer y segundo grado de 6 a 8 años del colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017 que cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño de muestra:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N= 305 (población del estudio)

Z²= 1.96² (si la seguridad es del 95%)

p= 0.95 (probabilidad de éxito obtenido)

q= 0.05 (complemento de p)

d= 0.05% (máximo error permisible)

De lo expuesto en la investigación se resuelve:

$$n = \frac{305 \cdot 1.96^2 \cdot 0.95 \cdot 0.05}{0.05^2(305-1) + 1.96^2 \cdot 0.95 \cdot 0.05}$$

$$\frac{55.65518}{0.76 + 0.942476}$$

$$59.05$$

4.2.2 Criterios de selección

- Niños de ambos sexos del primer y segundo grado de 6 a 8 años que estén matriculados en el colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017
- Niños sin aparentes alteración sistémica o congénita.
- Niños que cuentan con el consentimiento firmado por sus padres y/o apoderados

4.2.3 Criterios de exclusión

- Niños que falten frecuentemente a clases.
- Niños con aparatos ortodónticos o protésicos.
- Niños con alteraciones de conducta.

4.3. Variables

4.3.1 Variable Independiente

- Comparar la técnica lúdica y charlas educativas en niños de 6 a 8 años de primer y segundo grado en el colegio La Inmaculada del distrito de San Juan de Miraflores-2017

4.3.2 Variables Dependientes

- Higiene bucal
- Nivel de conocimiento

4.3.3 Operacionalización de variables

Variables		Definición	Indicador	Escala	Valor
V.I. Técnicas educativas	Técnica lúdica	Los juegos y las actividades lúdicas despiertan un sentimiento de responsabilidad y de vida social. Los niños pueden desarrollar una nueva relación gracias al objeto que no se posee, sino que comparte.	Pruebas iniciales y finales	Razón	0-20
	Sesiones educativas	La charla educativa es una técnica informal, que resulta muy fácil de planear y permite un ambiente agradable para la participación del público en el tema a tratar.	Pruebas iniciales y finales	Razón	0-20
V. D. Salud bucal	Placa bucal	Sustancia formada por saliva, bacterias y restos de alimentos que se deposita sobre los dientes, siendo la causa principal de la caries dental.	Greene & Vermillon	Razón	Bueno (0-0.1.0) Regular (1.1-2.0) Malo (2.1-3.0)

4.4 Método

El método que se aplicó fue prospectivo.

Para la obtención de datos se utilizó un cuestionario evaluado al inicio de la investigación y luego al finalizar, dirigidos a los niños de 6 a 8 años del primero y segundo grado y un examen clínico, para determinar el nivel de placa gingival, (Biofilm), después de un mes se realizaron una segunda evaluación se aplicaron el cuestionario y la segunda evaluación clínica para ver los cambios sobre el nivel de conocimiento y practica en higiene bucal.

4.4.1 Técnica

Se emplearon dos instrumentos:

Un cuestionario estructurado para determinar el nivel de conocimientos de los niños de 6 a 8 años primer y segundo grado de primaria sobre higiene bucal, que serán validados por un docente especializado en área.

Se realizó un examen clínico mediante la técnica de Grenee y Vermillion para medir el índice de higiene oral en los niños elegidos de acuerdo a los criterios de selección.

4.4.2 Procedimiento

- Se solicitó a grados y títulos una carta de presentación dirigida a la dirección del colegio La Inmaculada.
- Se coordinó con el director y los profesores de la institución educativa La Inmaculada 7211 sobre fechas y horas para la realización de la investigación.
- Se solicitó el consentimiento informado a los padres de familia.
- Se realizó el pre test sobre conocimientos y conducta en el cuidado de la salud bucal y la evaluación clínica de los estudiantes para determinar el nivel de higiene bucal.
- La muestra se conformó en dos grupos: un grupo la aplicación de la técnica lúdica y con otro grupo la aplicación de charlas educativas, cada semana durante un mes, en los niños de 6 a 8 años del primer y segundo grado de 6 a 8 años.
- Terminada las sesiones de la técnica lúdica y charlas educativas, se aplicó un post test y un examen clínico para medir la variación en el nivel de aprendizaje y conocimiento sobre e y nivel de salud bucal.

4.5 Consideraciones éticas

De acuerdo a la declaración de Helsinki, propuesta por la Asociación Médica Mundial (A.M.M), para salvaguardar el respeto a la dignidad humana, justicia, derecho a la intimidad, derecho al anonimato y confidencialidad a cada una de los padres que participen en la investigación, se le entregara un documento con la información referente a la investigación para que después de ser leído, analizado y después de las respuestas de las interrogantes, planteadas el participante otorgue el consentimiento informado correspondiente.

4.6. Plan de análisis

Se preparó la base de datos en Excel, el procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó con el programa estadístico Stata v12.

Se elaboraron tablas simples y de doble entrada para comparar las frecuencias antes y después de aplicación de la técnica. Al evaluar los promedios, se calcularon las medias, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo. Se elaboraron gráficas de barras para las medias con sus respectivas desviaciones estándar; para las tablas se elaboraron las gráficas de barras compuestas.

Para la comparación antes y después de la técnica, se utilizó la prueba estadística t de Student para datos pareados, para comparar entre las dos técnicas se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, para evaluar la correlación entre conocimientos. Todos los análisis se realizaron con un nivel de significancia de 0.05.

V. Resultados

La muestra estuvo conformada por 104 escolares de la Institución Educativa La Inmaculada matriculados en el primer y segundo grado del año 2017

En la tabla y gráfico N°1, se analiza la asociación que el IHOS promedio va disminuyendo significativamente al finalizar la aplicación de la técnica, tanto de la lúdica como en charlas educativas. En promedio hubo una disminución de 0.462 en lúdica y 0.406 en charlas educativas. Respecto al nivel de conocimiento, en promedio tenían un puntaje similar en las dos técnicas con un promedio de 13.5 y 13.8, después de la aplicación, el puntaje promedio es mayor en los que recibieron la técnica lúdica con un valor de 16.19 y en los que recibieron charla educativa, el promedio es de 15.23. Al evaluar el cambio promedio, en los de técnica lúdica es de 2.6 y en la técnica de charla educativa es 1.4.

En la tabla y gráfico N°2, se analiza el nivel de conocimiento antes de la aplicación de la técnica lúdica mayormente fue regular con un 62.26%, el 26.42% presentaban un conocimiento bueno. Luego de la aplicación de la técnica, el 73.58% presentaron un conocimiento bueno y el 26.42% conocimiento regular, al evaluar la diferencia en el nivel de conocimiento pre y post aplicación se encuentra diferencias muy significativas, indicando la efectividad de la técnica, $P < 0.05$.

En la tabla y gráfico N°3, El nivel de conocimiento antes de la aplicación de la charla educativa mayormente fue regular con un 66.7%, el 29.4% presentaban un conocimiento bueno. Luego de la aplicación de la charla educativa, el 47.1% presentaron un conocimiento bueno y el 51.0% conocimiento regular, al evaluar la diferencia en el nivel de conocimiento pre y post aplicación se encuentra diferencias significativas, indicando la efectividad de la técnica, $P < 0.05$.

En la tabla y gráfico N°4, se analiza el índice de higiene oral de Greene y Vermillón (IHOS) antes de la aplicación de la técnica lúdica fue en promedio 2.011 ± 0.447 y después de la aplicación de la técnica el IHOS en promedio disminuyó a 1.549 ± 0.570 , al comparar estos valores se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$

En la tabla y gráfico N°5, se analiza el índice de higiene oral de Greene y Vermillón (IHOS) antes de la aplicación de la charla educativa fue en promedio 2.194 ± 0.571 y después de la aplicación de la técnica el IHOS en promedio disminuyó a 1.788 ± 0.510 , al comparar estos valores se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

En la tabla y gráfico N°6, se analiza la efectividad de ambas técnicas sobre el índice de higiene oral (IHOS) son similares, en los que recibieron la técnica lúdica el índice promedio se redujo en 0.462 y en los que recibieron la charla educativa, el índice promedio se redujo en 0.406, al compararlos no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

En la tabla y gráfico N°7, se analiza la efectividad de la técnica sobre el nivel de conocimiento fue mayor con la técnica lúdica; en los que recibieron la técnica lúdica el incremento del conocimiento promedio fue de 2.623 y en los que recibieron la charla educativa, el incremento del conocimiento promedio se incrementó en 1.412, al comparar estos promedios se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

TABLA N°1. EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA LÚDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS, SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO E HIGIENE BUCAL.

técnica	momento	Índice de higiene Oral Simplificado (IHOS)				Conocimiento sobre higiene bucal							
		Mediana	D.S.	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	D.S.	Mediana	Mínimo	Máximo		
Lúdica													
(53)	Pre	2.011	0.44	7	2.0	1.3	3.0	13.56	2.39	0	14	8	18
	Post	1.549	0.57	0	1.5	0.5	2.7	16.18	2.05	7	16	11	20
	Delta	0.462	0.45	0	0.5	1.0	1.3	2.623	1.50	9	3	0	6
Charlas educativas													
(51)	Pre	2.194	0.57	1	2.2	1.0	3.0	13.82	2.00	7	14	9	19
	Post	1.788	0.51	0	1.8	0.7	2.8	15.23	2.26	8	15	9	20
	Delta	0.406	0.45	8	0.3	0.5	1.5	1.412	1.91	0	1	-3	6
t = -7.4734, P=0.000 ; t = -6.3288, P= 0.000				t = -12.6504, P= 0.000				t = -5.2793, P= 0.000					

Interpretación: En los resultados podemos observar que al evaluar el cambio promedio, en los de técnica lúdica es de 2.6 y en la técnica de charla educativa es 1.4.

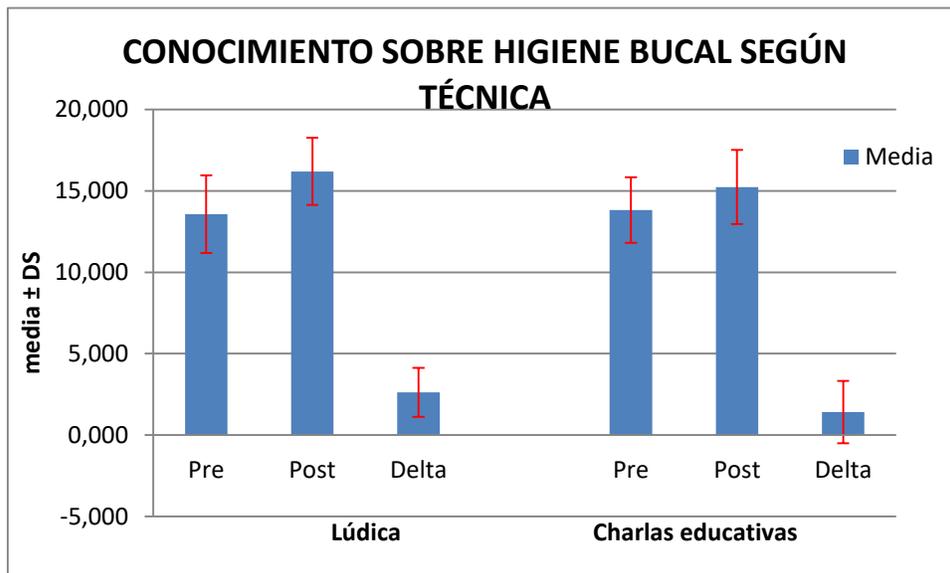
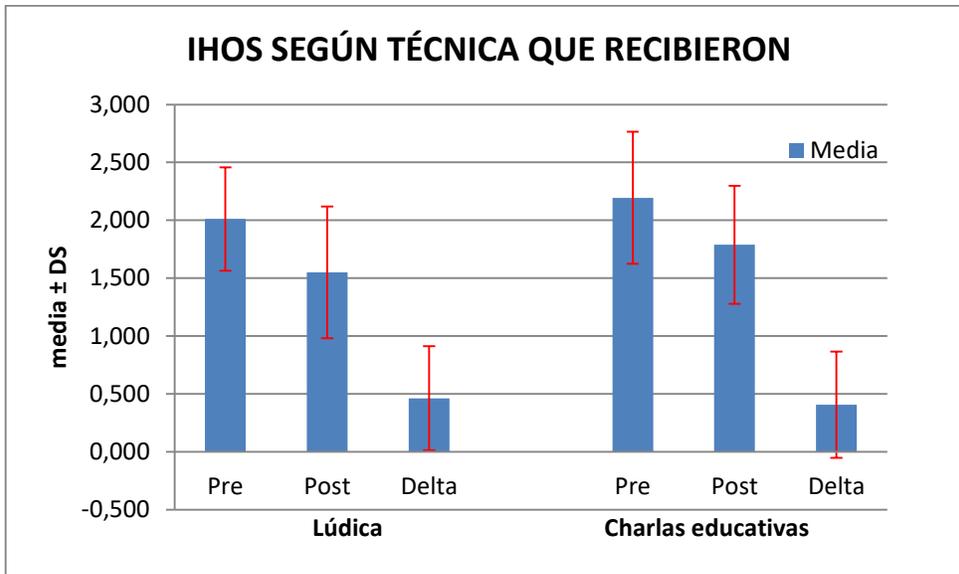


TABLA N°2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL PRE Y POST APLICACIÓN DE LA TÉCNICA LÚDICA

Conocimiento	Pre Aplicación		Post Aplicación	
	N°	%	N°	%
Bueno	14	26.42	39	73.58
Regular	33	62.26	14	26.42
Malo	6	11.32		
Total	53	100.00	53	100.00

χ^2 de McNemar(1) = 31.00 P = 0.0000

Interpretación: En los resultados podemos observar que al evaluar la diferencia en el nivel de conocimiento pre y post aplicación se encuentra diferencias muy significativas, indicando la efectividad de la técnica, $P < 0.05$.

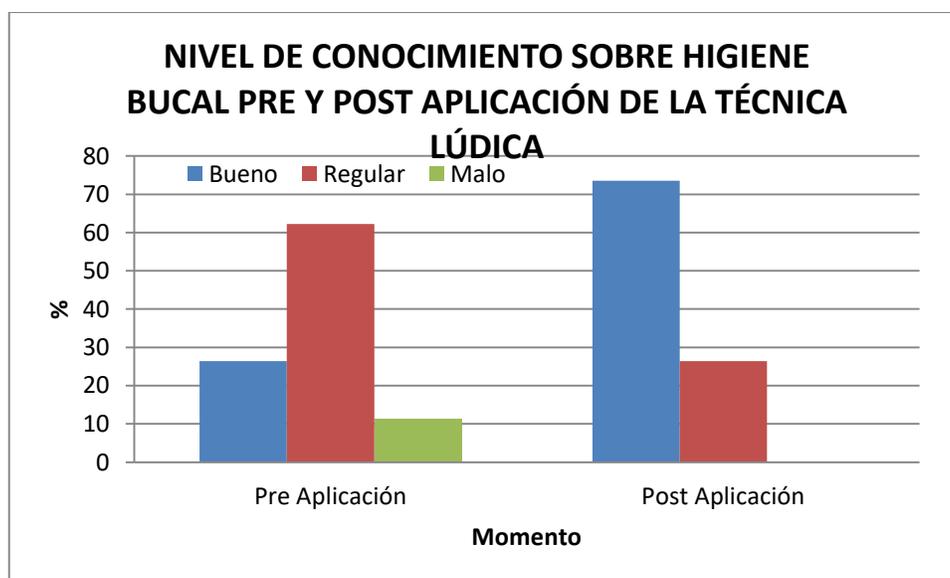


TABLA N°3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL PRE Y POST APLICACIÓN DE LA CHARLA EDUCATIVA

Conocimiento	Pre Aplicación		Post Aplicación	
	N°	%	N°	%
Bueno	15	29.4	24	47.1
Regular	34	66.7	26	51.0
Malo	2	3.9	1	2.0
Total	51	100.0	51	100.0

Chi² de McNemar(1) = 4.76 P = 0.0290

Interpretación: En los resultados podemos observar que al evaluar la diferencia en el nivel de conocimiento pre y post aplicación se encuentra diferencias significativas, indicando la efectividad de la técnica, P < 0.05

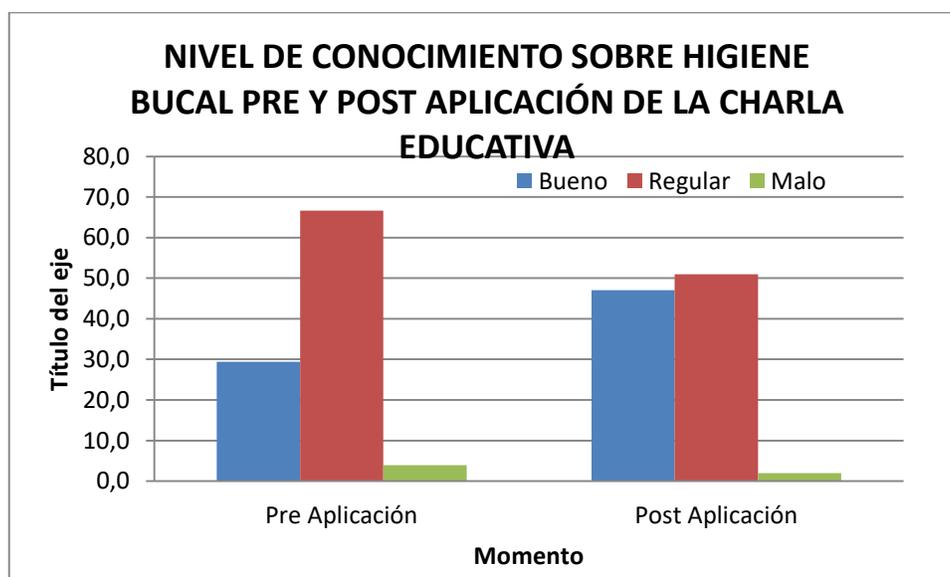


TABLA N°4. IHOS ANTES Y DESPUÉS DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA LÚDICA.

IHOS	Pre Aplicación		Post Aplicación	
	N°	%	N°	%
Bueno			14	26.4
Regular	29	54.7	30	56.6
Malo	24	45.3	9	17.0
Total	53	100.0	53	100.0

Interpretación: En los resultados podemos observar que hubo un incremento significativo en la mejora del IHOS luego de la aplicación de la técnica, se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

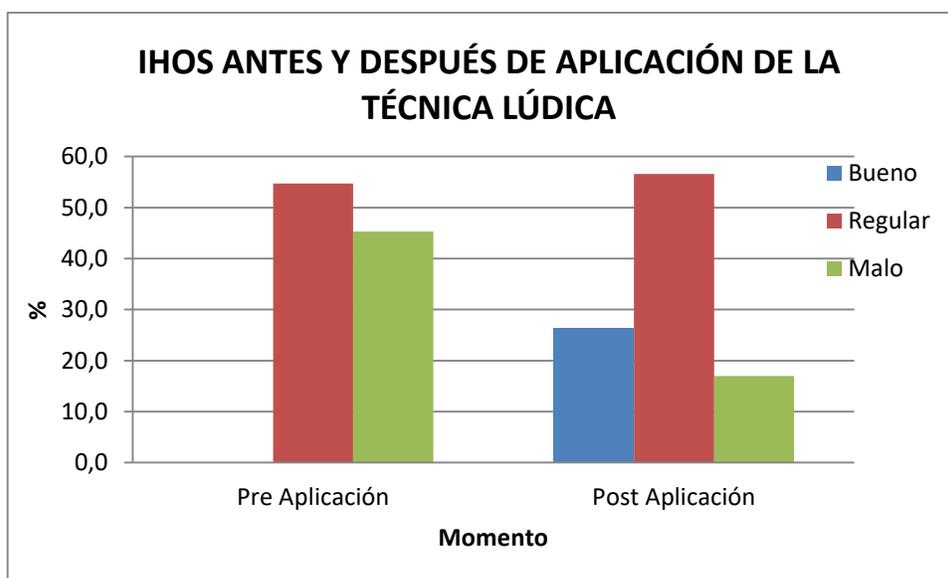


TABLA Nº5. IHOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA CHARLA EDUCATIVA.

IHOS	Pre Aplicación		Post Aplicación	
	N°	%	N°	%
Bueno	2	3.9	7	13.7
Regular	19	37.3	28	54.9
Malo	30	58.8	16	31.4
Total	51	100.0	51	100.0

Interpretación: En los resultados podemos observar que hubo un incremento significativo en la mejora del IHOS luego de la aplicación de la técnica, se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

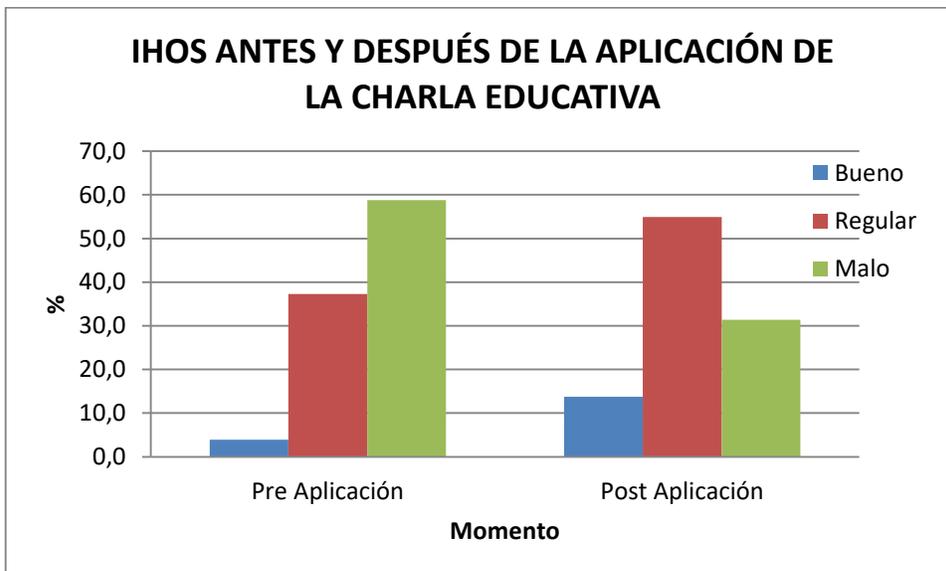
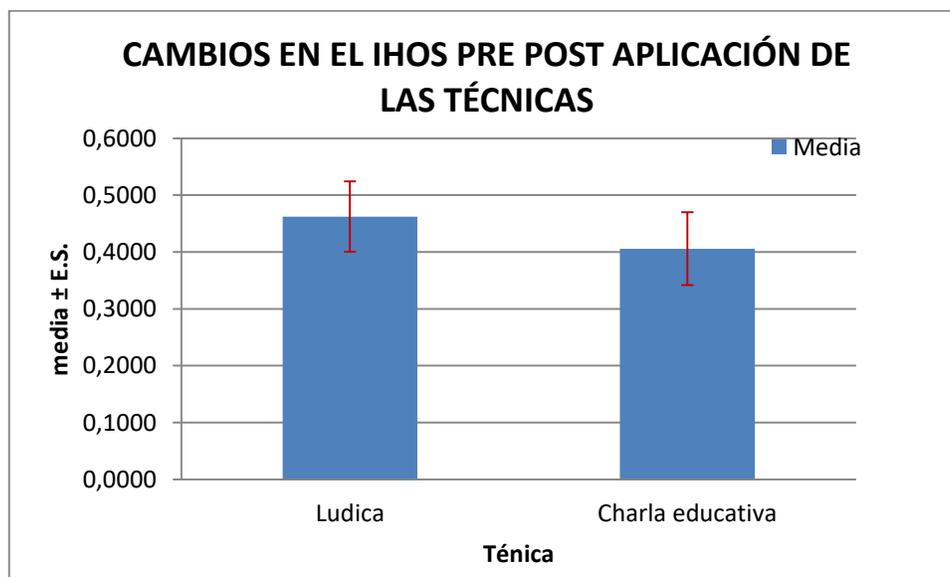


TABLA N°6. CAMBIOS EN EL IHOS PRE POST APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS

Comparación de los deltas en los índices de IHOS

Técnica	Obs	Media	E.S.	t	P
Lúdica	53	0.4623	0.0619	0.633	0.5282
Charla educativa	51	0.4059	0.0641		

Interpretación: En los resultados podemos observar que al compara ambas técnicas no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

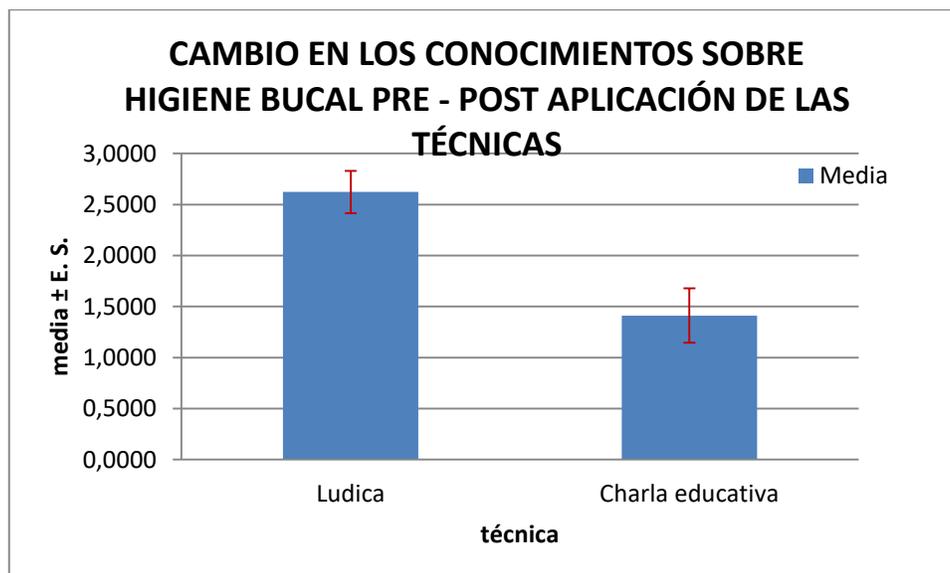


**TABLA N°7. CAMBIO EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE BUCAL
PRE - POST APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS**

Comparación de los deltas de puntaje de conocimiento

Técnica	N°	Media	E.S.	t	P
Lúdica	53	2.6226	0.2073	3.5947	0.0005
Charla educativa	51	1.4118	0.2674		

Interpretación: En los resultados podemos observar que al comparar estos promedios se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.



VI. Discusión

El presente trabajo de investigación se realizó en la institución educativa La Inmaculada en el distrito de San Juan de Miraflores, en 104 escolares de 6 a 8 años del primer y segundo grado de primaria este estudio consistió comparar la efectividad de la técnica lúdica y charlas educativas, sobre el nivel de conocimiento e higiene bucal, durante un mes y medio donde se tuvo como estrategia principal el desarrollo de la técnica lúdica. En nuestro trabajo podemos observar que el IHOS promedio va disminuyendo significativamente al finalizar la aplicación de la técnica, tanto de la lúdica como en charlas educativas. En promedio hubo una disminución de 0.462 en lúdica y 0.406 en charlas educativas, Respecto al nivel de conocimiento, en promedio tenían un puntaje similar en las dos técnicas con un promedio de 13.5 y 13.8, después de la aplicación, el puntaje promedio es mayor en los que recibieron la técnica lúdica con un valor de 16.19 y en los que recibieron charla educativa, el promedio es de 15.23. Al evaluar el cambio promedio, en los de técnica lúdica es de 2.6 y en la técnica de charla educativa es 1.4.

En nuestro estudio se encontró que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal antes (11.32%) malo y después (73.58%) bueno encontrándose significancia después de la aplicación de la técnica lúdica, estos resultados fueron similares a los del estudio desarrollado por Crespo, M., Lovania, Y., Rodríguez, A., y Torres, A. (2010) bella sonrisa, se desarrolló en 50 estudiantes de quinto grado de la escuela primaria Lidia Doce Sánchez, en Cuba con técnicas educativas, participativas así como juegos didácticos, quien encontró el nivel de conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes (78.0%) pero después de efectuado se constató hacia adecuada un (98.0%) adecuada, esto se debe a que ambos estudios buscaron lo mismo objetivos, encontrándose también concordancia con Dávila, M. y Mujica, M.

(2008), que realizó una investigación con un programa educativo con 85 escolares entre 6 a 10 años para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral y prevención de enfermedades de la cavidad oral dando como resultado antes de la aplicación (68%) malo y un (14%) bueno después de la aplicación de su técnica se encontró un (66%)bueno y un (32%) malo, en nuestra investigación se encontró (11.32%) malo y un (26.42%) bueno y después de la aplicación de la técnica lúdica 0 % malo y un (73.58) bueno encontrándose también concordancia, indicando la efectividad de la técnica, $P < 0.05$, también hay similitud al estudio de Evaristo, T. y Pinto, H. (2007) quien desarrollaron un programa educativo basado en estrategia lúdica, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud oral, en 28 niños de 7 a 9 años del tercer grado de primaria del colegio Andrés Rázuri del distrito de San Martín de Porres, dando como resultado antes de la aplicación (17.9%) inicial bueno y un (56.0%) final bueno después de la aplicación, en nuestra intervención se encontró un resultado antes (26.42%) inicial bueno y después (73.58%) final bueno, esto quiere decir que el nivel de conocimiento fue invertido por la eficacia de la estrategia propuesta.

En nuestro estudio se encontró que el nivel de índice de higiene oral antes de la aplicación de la técnica lúdica (0%) bueno y después (26.4%) bueno encontrándose significancia después de la aplicación de la técnica lúdica, y en la aplicación de la charla educativa se observó (3.9%) bueno y después (13.7%) bueno, hubo un incremento significativo en la mejora de IHOS con un $P < 0.05$ luego de la aplicación de ambas técnicas, sin embargo, el resultado difiere del obtenido por Rivera. F (2009), que presento una investigación orientada a comparar la efectividad de la técnica lúdica vivencial frente a la técnica tradicional, la muestra estuvo conformada por 73 alumnos del colegio Romeo Luna Victoria en san Borja en edades de 10 a 13 años de ambos géneros, en la aplicación de la técnica lúdica (16%)

bueno y después (28.79%) bueno, y en la aplicación de la charla educativa (19.16%) bueno y después (19.16%) bueno, a pesar de las cifras la prueba estadística indican que no existe diferencia significativa entre los resultados de ambas técnicas.

VII. Conclusiones

En nuestra investigación sobre la mejora del conocimiento de salud bucal nos permitió cumplir nuestros objetivos, llegando a las siguientes conclusiones:

Que el índice de higiene oral promedio va disminuyendo significativamente al finalizar la aplicación de la técnica, tanto de la lúdica como en charlas educativas, en promedio hubo una disminución de 0.462 en lúdica y 0.406 en charlas educativas. Respecto al nivel de conocimiento, en promedio tenían un puntaje similar en las dos técnicas con un promedio de 13.5 y 13.8, después de la aplicación, el puntaje promedio es mayor en los que recibieron la técnica lúdica con un valor de 16.19 y en los que recibieron charla educativa, el promedio es de 15.23. Al evaluar el cambio promedio, en los de técnica lúdica es de 2.6 y en la técnica de charla educativa es 1.4.

En los resultados podemos observar que al evaluar la diferencia en el nivel de conocimiento pre (26.42%) bueno y post evaluación (73.58%), observándose diferencia significativa. $P < 0.05$.

El nivel de conocimiento pre orientación de la charla educativa se observa un nivel de conocimiento de índice de higiene oral (IHOS) (29.4%) bueno y post orientación observamos (47.1%) bueno indicando diferencias significativas, $P < 0.05$.

En los resultados podemos observar que hubo un incremento significativo en la mejora del índice de higiene oral (IHOS) de (0%) bueno a (26.4%) bueno luego de la aplicación de la técnica, se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

En los resultados podemos observar que hubo un incremento significativo en la mejora del IHOS de (3.9%) bueno a (13.7%) bueno luego de la aplicación de la técnica, se encontró diferencias significativas, $P < 0.05$.

Observamos que la efectividad de ambas técnicas sobre el índice de higiene oral índice de higiene oral (IHOS) son similares, en los que recibieron la técnica lúdica el índice promedio se redujo en 0.462 y en los que recibieron la charla educativa, el índice promedio se redujo en 0.406, al compararlos no se encontró diferencias significativas, $P > 0.05$.

Se observa que con la técnica lúdica el conocimiento se incremento a un promedio 2.623 y los que recibieron la charla educativa un promedio de conocimiento de 1.412, observándose diferencias significativas, $P < 0.05$.

VIII. Recomendaciones

Se recomienda el uso de la técnica lúdica como método de aprendizaje, promoción y prevención de la salud bucal, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación.

Dirigir este programa a diferentes tipos de población, considerando ambiente, cultura nivel socioeconómico, incluyendo a padres de familia y a profesores ya que ellos conviven a diario con los niños.

Incentivar a futuros profesionales de odontología de grados avanzados, a imitar este tipo actividades para promover la salud bucal en el país

Realizar esta investigación teniendo en cuenta el tiempo.

IX. REFERENCIAS

- Ambrose, S., Bridge, M., Dipietro, M., Lovett, M. y Norman, M. (2017). *Cómo funciona el aprendizaje*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Cameron, A. y Widmer, R. (1998). *Manual de odontología pediátrica*. Madrid, España: Harcourt Brace.
- Campos, M. (1992). *Valoración de los Procedimientos de Instrucción de las Actitudes hacia el Tratamiento en la Higiene Oral de Adultos* (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/AD0038101.pdf>
- Crespo, M., Lovania, Y., Rodríguez, A., y Torres, A. (21 de febrero 2010). Charla Educativas Sobre Salud Bucal en Escuela primaria Lidia Doce Sánchez. *Medisan*, 14(2), p 1-9.
- Cuenca, E. y Baca, P. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona, España: Manson.
- Dávila, M. y Mujica, M. (diciembre 2008). Aplicación de un Programa Educativo a los Escolares Sobre Enfermedades de la Cavidad Bucal y medidas Preventivas. *Acta Odontológica Venezuela*, 46(3), 1-6.

De la Fuente, J., Sifuentes, M. y Nieto, M. (2014). *Promoción y educación para la salud en odontología*. México: Manual Moderno.

Departamento de salud bucal. (2010). *Análisis de situación de salud bucal en Chile*.

Recuperado

<http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>

Echeverri, J. y Gabriel, J. (3 a 8 de Noviembre). Lo lúdico como componente de lo pedagógico, la cultura el juego y la dimensión humana. En A. Ramírez (Presidencia), V Congreso Nacional De Recreación Coldeportes Caldas, Medellín, Colombia.

Espinoza, E. y Pachas, F. (Junio, 2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Herediana*. 23(2): 101-108

Evaristo, T. y Pinto, H. (05 de noviembre 2007). Educación Odontológica en Escolares de 7-9 años del Colegio Andres Razuri. San Martín de Porres. *Odontología San Marquina*, 10(2): 21-23.

Ministerio de salud. (2005). Prevalencia nacional de la caries dental, fluorosis del esmalte y urgencias de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 años, Perú. 2001-2002.

Recuperado: de http://www.dge.gop.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf

Monsalve, M., Darío, R. y Mena, S. (2016). *La lúdica como instrumento para enseñanza-*

aprendizaje (Tesis de especialidad). Fundación Universitaria Los Libertadores,
Medellín.

Organización Mundial de la Salud. (2004). La O. M. S Publica un nuevo informe sobre el
problema mundial de las enfermedades bucodentales. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>

Organización Mundial de la Salud (2012). Salud bucodental (nota informativa n° 318).

Recuperado de: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

Padilla, J. (2014). *Diagnóstico de salud bucodental en niños de 6 a 12 años de edad del
nivel primaria en la ciudad de Tampico, Madero y Altamira* (tesis doctoral) .

Recuperado de

https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/57499/S_TD_PROV132.pdf?sequence=4

Ralp, E. y Mcdonald, D. (1995). *Odontología pediátrica y del adolescente*. Madrid,
España: Dayma.

Rivera, W. (2009, enero). Estudio comparativo de los métodos tradicionales y lúdico
vivencial en la enseñanza- aprendizaje de prevención en salud bucal en niños de 11 a 13
años del colegio nacional “Romeo Luna Victoria” del distrito de San Borja, provincia de
Lima, Perú. *Odontología Pediátrica*. Recuperado de

<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v8n1/a3.pdf&ved=2ahUKEwje1sGI7fcAhVOpFkKHcX4A0wQIABAB&usg=AOvVaw3JGJTq0XBX8HugdD8Ve3Fp>

Solís, b., Linares, a., Ulloa, j. y Venegas, S. (2014). *Prevalencia de caries en pacientes de 2 a 4 años alimentados con biberón, pertenecientes al cesfam santa sabina, sector santa sabina, comuna de concepción* (Tesis de pregrado).

Recuperado de

<http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1641/PREVALENCIA+DE+CARIES+EN+PACIENTES+DE+2+A+4+A%D1OS+ALIMENTADOS+CON+BIBER%D3N,+PERTENECIENTES+AL+CESFA.pdf?sequence=1>

X. ANEXOS

Anexo. 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TECNICA LUDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO LA INMACULADA DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES-2017

Yo Corvacho Flores, Carolay Clotilde en mi condición de bachiller en la Universidad Nacional Federico Villarreal, doy a conocer el propósito del estudio el cual será comparar la efectividad de técnica lúdica y las charlas educativas, y la influencias de estos en la salud bucal en los niños, la evaluación iniciara con un pre test para medir el nivel de conocimientos de salud bucal en los niños, por lo cual se le hace conocer que este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para el niño y tendrá como beneficio mejorar el nivel de conocimientos en salud bucal, mejorar las condiciones de salud oral en niños. También se le informa que este estudio no conlleva ningún tipo de gasto, lo datos obtenidos del niño serán confidenciales y de conocimientos solo del investigador. usted tiene el derecho de retirara a su menor hijo a de la investigación si así los considera.

Yo.....

con DNI.....declaro que habiendo leído el presente documento entiendo y acepto la participación de mi mejor hijo(a) en la investigación.

LIMA.....2017

y n° de DNI del
investigador.

Firma y n° de DNI del padre de Firma
familia.

Anexo. 2

CONSTANCIA DE RESULTADO DE CALIBRACION

Apellidos y nombre del autor de tesis:

Corvacho Flores Carolay Clotilde

Titulo de la tesis:

TÉCNICA LUDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE
6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO LA INMACULADA DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES-2017

Apellido y nombre del experto:

Licla Quevedo Karina Esp. Odontopediatría

Nombre del instrumento:

Índice Higiene Oral / Green y Vermillion

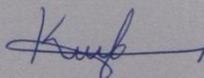
Fecha de realización de calibración:

10/11/17

Resultado de la calibración

APROBADO

Firma del experto:

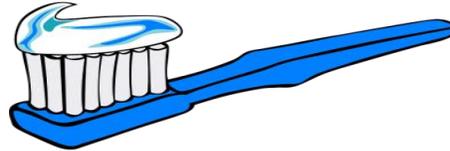

COP. 28293

Anexo. 3

Cuestionario sobre salud bucal

Estudiante.....Edad.....

1.-¿Tienes cepillo de dientes en tu casa?

sí no 

2.-¿ Te debes cepillar los dientes antes de ir al colegio?

sí no 

3.-¿ Te debes cepillar los dientes después de comer?

sí no 

4.-¿ Te debes cepillar los dientes antes de acostarte?

si

no



5.-¿Marca con una (X) lo que deberías desayunar?

Nada	Yogurt	Pan	Dulces
Refrescos	Frutas	Leche	Caramelos

6.-¿Marca con una (X) lo que no debes comer en el recreo?

NADA	GOLOSINAS	FRUTAS	
TORTA	FRUGOS	YOGURT	PAN

7. ¿Marca con una (X) cuantas golosinas deberías comer?



Ninguna

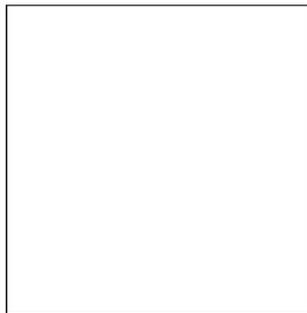


Pocas



Muchas

8. ¿Marca con una (X) cuantos refrescos deberías tomar?



NINGUNO



POCOS



MUCHOS

9. ¿Debes ir al dentista?

si

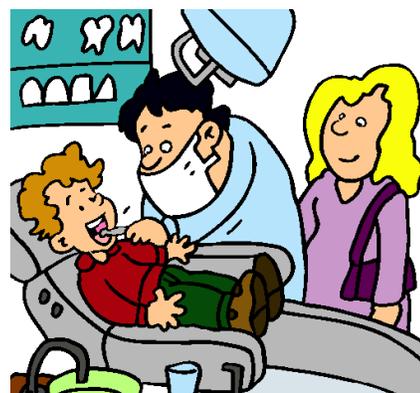
no

Una vez

Dos veces

Tres veces

Más



10.-¿Marca con una (X) los productos que hacen daño a los dientes?



DULCES



FRUTAS



GALLETAS



LECHE



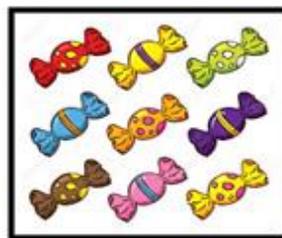
BROCOLI



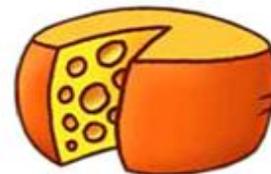
CHUPETIN



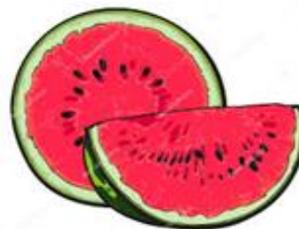
GASEOSAS



CARAMELOS



QUESO



Anexo. 4**JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

Mendoza Murillo Paul Orestes.	<p>Docente asociado de la Universidad Nacional Federico Villarreal - Facultad de Odontología</p> <p>Maestro en docencia e investigación en estomatología.</p> <p>Especialista en salud pública.</p>
Urbano Jiménez Francisco Ricardo.	<p>Docente auxiliar de la Universidad Nacional Federico Villarreal - Facultad de Odontología</p> <p>Especialista en salud pública.</p> <p>Cirujano dentista asistente en el Hospital Dos de Mayo</p>
Córdova Sotomayor Daniel Ángel.	<p>Docente auxiliar de la Universidad Nacional Federico Villarreal - Facultad de Odontología</p> <p>Magister en educación con mención en docencia y gestión educativa.</p>
Licla Quevedo Karina.	<p>Cirujana dentista egresada de la Universidad Nacional Federico Villarreal - Facultad de Odontología, con especialidad en Odontopediatría de la Universidad Científica del Sur.</p>

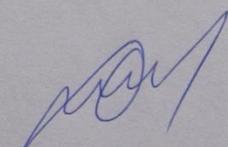
<p>Evangelista Linares Karina.</p>	<p>Docente asociado en la institución educativa particular PROLOG en San Juan de Miraflores.</p> <p>Licenciada en educación.</p>
<p>Huanca Solís Lissett.</p>	<p>Docente asociado en la institución educativa San Juan de Lurigancho .</p> <p>Licenciada en educación.</p>

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	X		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es de forma clara y precisa?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	X		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	X		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		X	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		X	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 4/12/17.



 Nombre y firma del experto informante

DNI 25838671.

Dr: Mendoza Murillo Paul Orestes.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	✓		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	✓		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta e instrumento es de forma clara y precisa?	✓		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	✓		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	✓		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		✓	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		✓	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 08/12/17

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYODr. FRANCISCO URBANO JIMENEZ
Cirujano Perlista Asistente
C.O. 45-971

Nombre y firma del experto informante

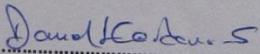
Dr: Urbano Jiménez Francisco Ricardo.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	✓		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta e instrumento es de forma clara y precisa?	✓		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	✓		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	✓		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		✓	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		✓	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 01/12/17



 Nombre y firma del experto informante

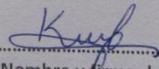
Dr: Córdoba Sotomayor

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	✓		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta e instrumento es de forma clara y precisa?	✓		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	✓		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	✓		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		✓	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		✓	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 10/11/17



Nombre y firma del experto informante

DNI: 43446218

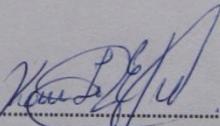
CD: Licla Quevedo Karina.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	si		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	si		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	si		
5	¿La estructura que presenta e instrumento es de forma clara y precisa?	si		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	si		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	si		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	si		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		no	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		no	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 16.../11/17



 Nombre y firma del experto informante

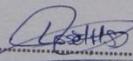
Lic. Evangelista Linares Karina.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	PREGUNTA	APRECIACION		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento?	X		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta e instrumento es de forma clara y precisa?	X		
6	¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es el adecuado?	X		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	X		
9	¿Se debe incrementar el número de ítems?		X	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		X	

APORTES Y/O SUGERENCIAS:

Fecha: 05/12/17.


 Nombre y firma del experto informante
 DNI: 44881017

Lic. Huanca Solís Lissett.

Anexo. 5

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	30	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	30	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.845	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
@1	7.93	3.651	.488	.839
@2	7.90	4.024	0.000	.856
@3	8.07	2.823	.830	.799
@4	7.90	4.024	0.000	.856
@5	8.00	3.241	.628	.823
@6	8.03	2.930	.824	.801
@7	8.07	2.823	.830	.799
@8	8.03	3.895	.007	.882
@9	8.07	2.823	.830	.799
@10	8.10	2.921	.674	.818

Anexo. 6

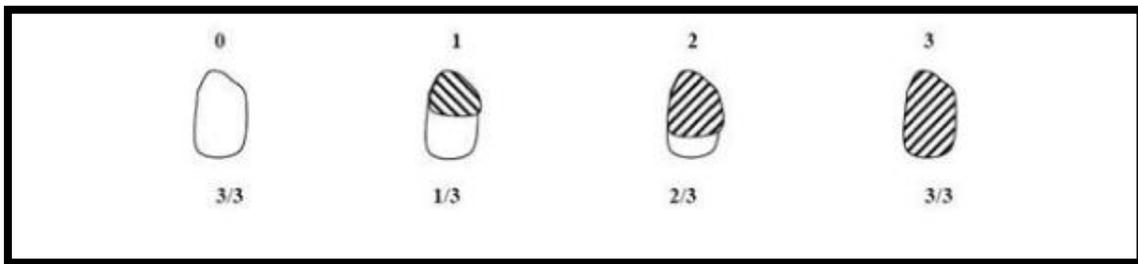
Ficha de recolección de datos:

0= Ausencia de placa bacteriana sobre superficie del diente

1= Presencia de placa bacteriana que cubre 1/3 de la superficie del diente

2= Presencia de placa bacteriana que cubre 2/3 de la superficie del diente

3= Presencia de placa bacteriana que cubre toda de la superficie del diente



Escala para calificar la higiene

0-1 = Bueno 1.1 - 2 = Regular 2.1 - 3 = Mala

Ficha de recolección de datos:

Nombre:.....

Año y sección:.....Fecha.....

DENTICION PERMANENTE

1.6 (v)	1.1(v)	2.6(v)
4.6(l)	3.1(v)	3.6(l)

DENTICION DECIDUA

5.5 (v)	5.1(v)	6.5(v)
8.5(l)	7.1 (v)	7.5(l)

DIENTE								IHOS
FECHA								
INICIAL								
FINAL								

Anexo. 7



Universidad Nacional
Federico Villarreal

CARGO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

Pueblo Libre, 22 de noviembre de 2017

Señora Licenciada
GUISELLA OLINDA GARCÍA VÁSQUEZ
DIRECTORA
I.E. N° 7211- LA INMACULADA
San Juan de Miraflores.-

De mi especial consideración:

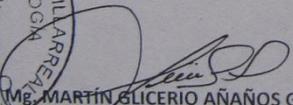
Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la Bachiller **CORVACHO FLORES, CAROLAY CLOTILDE**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulado:

TÉCNICA LÚDICA Y CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO LA INMACULADA DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2017

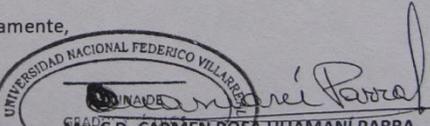
En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la Bachiller **CORVACHO** para la recopilación de datos, lo que le permitirá desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Mg. MARTÍN GLICERIO AÑAÑOS GUEVARA
Decano

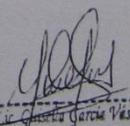


Mg. C.D. CARMEN ROSA HUAMANI PARRA
Jefe (e)
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

Miriam G.

Se adjunta: Protocolo de Tesis

086-2017

Lic. Guisella García Vásquez
DIRECTORA
I.E. N° 7211 - S. J. M.

Anexo. 8

FOTOGRAFÍAS

EXAMEN CLINICO



EVALUACION DEL PRE TEST



TECNICA LUDICA

JUEGO DE LA RULETA Y LUDO



JUEGO DE MEMORIA



ROMPECABEZA Y ADIVINA QUIEN SOY



CHARLAS EDUCATIVAS

