



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS
DE 4 Y 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PÚBLICA EN EL DISTRITO DE
SANTA ANITA – LIMA – 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

LEÓN PIÑAS, JUAN ALONSO

ASESOR

Dr. Oliva Chuman, José Gilberto

JURADO

Mg. Peltroche Adrianzén, Nimia Olimpia

Mg. Castro Pérez Vargas, Antonieta

Mg. Suyo Chauca, Tania

LIMA – PERÚ

2019

AGRADECIMIENTO

- A mi madre, Mg. Esp. Piñas Rojas, Luz Elizabeth, por brindarme su apoyo y conocimientos necesarios para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A mi asesor principal, Dr. Esp. Oliva Chuman, José Gilberto, por su asesoramiento y su constante apoyo para la realización del presente trabajo de investigación.

DEDICATORIA

- A mis padres Luz Elizabeth Piñas Rojas y Juan Antonio León Menéndez por el apoyo constante y confianza brindada a lo largo de mi vida para poder culminar cada una de mis metas trazadas.
- A Juan Diego, Cynthia, María Fernanda, Matteo, Vanessa, Pepi, Pony, Princhi, y a cada miembro de mi familia que se encargó de darme una mano y un apoyo en los momentos donde los necesitaba. Soy muy afortunado de contar con su compañía. Gracias.
- A mis docentes de la Universidad Nacional Federico Villarreal por impartir conocimientos y absolver cada una de mis dudas en mi etapa universitaria.

Resumen

El Presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo sobre higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa Pública en el distrito de Santa Anita en el año 2018. El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, longitudinal, comparativo teniendo como grupo de estudio a 81 niños entre 4 y 5 años de la I.E.I San Carlos 152 en Lima, Perú. Se elaboró un programa educativo utilizando diferentes técnicas de aprendizaje sobre higiene bucal especialmente para niños de 4 y 5 años de edad. Se realizó una primera medición sobre el Índice de Placa Bacteriana Visible e Índice de Inflamación Gingival antes de la aplicación del programa educativo y dos mediciones a los 15 y 30 días después de aplicado el programa anotando los datos en una ficha AD-HOC confeccionada por el autor del presente trabajo. Como resultado obtuvimos que el Índice de Placa Bacteriana Buena varió de 30.9% a 88,9%, IPB Regular de 54.3% a 11.1% y el IPB Deficiente de 14.8% a 0%, y el Índice de Inflamación Gingival sin inflamación varió de 8.6% a 70.4%, IIG leve de 67.9% a 25.9%, IIG moderada de 19.8% a 3.7%y IIG grave de 3.7% a 0%. Por lo tanto, se concluye que el programa educativo “Dientito Feliz” es efectivo debido al impacto en la higiene oral obtenido de acuerdo a los resultados que arrojó la investigación.

Palabra clave: Programa educativo, índice de placa bacteriana visible, índice de inflamación gingival

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the evaluation of an educational program on oral hygiene in children 4 and 5 years of a Public Educational Institution in the district of Santa Anita in 2018. The type of study was observational, prospective, longitudinal, comparative having as a study group 81 children between 4 and 5 years of the IEI San Carlos 152 in Lima, Peru. An educational program was developed using different learning techniques on oral hygiene especially for children 4 and 5 years old. A first measurement was made on the Visible Bacterial Plaque Index and Gingival Inflammation Index before the application of the educational program and two measurements at 15 and 30 days after the application of the program, writing down the data on an AD-HOC file prepared by the author of this work. As a result, we obtained that the Good Bacterial Plaque Index varied from 30.9% to 88.9%, Regular IPB from 54.3% to 11.1% and the Deficient IPB from 14.8% to 0%, and the Gingival Inflammation Index without inflammation varied from 8.6 % to 70.4%, IIG level from 67.9% to 25.9%, moderate IIG from 19.8% to 3.7% and severe IIG from 3.7% to 0%. Therefore, it is concluded that the educational program "Dientito Feliz" is effective due to the impact on oral hygiene obtained according to the results of the research.

Keyword: Educational program, visible bacterial plaque index, gingival inflammation index

ÍNDICE

	Nº de pág
I. Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema	3
1.2 Antecedentes	5
1.3 Objetivos	9
- Objeto General	9
- Objetivos Específicos	9
1.4 Justificación	10
1.5 Hipótesis	10
II. Marco Teórico	11
III. Método	19
3.1 Tipo de investigación	19
3.2 Ambito Temporal y espacial	19
3.3 Variables	19
3.4 Población y muestra	21
3.5 Instrumentos	22
3.6 Procedimientos	22
3.7 Análisis de datos	23
3.8 Consideraciones Éticas	23

IV. Resultados	24
V. Discusion de resultados	38
VI. Conclusiones	40
VII. Recomendaciones	42
VIII. Referencias	43
IX. Anexos	46

I. Introducción

La salud bucal es una parte importante en el desarrollo psicosocial y personal de todo individuo, ya que nos va a servir para poder sonreír, comenzar una conversación con otras personas sin tener vergüenza, así como la masticación, que nos ayudara a poder digerir y extraer todos los nutrientes de los alimentos del día a día. Muchas veces estas funciones se ven alteradas por las diferentes enfermedades bucales que conocemos, como son la caries dental y la enfermedad periodontal, que han sido consideradas por la Organización Mundial de la Salud como las mayores cargas mundiales de salud oral. No debemos dejar sin importancia las consecuencias psicosociales que estas enfermedades pueden generar en la población, disminuyendo la autoestima y las relaciones interpersonales, que traen como consecuencia una disminución en la calidad de vida de una persona. La Organización Mundial de la Salud ha definido la salud bucal como un proceso de estado libre de dolor crónico facial y bucal, cáncer oral y de garganta, ausencia de llagas bucales, defectos congénitos, pérdida de dientes, caries dental, enfermedad periodontal, así como de diferentes enfermedades y trastornos que afectan los la cavidad oral. Si se deja de lado y no se atienden estas enfermedades en su debido momento, puede llegar afectar la salud general del paciente ya que el problema conlleva y obliga a la persona a pagar grandes sumas de dinero en tratamientos dentales que puede preverse si se conociera los medios de prevención de estas enfermedades. Asimismo, es necesario educar a la población en general, tanto padres como hijos para que no esperen un alto grado de dolor para poder visitar al dentista, sino que lo hagan en las consultas de prevención cada 3 o 6 meses para evitar de esta forma malestares en los pacientes. Este es un desafío bastante complejo para el dentista, que normalmente atiende a un paciente cuando la enfermedad esta en un estado crónico y el tratamiento debe de ser inmediato mas no de prevención.

Algunos estudios asocian el bajo nivel socioeconómico con una mayor prevalencia de caries dental, inflamación gingival que en general nos darían una mala condición de higiene oral, que estarían asociados a malos hábitos de alimentación, higiene oral y cuidados preventivos.

La mayoría de los niños son descuidados con su higiene oral diaria e incluso para la higiene en general, por ello es sustancial el apoyo directo de los padres para que puedan obtener el hábito de cepillarse los dientes, Está demostrado que la correcta higiene oral contribuye a una disminución de las enfermedades de la cavidad oral. Si el niño no cuenta con el hábito de cepillarse los dientes, se debe observar a los padres, ya que en muchos de los casos los padres tampoco la poseen y es en ese entonces donde la tarea de enseñarles se vuelve más complicada. Es por eso que los programas educativos cumplen una misión importante en el desarrollo de hábitos sobre higiene oral en niños preescolares, ya que se les brindara los conocimientos y las herramientas para poder cumplir con esta misión, y de esta forma poder reducir el porcentaje de niños con mala higiene oral.

1.1 Descripción y formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (2003) define a la salud bucal como un: “Estado libre de dolor crónico facial y bucal, cáncer oral y de garganta, ausencia de llagas bucales, defectos congénitos, pérdida de dientes, caries dental, enfermedad periodontal, así como de diferentes enfermedades y trastornos que afectan los la cavidad oral”. También en el año 2012 nos informa que a nivel mundial el 60-90% de los escolares presentan caries dental y enfermedad periodontal y que es mucho mayor en zonas con alto índice de pobreza.

Según el Ministerio de salud (2002) en su estudio titulado “Prevalencia nacional de caries dental, Fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6, 8, 10, 12 y 15 años, Perú 2001 – 2002” se conoció que los departamentos de Cuzco (51.4%) y Moquegua (50.8%) fueron los que evidenciaron “mayor urgencia” de tratamiento dental debido a la mayor cantidad de enfermedades orales que presentaban. Los niños de 8 años (46.1%) fueron los que más necesitaron de un tratamiento dental de urgencia, y en el área rural la prevalencia fue de 35.6%.

Según Nithila, Bourgeois, Barmes, & Murtomaa (1998) estas enfermedades han sido históricamente consideradas como las más importantes cargas mundiales si se refiere a salud oral. Las enfermedades bucodentales influyen negativamente en actividades realizadas en las escuelas, en el trabajo y en el hogar, causando millones de pérdidas de horas de escuela y trabajo cada año a nivel mundial (OMS, 2003).

Se ha establecido que la caries dental y la placa bacteriana no solo afecta la salud bucal, sino que también puede repercutir en la salud general, psicosocial y en consecuencia en la calidad de vida de una persona (Manipal, 2012).

A pesar de combatir las enfermedades bucales a nivel mundial, siguen existiendo grupos desfavorecidos, especialmente en países en desarrollo, donde la pobreza tiene un índice elevado, donde existen grupos étnicos olvidados o relegados. Por lo tanto, para mejorar la condición de higiene bucal, es necesario que exista un cambio en el estilo de vida del individuo, al uso correcto de los servicios de salud oral, a la implementación efectiva de programas educativo-preventivos en las comunidades, así como en los centros educativos y al uso correcto de dentífricos fluorados (Nadanovsky & Sheiham, 1995).

Puesto que la prevalencia de caries dental y presencia de placa bacteriana está asociada a una escasa o baja frecuencia en cepillado, junto con un alto consumo de golosinas, se recomienda que los principales objetivos de los programas educativo-preventivos, deben de estar dirigidos especialmente a una población con menor nivel sociocultural, y a la población rural dando como pautas un cepillado dental diario, a reducir la ingesta de golosinas, y a incrementar el conocimiento en salud bucal (Murrieta y Juárez, 2004).

Actualmente el Perú es uno de los países latinoamericanos con mayor número de enfermedades bucales, y es de mayor prevalencia en la población infantil, en especial en las regiones de Pasco, Puno y Apurímac donde existe un mayor índice de caries dental en niños, con cifras que superan el 98%, debido a la escasa higiene bucal, y por no tener un control cada 6 meses con los dentistas (MINSA, 2017).

Basado en las investigaciones previas se planteó la siguiente pregunta:

¿Qué tan eficiente puede ser implementar un programa educativo sobre la higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una I.E.I. en el distrito de Santa Anita?

1.2 Antecedentes

Noborikawa y Kanashiro (2009) evaluaron la efectividad del Programa Educativo de Salud Oral titulado “Sonrisas” en los conocimientos e higiene oral del Colegio La Unión, Lima, Perú. Como grupo de estudio tomaron a 132 estudiantes y usaron el IHO-S de Greene-Vermillion, asimismo usaron un cuestionario para evaluar los conocimientos previos a la aplicación del programa educativo. Los resultados nos indicaron que tanto los conocimientos sobre higiene oral como la propia higiene oral fueron visiblemente mejorados, demostrando la importancia del uso de diferentes técnicas de aprendizaje, y métodos creativos para llegar a los niños en programas educativos en salud oral.

Rufasto y Bernabé (2012) evaluaron el efecto del programa educativo en salud oral en el nivel de conocimientos e índice de higiene oral en adolescentes de una institución educativa nacional en Lima, Perú. La muestra fue de 180 alumnos a los cuales se les midió el IHOs y el nivel de conocimientos antes y después de la ejecución del programa educativo. Los índices de higiene oral y los conocimientos sobre salud oral fueron mejorados después del programa preventivo de salud oral, demostrando la importancia e influencia positiva de las actividades preventivas promocionales en los adolescentes

Fernández, Novaes y Feitosa (2012) evaluaron la efectividad de un programa de higiene oral preventivo en niños de 7 a 11 años en un orfanato en Brasil. El estudio se enfocó en la evaluación de la placa bacteriana y gingivitis antes y después de la aplicación del programa educativo en 42 niños que tenían los primeros molares. Al inicio del estudio ambos grupos tuvieron mala higiene bucal en la exploración. El porcentaje medio de las superficies sin placa visible 8.2% en el grupo experimental y 14% en el grupo control y en el examen final el porcentaje medio de las superficies sin placa era 36.2% en el grupo experimental y 15.1% en el

grupo control, estos resultados nos dicen que hubo una mejora significativa en el grupo experimental. El grupo de prueba presentó sangrado al sondaje de menos de 20% de sus áreas interproximales, en comparación con el 50% en el grupo control. Como resultado de su estudio nos dicen que hubo mejoras en la salud bucal mediante la implementación de un programa preventivo en niños que nunca tuvieron un tratamiento dental preventivo.

Celis, Flores (2014) realizaron un estudio en Chiclayo – Perú cuyo Objetivo fue evaluar la influencia del programa educativo “La conquista de una boca sana ” sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de edad de la institución educativa Santa María en la provincia de Chiclayo, participaron 83 niños preescolares del cual se obtuvo un grupo experimental y un grupo control , Como método se utilizaron fichas de registro para la condición de higiene oral antes y después del programa educativo y se aplicó la prueba Z para diferenciación de proporciones leída al 95% de confiabilidad. El estudio concluyó que la aplicación del programa educativo de salud bucal “la conquista de una boca sana” fue efectivo sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años

Quezada (2015) realizó una investigación en alumnos de una institución educativa en Trujillo, Perú para determinar la eficacia de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos y el nivel de Higiene oral durante 2 meses en estudiantes de primero de secundaria. Se empleó un cuestionario antes, durante y después de la intervención educativa, así como tabular los datos obtenidos de higiene oral. Los resultados arrojaron que el nivel de conocimientos vario de un 60% a un 80% y con respecto al índice de higiene oral, vario dando como resultado que al inicio obtuvieron un 4% regular y finalizando el estudio fue de 72%. Como conclusión refieren que la intervención educativa fue eficaz mejorando el nivel de conocimientos así como el de higiene oral.

Ramos (2015) realizó un estudio en el departamento de Puno, teniendo como objetivo determinar la influencia de un programa educativo titulado “Sonrisas Felices” sobre el IHO, tuvo como muestra 63 niños de 5 años de edad de la Institucion Educativa Inicial Tambopata N° 324, este programa se desarrollo en dos meses en los que se efectuo tres sesiones educativas, asimismo se midió el Indice de Higiene Oral antes y despues de aplicado dicho programa. La investigacion concluyo que el programa educativo fue efectivo pasando de un I.H.O. bueno de un 9.5% a un 84.1%, regular de un 74.6% a un 15.9% y malo de un 15.9% a un 0%.

Soto, Sexto y Gontán (2014) evaluaron la efectividad de un programa educativo sobre la salud bucal en 80 niños y 10 maestros de una escuela de Rio Chico en Venezuela. Su objetivo fue lograr cambios de actitud y hábitos bucales saludables. Elaboraron un programa donde incluyeron juegos didácticos y un software educativo. Los resultados se obtuvieron mediante encuestas, arrojando que antes de aplicar el programa educativo solo el 7.5% de los niños conocía las causas que provocan las maloclusiones, y después aumentó a un 88.7%. Lo mismo pasó con los maestros que solo un 20% tenían una correcta información en cuanto a higiene bucal antes del programa, y aumento a un 100% después de la aplicación de este. Como conclusión mencionan que la intervención fue efectiva tanto en niños como en maestros adquiriendo nuevos conocimientos de manera que podrán realizar una buena higiene personal para mantener su salud oral.

Rodríguez y Jaramillo (2017) efectuaron una intervención educativa en 30 mujeres entre 14 y 16 años de edad que sufrían de gingivitis y fueron atendidas en el Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto en la ciudad de Quito, Ecuador de Julio a Octubre del año 2016, Se aplicó una encuesta, un indicador de salud bucal y el índice de higiene bucal simplificado. Después de realizar las sesiones educativas, un 83.3% de participantes presentó un nivel de

conocimientos elevado, con una relación entre dicho nivel y la salud periodontal, debido a que se llegó a reducir la placa bacteriana y el grado de gingivitis. Se obtuvo como conclusión de que es necesario combinar la información con los tratamientos preventivos para disminuir y ayudar a la salud de la higiene oral.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad del programa “Dientito Feliz” sobre la higiene bucal en niños de 4 y 5 años de la I.E.I 152 San Carlos.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar el índice de placa bacteriana e índice de inflamación gingival antes de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

Hallar el índice de placa bacteriana e índice de inflamación gingival a los 15 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años

Establecer el índice de placa bacteriana e índice de inflamación gingival a los 30 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años

Comparar el índice de placa bacteriana e inflamación gingival antes y a los 15 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

Comparar el índice de placa bacteriana e inflamación gingival antes y a los 30 días de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

Comparar el índice de placa bacteriana e inflamación gingival antes y después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años según sexo.

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica

La higiene oral es una parte importante en la salud bucal de un individuo, aun así, hay un alto índice de personas con enfermedades bucales en el Perú, estas se podrían prevenir con la implementación de programas de salud bucal para así poder disminuir las complicaciones a futuro que conlleva tener una mala higiene bucal.

1.4.2 Practica

Este programa beneficiará a los niños de 4 y 5 años y también a su entorno en general, debido a que a largo plazo este mismo programa podrá usarse en distintos lugares dando lugar a mejores hábitos higiénicos en la población, reduciendo las enfermedades periodontales, caries dental y también las enfermedades sistémicas, como resultado se tendrá una población con mejor calidad de vida.

1.4.3 Social

A la vez este estudio es relevante y de gran importancia social pues demostrará que una educación correcta y exhaustiva sobre salud bucal, mejora los hábitos higiénicos, y que en edades tempranas es más efectiva porque aún están en formación los hábitos de higiene y salud oral.

1.5 Hipótesis

Si la educación influye en mejorar los conocimientos, entonces es probable que la aplicación del programa educativo sobre higiene bucal “Dientito Feliz”, influenciará positivamente, mejorando la condición de higiene bucal de los escolares de la I.E.I 152 San Carlos del distrito de Santa Anita, Lima – Perú, 2018.

II. Marco Teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Higiene oral

La Higiene oral es la unificación de conocimientos y técnicas que emplean los individuos para el control de los factores que pueden ejercer efectos dañinos sobre su salud bucal. Por lo tanto, la higiene dental es el conjunto de reglas que logran una prevención óptima de las enfermedades orales, especialmente las encías y evitará la aparición de caries dental. Asimismo, la higiene dental debe ser realizada de forma correcta para obtener buenos resultados. Además, el tiempo es un factor clave para que pueda ser efectiva. El cuidado de los diferentes elementos de la cavidad oral es de gran importancia, ya que es la parte donde el aparato digestivo empieza. Los dientes son parte sustancial para mantener el organismo en perfectas condiciones, su función principal es la trituración y la formación del bolo alimenticio conjuntamente con las demás partes de la cavidad oral, para obtener una buena digestión. La ausencia parcial o total de los dientes influirá negativamente en el organismo, el impedimento de masticar correctamente, predispone a mala nutrición que podrá convertirse en desnutrición y la aparición de enfermedades sistémicas (Alcocer, 2009).

2.1.1.2 Enseñanza de la higiene oral

La mayoría de los niños son descuidados con su higiene oral diaria e incluso para la higiene en general, por ello es sustancial el apoyo directo de los padres para que puedan obtener el hábito de cepillarse los dientes, Está demostrado que la correcta higiene oral contribuye a una disminución de las enfermedades de la cavidad oral. Si el niño no cuenta con el hábito de cepillarse los dientes, se debe observar a los padres, ya que en muchos de los casos los padres

tampoco la poseen y es en ese entonces donde la tarea de enseñarles se vuelve más complicada. Uno de los métodos de enseñanza más común es teñir los dientes para que el infante pueda observar la presencia de placa bacteriana, hoy en día hay bastantes folletos explicativos infantiles cuyo enfoque es poder demostrar al niño que hay "bichitos" que les pueden malograr los dientes. Un niño debería aprender a cepillarse los dientes por sí solo a partir de los 4 años, pero existen limitaciones psicomotrices que hacen que esta tarea se torne un poco difícil. Normalmente, el niño intentará lavarse de manera independiente, sin embargo, muchas veces lo hará de la manera incorrecta, y por ende dependerá de la ayuda directa de sus padres o apoderados durante mucho tiempo; lo más recomendable es que éste entrenamiento se lleve a cabo por la noche, antes de dormir. Ayudar al niño en etapas tempranas desarrollara el interés para que más adelante se forme el hábito del autocuidado personal (Barbería, 2005).

2.1.1.3 Importancia de la salud dental para la salud y el bienestar general

El aparato digestivo empieza por la boca y gracias a ella se puede obtener, triturar y digerir los alimentos. También es importante ya que es hogar del sentido del gusto y a la vez importante para la respiración. Una boca sana ayudará en las relaciones interpersonales, de manera social el individuo se sentirá a gusto y con mayor confianza para realizar las diferentes actividades del día a día (Barrancos, 2006).

Cameron (2010) refiere que es recomendable visitar al odontólogo cada 6 meses para que haga una revisión general de la cavidad oral para evitar futuros problemas bucales. Un dolor espontáneo en una pieza dental es un malestar que puede traer problemas de salud graves, es por eso que se sugiere tener un cuidado especial con la boca, lavarse los dientes después de cada comida o 3 veces al día y usar hilo dental al finalizar el cepillado, de esta forma se ayudará a eliminar los restos alimenticios que queden entre los dientes.

2.1.2 Prevención en salud bucal

Miranda (2008) refiere que para prevenir las patologías orales es necesario realizar las actividades de higiene bucal, para controlar los factores de riesgo más comunes como son las caries y la gingivitis. La prevención en odontología se controla eliminando la placa bacteriana que queda en la superficie dental, de esta forma la eliminación de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención de lesiones cariosas y e inflamación gingival.

La prevención en higiene oral ha sido favorecida debido a la gran investigación que se ha dado a este campo, demostrando que, las enfermedades periodontales como la caries dental, son causadas por bacterias. Los diferentes resultados que han arrojado las investigaciones previas han dado nuevos enfoques sobre los tratamientos de enfermedades de la cavidad oral, así como la prevención de estas. La prevención en salud bucal está destinado a toda la población y asimismo se le da más énfasis a grupos con mayor sensibilidad como son los niños, ancianos, poblaciones marginales, discapacitados y mujeres embarazadas (UNICOC, 2010).

Según la organización mundial de la salud (2012) las enfermedades bucales y las otras afecciones crónicas se pueden reducir en el mismo tiempo, como se indica a continuación

- Reducir la ingestión de azúcares y promover una alimentación equilibrada para evitar la caries dental y asimismo la pérdida de dientes.
- Las verduras y frutas protegen contra el cáncer de la cavidad oral.
- El tabaco, así como el consumo de alcohol suelen aumentar el índice de cáncer en la cavidad oral, al eliminarlo estamos previniendo la aparición de estos, así como de las periodontopatías y la pérdida dental.
- Al practicar un deporte de contacto, es necesario el uso de equipo de protección para reducir las lesiones faciales y bucales.

- Entornos físicos seguros.

Para prevenir la caries dental es necesario mantener una concentración baja y estable de fluoruro en la cavidad oral. Esto puede conseguirse mediante la ingesta directa de agua fluorada, la leche, los colutorios, la pasta dentífrica, o por último con la aplicación de fluoruros por parte de un dentista. Al tener por mayor tiempo la presencia de niveles óptimos de fluoruros en la cavidad oral, reducirá el número de caries dental tanto en niños como en adultos (OMS, 2012).

Con la prevención vamos a poder evitar y detener la enfermedad si esta ha aparecido, hasta poder conseguir el tratamiento e impedir su avance al máximo posible. En la fisiopatología de cualquier enfermedad existen los siguientes períodos.

El período pre patogénico es aquel donde se presentan todo lo relacionado al desarrollo de la enfermedad, por ejemplo: cuando existe mala higiene oral o consumo de azúcares en exceso se empleará la educación preventiva donde se conocerán hábitos higiénicos correctos.

En el periodo patogénico aparecerán los signos y síntomas de la enfermedad, por ejemplo: en la lesión conocida como caries en mancha blanca, se aplicarán medidas de prevención secundaria como el tratamiento de la caries.

El resultado del proceso que puede consistir en la pérdida del diente o la restauración de las lesiones, se aplicara la rehabilitación del diente en cuestión (Consejería de salud, 2002).

La ayuda que brinda la salud pública contra las enfermedades de la cavidad oral se ve elevada cuando se integran con los diferentes programas nacionales de cada país.

Se sabe que la higiene oral es un hábito aprendido desde la infancia y transmitida por los padres por primera vez, en especial la madre, quien es el primer modelo de comportamiento en esta etapa. El cepillado dental forma parte de la higiene oral, y en base a estudios realizados se recomienda realizarlo dos veces al día desde la erupción dentaria en un infante.

Al no tener un buen cepillado dental, todas las caras de nuestros dientes estarán expuestas a la migración de microorganismos, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades de la cavidad oral (Wynne, 2013).

Para obtener buenos resultados al momento de cepillarse es necesario desarrollar muy bien los movimientos psicomotores, pero esto es difícil para un niño, debido a que estos movimientos ellos aún no lo tienen perfeccionado. A medida que crecen los niños, estos movimientos de barrido se van perfeccionando desarrollando a la vez una madurez al momento de cepillarse por sí solos, pero tiene que ir supervisado por la madre, el padre o el apoderado a cada momento.

A medida que el niño crece, el hilo dental, así como los colutorios son introducidos para su autocuidado bucal. Entre los 3 y 4 años de edad el niño podrá efectuar mejores movimientos psicomotores que le permitirá por sí solo poder cepillarse los dientes, siempre y cuando un adulto lo supervise 1 vez al día (Chamorro, 2009).

2.1.3 Programa educativo “Dientito Feliz”

El programa “Dientito Feliz” está confeccionado por el autor del presente trabajo donde se pretende ofrecer desde el ámbito educativo sanitario, un conjunto de actuaciones relacionadas con la salud bucodental, debidamente organizadas y secuenciadas. Este programa se divide en 4 sesiones educativas, cada sesión educativa consta de una estrategia y metodología de aprendizaje diferente, de esta forma incentivamos la atención del niño para que pueda captar los conocimientos que se le brindan.

En la primera sesión denominada “la cavidad oral y sus partes” hablaremos sobre las partes de la boca, como son los labios, la encía, el paladar, la lengua, los carrillos y los dientes, asimismo, la función de cada uno de estos componentes y como se complementan el uno al otro. La secuencia didáctica que utilizaremos para llegar al niño en esta primera sesión será la

utilización de títeres, que explicarán los componentes de la cavidad oral mediante una conversación de una niña con una persona adulta, utilizando imágenes para complementar el aprendizaje.

En la segunda sesión denominada “Higiene oral y autocuidado personal” hablaremos sobre la adopción de 4 hábitos, el cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague bucal y la visita periódica al dentista. También se enseñará la técnica de cepillado de Fones mediante maquetas de dientes y un disfraz para motivarlos a prestar atención. Al finalizar esta sesión los niños tendrán que cepillarse usando su propio cepillo dental con la supervisión de un adulto.

En la tercera sesión denominada “enfermedades por una mala higiene oral” hablaremos sobre las enfermedades por tener una mala higiene como son las caries, la gingivitis, la pérdida dental y la halitosis. La secuencia didáctica que utilizaremos para llegar al niño en esta primera sesión será la utilización de títeres, que explicarán los problemas que pueden tener si no se cepillan bien sus dientes, mostrando imágenes de una boca sana, así como de una boca con las enfermedades ya mencionadas.

Por último, en la cuarta sesión denominada “Alimentos saludables y perjudiciales para salud bucal” se les mostrara a los niños una variedad de alimentos saludables y otros que perjudican la salud bucal, la estrategia que utilizaremos en esta sesión serán las de figuras de alimentos y golosinas en tarjetas para que de manera visual los niños puedan diferenciar los alimentos que les hacen daño, así como, los que son favorables para su salud oral. En todo este aprendizaje el adulto va acompañando al niño y mencionando lo que es lo correcto.

2.1.4 Placa Bacteriana

Poyato, Segura, Ríos y Bullón (2001) definen a la placa bacteriana como. “Masa blanda, tenaz y compuesta por colonias bacterianas que se depositan sobre la superficie dental, así como las encías y otras superficies de la cavidad oral cuando no se ejecutan prácticas de higiene bucal adecuadas”. Para formarse la placa bacteriana se requiere muy poco tiempo, tan solo bastan pocas horas, pero igualmente su eliminación es sencilla y rápida, solo se necesita el arrastre mecánico de las cerdas del cepillo dental.

2.1.4.1 Clasificación

Se clasifica de acuerdo a la relación que existe entre la placa bacteriana y el margen gingival pudiendo ser:

2.1.4.1.1 Placa supragingival

Según Pérez (2005) la placa supra gingival es aquella que se ubica entre el margen gingival y la corona dental. A su vez se subdivide en una coronal y otra marginal, la primera se encuentra en contacto con la porción coronal del diente como superficie dental y la segunda en contacto con el margen gingival.

2.1.4.1.2 Placa subgingival

A diferencia de la supragingival, esta se ubica por debajo de la margen gingival, introducida entre la superficie dental y la encía. Aquí se podrán encontrar mayor concentración de bacilos, Gram+, cocos y algunos Gram-, además se pueden encontrar fusobacterium, Campylobacter, Capnocytophaga, Selenomonas, Bacteroides y especies de Actinobacillus (Pérez, 2005).

2.1.4.2 Formación de placa bacteriana

Para la formación de la placa bacteriana es indispensable contar previamente con una película adquirida, que este constituida por aminoácidos de las glucoproteínas salivales. Esta película es una capa que reviste todas las superficies dentales formada de manera natural gracias a la saliva. A las 48 horas se incrementará el número de microorganismos aerobios gram + (Zeron, 2006).

2.1.5 Caries Dental

Manau *et al.* (2003) afirma que la caries dental es la enfermedad más común del a cavidad oral, a la vez es un proceso multifactorial modificado apareciendo en niños, jóvenes y adultos. Se considera que es la principal causa de pérdida y destrucción dental, sobre todo en poblaciones jóvenes. La principal causa es la transformación de azúcares, almidones y carbohidratos en ácidos, por parte de las bacterias existentes en boca. Esta se forma en 20 minutos después de ingerir cualquier tipo de alimento, si no se elimina a tiempo la persona empezara a presentar caries dental.

2.1.5.1 Riesgo Cariogénico

El riesgo criogénico se evalúa mediante los factores de riesgo, predictores de riesgo e indicadores de riesgo. Los factores de riesgo son aquellos responsables de causar y desarrollar la enfermedad. En cambio, los indicadores de riesgo son aquellos que tienen una relación biológica con el desarrollo de la enfermedad, esta relación se la puede demostrar en estudios transversales. Por el contrario, los predictores de riesgo son los que no presentan ningún tipo de relación con el desarrollo de la enfermedad (Manau *et al.*, 2003).

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Observacional, prospectivo, longitudinal, Comparativo

3.2 Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realizó entre octubre y noviembre del año 2018, en la institución educativa inicial “San Carlos 158” en el distrito de Santa Anita, Lima, Perú.

3.3 Variables

- Programa educativo
- Higiene Bucal
- Sexo

3.3.1 Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala	Valores
Independiente: Programa Educativo	Pérez y Merino (2015) afirman: “Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir”	Metodología de aprendizaje	Aplicación del programa educativo	Nominal	Si No
Dependiente: Higiene Bucal	Según Herazo (2012):” Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada que incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias”	Placa Bacteriana	Índice de placa bacteriana visible (Löe y Silness Modificado)	Ordinal	Higiene Oral Buena: 0 -15% Higiene Oral Regular: 16 – 30% Higiene Oral Deficiente: 31 – 100%
		Inflamación Gingival	Índice Gingival Modificado de Lobene	Ordinal	Sin Inflamación: 0 I. Leve: 1 I. Moderada: 2 -3 I. Grave: 4
Independiente: Sexo	Según la real academia española (2001): “Es una condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”	Género	Ficha de recolección de datos	Nominal	Masculino Femenino

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población objetivo está constituida por alumnos entre 4 y 5 años de la I.E.I 152 San Carlos en el distrito de Santa Anita, Lima, Perú.

3.4.2 Muestra

Se eligió a 81 niño/as de la institución educativa pública San Carlos 152 en el distrito de Santa Anita, Lima, Perú, se realizó una asignación aleatoria estratificada para obtener la muestra, a la vez se tomaron los diferentes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Niños matriculados en la I.E.I “San Carlos 152” en el año 2018

Niños de 4 y 5 años de edad

Niños cuyos padres firmaron el consentimiento informado (ver anexo 2)

Niños ABEG, ABEH, ABEN, LOTEP

Criterios de exclusión:

Niños que no asistirán el día de la evaluación correspondiente

Niños que presentan enfermedad sistémica

Niños que el día de la evaluación no colaboraron para recopilar los datos

3.5 Instrumentos

Se elaboró una ficha de recolección de datos AD- HOC confeccionada por el autor del presente trabajo (incluida en el programa educativo “dientito feliz”) para medir los datos obtenidos en la investigación.

3.6 Procedimientos

Se procederá a medir el nivel de placa bacteriana visible de Løe y Silness e índice de inflamación gingival de Lobene, en niños de 4 y 5 años de edad y se colocaran los resultados en una ficha de recolección de datos (ver anexo 3). A continuación, se aplicará el programa educativo “Dientito Feliz” que consta de 4 sesiones educativas y una charla a los padres de familia. Al finalizar la aplicación del programa educativo se esperarán 15 días y se volverán a tomar las mediciones correspondientes, igualmente a los 30 días después de aplicado el programa los cuales nos arrojará un resultado positivo o negativo con respecto a la primera medición.

Se inicio una reunión de padres de familia para poder obtener los consentimientos informados de cada uno de los niño/as con los cuales se procederá a hacer la investigación Luego se hizo la toma de datos, así como el índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness y el índice de inflamación gingival de Lobene de 81 niño/as de entre 4 y 5 años de edad de la institución educativa publica san Carlos 152. Se procedió a fijar con un cronograma conjuntamente con las profesoras para poder iniciar con las sesiones educativas que constan de 4 clases donde se observó una técnica diferente en cada una de ellas para poder llegar a los niño/as. Culminadas las sesiones educativas y demostrativas, se procedió a esperar por un lapso de 15 días para poder obtener la segunda medición, igualmente a los 30 días.

Al obtener los resultados finales, se tabularon en Excel y se utilizaron gráficos y tablas para poder observar mediante una comparación los resultados iniciales y finales.

3.7 Análisis de datos

En el presente estudio, los datos serán recolectados mediante una ficha AD-HOC, confeccionada por el autor del presente trabajo donde se anotará nombre, edad, sexo, grado, índice de higiene oral, índice de inflamación gingival, etc. (anexo 2). Se elaboraron tablas de frecuencias con sus respectivos porcentajes. Se determinaron las medias, desviación estándar, mínimo máximo, para las mediciones de IPB, IGL y comparar entre hombres y mujeres y por edad a través de la prueba t de Student. Se utilizó también la prueba de Chi² para evaluar los cambios de IPB e IGL del momento inicial a los 30 días luego del programa. El nivel de significancia que se utilizó fue de 0.05. El programa estadístico utilizado fue el STATA V15.0

3.8 Consideraciones éticas

El presente estudio no tendrá implicancias éticas debido a que se evaluará a los escolares y se determinará el nivel de placa bacteriana visible e inflamación gingival de los mismos con la autorización e información previa del padre o tutor del menor. No se realizará ningún tratamiento invasivo pues solo se procederá a realizar un examen observacional mediante un explorador oral, espejo dental e iluminación, lo cual nos brindará un diagnóstico de la higiene bucal.

IV. Resultados

Tabla 1

Distribución según edad y sexo

edad	Femenino		Masculino		Total
	N°	%	N°	%	
4	17	41.5	22	55.0	39
5	24	58.5	18	45.0	42
Total	41	100.0	40	100.0	81

De los 81 participantes, 41 eran mujeres y 40 hombres; además de estos 39 tenían 4 años y 42 tenían 5 años al momento de realizar el examen.

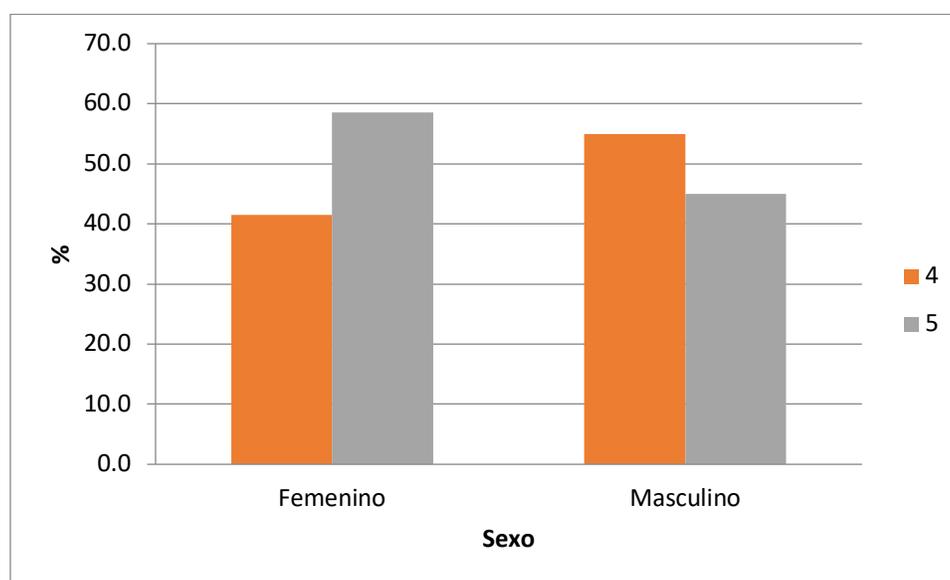


Figura I. Distribución según edad y sexo.

Tabla 2

Nivel de placa bacteriana antes de la aplicación del programa educativo “dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años

IPB	N°	%
Buena	25	30.9
Regular	44	54.3
Deficiente	12	14.8
Total	81	100.0

Al evaluar el índice de placa bacteriana en los niños del programa educativo “Dientito Feliz”, se observó que al inicio del programa 25 (30.9%) presentaban un nivel bueno, 44 (54.3%) regular y 12 (14.8%) deficiente.

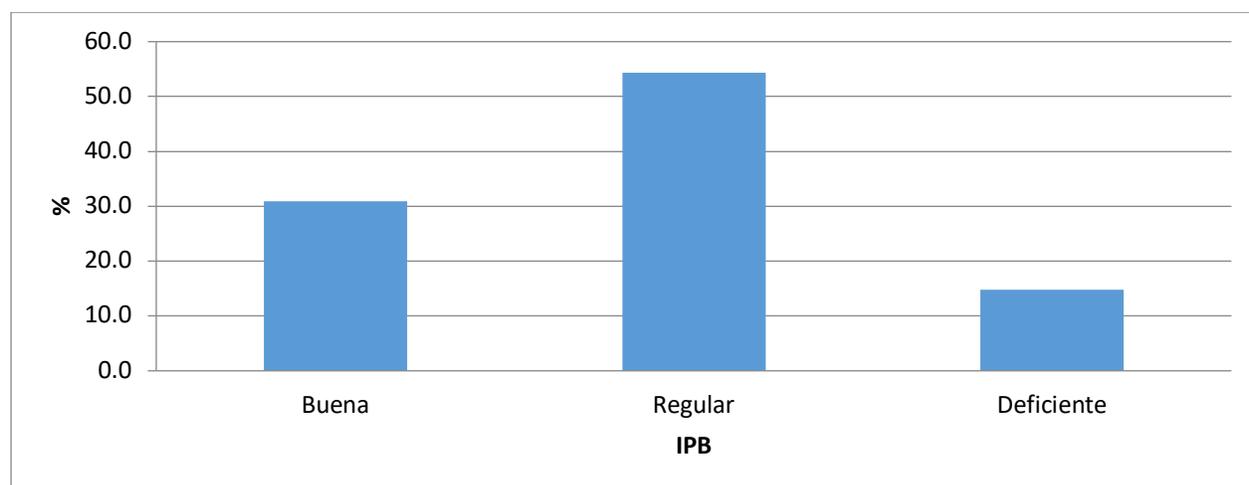


Figura II. Índice de Placa Bacteriana de Loe & Silness inicial

Tabla 3

Índice de inflamación gingival antes de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IGL	N°	%
Sin Inflamación	7	8.6
Leve	55	67.9
Moderada	16	19.8
Grave	3	3.7
Total	81	100.0

Con respecto al índice de inflamación gingival, al inicio del programa 7 (8.6%) no presentaban inflamación, 55 (67.9%) presentaban una inflamación leve, 16 (19.8%) una inflamación moderada y 3 (3.7%) grave.

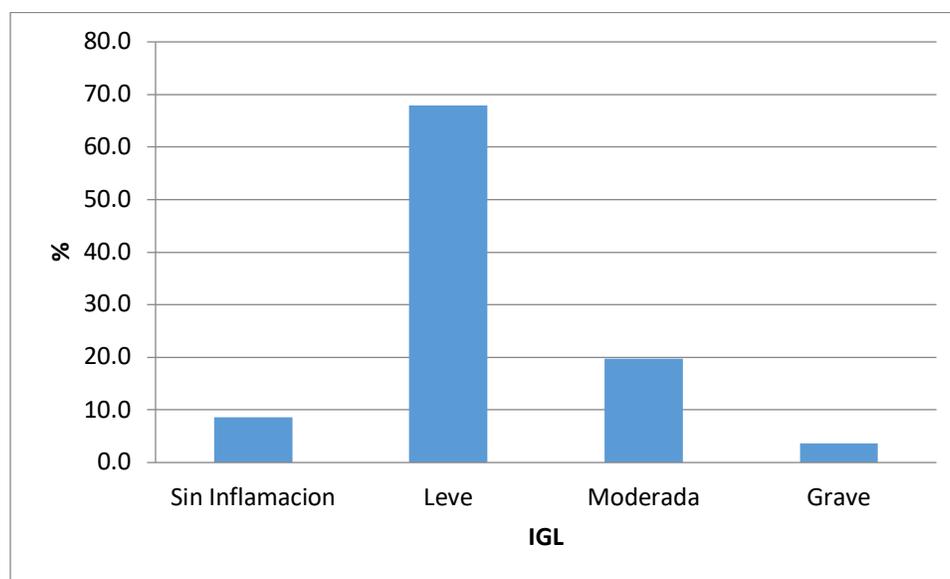


Figura III. Índice de inflamación gingival de Lobene inicial

Tabla 4

Nivel de placa bacteriana a los 15 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IPB	N°	%
Buena	58	71.6
Regular	20	24.7
Deficiente	3	3.7
Total	81	100.0

Se evaluó el índice de placa bacteriana a los 15 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz”; y se obtuvo que 58 (71.6%) niños presentaban un nivel bueno, 20 (24.7%) regular y 3 (3.7%) deficiente.

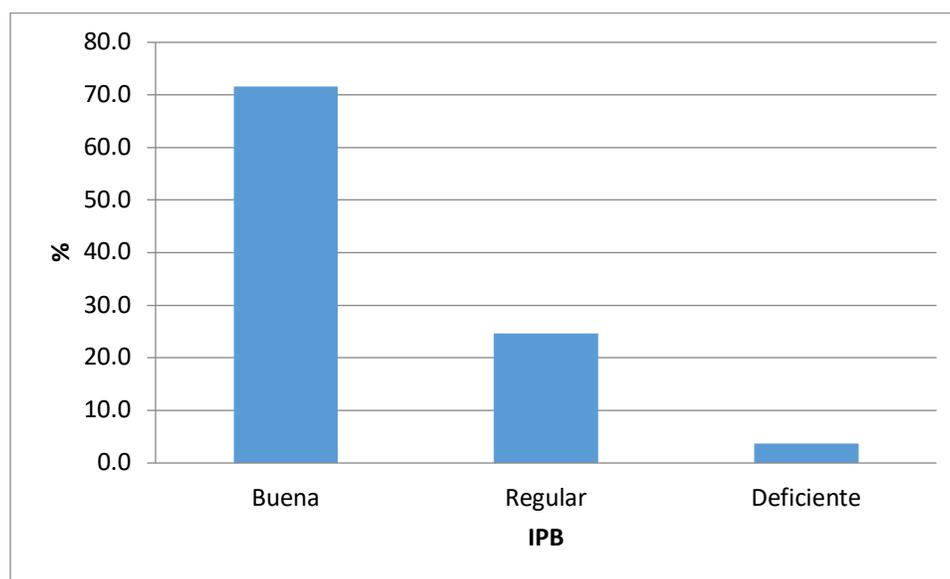


Figura IV. Índice de placa bacteriana de Loe & Silness a los 15 días

Tabla 5

Índice de inflamación gingival a los 15 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IGL	N°	%
Sin Inflamación	21	25.9
Leve	53	65.4
Moderada	6	7.4
Grave	1	1.2
Total	81	100.0

Al evaluar el índice de inflamación gingival a los 15 días de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz”; 21 (25.9%) niños no presentaban inflamación, 53 (65.4%) presentaban una inflamación leve, 6 (7.4%) una inflamación moderada y solo 1 (1.2%) grave.

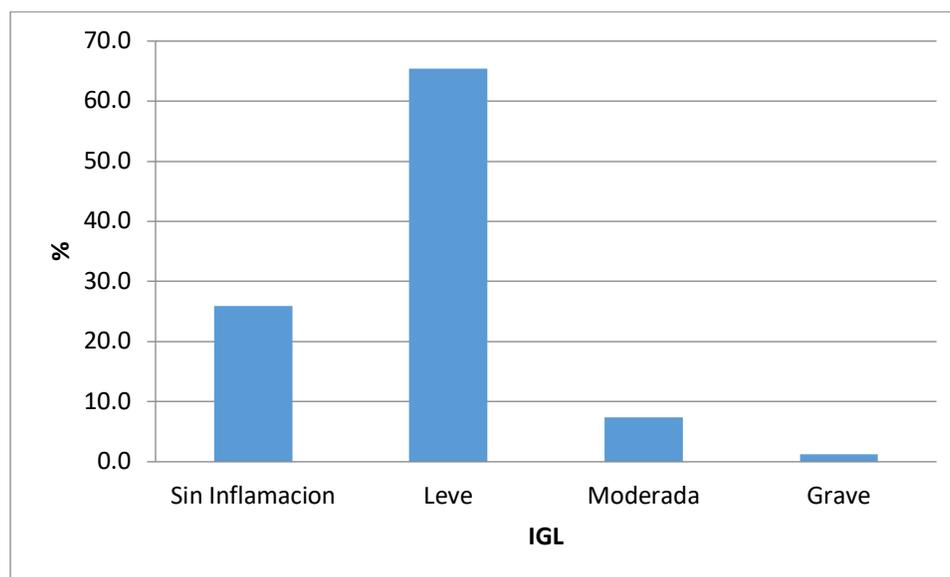


Figura V. Índice de inflamación gingival de Lobene a los 15 días

Tabla 6

Nivel de placa bacteriana a los 30 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años

IPB	N°	%
Buena	72	88.9
Regular	9	11.1
Total	81	100.0

Al evaluar el índice de placa bacteriana 30 días después de aplicar el programa, se encontró que 72 (88.9%) niños presentaban un nivel bueno, 9 (11.1%) regular y ninguno deficiente.

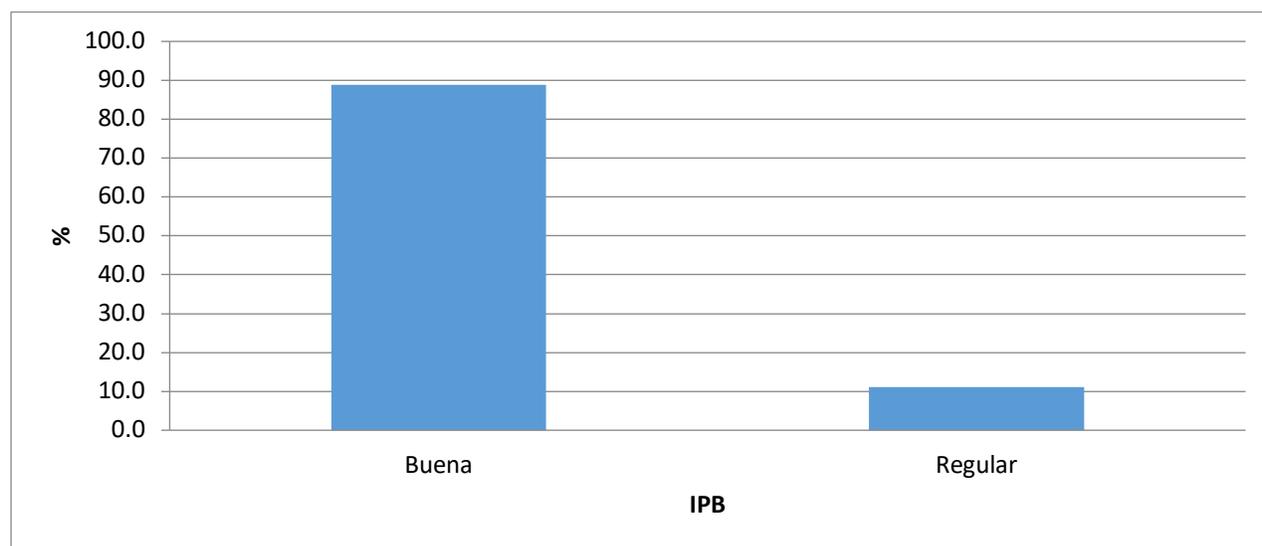


Figura VI. Indica de placa bacteriana de Loe & Silness a los 30 días

Tabla 7

Índice de inflamación gingival a los 30 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años

IGL	N°	%
Sin Inflamación	57	70.4
Leve	21	25.9
Moderada	3	3.7
Total	81	100.0

Se evaluó el índice de inflamación gingival a los 30 días después de aplicar el programa, y se encontró que 57 (70.4%) niños no presentaban inflamación, 21 (25.9%) presentaban una inflamación leve, 3 (3.7%) una inflamación moderada y ninguno grave.

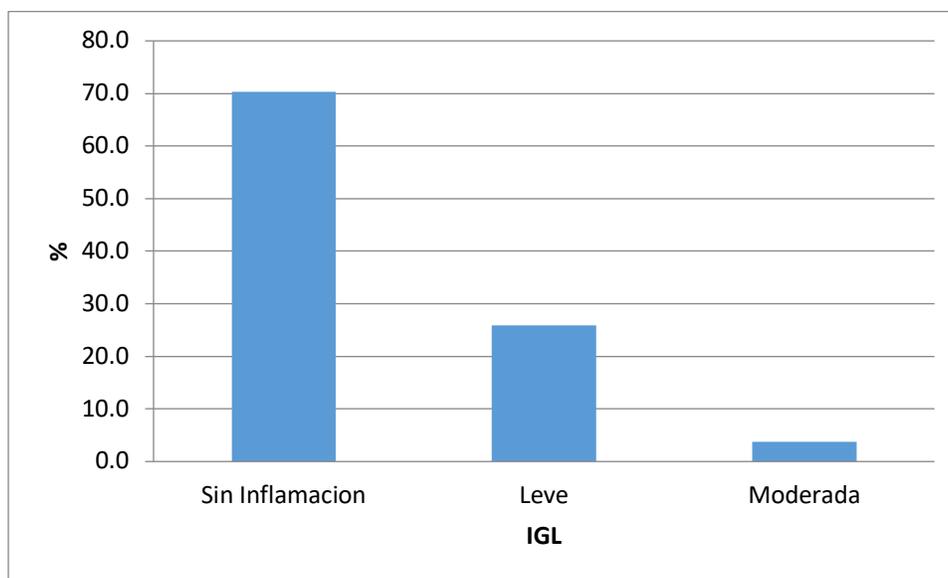


Figura VII. Índice de inflamación gingival de Lobene a los 30 días

Tabla 8

Comparación del nivel de placa bacteriana antes y a los 15 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IPB	Buena		Regular		Deficiente		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Inicial							
Buena	20	24.7	5	6.2	0	0.0	25
Regular	29	35.8	12	14.8	3	3.7	44
Deficiente	9	11.1	3	3.7	0	0.0	12
Total	58	71.6	20	24.7	3	3.7	81

Comparando el índice de placa bacteriana inicial y a los 15 días después de aplicar el programa, se observó que de los 25 niños que al inicio tuvieron un nivel bueno, a los 15 días solo 20 continuaron con un nivel bueno y 5 tuvieron un nivel regular; de los 44 niños que al inicio tuvieron un nivel regular, a los 15 días 29 pasaron a tener un nivel bueno, 12 continuaron así y 3 mostraron un nivel deficiente y por último de los 12 que tuvieron un nivel deficiente al inicio, a los 15 días 9 pasaron a tener un nivel bueno y 3 regular.

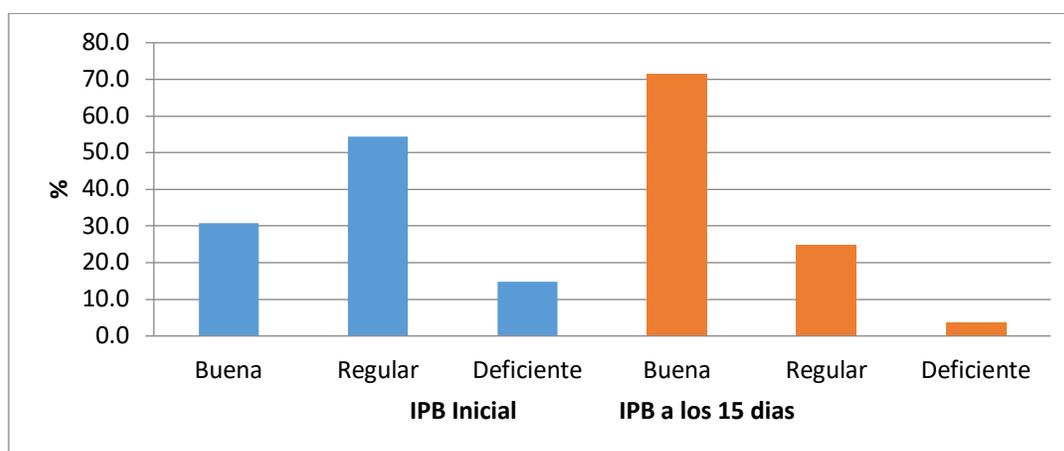


Figura VIII. Comparación del Índice de placa bacteriana de Loe & Silness inicial y a los 15 días

Tabla 9

Comparación del nivel de Inflamación gingival antes y a los 15 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IGL Inicial	Sin Inflamación		Leve		Moderada		Grave		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Sin Inflamación	6	7.4	1	1.2	0.0	0.0	0	0.0	7
Leve	14	17.3	36	44.4	4	4.9	1	1.2	55
Moderada	1	1.2	13	16.0	2	2.5	0	0.0	16
Grave	0	0.0	3	3.7	0	0.0	0	0.0	3
Total	21	25.9	53	65.4	6	7.4	1	1.2	81

Comparando el índice de inflamación gingival inicial y a los 15 días después de aplicar el programa, se observó que de los 7 niños que al inicio no tuvieron inflamación, a los 15 días 6 continuaron sin inflamación y 1 tuvo una inflamación leve; de los 55 niños que al inicio tuvieron una inflamación leve, después 14 pasaron a no tener inflamación, 36 continuaron así, 4 mostraron una inflamación moderada y 1 grave; de los 16 niños que al inicio tuvieron una inflamación moderada, después 1 paso a no tener inflamación, 13 mostraron una inflamación leve y 2 continuaron así; y por último de los 3 que tuvieron una inflamación grave, todos pasaron a tener una inflamación leve.

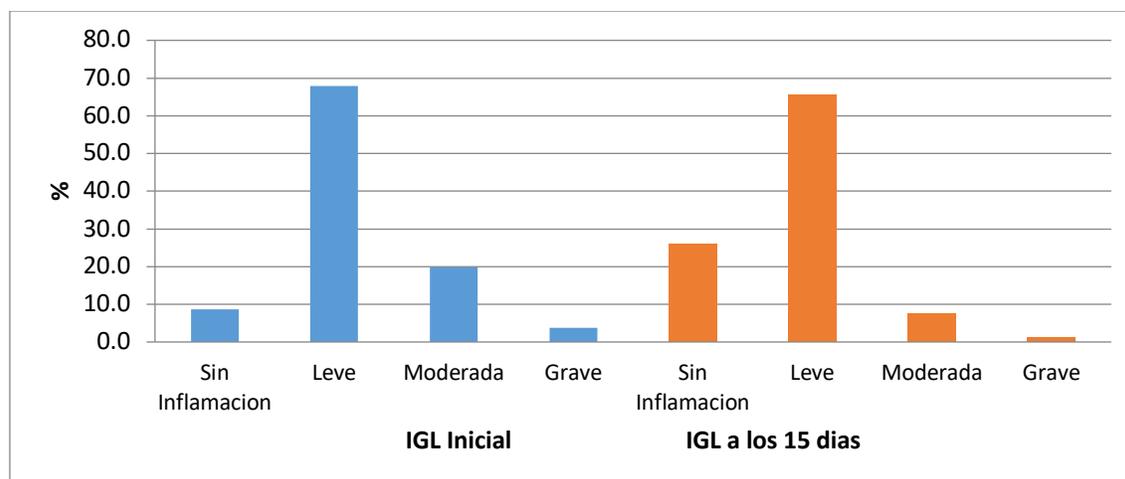


Figura IX. Comparación del nivel de Inflamación gingival antes y a los 15 días

Tabla 10

Comparación del nivel de placa bacteriana antes y a los 30 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IPB	Buena		Regular		Total
Inicial	N°	%	N°	%	
Buena	22	27.2	3	3.7	25
Regular	40	49.4	4	4.9	44
Deficiente	10	12.3	2	2.5	12
Total	72	88.9	9	11.1	81

McNemar=43.6545, $P < 0.05$

Al comparar el índice de placa bacteriana al inicio y a los 30 días después de aplicar el programa, se observó que de los 25 niños que al inicio tuvieron un nivel bueno, a los 30 días 22 continuaron con un nivel bueno y 3 tuvieron un nivel regular; de los 44 niños que al inicio tuvieron un nivel regular, después 40 pasaron a tener un nivel bueno y 4 continuaron así; y por último de los 12 que tuvieron un nivel deficiente, 10 pasaron a tener un nivel bueno y 2 regular. Se encontró que estas diferencias eran estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

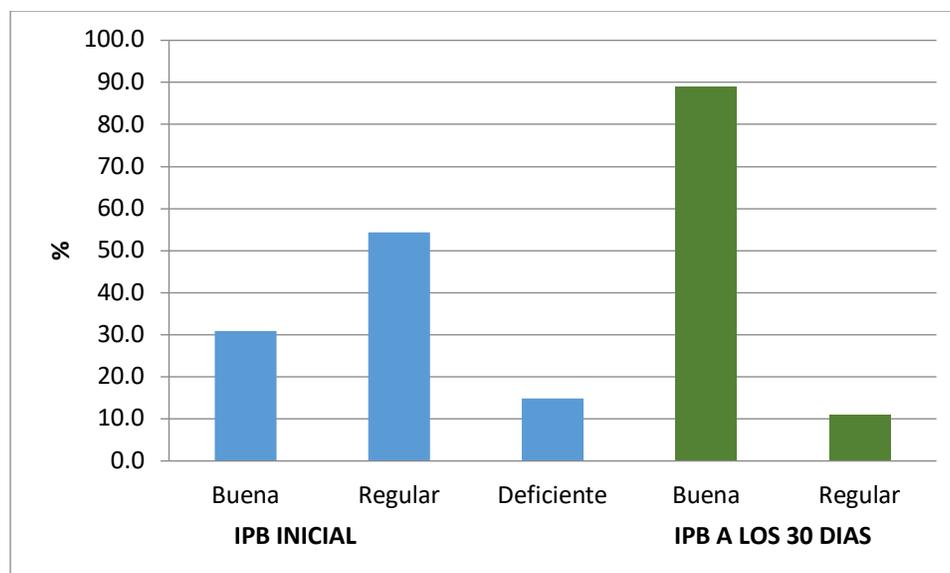


Figura X. Comparación del nivel de placa bacteriana antes y a los 30 días

Tabla 11

Comparación del nivel de Inflamación Gingival antes y a los 30 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años.

IGL	Sin Inflamación		Leve		Moderada		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Sin Inflamación	6	7.4	1	1.2	0	0.0	7
Leve	38	46.9	16	19.8	1	1.2	55
Moderada	11	13.6	3	3.7	2	2.5	16
Grave	2	2.5	1	1.2	0	0.0	3
Total	57	70.4	21	25.9	3	3.7	81

McNemar = 49.2807, P < 0.05

Al evaluar el índice de inflamación gingival al inicio y a los 30 días después de aplicar el programa, se observó que de los 7 niños que al inicio no tuvieron inflamación, a los 30 días 6 continuaron sin inflamación y 1 tuvo una inflamación leve; de los 55 niños que al inicio tuvieron una inflamación leve, después 38 pasaron a no tener inflamación, 16 continuaron así y 1 mostro una inflamación moderada; de los 16 niños que al inicio tuvieron una inflamación moderada, después 11

pasaron a no tener inflamación, 3 mostraron una inflamación leve y 2 continuaron así; y por último de los 3 que tuvieron una inflamación grave, 2 pasaron a no tener inflamación y 1 paso a tener una inflamación leve. Se encontró que estas diferencias eran estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

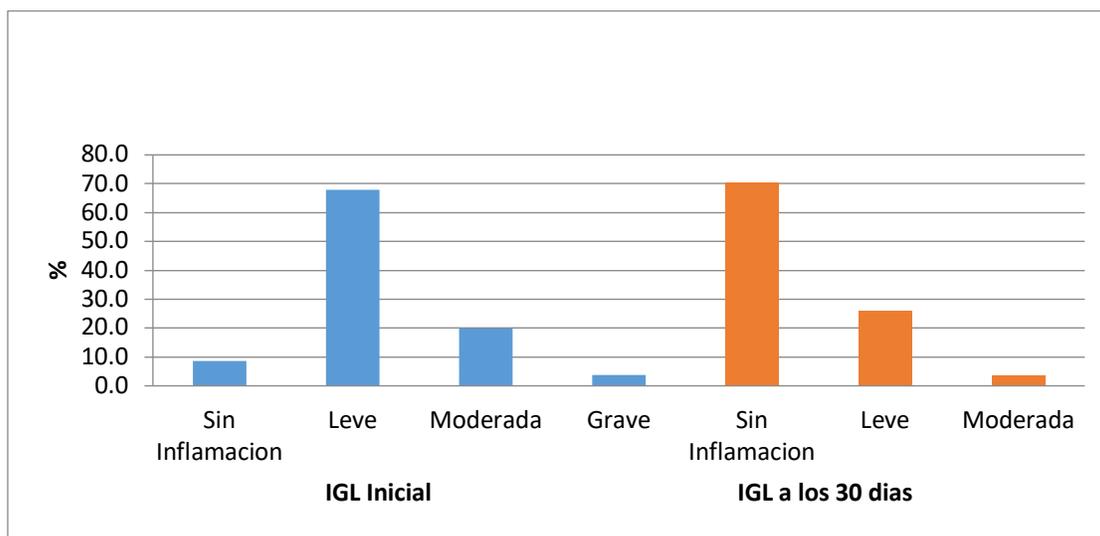


Figura XI. Comparación del nivel de Inflamación Gingival antes y a los 30 días

Tabla 12

Comparar el índice de placa bacteriana antes y después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años según sexo.

grupo	N°	Inicial		A los 15 días		A los 30 días	
		Media	E.S.	Media	ES	Media	E.S.
Femenino	41	20.74	1.266	12.70	1.199	8.39	1.021
Masculino	40	20.71	1.717	12.41	1.375	6.91	1.058
	t	0.0171		0.1576		1.0073	
	P	0.9864		0.8752		0.3169	

El IPB es similar entre hombres y mujeres en todos los momentos de medición. Inicialmente con una media de 20.74 para mujeres y 20.71 para hombres, a los 15 días con una media de 12.70 para mujeres y 12.41 para hombres y a los 30 días con una media de 8.39 para mujeres y 6.91 para hombres.

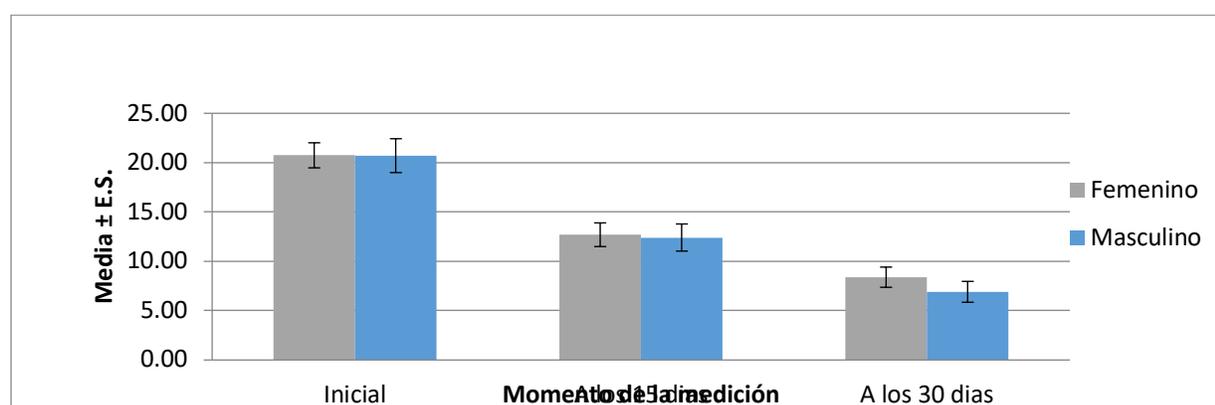


Figura XII. Comparación de IPB según sexo.

Tabla 13

Comparar el índice de Inflamación Gingival antes y después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años según sexo.

grupo	N°	Inicial		A los 15 días		A los 30 días	
		Media	E.S.	Media	ES	Media	E.S.
Femenino	41	0.85	0.114	0.43	0.076	0.16	0.047
Masculino	40	0.90	0.183	0.48	0.122	0.21	0.073
t		-0.2246		-0.3439		-0.52	
P		0.8228		0.7319		0.6045	

El IGL es similar entre hombres y mujeres en todos los momentos de medición. Inicialmente con una media de 0.85 para mujeres y 0.90 para hombres, a los 15 días con una media de 0.43 para mujeres y 0.48 para hombres y a los 30 días con una media de 0.16 para mujeres y 0.21 para hombres.

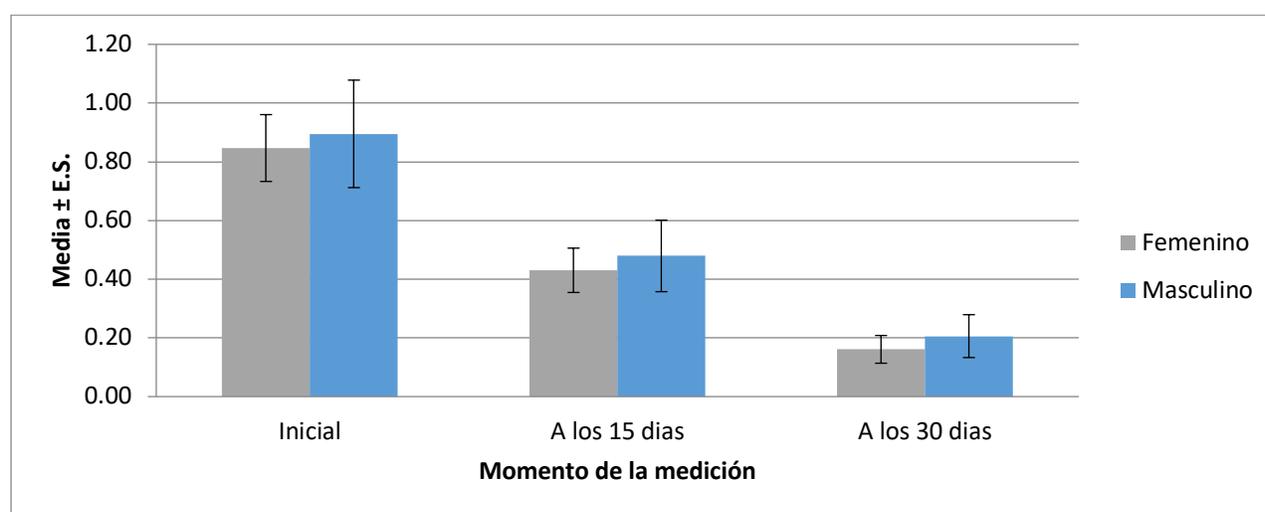


Figura XII. Comparación de IGL según sexo.

V. Discusión de resultados

El presente estudio se realizó en la I.E.I 152 “San Carlos” del departamento de Lima, participaron niños de 4 y 5 años de edad previo a la autorización de los apoderados o padres de familia mediante un consentimiento informado, se logró demostrar que al aplicar el programa educativo “Dientito Feliz” el índice de placa bacteriana visible paso de estar con IPB buena 30.9% , IPB Regular 54.3%, IPB Deficiente 14.8% a estar en IPB Buena 88.9%, IPB Regular 11.1% e IPB Deficiente 0%, y el índice de inflamación gingival paso de estar en Sin Inflamación 8.6%, Leve 67.9%, Moderada 19.8%, Grave 3.7% a estar en Sin Inflamación 70.4%, Leve 25.9% y Moderada 3.7%.

Celis (2014) realizó un trabajo sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de edad de la institución educativa Santa María en la provincia de Chiclayo. Su muestra fue de 83 niños preescolares. Como resultado el % de niños con higiene oral buena paso de un 14.3% a un 61.9% y de un 66.7% a un 9.5% con higiene oral regular. Comparando sus resultados con los nuestros vemos que existe una semejanza en el aumento de % de niños con Higiene Oral buena, en nuestro caso pasando de un 30.9% a un 88.9% y reduciendo el % con Higiene Oral regular pasando de un 54.3% a un 11.1%.

Ramos (2015) realizó un trabajo sobre el índice de higiene oral en niños de 5 años de edad de la institución educativa Tambopata N° 324, su muestra fue de 63 niños preescolares. Como resultado el % de niños con higiene oral buena paso de un 9.5% a un 84.1%, de un 74.6% a un 15.9% con higiene oral regular y de un 15.9% a un 0% con higiene oral mala. Comparando sus resultados con los nuestros vemos que existe una semejanza en el aumento de % de niños con Higiene Oral buena, en nuestro caso pasando de un 30.9% a un 88.9% y reduciendo el % en niños

con Higiene Oral regular pasando de un 54.3% a un 11.1% y con Higiene Oral mala de un 14.8% a un 0%

Fernández *et al.* (2012) evaluó la eficacia de un programa de higiene oral preventiva en un grupo de niños en un orfanato de Brasil. Como resultado obtuvo que el porcentaje medio de las superficies sin placa visible 8.2% en el grupo experimental y 14% en el grupo control y en el examen final el porcentaje medio de las superficies sin placa era 36.2% en el grupo experimental y 15.1 % en el grupo control. Comparando ambos resultados existe una similitud con el grupo experimental y nuestro estudio donde hubo un aumento marcado en el porcentaje de niños sin placa visible pasando de estar de un 30.9% a un 88.9%.

VI. Conclusiones

El índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness observado en los niños de 4 y 5 años fue de 30.9% buena, 54.3% regular, 14.8% deficiente y el índice de Inflamación gingival de Lobene observado en niños de 4 y 5 años fue de 8.6% Sin Inflamación, 67.9% Leve, 19.8% Moderada, 3.7% Grave.

El índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness observado en los niños de 4 y 5 años fue de 71.6% buena, 24.7% regular, 3.7% deficiente y el índice de Inflamación gingival de Lobene observado en niños de 4 y 5 años fue de 25.9% Sin Inflamación, 65.4% Leve, 7.4% Moderada, 1.2% Grave a los 15 días.

El índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness observado en los niños de 4 y 5 años fue de 88.9% buena, 11.1% regular, 0% deficiente y el índice de Inflamación gingival de Lobene observado en niños de 4 y 5 años fue de 70.4% Sin Inflamación, 25.9% Leve, 3.7% Moderada, 0% Grave a los 30 días.

El índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness observado en los niños de 4 y 5 años fue de 30.9% buena, 54.3% regular, 14.8% deficiente pasando a un 71.6% buena, 24.7% regular, 3.7% deficiente a los 15 días después de aplicado el programa educativo y el índice de Inflamación gingival de Lobene paso de un 8.6% Sin Inflamación, 67.9% Leve, 19.8% Moderada, 3.7% Grave a un 25.9% Sin Inflamación, 65.4% Leve, 7.4% Moderada, 1.2% Grave a los 15 días después de aplicado el programa educativo.

El índice de placa bacteriana visible de Løe y Silness observado en los niños de 4 y 5 años fue de 30.9% buena, 54.3% regular, 14.8% deficiente pasando a un 88.9% buena, 11.1% regular, 0% deficiente a los 15 días después de aplicado el programa educativo y el índice de Inflamación

gingival de Lobene paso de un 8.6% Sin Inflamación, 67.9% Leve, 19.8% Moderada, 3.7% Grave a un 70.4% Sin Inflamación, 25.9% Leve, 3.7% Moderada, 0% Grave a los 30 días después de aplicado el programa educativo.

El índice de placa bacteriana e inflamación gingival es similar entre hombres y mujeres en todos los momentos de medición, al comparar en cada momento, no se encuentra diferencias significativas en el índice de placa bacteriana e índice de inflamación gingival según sexo. $P > 0.05$.

Se concluye que el programa educativo “Dientito Feliz” es efectivo en el mejoramiento del índice de placa bacteriana visible de Loe y Silness y en el índice de Inflamación gingival de Lobene ($P < 0.05$) sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa Pública en el distrito de Santa Anita durante el año 2018.

VII. Recomendaciones

Se recomienda aplicar el programa educativo en una institución educativa particular y tomar los mismos datos, de manera que pudiera compararse con este estudio.

Se recomienda aplicar el programa educativo en zonas rurales debido a que en esta zona cuentan con pocos odontólogos.

Extender las fechas de la aplicación del programa educativo para poder compararlo según tiempo y espacio.

Coordinar con las especialistas de educación inicial de las diferentes unidades de gestión educativa de lima para la aplicación del programa educativo en las instituciones educativas públicas.

Se recomienda aplicar el programa educativo añadiendo diferentes variables para evaluar la efectividad que tiene el programa sobre estas.

VIII. Referencias

- Alcocer, A. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Avila, R. (2009). “*Influencia del programa educativo sonríe feliz sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio José Olaya Balandra, distrito de Mala, 2009*”. Tesis de grado. Lima, Perú.
- Manau, C., Zabalegui, I., Noguerol, B., Llodra, J., Rebelo, H., Echevarria, J.,...Sanz, M. (2003). *Control de placa e higiene bucodental. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, 2(9), 1-9.
- Barbería, L. E. (2005). *Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y odontólogos*. Lima, Perú: Ripano.
- Barrancos, M. J. (2006). *Operatoria Dental Integración clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Belloso, N. y Hernández, N. (1999). *Efectividad de los programas de educación para la salud bucal en niños en edad escolar. Acta científica Venezolana*, 50(4), 42-47.
- Cameron, A. (2010). *Manual de odontología Pediátrica*. Madrid, España: Elsevier.
- Celis, E. (2015). “*Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo – Lambayeque, 2014*”. Tesis de grado. Lima, Peru.
- Chamorro, I. (2009). *Evaluación del Potencial Cariogénicos de los alimentos contenidos en loncheras de preescolares del Centro Educativo Ecológico Trilingüe Gonzalo Ruales Benalcázar (tesis de especialidad)*. Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Chung, F. y Lafarge, G. (2012). *Programa Educativo "Sonríe al futuro" para adolescentes*. Santiago de Cuba, *MEDISAN*, 16(10), 1-13.

- Consejería de salud. (2002). *Educación dental Infantil – Guía para profesionales de educación y salud*. Sevilla, España.
- Díaz, C. y Menguez, T. (2013). *Programa educativo sobre salud bucodental para educadoras del círculo infantil “Juliana Montano” de Cruces*. *Revista Conrado*, 9(41), 33-39.
- Evaristo, T., Pinto, H. y Salas, O. (2007). *Educación odontológica en escolares de 7-9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres*. *Revista científica odontología sanmarquina*, 10(2), 21-23.
- Fernández, L., Novaes, A. y Feitosa, A. (2002). *Eficacia de un programa de higiene oral para los huérfanos brasileños*. *Braz Dent J*, 13(1), 44-48.
- Herazo, A. (2012). *Clínica del sano en Odontología*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Manipal, S. (2012). *Knowledge, Attitude, of mothers on oral hygiene practices among 1- 5 year old children and association with their oral hygiene practices*. *Annals and Essences of dentistry*, 2(1), 25- 30. Chennai, India.
- Ministerio de Salud. (2002). *Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12, y 15 años*. *Serie de informes técnicos de investigación epidemiológica*, 50(5), 5-8.
- Ministerio de Salud. (2017). *Pasco, Puno y Apurímac son las regiones con mayor prevalencia de caries dental en niños de 3 a 15 años*. Lima, Peru. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25702>
- Miranda, M. (2008). *Enfermedades Periodontales que ocasionaron urgencias estomatológicas* (tesis de maestría). Misión médica cubana, Venezuela.

- Murrieta, J. y Juárez, L. (2004). *Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 61(1), 44-54.
- Nithila, A., Bourgeois, D., Barmes, D. y Murtomaa, H. (1998). *WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. Bull World Health Organ*, 76(6), 237-244.
- Noborikawa, A. y Kanashiro, C. (2009). *Evaluación de un programa educativo – preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Revista Estomatologica Herediana*, 19(1), 31-38.
- Nadanovsky, P. y Sheiham, A. (1995). *Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-yearold children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiology*, 23(6), 331-339.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nota Informativa N° 318*. Ginebra, Suiza.
- Organización mundial de la salud. (2003). *The World Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Ginebra, Suiza.
- Pérez, A. (2005). *La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. Revista Estomatológica Herediana*, 15(1), 82-85.
- Pérez, J. y Merino, M. (2015). *Definición de programa educativo*. Recuperado de: <https://definicion.de/programa-educativo/>
- Poyato, M., Segura, J., Ríos, V. y Bullón, P (2001). *La placa bacteriana: Conceptos básicos para el higienista bucodental. Periodoncia para el higienista dental*, 11(2), 149-163.

- Quezada, F. (2015). “*Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015*”. Tesis de grado. Lima, Perú.
- Ramos, Y. (2015). “*Influencia del Programa Educativo Sonrisas Felices sobre el Índice de Higiene Oral en Niños de 5 Años de la I.E.I. Tambopata N° 324 de Juliaca, Puno - Perú 2015*”. Tesis de grado. Lima, Perú.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.a ed.)*. Madrid, España.
- Rodríguez, M. y Jaramillo, P. (2017). *Efectividad de un programa educativo en mujeres adolescentes con gingivitis. MEDISAN, 21(7), 850-856.*
- Rufasto, G. y Bernabé, S. (2012). *Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. Revista estomatológica herediana, 22(2), 82-90.*
- Soto, A., Sexto, N. y Gontán, N. (2014). *Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. MEDISUR, 12(1), 24-34.*
- UNICOC. (2010). *Guía Práctica Clínica en Salud Oral*. Bogotá, Colombia.
- Villalobos, R. (2010). *Programa educativo de salud bucodental dirigido a las personas adultas mayores del grupo amor y alegría, de laguna de alfaró ruiz. Anales en Gerontología, 6(6), 69-83.*
- Wynne, L. (2013). *Using evidence to support oral health in children. Dental Nursing, 9(6), 314-319.*
- Zeron, A. (2006). *Biofilm Microbiano, Nuevas perspectivas en el control de placa bacteriana. Revista Odontología Actual, 43(4), 48-50.*

IX. ANEXOS

Anexo N°1 Carta de presentación a la institución educativa inicial 152 San Carlos


**Universidad Nacional
Federico Villarreal**
 "AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

Pueblo Libre, 25 de octubre de 2018

Lic.
MIRIAN HUAMAN REVOLLAR
 DIRECTORA
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL 152 "SAN CARLOS"
 SANTA ANITA
Presente .-

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle al Bachiller **LEÓN PIÑAS, JUAN ALONSO**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulado:

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO – PREVENTIVO SOBRE LA HIGIENE ORAL, EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PUBLICA EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA – LIMA - 2018

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso al Sr. León para la recopilación de datos, lo que le permitirá desarrollar su trabajo de investigación.

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

Atentamente



Mg. **MARCELO ESCOBAR ANAÑOS GUEVARA**
DECANO



Mg. **CARMEN ROSA HUAMANI PARRA**
JEFE (e)
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

Se adjunta: Protocolo de Tesis

061-2018

CRHP/LVB

Calle San Marcos N° 351 – Pueblo Libre -
Correo electrónico: gradosytitulos@fo.unfv.edu.pe
Telef.: 7480888 - 8335

Anexo N°3 Consentimiento informado

El presente estudio “EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PUBLICA EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA – LIMA - 2018” será desarrollado por el bachiller Juan Alonso León Piñas con el fin de obtener el título profesional de Cirujano Dentista en la escuela de Odontología en la Universidad Nacional Federico Villarreal. El objetivo del estudio es determinar la efectividad del programa “Dientito Feliz” sobre la condición de higiene oral en niños de 4 y 5 años de la I.E.I 152 San Carlos. Su menor hijo ha sido invitado a participar en la investigación por las características que presenta respecto a su salud oral, especialmente de las partes que conforman el diente.

Procedimientos:

El estudio constará de 4 sesiones en las cuales se le brindará información con respecto a salud oral, partes de la boca y como obtener una buena higiene bucal, adicionalmente el estudio constará de una cita de 5 minutos aproximadamente donde se registrará la higiene oral a través de un espejo bucal. Asimismo, se les brindará a los padres de familia 2 charlas educativas sobre higiene bucal.

Esta información se colocará en una ficha de datos.

Consentimiento y autorización

Con este documento usted expresa y brinda su consentimiento para obtener los datos mencionados que serán utilizados exclusivamente en la investigación, sin posibilidad de compartir o ceder esta información a otro investigador, grupo o centro ajenos a la investigación. Declara que ha leído y conoce el contenido del presente documento, comprende los compromisos que asume y los acepta expresamente. Y por ello, firma este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR SU DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA “EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PUBLICA EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA – LIMA - 2018.”. Al firmar este consentimiento no renuncia a ninguno de sus derechos.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Padre o Apoderado del Paciente:

DNI: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Nombre del Investigador:

DNI: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Anexo N°4 Ficha técnica del índice de inflamación gingival según Lobene

Es una modificación IG, fue realizada en 1986 por Lobene y col, eliminando el criterio de detección de hemorragia, lo cual simplifica su obtención al no tener que utilizar sondas. Se valoran cuatro unidades gingivales por diente (dos marginales, dos papilares). Puede hacerse la valoración de boca total o boca parcial. Se determina por medio del índice gingival modificado.

Código	Criterio
0	Sin Inflamación
1	Inflamación leve: Cambio ligero de color, poco cambio de textura en cualquier porción de la unidad gingival papilar o maxilar, pero no total
2	Inflamación moderada: Criterios como los anteriores pero que afectan toda la unidad gingival
3	Inflamación moderada: Brillo, eritema, edema y/o hipertrofia de la unidad gingival marginal o papilar.
4	Inflamación grave: Eritema marcado, edema y/o hipertrofia de la unidad gingival marginal o papilar; hemorragia espontanea, congestión o ulceración.
Intervalos	Interpretación
0	Sin Inflamación
0.1 – 1-0	Inflamación Leve
1.1 – 3.0	Inflamación Moderada
3.1 +	Inflamación Grave

Anexo N°5 Ficha técnica del índice de placa visible de Løe & Silness modificado

Este índice pretende valorar la presencia de placa bacteriana. Algunos puntos importantes a tener en cuenta en el uso de este índice son:

1. Está basado en el grosor de placa bacteriana y eso se relaciona con el tiempo que la placa ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida.
2. Para este índice no es necesario la utilización de revelador de placa
3. Observe las superficies vestibulares, lingual/palatino, mesial, distal y en dientes posteriores, además, oclusal
4. Si en la superficie dental examinada existe evidencia de placa gruesa o si al aplicar aire y/o pasar una sonda suavemente evidencia placa delgada: marque código “1”; si no hay placa: marque el código “0”. Si tiene dientes primarios consigne el correspondiente si no está presente algún diente, examine el diente vecino hacia distal y si no hacía mesial.

El resultado se determina al contar las superficies con placa (valores 1) multiplicado por 100 y dividido por el número de superficies evaluadas. La interpretación del índice de placa del paciente se presenta en porcentaje, considerándose para esa fecha de examen:

INTERVALOS	INTERPRETACION
0 – 15 %	Higiene Oral Buena
16 – 30%	Higiene Oral Regular
31% - 100%	Higiene Oral Deficiente

Anexo N°6 Fotografías de la obtención de los datos en niños de 4 y 5 años



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Datos Personales

Fecha: 26/01/18 Sexo: M F ()

Edad: 4 años Grados: Concej1705

II. Índice de Placa Bacteriana de Lée y Silness

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE SILNESS & LEE MODIFICADO							
Diente	5.5	5.1	6.3	6.5	7.5	8.4	8.5
Código	1	1	0	0	0	1	0
Fecha: __/__/__	N° de superficies examinadas: 33						
	N° de valores "1" encontrados: 8						
	Porcentaje de Placa: 24.2%						
Higiene Oral: Buena (0-15%) Regular (16-30%) Deficiente (31 - 100%)							

III. Índice Gingival de Lobene

	5.4		5.1		6.4		Totales			TOTAL Persona
	Mesial	Distal	Mesial	Distal	Mesial	Distal	5.4	5.1	6.4	Suma de 6
Vestibular	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2
Palatino	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
	7.4		7.1		8.4		Totales			Entre 6
Vestibular	1	1	0	0	1	1	7.4	7.1	8.4	10
Lingual	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Total	3		1		2					

RESULTADOS

Anexo N°7 Fotografías de la aplicación del programa educativo



Anexo N°7 Fotografías de la aplicación del programa educativo



Anexo N°7 Fotografías de la aplicación del programa educativo



Anexo N°7 Fotografías de la aplicación del programa educativo



Anexo N°8 Matriz de consistencia.

TÍTULO: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA PUBLICA EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA – LIMA - 2018

Apellidos y Nombres: Leon Piñas, Juan Alonso

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Qué tan eficiente puede ser implementar un programa educativo sobre la higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una I.E.I. en el distrito de Santa Anita?	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la efectividad del programa “Dientito Feliz” sobre la higiene bucal en niños de 4 y 5 años de la I.E.I 152 San Carlos.</p>	Si la educación influye en mejorar los conocimientos, entonces es probable que la aplicación del programa educativo sobre higiene bucal “Dientito Feliz”, influenciará positivamente, mejorando la condición de higiene bucal de los escolares de la I.E.I 152 San Carlos del distrito de Santa Anita, Lima – Perú, 2018.	<p>Independiente</p> <p>- Programa Educativo</p> <p>-sexo</p>	<p>Tipo de investigación: Observacional, prospectivo, longitudinal, Comparativo</p> <p>Muestra: Se eligió a 81 niño/as de la institución educativa publica San Carlos 152.</p> <p>Muestreo: Se realizó una asignación aleatoria estratificada</p> <p>Población: La población objetivo está constituida por alumnos entre 4 y 5 años de la I.E.I 152 San Carlos en el distrito de Santa Anita, Lima, Perú.</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de placa bacteriana e índice de inflamación gingival antes de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años. • Hallar el nivel de placa bacteriana e índice de inflamación gingival a los 15 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años • Establecer el nivel de placa bacteriana e índice de inflamación gingival a los 30 días después de finalizar la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años • Comparar el nivel de placa bacteriana e inflamación gingival antes y a los 15 días después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años. • Comparar el nivel de placa bacteriana e inflamación gingival antes y a los 30 días de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años. • Comparar el índice de placa bacteriana e inflamación gingival antes y después de la aplicación del programa educativo “Dientito Feliz” en niños de 4 y 5 años según sexo. 		<p>Dependiente</p> <p>-Higiene Bucal</p>	

Anexo N°9 Programa Educativo “Dientito Feliz”

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA SALUD BUCAL “DIENTITO FELIZ”



Para niños de 4 y 5 años

**PROGRAMA EDUCATIVO
PARA LA SALUD BUCAL
“DIENTITO FELIZ”**

Colaboradores

Bach. Leon Piñas Juan Alonso

Universidad Nacional Federico Villarreal – Odontología

Mg. Piñas Rojas Luz Elizabeth

Docente en Educación Inicial

Contenido

Introducción	5
Propuesta en el curriculum de educación inicial – MINEDU	7
Principio de un buen estado de salud	7
Principio de autonomía	8
Enfoques transversales en el nivel de educación inicial	8
Planteamiento del problema	10
Objetivos del programa educativo	11
Justificación del programa educativo	11
Contenido	12
Partes de la boca	12
Higiene Oral	13
Técnica de cepillado	14
Mala Higiene Oral	15
Alimentos saludables y no saludables para la salud bucal	16
Plan de Ejecución	19
Ejecución del programa educativo	20
Referencias Bibliográficas	30

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales son parte de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda una población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal que afectan a más de 90 % de la población mexicana. Las enfermedades bucales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral. A la Salud Bucal no se le había considerado como parte integral de la Salud General, sin embargo, esta situación se ha venido modificando ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la salud bucal para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad”; por lo tanto, si se presentan focos infecciosos en la cavidad bucal no se puede considerar a una persona sana y paradójicamente, las personas que sufren de alguna enfermedad bucal, no se consideran enfermos. Una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que se debe modificar el enfoque profesional centrado en la enfermedad (mutilatorio y curativo como se da en gran medida en la actualidad), por un enfoque de prevención fundado en la salud, educación sanitaria y el autocuidado.

De hecho, una visión salutogénica donde se aborden los aspectos que generan salud en oposición a la patogénesis; enfocados en que la enfermedad y la salud no son dos opuestos irreconciliables, sino más bien estados distintos dentro de un proceso en permanente transformación. Esto hace necesario la

instrumentación de un programa de promoción, educación y prevención, en preescolares y escolares, conformado por acciones que se organizan y sistematizan a través de las estrategias de concertación y coordinación, extensión de cobertura, participación social, capacitación permanente y comunicación social y se complementa con materiales didácticos y de promoción para facilitar la ejecución de las acciones. Con relación a la cultura de salud bucal, en nuestro país, existen diversos mitos y creencias muy arraigadas tales como; a la salud bucal no se le considera parte de la salud general, no se le da importancia al cuidado de la primera dentición y se considera normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros. Si estamos comprometidos con cambiar esto, y centramos nuestros esfuerzos en llegar a tener un mayor número de adultos sanos que representen una menor carga económica al sistema de salud al padecer menos enfermedades bucales y crónico-degenerativas, tenemos que empezar o seguir trabajando con nuestra niñez.

I. PROPUESTA EN EL CURRÍCULUM DE EDUCACIÓN INICIAL – MINEDU

El presente programa de salud bucal tiene por finalidad dar a conocer un conjunto de estrategias relacionadas con la salud bucodental, debidamente organizadas para desarrollar en el segundo ciclo de educación Inicial.

Se tomará como base la propuesta del Currículo Nacional de Educación. Ministerio de Educación, la cual es un instrumento que tiene como finalidad establecer los objetivos y las metas para la mejora de los aprendizajes en la Institución Educativa, considerando las actividades y compromisos que se llevarán a cabo para su cumplimiento.

La educación inicial es el primer nivel de la educación básica regular, atiende a niños menores de 6 años, siendo esta etapa de gran relevancia pues en ella se establecen la base para el desarrollo del potencial biológico, afectivo, cognitivo y social de toda persona.

La atención educativa en el nivel de educación inicial se realiza desde una mirada respetuosa a los niños y niñas reconociéndolos que son sujetos de derecho, que necesitan de condiciones específicas para desarrollarse teniendo en cuenta las necesidades y características particulares propias de la etapa madurativa por lo que atraviesan.

La atención educativa en los servicios del nivel de Educación Inicial, están orientados por varios principios de los cuales dos de ellos guardan relación con el programa propuesto de “salud Bucal” y son:

Principio de un buen estado de salud: no implica únicamente la atención física del niño y niña. Se trata de un cuidado integral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es entendida como “...un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad. (OMS, 2006, p.1). Por lo tanto, la salud involucra un estado de bienestar en el aspecto físico, mental y social; está relacionada a conductas, estilos de vida,

entornos físicos y sociales saludables; y pone énfasis en acciones educativas que faciliten la participación social y el fortalecimiento de las capacidades de las familias en el mantenimiento, mejoramiento y recuperación de la salud de los niños.

Principio de autonomía: Tiene como base la convicción de que los niños y niñas son capaces de desarrollarse, aprender y construirse a sí mismo, siempre y cuando se garantice las condiciones físicas y afectivas que requieren para ello. Desde este modo serán capaces de realizar acciones a partir de su propia iniciativa.

II. ENFOQUES TRANSVERSALES EN EL NIVEL DE EDUCACIÓN INICIAL:

Los enfoques transversales definidos en el Currículo Nacional se basan en los principios establecidos en el Artículo N° 8 de la Ley General de Educación: calidad, equidad, ética, democracia, conciencia ambiental, interculturalidad, inclusión, creatividad e innovación. Estos enfoques aportan concepciones importantes sobre las personas, sus relaciones con los demás, con el entorno y con el espacio común, y se traducen en formas específicas de actuar. Estos enfoques sirven como un marco teórico y metodológico que orientan el proceso educativo.

Los enfoques son los siguientes: inclusivo o de atención a la diversidad, intercultural, igualdad de género, ambiental, búsqueda a la excelencia, orientación al bien común, y el de derechos. Siendo el de “derechos” el que se va tener en cuenta al aplicar este programa.

Las áreas a las cuales corresponde aplicar dicho programa son:

Área de Personal social

Competencia: Se define como la facultad que tiene una persona de combinar un conjunto de capacidades a fin de lograr un propósito específico en una situación determinada, actuando de manera pertinente y con sentido ético.

La competencia “Construye su Identidad” parte del conocimiento que los niños y niñas van adquiriendo sobre sí mismos- es decir sus características personales, gustos preferencias y habilidades. El proceso de desarrollo de esta competencia se inicia desde que el niño nace, a partir de los primeros cuidados y atenciones que recibe de su familia que le permita la construcción de vínculos seguros.

Capacidades: Son los conocimientos, habilidades y actitudes que los estudiantes utilizan para afrontar una situación determinada.

En el desarrollo de esta competencia los niños y niñas combinan principalmente las siguientes capacidades: Se valora a sí mismo y Autorregula sus emociones.

Desempeños: Son descripciones específicas de lo que hacen los estudiantes respecto a los niveles de desarrollo de las competencias. Son observables en una diversidad de situaciones o contextos. Los desempeños se presentan en los programas curriculares de los niveles o modalidades, por edades en el nivel inicial o en las otras modalidades y niveles de Educación Básica para ayudar a los docentes en la planificación y evaluación.

Desempeños que se tendrá en cuenta: **“Toma la iniciativa para realizar acciones de cuidado personal, de alimentación e higiene bucal de manera autónoma. Explica la importancia de estos hábitos para su salud. Busca realizar con otros algunas actividades cotidianas y juegos según sus intereses.”**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental y las periodontopatías por su elevada frecuencia representan un problema de salud pública. En estos padecimientos intervienen determinantes para la salud bucal, tales como, hábitos alimentarios e higiénicos y la educación para la salud, entre otros. Así mismo la organización de los servicios que se otorgan no cubren las necesidades de la población en relación a estos padecimientos, ya que la atención es más de tipo curativo que de tipo preventivo, situación que debe revertirse, dando más énfasis a la atención preventiva ya que el costo de la atención curativa es muy alto y el gasto económico elevado rebasa la capacidad del Sistema Nacional de Salud, es decir, la demanda de atención supera en mucho la capacidad de atención de los servicios de salud, por ende, los esfuerzos en cuanto a promoción de salud, deben incluir a toda la población. Se debe cambiar el enfoque y la perspectiva de la medicina tradicional (atención y tratamiento), a la salud pública (prevención y promoción). Las condiciones de salud bucal tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad de la población pues con ellas se presenta, por ejemplo, incremento en el ausentismo escolar y laboral, y paradójicamente las enfermedades de salud bucal son susceptibles de prevenirse con actividades preventivas y diagnóstico temprano. Por lo tanto, es necesario la implementación de un programa educativo para niños de 4 y 5 años que tenga diferentes técnicas de aprendizaje para aumentar su capacidad de atención por sesión.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Mejorar la salud bucal de la población preescolar, de manera que se mantenga saludable y adquiera las herramientas necesarias para continuar esta condición.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Según la OMS en el año 2012 el 60% - 90% de escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, las dolencias bucodentales tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.

EL programa educativo – preventivo Dientito feliz es una propuesta de trabajo que pretende ofrecer, desde el ámbito educativo y sanitario, un conjunto de actuaciones relacionadas con la salud bucodental, debidamente organizadas y secuenciadas para desarrollar en el segundo ciclo de educación infantil. Esto implica una actuación conjunta por parte tanto de la escuela, integrando estas actividades en su proyecto educativo, como por el ámbito sanitario a través del programa de salud bucodental.

CONTENIDO

Sesión N°1:

- PARTES DE LA BOCA:

Labios, encía, paladar, lengua, carrillos y dientes

- Función de cada componente

- **Labios:** Su función es facilitar la articulación y manipular los alimentos que llegan a la cavidad bucal
- **Encías:** La función básica que cumple la encía es de protección, absorbe fuerzas para que no sean transmitidas al tejido óseo. Protege al diente de la agresión de bacterias y de la entrada de sustancias extrañas mediante el epitelio de unión. Ayuda a mantener fijos los dientes a los maxilares
- **Lengua:** cumple funciones como la hidratación de boca y alimentos mediante la salivación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto
- **Dientes:** Cumplen la función de cortar, desgarrar y triturar la comida que ingresa a la boca.

Sesión N°2:

- HIGIENE ORAL:

Una buena higiene bucal o dental debería establecerse mediante la adopción de cuatro hábitos: El cepillado, la limpieza con hilo dental, el enjuague y la visita periódica al dentista.

- El Cepillado dental

Una buena higiene bucal comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Hay alimentos duros como la punta del la pisque al ser mordidos arrastran la placa bacteriana. Sin embargo, un cepillado excesivo puede incidir en un temprano desgaste del esmalte, en especial si se han ingerido cítricos después de las comidas, por lo que lo ideal está entre dos y tres cepillados diarios.

También puede ser aconsejable cepillarse antes de la comida para reducir la placa bacteriana. Se recomienda cepillarse los dientes por un tiempo de tres a cinco minutos; es decir, diez cepilladas por cada dos dientes. De preferencia debe ser con un cepillo mediano, de cerdas y mango recto y con un pasta dental que contenga fluor. Es importante recalcar que el odontólogo es quien debe valorar cómo debe ser la higiene oral de cada paciente de acuerdo con sus necesidades. El uso de chicles puede ser aconsejable. La acción de masticar estimula la secreción de saliva, que evita que el ph de la boca se vuelva excesivamente ácido. El xilitol

inhibe el crecimiento de la bacteria streptococcus mutans, que causa la caries. Estos chicles no sustituyen las ventajas del cepillado.

El cepillado debe realizarse introduciendo los filamentos del cepillo en el espacio que se forma entre las piezas dentales. Se debe también pasar el cepillo por la cara interna de las mejillas, la lengua, el paladar y las encías, si están sanos. Hay llagas que pueden remediarse realizando enjuagues de agua con sal.

Es necesario la supervisión de un adulto ya que la psicomotricidad fina y gruesa en niños de 4 y 5 años aun estan en desarrollo.

- USO DEL HILO DENTAL

El uso del hilo dental es esencial para remover los restos de alimentos que quedan atrapados entre los dientes evitando que aparezcan caries interproximales.

Sesión N°3:

- MALA HIGIENE ORAL

La mala higiene oral puede ser, en la mayoría de los casos, debida al bajo interes o a la mala instrucción del paciente para el cepillado. En ciertas ocasiones esta mala higiene puede ser motivada por una supraestructura que impida el acceso a la higiene por parte del paciente debido a un diseño que sacrifica la higiene en aras de una mayor estética.

La mala higiene puede causar diferentes tipos de enfermedades bucales como por ejemplo:

- Caries dental.

- Es una enfermedad que se caracteriza por la destrucción del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Las bacterias fabrican ese ácido a partir de los restos de alimentos de la dieta que se les quedan expuestos

- Inflamación de las encías

- Es la etapa inicial de la enfermedad de las encías y la más fácil de tratar. La causa directa es la placa bacteriana: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias, que se deposita constantemente sobre los dientes y encías.

- Mal aliento

- El mal aliento es fruto de la acumulación bacteriana en la boca o entre los dientes, o de restos de comida alrededor de las encías y la lengua, que a su vez desencadenan la floración de bacterias en la boca que provocan caries.

Sesión N°4:

- ALIMENTOS SALUDABLES Y NO SALUDABLES PARA LA SALUD BUCAL

Independientemente de las cualidades nutricionales que cada tipo de alimento aporta al organismo, lo cierto es que cuando se relacionan con la salud bucodental hay que hablar de alimentos que son beneficiosos para los dientes y otros que son perjudiciales.

- Alimentos que benefician la salud bucodental

Entre los que aportan beneficios para la salud dental cabe destacar los siguientes:

- **La leche y sus derivados:** son ricos en calcio y ayudan a fortalecer el esmalte dental, protegiendo los dientes del desgaste. Entre los lácteos hay que destacar el queso, que ayuda a reforzar la superficie del diente y el yogur que, además del calcio, aporta fosfatos y caseína, muy útiles para remineralizar el diente.
- **Frutas y verduras:** especialmente las manzanas, la zanahoria y el apio, entre otras. Estos alimentos facilitan la eliminación de la placa bacteria y los restos de otros que hayan podido quedar adheridos a los dientes al potenciar la producción de saliva.
- **Alimentos sin color como el arroz blanco, las carnes y pescados blancos, etc.** No tiñen los dientes al carecer de pigmentos.

- **Chicle con xilitol y sin azúcar:** favorece la limpieza de los dientes cuando no se puede llevar a cabo una adecuada higiene dental después de una comida. Potencian la secreción de saliva, que es un gran agente antibacteriano.
- **Alimentos ricos en fibra:** cereales integrales y legumbres. Al exigir un mayor esfuerzo en la masticación promueven la producción de saliva.
- **Frutos secos:** son ricos en magnesio, un mineral muy útil para reforzar la estructura dental.

- **Alimentos comestibles que perjudican la salud bucodental**

- **Caramelos duros:** contienen una alta cantidad de azúcar y pueden provocar fracturas en los dientes.
- **Alimentos pegajosos:** se recomienda enjuagar la boca con agua después de la consumición de este tipo de alimentos, seguido del cepillado de los dientes y el uso del hilo dental.
- **Snacks:** tienen mucho almidón y se queda entre los dientes fácilmente, favoreciendo el ataque de las bacterias.
- **Masticar hielo:** no es recomendable porque los dientes entran en contacto, de forma que se desgastan y se rompen. Además, se produce un cambio brusco de la temperatura, lo que genera mucho dolor. Con el paso del tiempo, incluso, se puede perder la sensibilidad o, directamente, se pierde una pieza.
- **Cítricos:** contienen una gran cantidad de ácidos, lo que hace que se debiliten los dientes y se desmineralicen.

- **Café o té con aditivos:** son bebidas que al añadirles azúcar u otros aditivos, pierden sus cualidades saludables y perjudican la salud de los dientes.
- **Refrescos:** los que son excesivamente azucarados provocan el riesgo de la aparición de caries.
- **Bebidas isotónicas:** pensadas para deportistas que realizan ejercicios extremos y tienen que reponer los azúcares y electrolitos perdidos. El problema es que se han globalizado y contienen altas cantidades de azúcar y ácidos, lo que provoca daños en el esmalte.
- **Alcohol:** hace que se seque más las boca, lo que conlleva la vulnerabilidad de los dientes frente a las bacterias. Además, aumenta las probabilidades del desarrollo de un cáncer oral.

VI. PLAN DE EJECUCIÓN

OBJETIVOS	ACTIVIDADES PLANIFICADAS	CRONOGRAMA
Identifica las partes de la boca y su función	La cavidad oral y sus partes. La boca, sus partes y la función que cumple cada una	Todas las actividades planificadas se realizarán dejando 7 días calendario entre cada una de ellas como máximo. De esta forma mantenemos al niño enfocado y de manera que recuerde las sesiones anteriores.
Realiza acciones de higiene bucal de manera autónoma.	Higiene oral Técnica de cepillado dental de Fones	
Explica las enfermedades causadas por una mala higiene oral.	Mala higiene oral Enfermedades por una mala higiene oral.	
Practica hábitos de alimentación saludable. Explica la importancia de estos hábitos para su salud.	Dietas cariogénicas y no cariogénicas Alimentos saludables y no saludables para la salud bucal	

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

SESION N°1: LA BOCA Y SUS PARTES

1. CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

Explica la relacion entre los elementos de la cavidad oral y la funcion de cada uno de estos.

2. DURACION

25 MIN

3. MATERIALES:

- Dos titeres : Una niña y una persona adulta
- Escenario para titeres
- Radio con musica infantil
- Imágenes representativas de cada parte de la boca
- Cinta Masking tape
- Stickers de caritas felices

4. PARTICIPANTES:

- Grupos de 20 – 30 participantes

5. INICIO: 10 MINUTOS

METODOLOGIA DE APRENDIZAJE

ANIMACIÓN: Se presenta a los alumnos y se les pide que se pongan de pie. A continuacion se usa la técnica de presentación siguiente :

Identificación con animales:

Se colocan en círculo y se le pide al que se considere desenvuelto, que se presente diciendo su nombre, edad, el animal con le gusta y porqué. Para seguir con la dinámica de grupo, cuando termina su presentación, debe elegir a alguien para que se presente y así sucesivamente.

MOTIVACIÓN: Se les hacen preguntas generales sobre las partes de la boca para despertar interés y recoger los saberes previos. De esta manera estimulamos la curiosidad y ponemos al descubierto el saber y las experiencias previas.

6. DESARROLLO DE LA SESION: 10 MINUTOS

“ SKETCH DE TITERES”

PROCEDIMIENTO:

1. Se alista el escenario en frente de los alumnos
2. Utilizamos la cinta masking tape para pegar las imágenes representativas en la parte delantera del escenario
3. Forme dos filas de igual número de personas una detrás de la otra.
4. Se comienza con el sketch:
 - a. La niña se llama clarita y no puede comer bien porque se le a salido un diente
 - b. La madre entra en acción para ayudarla a comer
 - c. Clarita le pregunta a su mama porque no puede comer bien
 - d. La madre le explica que al faltarle un diente es difícil masticar los alimentos
 - e. A continuación clarita le pregunta a su mama que pasaria si no tuvieramos encia. Y si no tuvieramos labios, lengua.
 - f. La madre le explica la función de cada componente a clarita señalando las imágenes representativas.

7. CIERRE: 5 MINUTOS

- g. Clarita al tener todo claro les hace preguntas a la audiencia
- h. ¿Para que sirven los dientes? ¿Para que sirven las encias? ¿ Para que sirve la lengua? ¿Para que sirven los labios? ¿Cuál es mas importante?

Al finalizar la sesión se les entrega a cada uno un sticker de una carita feliz por su atención. Y se les recuerda cuidar bien cada parte de su boca, así como comentarle a sus padres o familiares lo que aprendieron.

SESION N°2: CONOCIENDO LOS UTILES DE ASEO

1. CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

Ilustra los diversos utiles de aseo, como usarlos y su importancia. Reconoce ademas que es necesario la ayuda de hilo dental para tener una adecuada higiene oral.

2. DURACION

15 MIN

3. MATERIALES:

- Maqueta dental (tipodont) 5
- Cepillo dental
- Pasta dental
- Hilo dental
- Un vaso con agua
- Stickers de caritas felices

4. PARTICIPANTES:

- Grupos de 3 - 5 participantes

5. INICIO: 2 MINUTOS

METODOLOGIA DE APRENDIZAJE

ANIMACIÓN: Se les pone una cancion educativa para que despierten interes en la siguiente sesion

MOTIVACIÓN: Se utilizaran cualquiera de estas adivinanzas graficas con respecto al cepillo dental, pasta dental, hilo dental.

a. Adivinanza n°1:

Aunque dure entre mis dedos
me suaviza de alegría
Mi boquita le agradece
estar sana noche y día



b. Adivinanza n°2:

Algo que usamos varias veces al día
y nos ayuda a sonreír con alegría.



c. Adivinanza n°3:

Soy delgado y ayudo a limpiar
Paso por los dientes y lo pongo a brillar



6. DESARROLLO DE LA SESION: 8 MINUTOS

PROCEDIMIENTO:

“CONOCIENDO LOS UTILES DE ASEO”

1. Se pide permiso para retirar 3 – 5 alumnos del aula
2. Se les ubica en una mesa rectangular en otro ambiente
3. El demostrador se pone al frente de ellos y les reparte a cada uno una maqueta dental con 1 cepillo dental, un trozo de hilo y pasta dental
4. Se les explica para que sirven los utiles de aseo
5. Se les enseña como usar cada uno de ellos y en que momento del dia
6. Por ultimo se les dice que al llegar a casa le digan a sus padres que los ayuden a cepillarse los dientes en la mañana, en la tarde y en la noche antes de dormir.

7. CIERRE: 5 MINUTOS

1. Se les pregunta cual es la forma correcta de cepillarse los dientes y para que sirve el hilo dental y la pasta dental
2. A continuacion los niños se iran a lavar los dientes usando su cepillo dental con la supervision del especialista para ayudarlos con los movimientos de muñeca y mano.

Al finalizar la sesion se les entrega a cada uno un sticker de una carita feliz por su atención. Y se les recuerda cuidar bien cada parte de su boca, asi como comentarle a sus padres o familiares lo que aprendieron.

SESION N°3: ENFERMEDADES POR UNA MALA HIGIENE ORAL

1. CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

Explica la importancia de la higiene oral para el cuidado de la salud bucal
Valora la higiene oral como practica saludable para lograr una adecuada salud bucal.

2. DURACION

25 MIN

3. MATERIALES:

- Dos titeres : Una niña y una persona adulta
- Escenario para titeres
- Radio con musica infantil
- Imágenes representativas de caries dental, encias enrojecidas, mal haliento y perdida dental
- Cinta Masking tape
- Stickers de caritas felices

4. PARTICIPANTES:

- Grupos de 20 – 30 participantes

5. INICIO: 10 MINUTOS.

METODOLOGIA DE APRENDIZAJE

ANIMACIÓN: Se les pone una cancion educativa para que despierten interes en la siguiente sesion

MOTIVACIÓN: Se les sienta en un semicirculo y se les cuenta un cuento con respecto a salud bucodental titulado : “ Pepa la Muela” Escrito por Estefy 05 agosto 2003. SaludMadrid.

Pepa La Muela

Pepa era una muela muy pequeña, que vivía acurrucadita y escondida en la boca de Jorge. unca se había asomado, ni había sentido el placer de masticar. Esperaba ansiosa que llegase el momento de salir.

¡Llegó el momento tan esperado! ¡Jorge cumplió 6 años!

Pepa salió poquito a poquito, pero lo que allí vio no era lo que esperaba.

Había un colmillo puntiagudo y enfadado. Dos muelas sucias y medio rotas. Otra, la que estaba a su lado, parecía un volcán con un agujero enorme, y encima olía mal.

De pronto se abrió la boca, Pepa quiso ver el exterior, pero imposible, porque inmediatamente entró una bola de caramelo, pegajosa, gigantesca.

Que sin que Pepa pudiera evitarlo se le empezó a pegar por todas partes, tenía un fuerte olor, y un color rosa tremendo. Todas las muelas y dientes luchaban contra la gran masa que se les pegaba. Pero era inútil, la lengua lo extendía todo, más y más. Mientras, Jorge no se daba cuenta de nada. Estaba tan contento saboreando su caramelo.

Al poco tiempo, Pepa se había llenado de unos bichitos horribles y de grandes colmillos que querían convertirla en su casa.

Los papás de Jorge le pedían que no comiese tantos caramelos y que se lavase los dientes. Pero Jorge no les hacía mucho caso.

En el colegio, le explicaron muchas cosas. Por ejemplo para que servían los dientes y porqué tenía que cuidarlos. Además, le dijeron cómo tenía que hacerlo. Era muy fácil: tenía que usar el cepillo de dientes para mantener los dientes limpios y no comer tantos dulces.

A partir de entonces, Jorge cuidó y disfrutó de sus dientes. ¡Con que gusto los frotaba cada mañana y cada noche! ¡Qué bien olía su boca! ¡Cómo brillaban sus dientes!

6. **DESARROLLO DE LA SESION: 10 MINUTOS**

“ SKETCH DE TITERES”

PROCEDIMIENTO:

1. Se alista el escenario en frente de los alumnos
2. Utilizamos la cinta masking tape para pegar las imágenes representativas en la parte delantera del escenario
3. Forme dos filas de igual numero de personas una detrás de la otra.
4. Se comienza con el sketch:
 - a. Entra Pepito comiendo dulces y de pronto le duele su diente
 - b. La mama entra apurada y le pregunta que a pasado
 - c. Pepito le dice que le a dolido muy fuerte su diente y van a un dentista

- d. El dentista revisa a pepito y le dice que tiene una caries dental
- e. Pepito le pregunta al dentista que significa caries dental
- f. El dentista le explica a pepito que es la caries dental y porque sus encias estan rojas.
- g. Pepito le pregunta porque su boca huele tan rico
- h. El dentista le responde que al no tener caries la boca tiene un olor agradable.
- i. La mama de pepito le pregunta al dentista si la caries puede hacer que se le caiga el diente.
- j. El dentista responde todas las preguntas y le cura su caries y le hace una limpieza dental
- k. Pepito se siente mucho mejor y regresa a casa

5. CIERRE: 5 MINUTOS

- a. Pepito ya apunto de dormir les pregunta a la audicion.
- b. ¿Qué son las caries? ¿ Porque salen caries? ¿Cómo hago para que mi boca huela rico? ¿Qué pasa si no me cepillo los dientes? ¿A dónde voy si me duelen los dientes?

Al finalizar la sesion se les entrega a cada uno un sticker de una carita feliz por su atención. Y se les recuerda cuidar bien cada parte de su boca, asi como comentarle a sus padres o familiares lo que aprendieron.

SESION N°4: ALIMENTOS SALUDABLES Y PERJUDICIALES PARA LA SALUD BUCAL

1. CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

Practica hábitos de alimentación saludable a la vez que explica la importancia de estos hábitos para su salud

2. DURACION

25 MIN

3. MATERIALES:

- Figuras de alimentos no cariogénicos
- Figuras de alimentos cariogénicos
- Limpia tipo
- Papelógrafo con un cuadro
- Una imagen de cara feliz
- Una imagen de cara triste

4. PARTICIPANTES:

- Grupos de 10 – 15 participantes

5. INICIO: 10 MINUTOS

METODOLOGIA DE APRENDIZAJE

ANIMACIÓN: Se les pone una canción educativa para despertar el interés a la siguiente clase.

MOTIVACIÓN: Se les hacen preguntas generales sobre los alimentos saludables y perjudiciales como por ejemplo ¿Los dulces son buenos o malos para los dientes? ¿Porqué?, ¿El azúcar ayuda a los dientes?. ¿Cuántos toman leche en el desayuno? ¿Sabían que la leche es buena para los dientes?

6. DESARROLLO DE LA SESION: 10 MINUTOS

“JUEGO POR IMÁGENES”

PROCEDIMIENTO:

1. Se separan en dos grupos de 10 – 15 personas
2. En la pizarra se coloca el papelografo con el siguiente cuadro



3. Se les dan diferentes imágenes a cada uno ya sean saludables o no saludables
4. Se hacen preguntas en voz alta diciendo quien tiene qué alimento, y que salga a pegarlo donde corresponde
5. Se les va explicando el porqué de cada alimento. Y que sucede si lo comemos muy seguido.

7. CIERRE: 5 MINUTOS

Al finalizar se les vuelve a hacer preguntas de qué alimentos son buenos y cuales malos para tener una buena salud bucal. Asimismo se les recuerda que consuman los alimentos buenos y que no consuman tantos alimentos perjudiciales para la salud bucal.

Al finalizar la sesion se les entrega a cada uno un sticker de una carita feliz por su atención. Y se les recuerda cuidar bien cada parte de su boca, asi como comentarle a sus padres o familiares lo que aprendieron.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Barber, T., Luke, L. (1985). *Odontología Pediátrica*. Manual Moderno. México.

Cuenca, S., Baca, G. (2005). *Odontología Preventiva y Comunitaria*. España, Barcelona.

Fetherstone, J. (2000). *The science and practice of caries prevention*. The Journal of the American Dental Association, 131(2), 887-899.

Fernández, L., Novaes, A., Feitosa, A. (2002). *Eficacia de un programa de higiene oral para los huérfanos brasileños*. Braz Dent J. Brasil.

Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Mexico.

Mattos, M. (2004). *Riesgo de caries dental*. Rev Estomatol Heredia, 14(1) 1-2.

Mazariegos, C. (1995). *Proyecto de Intervención en la Atención Odontológica del Centro de Salud "Dr. José Ma. Rodríguez"* (Tesis para obtener Grado de Maestría en Salud Pública).

Ministerio de Educación del Perú. (2016). *Curriculum de Educación Inicial*. Lima, Perú.

Ministerio de Salud. (2002). *Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12, y 15 años*. Lima, Perú.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Nota Informativa N° 318*. Ginebra. Suiza

World Health Organization. (2003). *The World Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Ginebra.

Suiza.