



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO DE SALUD BUCAL  
EN LA HIGIENE ORAL, UTILIZANDO COMO AYUDA EDUCATIVA FUNCIONES  
TEATRALES”

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

**AUTOR**

OCHOA SANCHEZ, ADRIAN ARTURO

**ASESOR**

MG. CASTRO PÉREZ VARGAS, ANTONIETA MERCEDES

**JURADO**

Dr. MENDOZA MURILLO, PAUL ORESTES

Dra. LADERA CASTAÑEDA, MARYSELA IRENE

Mg. PELTROCHE ADRIANZÉN, NIMIA OLIMPIA

**LIMA- PERÚ**

**2021**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Mg. Castro Pérez Vargas, Antonieta Mercedes por confiar desde el primer momento que me otorgaron como asesora el compromiso, la dedicación y el apoyo constante durante el tiempo del presente trabajo de investigación.

A mis padres por su apoyo, constancia y dedicación en toda mi vida, a mi hermana por ser siempre el motor y motivo para poder seguir escalando peldaños y ser un ejemplo para ella y a mis familiares que siempre me forjaron a ser mejor.

A Miguel Ángel Arias Manco, quien siempre confió y me brindo todo su apoyo desde un inicio como persona, amigo y paciente.

A mis amigos por el cariño y la amistad que compartimos desde ya varios años y el apoyo en el presente trabajo de investigación Darling P., Fiorella F. y Sherly F.

A las autoridades pertinentes de la Institución Educativa y a los preescolares que colaboraron en el presente trabajo de investigación.

## **DEDICATORIA**

A las personas que siempre dieron lo mejor de sí para poder ser quien soy ahora, esto es para mis padres Estela Liliana Sánchez Sánchez y Arturo Víctor Ochoa Malpartida, que siempre me ayudaron a subir peldaño tras peldaño y a cumplir todas las metas que me puedo trazar.

A mi hermana Stephanie L. Ochoa Sánchez, por ser la mejor amiga, hermana, paciente que pudo darme la vida y ser uno de los factores más importantes para salir adelante.

A mis docentes de la Facultad de Odontología de la UNFV, por siempre inculcarme los conocimientos propicios y la ética para poder ser un buen profesional a lo largo de mi vida.

A las personas que siempre tuvieron la confianza de ser una pieza fundamental a lo largo de este camino y hoy ven los frutos.

## ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
I. Introducción	8
1.1 Descripción y formulación del problema	10
1.2 Antecedentes	12
1.3 Objetivos	19
– Objetivo General	19
– Objetivos Específicos	19
1.4 Justificación	20
1.5 Hipótesis	21
II. Marco Teórico	22
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	22
III. Método	40
3.1 Tipo de investigación	34
3.2 Ámbito temporal y espacial	34
3.3 Variables	34
3.4 Población y muestra	36
3.5 Instrumentos	37
3.6 Procedimientos	44

3.7 Análisis de datos	41
3.8 Consideraciones éticas	41
IV. Resultados	42
V. Discusión de resultados	50
VI. Conclusiones	52
VII. Recomendaciones	54
VIII. Referencias	55
IX. Anexos	60

## Resumen

El actual estudio tuvo como objetivo evaluar la influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral y conocimientos en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Particular “Divino Maestro de Pro” y como complemento se evaluó los conocimientos en los padres sobre salud bucal. El estudio fue de tipo prospectivo, longitudinal, observacional, analítico teniendo como grupo de estudio a 119 niños entre 3 a 5 años y 78 padres de la I.E.P. “Divino Maestro de Pro” en Lima; para ello se evaluó el nivel de conocimiento mediante un cuestionario y el índice de placa mediante el IHOS para dentición decidua, ello se realizó antes y después del programa, así mismo se les aplicó un cuestionario a los padres de antes y después del programa educativo. Como resultado del IHOS en los niños obtuvimos, como malo el 90.8% vario a 0% y el 9.2% regular vario a 79% regular y 21% bueno, en conocimientos sobre salud bucal se obtuvo que los niños de un 41.2% a 0% malo, de 43.7% a 12.6% regular y bueno de 15.1% a 87.4% y con respecto a conocimientos en salud bucal de los padres de un 64% aumentó a 100% bueno. Por lo tanto, el programa educativo tuvo influencia en el hábito de higiene oral y conocimientos para los niños de 3 a 5 años y en los padres por los resultados obtenidos en el estudio.

Palabra Clave: Programa educativo preventivo, índice de Higiene Oral y conocimientos.

## **Abstract**

The current study aimed to evaluate the influence of a preventive oral health education program on oral hygiene and knowledge in children from 3 to 5 years of the Particular Educational Institution "Divino Maestro de Pro" and as a complement the knowledge in the Parents about oral health. The study was prospective, longitudinal, observational, analytical, with 119 children between 3 to 5 years of age and 78 parents of the I.E.P. "Divino Maestro de Pro" in Lima; For this, the level of knowledge was assessed through a questionnaire and the plaque index through the IHOS for deciduous dentition, this was done before and after the program, and a questionnaire was applied to parents before and after the educational program. As a result of IHOS in children we obtained, as bad 90.8% varied to 0% and 9.2% regular varied to 79% regular and 21% good, in oral health knowledge it was obtained that children from 41.2% to 0% bad, from 43.7% to 12.6% regular and good from 15.1% to 87.4% and with respect to oral health knowledge of parents of 64% increased to 100% good. Therefore, the educational program had an influence on the habit of oral hygiene and knowledge for children aged 3 to 5 years and parents for the results obtained in the study.

Keyword: Preventive educational program, Oral Hygiene index and knowledge.

## I. Introducción

Entre los primeros doce años de vida, la cavidad bucal sufre distintas modificaciones. Necesariamente debe haber un cuidado por cada etapa de crecimiento ya que ello nos conllevará a mantener un estado aceptable a más edad, por ello una buena higiene bucal tendría que iniciar desde la edad más próxima del infante para así evadir lo que uno normal piensa, esto para que la limpieza bucal del infante, junto con el hábito que se tenga en el desarrollo conlleve a que de adultos aun tengan presencias de sus piezas dentarias y evitar el problema de desoclusiones y uso de prótesis a corta edad (Dentaid, 2019).

Según Lazo (2015) refiere que el Perú ha tenido un gran crecimiento demográfico, sobre todo en las zonas marginales, donde la población presenta una alta y severa prevalencia de enfermedades bucales, las cuales, asociadas a la práctica de comportamientos no saludables; ocasionan que las personas presenten un deficiente salud bucal.

La salud bucal hoy en día es el reflejo de distintos factores que intervienen en la disminución de diferentes enfermedades orales, ellos conllevan a que se presenten distintos programas de prevención y promoción para poder erradicarlos desde la niñez, uno de los factores más resaltantes es un mal hábito de higiene bucal.

En el transcurrir de los años, se ha puesto interés en la educación, ya que es un método en el cual se puede percibir mediante los resultados favorables, para lo cual se usan diversas estrategias que capte la atención y motivación de los interesados, en este caso de los preescolares.

Los programas educativos preventivos promocionales son los que de alguna manera influyen en la adquisición de conocimientos y mejoran el hábito una buena higiene oral en la población.



Esto debido a que para realizarlo e infundir se utilizan diferentes métodos de aprendizaje ya sea tanto utilizando métodos didácticos, teatrales, clown o diversos métodos que se propongan para así tener un resultado positivo.

De manera que con estos programas se va mejorando la educación y la higiene bucal desde los primeros años de etapa escolar y en los conocimientos de los padres de familia, ya que ellos son un pilar fundamental y primer contacto para el entrenamiento de los niños.

## **1.1 Descripción y formulación del problema**

### **Descripción del problema**

Según la Federación Internacional Dental (FDI, 2019) afirma que “La salud oral es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad y enfermedad del complejo craneofacial”.

Según Alonso (2019) menciona que la mayoría de los problemas bucodentales son prevenibles con una estructura de prevención, detección y tratamiento, pero aun un alto porcentaje como es el 60% de la población mundial no cuenta con accesibilidad a especialidades capacitadas para un país que quiere contar con obtención de tratamientos en lo que respecta a salud bucal.

Para Lazo (2015) las actuales y preocupantes cifras estadísticas de las que se dispone, según el Sistema de Información en Salud (HIS) del MINSA nos indican que, el 60% de los niños de 2 a 5 años presentan caries dental, en los escolares y adolescentes la cifra aumenta a 70% y en adultos la cifra es del 98% (p.1).

En el transcurrir de los años, la problemática mundial a nivel de la salud bucal sigue siendo continuo, los cuales afectan tanto al periodonto como a estructuras dentarias en sí, con ello la prevalencia de enfermedades periodontales, caries entre otras van en aumento.

Según Gonzáles y García (2013) en diferentes países, los problemas de la salud bucal se afrontan de forma promocional y preventiva con medio de la educación directamente en las instituciones educativas tanto nacionales como particulares, considerando a estas como el lugar ideal para realizar promoción de la salud con el propósito de desarrollar estilos de vida saludable. La población infantil es más susceptible a padecer caries, la cual puede prevenirse mediante la adquisición de hábitos alimenticios e higiénicos favorables, los cuales se imparten o refuerzan a través de programas educativos. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares(p.1).

Sin embargo, se está promoviendo en diversos países los diferentes programas educativos tanto la prevención como promoción para el cuidado de la higiene oral.

Según la Organización Mundial de la Salud en el Perú los datos de la OPS mencionan que; es conformado por diversas poblaciones que se encuentran vulnerables a cambios que afecten en daño a la salud bucal. Por lo tanto, para aminorar el número de enfermedades bucales, la estomatología se ha inclinado en aplicar medidas y otorgar métodos con modelos que comprometen aspectos primordiales; como es la difusión y promoción de la salud y su respectiva prevención de aquellas enfermedades. Con lo que se tienen estrategias, que otorgan bienestar en los usuarios; como la idoneidad de disminuir y atenuar las circunstancias de riesgo que originan múltiples patologías bucales.

Es importante la educación para la salud bucal de preescolares, como refuerzos para la adquisición de actitudes y hábitos para conllevar a una salud de toda la familia, ya que el medio de las instituciones educativas, los padres y responsables toman conocimiento sobre medidas saludables, los cuales muchas veces no poseen toda la información clara y necesaria sobre la prevención para mantener la salud bucal de los niños en edad preescolar (Casahuilca, 2019, p. 14).

La utilización de entretenimientos pedagógicos en estrategias educativas es eficiente y ahorrador y el ánimo con el que se realiza implica el rendimiento de muchas personas a la vez, las cuales general y/o modifican las actitudes positivas para el bienestar físico y mental, de ahí la motivación para aplicar un conjunto de acciones educativas. En tal sentido las redes sociales pueden dar un gran aporte en la motivación del aprendizaje. La informática aporta en gran medida a la mejora de la motivación en el aprendizaje; aquí encontramos a los llamados softwares educativos que pueden ser de utilidad en determinados estadios de enseñanza-aprendizaje (Ugalde, Delgado y Quintana, 2014, p. 2).

Los diferentes niveles de educación referida a la higiene oral de los distritos de Lima es un proyecto de largo plazo debido a que las diversas autoridades tienen diferentes enfoques, sobre todo en lo que es salud bucal, dicho ello en el Distrito de Los Olivos se está impartiendo esta medida como ejemplo para diversos municipios, pero el alcance de la promoción y prevención debe llegar a toda la población.

Entonces, es menester la intervención educativa en esta institución, teniendo en cuenta que la prevención es un elemento primordial de la salud bucal en la población, siendo la difusión de la salud una estrategia eficaz necesaria para modificar conductas y hábitos en los estudiantes. Razón por la cual se diseñó e implementó un plan de intervención preventivo de salud bucal, con la idoneidad de mejorar conciencia sobre las medidas preventivas en la salud bucal en niños preescolares de 3 a 5 años en la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima.

### **Formulación del problema:**

¿Cuál será la influencia del programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral utilizando como ayuda educativa funciones teatrales, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019?.

## 1.2 Antecedentes

Málaga (2019) evaluó la efectividad de un programa educativo en la higiene bucal y en los conocimientos en niños en naranjillo, Tingo María el cual tuvo un método de estudio de ensayo de campo, prospectivo, observacional y longitudinal, este estudio se realizó en 188 niños del nivel de primaria, evaluándolos así en el nivel de conocimiento y medición de IHOS utilizándose así el índice de placa simplificado de Greene-Vermillion, sobre Salud Bucal antes del programa y después del programa; para ello comprendió sesiones donde se realizó teorías de salud bucal y como refuerzo un teatro sobre salud bucal, se concluyó en los resultados que la intervención de un programa educativo de salud bucal en niños de un centro educativo, utilizando como estrategia principal el teatro educativo, influenciara positivamente en los niños de primaria de la Institución, tanto a nivel de conocimientos adquiridos y la higiene bucal.

Calderón, Expósito, Cruz, Cuadrado, Alquézar, Garach, y Toral (2019) evaluaron la atención primaria y promoción de la salud bucodental con intervención educativa en una población infantil en Granada, España, que tuvo como método de ensayo comunitario de intervención no aleatorio en un periodo de tiempo corto y mediano plazo la eficiencia de una intervención de promoción de la salud bucal impulsada desde la Atención Primaria. El estudio se realizó en tres centros educativos en el cual participaron 82 alumnos entre 5 y 6 años de edad y 109 alumnos de los colegios control (CC), así como los docentes y progenitores de los alumnos del CI; se llevaron a cabo eventos escolares referidos a la promoción de la salud bucal tanto para los estudiantes, docentes y padres, ello se evaluó con conocimientos y hábitos higiénicos utilizando como instrumento cuestionarios en tiempos transcurridos entre los 6 y 18 meses, se empleó el test chi-cuadrado de Pearson o Fisher para las variables cualitativas, la t de Student para muestras independientes o la U de Mann-Whitney para las cuantitativas. Como resultados se obtuvo transcurridos los 18

meses los conocimientos adquiridos fueron superiores en el CI al igual que en el desayuno y la meriendas, en el consumo de golosinas y bebidas azucaradas respecto a los CC, lo que si no se observo fue mejoras en la higiene bucodental de los CI.

Choque (2018) evaluó la influencia de la técnica teatral y sesiones educativas en la salud bucal de escolares en Huancavelica, el estudio tiene como método ensayo de campo el cual permitirá saber si habrá algún cambio en el hábito de la higiene bucal y los conocimientos, para ello participaron durante el lapso de un mes y medio en 116 niños entre las edades de 10 y 14 años del nivel primario, se dividieron en dos grupos uno en el cual se usaron sesiones educativas y en otra se realizó obras teatrales, esto se desarrolló midiendo sus conocimientos mediante un cuestionario que comprendía cuatro temas de salud, a la par se realizó la evaluación de la higiene bucal con el índice de placa de Grenne-Vermillion y para el índice gingival Loe & Silness , para ello se evaluaron estos índices antes y después de aplicado el programa promocional. En los resultados se compararon ambas técnicas dando como conclusión que la técnica teatral es más eficaz que las sesiones educativas y tanto el índice de placa como gingival disminuyeron luego de aplicado el programa.

Tapia, Prado, Cabrera, y Verdugo (2018) evaluaron el índice de higiene oral simplificado en escolares de 6 años en Cuenca, Ecuador, el cual tuvo como objetivo calcular el promedio del índice de higiene oral simplificado(IHOS) en niños y niñas, tuvo como muestra 177 niños de ambos sexos, su método fue descriptivo, transversal, tras ejecutar la investigación el IHOS fue mayor en los niños con un promedio de 0,74 y el índice de placa calcificada también fue mayor con un promedio de 0,01, las piezas 65 fue la que tuvo más placa clínicamente con una media de 1,2 , la pieza 55 con una media de 1,16 y la pieza 26 con una media de 1,03. En cuanto a colegios del estado se obtuvo un IHOS promedio 0.95 y para colegios particulares 0.91; lo que conlleva a tener como

resultado que en colegios nacionales o del estado la significancia de IHOS es mayor que en colegios particulares, pero esto se representa más en los niños a diferencia de las niñas.

Victorio (2017) estimó la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres y el estado de salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad en Lima, Perú. El cual tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de padres o cuidadores y el estado de salud bucal de niños entre 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 “Casuarinas”, Distrito Ventanilla, su método de estudio fue observacional, prospectivo y transversal. Su muestra estuvo conformada por 79 niños entre las edades de 3 a 5 años del Centro Educativo y los padres o cuidadores que acepten en participar en dicha investigación. Se realizó exámenes bucales ceo-d y para índice de placa el IHOS, a los padres se les realizó un cuestionario para evaluar tanto sus conocimientos, actitudes y prácticas, para los resultados se utilizaron las medidas de asociación bivariado: r de Spearman para variables cuantitativas y medidas de resumen para variables cuantitativas: media y desviación estándar. Para variables cualitativas: proporciones y razones. Como resultado encontraron el ceo-d de 5.24 e IHO-S de 1.56 en los niños. También se pudo determinar que en las tres variables se dio como respuestas regulares de los padres o cuidadores y en los niños niveles moderados y altos en el ceo-d e IHOS; pero si se encontró relación entre las actitudes y el estado de salud bucal ambos índices evaluados en la muestra ejecutada del proyecto.

Cupé y García (2015) realizaron un estudio en Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños en etapa preescolares desarrollo y validación de un instrumento en Lima, Perú. Tuvo como objetivo la validación de un instrumento para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones

Educativas Iniciales en zonas urbanas de bajos recursos teniendo como recurso cuestionario de veinte preguntas. Su método de estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. Para la confección y validación del cuestionario se realizó la prueba estadística V de Aiken, para la validez se contrastaron las respuestas del cuestionario de 312 padres y/o madres familia. Finalmente, se analizó la confiabilidad de los resultados alcanzados con la prueba estadística Alfa de Cronbach teniendo, así como resultado una confiabilidad de 0.64; con ello se concluye que el instrumento es seguro y confiable para dicha evaluación. Se obtuvo como resultados evaluando los conocimientos en el pre test una calificación de 12 en 91 alumnos y 18 en un alumno; y en la evaluación del post test después del programa de salud bucal arrojó una calificación de 12 en un alumno y de 18 en 87 alumnos. En la valoración de placa de higiene bucal arrojó como resultados un 60.1% en 113 alumnos con problemas de higiene bucal y luego del programa los resultados fueron de un 7.4% en 14 alumnos siendo así mejor aplicado el programa educativo. Se concluye que el nivel de conocimientos de los padres y madres de familia y los preescolares fue de manera progresiva y satisfactoria y a nivel del Índice de higiene oral se reflejó una mejora, el cual nos da como resultado positivo el aplicar un programa educativo.

Cardozo, Bessone, Pérez, Vaculik y Sanz (2017) realizaron un estudio evaluando el estado de salud bucal en niños de 4 a 5 años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V en Corrientes, Argentina, utilizando un Programa “Por una sonrisa sana y feliz”. Tuvo como objetivo determinar el estado de Salud Bucal en niños entre los 4 y 5 años de edad que acudieron al Centro en mención. Su método de estudio fue descriptivo, longitudinal, para ello tuvo como muestra a niños entre 4 y 5 años de ambos sexos, posteriormente utilizaron registros en la Historia Médica-Dental con examen clínico, debidamente teniendo el consentimiento informado dándonos como resultado registros

obtenidos que reflejan el 65% de niños con presencia de caries, evaluado ello se ejecutó el Programa preventivo “Por una sonrisa sana y feliz”; en conclusión tras aplicado el programa educativo hubo una mejora en el IHOS, pero el proceso de disminuir caries es a largo plazo, debido a que requiere de tratamientos restaurativos.

Tello, Abanto, Oliveira, Sato, Bonini y Bönecker (2016) realizaron un estudio en el impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares en SAU Paulo, Brasil. El objetivo fue evaluar el impacto de la prevalencia y severidad de CD, TD y DDEr en la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Bucal (CVRSB) de preescolares y de sus padres/cuidadores, asociadas con variables sociodemográficas. El estudio se realizó en una población de 617 niños de 3 y 4 años de edad, los padres y/o cuidadores respondieron el cuestionario de la versión brasileña de calidad de vida (B-ECOHIS) y datos sociodemográficos relacionados al niño(a). Se procedió a realizar el Consentimiento informado previo al examen clínico. Cirujanos Dentistas entrenados y calibrados realizaron los exámenes clínicos para CD, TD y DDEr. Los resultados estadísticos fueron realizados la Regresión de Poisson con un intervalo de confianza de 95%, los valores de Kappa (Inter e intra-examinador) para todas las condiciones clínicas estudiadas fueron  $> 0.8$ . La prevalencia de CD, TD y DDEr del total de la muestra fue de 33.1%, 26.9% y 52.4% respectivamente. Se considerado como alta severidad cuando el niño(a) presentaba un ceo-d 6 (RP= 4.76 /  $p < 0.001$ ). Se concluye que la edad del niño, la presencia y severidad de la CD están asociadas con la peor CVRSB de preescolares y de sus padres o cuidadores. La presencia mayor y la severidad de TD y DDEr no mostraron un impacto negativo en la CVRSB de los preescolares, y con respecto a la TD y DDEr no mostró impacto en la CVRSB.

Ferreira (2016) realizó un estudio en Salud bucal en preescolares y el nivel de higiene bucal en sus madres, en escuelas públicas y privado en Asunción, Paraguay, tuvo como



objetivo relacionar el estado de salud bucal en preescolares ante el nivel conocimientos con respecto a la higiene bucal en las madres de estos mismos. Para este proyecto el método de estudio fue transversal, llevado a cabo en niños entre 4 a 5 años de edad, con ello se llevó a cabo diversos instrumentos de medición como para el conocimiento se realizó un cuestionario con 7 preguntas cerradas y un examen clínico para niños que se efectuó en condiciones estandarizadas; fueron evaluados 221 niños de 8 escuelas que fueron elegidos por muestreo probabilístico. La participación fue del 57%. El índice ceod fue de 2,54 (DE=3,72) para escuelas privadas y 3,02 (DE=4,10) para escuelas públicas. Como conclusión se dice que en las escuelas públicas existe un nivel de salud bucodental es deficiente y en las madres es menor el alto conocimiento a diferencia de la institución privada es eficiente en el nivel de conocimientos y en las madres un mayor alto de conocimientos.

Rangel (2015) realizó un estudio evaluando “Programa Preventivo-Educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de Educación Inicial” esto llevado a cabo en Carabobo, Venezuela. Tuvo como objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental enfocado a los padres o representantes de los niños en un centro de Educación Inicial, durante un año, su método de estudio fue de campo de modalidad proyecto factible, con diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la Fase I diagnóstico se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños y 27 padres y representantes, empleando como instrumentos una guía de observación Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en el caso de los niños y un cuestionario de 16 ítems dicotómicos aplicado a los padres o representantes, validado por expertos y cuya confiabilidad presento un coeficiente de KR 0,87. Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene oral Regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos, en la Fase II se

realizaron los estudios de factibilidad para la propuesta y en la Fase III se diseñó el programa preventivo-educativo “Padres Educados, Niños Saludables”, integrado por seis talleres. Se concluyó que a falta de conocimientos por medio de los padres se debe realizar programas educativos preventivos para poder combatir desde el hogar al hábito de higiene bucal y adquirir más conocimientos tanto en los preescolares como en los padres de familia, teniendo como resultado que al realizar un programa educativo con el nombre “Padres Educados, Niños Saludables” tiene un gran efecto positivo en el grupo aplicado.

Ugalde, Delgado y Quintana (2014) realizaron una investigación que consistió en la intervención educativa en la salud bucal en niños y maestros, Estado Miranda, Venezuela; el cual tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables. Su población para este estudio de investigación fueron 80 niños y 10 maestros, de una escuela, en el transcurso de enero a septiembre. Para ello se realizó un diagnóstico tanto en el índice de higiene bucal de los niños, y las necesidades de aprendizaje de estos y sus maestros. Se elaboró un programa que se compuso como medios de enseñanza y motivacionales, juegos didácticos y un software educativo, la información se logró por procedimiento de encuestas y grupos concéntricos. En los resultados se obtuvo diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también en el índice de higiene bucal. Se pudo evidenciar la aceptación del programa por parte de los niños, quienes consideraron su impacto con respecto a la salud bucal. Se concluyó que la intervención, mediante el programa educativo, logró cambios satisfactorios en la actitud y hábitos bucales de los niños, siendo así el cambio beneficioso y demostrando que el programa educativo realizado fue de gran prioridad para ello.

### 1.3 Objetivos

– Objetivo General:

Determinar la influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019.

Objetivos Específicos:

- Identificar el estado de higiene oral antes de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Evaluar los conocimientos previos sobre salud bucal a la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Identificar los conocimientos previos sobre salud bucal en los padres de los niños entre los 3 a 5 años de edad de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Identificar el estado de higiene oral a los 30 días de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Evaluar la influencia del conocimiento sobre salud bucal a través de un programa educativo en la higiene oral, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Evaluar los conocimientos sobre salud bucal después de aplicado el programa educativo en los padres de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.

- Comparar el antes y después de la aplicación del programa educativo de salud bucal en la higiene oral a los padres de los niños entre 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Evaluar los conocimientos sobre salud bucal después de aplicado el programa educativo en los padres de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.
- Comparar el antes y después de la aplicación del programa educativo de salud bucal en la higiene oral en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.

#### **1.4 Justificación**

Basándonos en diferentes resultados de distintas investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y local considerando un efecto positivo a nivel de la salud bucal. El hábito de tener una mala higiene trae como consecuencia alrededor de un alto porcentaje en enfermedades bucales.

Esta problemática ocurre más en población de bajos recursos y déficit de educación, ya que la salud bucal en el Perú se evidencia en una situación crítica debido a las enfermedades en la cavidad bucal, es así que encontramos a la caries dental en un estimado del 90%, enfermedad periodontal en un presunto del 85% y la mala oclusión dentaria en un evaluado 80% predeterminando así un problema de salud pública.

Presentando esta problemática a nivel de la salud bucal, es necesario conocer el hábito de la higiene oral y los conocimientos que tienen los niños de 3 a 5 años, con la finalidad de inculcar y cambiar los conocimientos a través del programa educativo preventivo y las estrategias previamente planificadas como las sesiones educativas, presentación teatral, juegos didácticos, etc.

Esperando así una respuesta positiva a lo que se presenta para poder identificar las necesidades odontológicas de los niños de 3 a 5 años y poder orientar a tener resultados positivos para una buena higiene oral y conocimientos desde esta edad, haciendo prevención con el programa educativo.

Finalizado el programa, los resultados se pondrán a disposición tanto de la institución educativa como a los padres de los niños de 3 a 5 años, para ayudar a tomar conciencia de la higiene oral y la condición gingival de sus respectivos niños, con ello se puede prevenir diferentes enfermedades bucales ya que se afianza desde esta edad.

### **1.5 Hipótesis**

Si la educación mejora el conocimiento de las personas en general, entonces es probable que un programa educativo preventivo de salud bucal tenga una mejor influencia en los conocimientos sobre prevención de los hábitos de higiene oral con ayuda de funciones teatrales de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019.

## **II. Marco Teórico**

### **2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación**

#### **2.1.1 Programa educativo preventivo de salud bucal**

En la salud bucal, se constituye y efectúan diversos programas, algunos con componentes promocionales y otros preventivos, pero ambos desarrollados a la par. Los cuales se miden por la variación y/o cambios de los índices de salud bucal que se proponen e incremento de conocimientos o actitudes hacia la salud entre otros (Espinoza y Pachas, 2013, p. 2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) los programas son definidos, como un conjunto de actividades diseñados de tal forma que se relación entre sí, para la obtención de un logro u meta planificada. Para la OPS, “un estudio de promoción en salud se confecciona para atender en forma permanente un conjunto delimitado de necesidades de grupos específicos de la población fijando sitios de concentración con la finalidad de maximizar la utilización de recursos existentes para el logro de objetivos desagregados en ámbitos concretos”.

Los programas preventivos de salud bucal hacen realce en esquivar la venida de la caries dental. La Organización Mundial de la Salud, pronuncia que se puede disminuir en la aparición de caries dental en las poblaciones que reciben flúor en niveles entre 0,7 y 1,49 ppm. El flúor, se puede brindarse a los pobladores de distintas maneras, ya sean éstas por vía tópica o mediante el consumo de productos fluorados, pero se indica que las más eficiente es por vía sistémica y entre ellas están el flúor en el agua la más usual y en la sal, por ser masivas en su cobertura y de más efectividad citado por (Málaga, 2019, p.15).

Según Fernández y Ferreira (2015) los programas educativos se basan en varios factores entre ellos uno de los principales es la educación el cual para la salud es un componente fundamental de la promoción de salud. Ya que permite la emisión de conocimientos e

información necesaria para la participación social y para el desarrollo de habilidades personales, para así cambiar las formas de vida de los individuos, grupos y comunidades, por lo que adquiere nuevos hábitos y contribuye al desarrollo de la conciencia sanitaria de la población (pp.2 y 3).

Para Black los enfoques preventivos siempre han sido una variable determinante para poder mejorar la prevención es así que a finales del siglo XIX menciono que: “es justo decir que la filosofía preventiva nunca ha sido la más importante de la práctica odontológica; en nuestro país no es hasta después del triunfo de la revolución que comienza el desarrollo de la Atención primaria de Salud. En Cuba la promoción de salud y prevención de enfermedades se ha ejecutado por más de 25 años” (Fernández y Ferreira, 2015, pp. 2 y 3).

La promoción de salud ha pasado un cambio en todos sus componentes, esto incluyendo los conceptos, producto del desarrollo y enfoque de la salud pública.

Para la creación de un programa educativo es necesario de diversos componentes, como se prosiguen en los siguientes puntos:

- Propósitos: Hacen mención a los valores e intenciones del programa.
- Objetivos: Se hace énfasis en los puntos que se plantean para lograr situaciones que lleven a una mejora en el programa
- Metas: Son objetivos altamente especificado en magnitud y tiempo. Por ello se consideran como perspectivas que pueden llegar a ser cuantitativas o cualitativas, que tienen concordancia con los objetivos planteados.
- Técnicas y Estrategias: Se refiere a cómo se llevarán en su momento los objetivos del programa planteado. Es por ello que se plantean de la mejor manera para interceptar en la ejecución del programa teniendo las mejores condiciones que se sean posibles.

- **Actividades:** Son las diferentes tareas de diferentes niveles que se proyectan para poder conseguir cada objetivo específico que se plantean al inicio de los programas, esto hace que durante el desarrollo de las actividades se hace el seguimiento de los procesos administrativos sobre actividades de forma seguida. En cuanto a evaluación, se efectúan a dos niveles, a) **Apreciación de resultados**, que se da después de ejecutado el programa. b) **Valoración del proceso**, que se realiza en el transcurso de la ejecución del programa planteado.
- **Recursos:** Se refiere a con qué se llevará a cabo la propuesta, en tal sentido son todos los materiales ya sea confeccionados, didácticos y de aprendizaje que se propone cada punto a mejorar.
- **Ámbitos:** Se refiere a donde se ejecutarán los distintos procedimientos el programa.
- **Beneficiarios y/o Destinatarios:** Para ello se llevó antes un planteamiento de que necesidades tiene la población y/o comunidad que se necesita mejorar, los cuales serán modificados y beneficiados con el programa planteado.
- **Fases o etapas:** En este punto se incorpora desde el diagnóstico, para el desarrollo de las actividades y la valoración final o conclusiones.
- **Cronograma:** Se realizan las distribuciones y organizaciones de las actividades programándolas por fechas para llevar un orden desde el inicio del proyecto hasta el término de este.
- **Responsables:** Son las personas que plantean, responden y sostienen el programa o evento a realizarse.



Generalmente, el componente promocional está conformado por acciones de estímulo, educación para el bienestar de la salud y de utilización de estrategias que promuevan la salud, mientras el componente preventivo generalmente hace el uso de flúor por distintas vías o colocación de sellantes de fosas y fisuras. Los primeros que están encargados de estos programas son principalmente los gobiernos y en algunas circunstancias las empresas o entidades privadas u organismos no pertenecientes al estado quienes colaboran en esta sincera pretensión (Espinoza y Pachas, 2013, p. 2).

Ya se determinadas evidencias que muestran una gran correlación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por esto que la prevención y promoción de estas enfermedades debe estar orientada hacia el hábito de una correcta higiene bucal, para evitar así el inicio y seguido el de algunas enfermedades bucales. El ejercicio de la higiene bucal es un asunto individualizado y cotidiano, pero es necesario educar al individuo y a las comunidades para promover los hábitos que les permita mantener una buena higiene bucal.

La permitan mayoría de las personas tienen grandes vacíos en materia de salud bucal. Dicho esto la educación es un pilar que tiene mucha importancia para la salud constituyéndose así de gran valor, que por objetivo tiene promover, estructurar y aconsejar a la comunidad para conllevar a mantener una salud favorable para así poder eliminar desde raíz algunas enfermedades bucales (Pizarro, 2015, p. 2).

Para la Organización Mundial de la Salud (2019) el Programa Mundial de la OMS sobre Salud Bucodental ayuda a los Estados Miembros a:

- Acrecentar y difundir diversos elementos de promoción sólidos que confortan el deber de las instancias normativas y otras partes interesadas en la escala mundial, tratándose así de la salud bucodental;

- Crear capacidad y prestar asistencia técnica a los países para respaldar un enfoque de todo el ciclo de vida, y estrategias basadas en la población en lo que concierne a la reducción del consumo de azúcar, el control del consumo de tabaco y la promoción de dentífricos fluorados y otros medios de administración de flúor, con particular atención a los grupos de población desfavorecidos y pobres;
- Favorecer la consolidación de los sistemas de salud bucodental con un sentido de atención sanitaria demostrado en la persona, como ámbito de la atención primaria de salud;
- Confortar los sistemas de información sobre salud bucodental y la atención integrada de otras enfermedades no transmisibles, a fin de demostrar la capacidad y el impacto del problema y así poder realizar un seguimiento de los progresos alcanzados en los países.

Las instituciones educativas tienen una gran influencia en el tema con respecto a la salud bucal de los preescolares y escolares, y esto conlleva al desarrollo de un nuevo concepto de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud, o Instituciones Educativas Saludables, que tienen como misión lograr unos estilos de vida saludables para la comunidad total con respecto a las instituciones educativas por medio del desarrollo de lugares que secundan y guían a la promoción de la salud.

Según Carménate y Hernández (2015) la transcendencia del principio de los conocimientos con respecto a la salud bucal y atención en la higiene bucal en los primeros años de vida escolar se justifica porque en este momento los educandos están manifestando y percibiendo sus sensaciones. En tal sentido la motivación que presenta el paciente, con

respecto a la actitud y el comportamiento sobre su salud bucal es primordial para que alcance el conocimiento de su implicancia en el desarrollo de la promoción de salud (p.3).

### **2.1.2 Conocimiento**

Existen muchas definiciones sobre conocimiento. A pesar de que es un trabajo cotidiano, no se encuentra de acuerdo en lo que respecta a lo que en la realidad sucede cuando se comprende algo.

Lizana y Matías (como se citó en la Dirección General de Salud de las Personas, 1996) hacen referencia en el 2017 a la real academia de la Lengua Española al definir que conocer, es como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Según esta definición, se puede inferir así que conocer es indisponer la objetividad, pero de nuevo resalta la duda para el Ministerio de salud (p.24).

En algunas circunstancias, el conocimiento puede ser apto para realizar cambios de conducta; pero en otros, no es requisito necesario ni idóneo”. Cuando el conocimiento es significativo, debe ser sobreentendido en términos que deriven beneficios para el grupo objetivo. La transmisión del conocimiento a la hora de actuar depende de una amplia jerarquía de factores internos y externos, esto incluye los valores, las actitudes y las creencias. Para la considerable parte de las personas, la interpretación del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de capacidades específicas (Lugo *et al.*, 2013).

### **2.1.3 Higiene oral**

Para Cuenca y Baca (2013) “el cepillado es un tipo de control de placa llamado control mecánico. Otro tipo de control, es el químico, el cual no sustituye al mecánico dado que solo es un complemento”. (p.122). Es por ello que los elementos químicos más usados son derivados del triclosán, derivados fluorados, clorhexidina, entre otros y sus presentaciones de administración más comunes se encuentran en colutorios, aerosoles, geles y barnices.

- Hábitos

Según Soto (2009) es la actividad que, por repetirse de manera rutinaria o con cierto grado de frecuencia, se vuelve nato para quien la práctica. Según la investigadora, los hábitos son actos adquiridos por la experiencia y realizado regular y automáticamente.

- Higiene

Según Soto (2009) la higiene es el grupo de ejercicios y conducta que son guiados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que sean de manera eficaz en la calidad de la buena salud de las personas.

- Hábitos de higiene

Según la Investigadora, los hábitos de higiene son el conjunto de prácticas y comportamientos realizados regular y automáticamente para mantener condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas (Cerrón, 2016).

Para un correcto crecimiento y desarrollo en un individuo se necesita varios factores entre ellos una buena salud oral. La placa bacteriana es una causa que provoca múltiples enfermedades bucodentales que pueden causar limitaciones a un individuo afectando ámbitos importantes como el social y emocional en su estilo de vida. Entre estas patologías se desencadenan varias causas de la placa bacteriana las más comunes son la enfermedad periodontal y la caries dental la prevención, que se ha materializado a través de campañas dirigidas a motivar la correcta higiene bucal, en la mayoría de los países esta tarea está a cargo del Ministerio de Salud Pública (Ibarra *et al.*, 2018, p.1).

La salud bucal es un agente principal en la condición de vida de la población en general y los estudiantes en particular; una adecuada salud bucal permite que el niño triture bien sus alimentos por ende tenga una buena digestión, articule correctamente los fonemas, y colabora

al desarrollo del autoestima de la persona. Se ha demostrado que las infecciones a la cavidad bucal constituyen un factor de riesgo para otras enfermedades como cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes e inclusive, ocasionan complicaciones en el embarazo (Ponce y Vergara, 2015, p. 4).

Para el cuidado de la salud bucal es fundamental la higiene oral, en esencia el cepillado dental nos permite eliminar la placa bacteriana que esta relacionada tanto a la formación de la caries dental como a la activación de las enfermedades peridontales, que son un proceso mas prevalentes. El cepillado dental es un rutina cotidiana primordial en la higiene bucal, se debe sumar el uso del hilo dental o las limpiezas profesionales(profilaxis) para contribuir a preservar la salud bucal. La educación para la salud temprana edad establece un mecanismo para lograr la adquisicion de estos hábitos de higiene para proteger en general y en particular su salud bucal. El rol que desempeñan los docentes es muy importante para lograr que el niño desarrolle estos hábitos que lo mantendran bien a lo largo de toda su vida, considerando el tiempo que un niño permanezca en la institución educativa ya que este un espacio importante al igual que el hogar para el desarrollo de capacidades (Ponce y Vergara, 2015, p. 4).

Lorente (2015) menciona que la costumbre de higiene bucal debe iniciar en el momento que empiezan a erupcionar los primeros dientes. Cuando aún se es bebé, es importante limpiar con suavidad durante aproximadamente dos veces al día y con una gasa enrollada en el dedo limpiar sus encías. Empezando el primer año, podemos iniciar la higiene bucal con un cepillo de cerdas suaves y con la cantidad necesaria de pasta dental esto de acuerdo a la edad en la que se encuentran. El cepillado debe incluir tanto dientes como encías y lengua para que no se queden restos de comida y se forme biofilm. A los niños en edad temprana, se les indica una técnica de cepillado con movimientos en forma circular o de Fones; que consiste en una técnica que permite realizar movimientos circulares acaparando todas las piezas dentales, sector

por sector y por ambas caras, con lo cual se consigue eliminar la placa adherida que se haya podido acumular o se esté acumulando durante todo el día. Los pasos a seguir en esta técnica son:

- Poner en contacto las cerdas del cepillo con los dientes de la arcada superior e inferior.
- Comenzar haciendo movimientos en círculo con las cerdas del cepillo dental. Se aconseja realizar veinte círculos cada dos dientes, cepillando también a su vez la encía.
- Es de importancia seguir un orden, empezar por un sector así haciendo todo el circuito, hasta terminar en el otro lado con el último sector.
- Primero debe limpiar la cara externa de los dientes, luego la interna y por último la zona de masticación realizando un fregado de delante a atrás.
- Con esta técnica tardarán aproximadamente unos minutos en cepillarse todos los sectores y partes de la boca (dientes y lengua).
- En último caso es aconsejable que se cepille la lengua realizando un barrido de adentro hacia afuera. A veces puede provocarle alguna náusea o cosquillas, pero poco a poco se irá acostumbrando.

**a. Índice de placa simplificada**

Las bacterias viven en la naturaleza bajo dos formas: las bacterias planctónicas, de libre flotación (1%) y bacterias sésiles, integrantes de colonias de microorganismos llamadas biopelículas (99%). Las biopelículas tienden a formarse cuando las bacterias flotantes encuentran una superficie y seguidamente pasan a adherirse a ella para que a continuación, estas elaboren señales químicas para coordinar la diferenciación y formación de estructuras,

incluido el desarrollo de una cubierta polisacárido protectora. La ha conceptualizado como una comunidad microbiana sésil, que se caracteriza por células que están adheridas invariablemente a una interfase, las cuales están encapsuladas en una matriz de sustancias poliméricas extracelulares que ellas mismas producen, y exponen un fenotipo alterado en relación con el índice de aumento y transcripción génica (Bermúdez y Díaz, 2016, p. 2).

Según Perioexpesive (2019) la definición de placa dental ha ido sufriendo diferentes cambios, ya que últimamente lo conocemos como biofilm cuyo concepto es: agrupaciones bacterianas en matrices que se adhieren a superficies; esto constituye un elemento clave. La cavidad bucal contiene varias bacterias que a su vez se pueden encontrar de forma planctónica, esto en amortiguador en la saliva, o también encontrándose formando una película adherida a la superficie de los tejidos blandos (lengua y más) y duros (superficies dentarias), llamándose así biofilm.

Según la ubicación de la placa bacteriana, el biofilm dental se clasifica en:

- Supragingival

Situado en las superficies dentales encima del margen gingival y se encuentra compuesto primordialmente por bacterias de tipo sacarolíticas gram positivas, entre las que se hallan las especies cariogénicas, las causantes de provocar caries dental.

- Subgingival

Se encuentra en el surco gingival, donde las condiciones de hábitat y la variada composición de los elementos defensivos del organismo, seleccionan un microbiota diferente abundando las bacterias de tipo gram negativas proteolíticas.

Es en esta parte donde principalmente las bacterias llegan a localizarse, ya que son las iniciadoras de las enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis,

etc.) y periimplantarias que a su vez pueden tener como consecuencia la ausencia de dientes (pérdida dentaria) e implantes dentales (Offenbacher, 1996).

- Interproximal

Se localiza entre los dientes y es responsable de la mayoría de las caries dentales.

Para poder determinar la cantidad de placa que presenta el individuo existen distintos índices entre ellos:

- Para Perry, Beemsterboer y Essex (2014) el Índice de Placa de Silness y Løe hace mayor interés sobre todo en la cantidad de placa en el margen gingival, debido a la importancia de la proximidad y de la relación de la placa en dicha localización con la inflamación gingival, la cual se mide clínicamente por el sangrado. Este índice es muy utilizado en numerosos estudios, puede usarse para medir los seleccionados en el estudio, o bien puede aplicarse a superficies concretas de los mismos (p.18).
- Según Mooney y Barrancos (2006) Define al Índice de O'Leary el cual reconoce cuando se tiene presencia o ausencia de placa de superficies libres de los dientes a analizar; no es factible el registro de grados y categorías como en el caso del índice de Løe y Silness, pero es más simple de ejecutar dicha evaluación. En el procedimiento se le indica al paciente que coloque y disuelva en la cavidad bucal una pastilla reveladora o un detector de placa bacteriana, así pasándolo con la lengua por todas las superficies de los dientes a analizar. El índice debe ser registrado directamente después del revelado de placa y en un diagrama se transcriben las superficies dentarias con placa. Se cuentan las superficies libres con placa que se tiñen y las superficies dentales libres no



teñidas presentes. Cuanto mayor es el índice, menor es el control de placa (p.347).

- Índice de higiene bucal simplificado de Greene y Vermillion (OHI-S) consta tanto de un índice de restos (DI-S) para placa como de un índice de cálculo (CI-S). Las puntuaciones pueden usarse por separado para dictar el índice de placa o el índice de cálculo, o bien combinarse para dictar el índice de higiene bucal. La puntuación de restos para cada individuo se obtiene sumando la puntuación de todas superficies y dividiendo el total por el número de superficies puntuadas. Puede obtenerse un promedio de puntuación para la población añadiendo las puntuaciones de restos para cada individuo y dividiendo el total por el número de individuos (Perry *et al.*, 2014, p. 18).

### **III. Método**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Prospectivo, longitudinal, observacional, analítico.

#### **3.2 Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó en el presente año 2019.

Asimismo, el estudio se realizó en el I.E.P. Divino Maestro de Pro, Los Olivos con niños de 3 a 5 años de dicha institución y con padres de familia de la misma Institución.

#### **3.3 Variables**

Variable independiente:

Programa educativo preventivo de salud bucal

Variable dependiente:

Condición de Higiene Oral

Covariables

Edad

Sexo

## Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Valores
Programa Educativo Preventivo de Salud Bucal	A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La real academia de la Lengua Española define conocer, como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Metodología de Aprendizaje	Conocimientos	Razón	Malo (0-10) Regular (11-15) Bueno (16-20)
Condición de Higiene Oral	Una buena higiene bucal debería empezar a una edad más temprana de lo que habitualmente se suele pensar. Y es que la limpieza bucal infantil, junto a la adquisición del hábito de su mantenimiento, comportará que el adulto pueda conservar sus dientes para toda la vida. Por eso, es importante que ésta práctica se inicie en el recién nacido, sin esperar a que aparezcan las primeras piezas dentarias(Dentaid, 2019)	Placa bacteriana	IHOS	Razón	Bueno (0-0.5) Regular (0.6-1.5) Malo (1.6-3.0)
Edad	Según la Real Academia Española (2014) Tiempo vivió por una persona expresa en años.	Grado de estudio	Ficha de recolección de datos	Nominal	3años 4años 5años
Sexo	Según la Real Academia Española (2014) 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**

El tamaño de la muestra, se realizó por comparación de medias emparejadas, ya que se utiliza la fórmula para diferencia de medias de datos que tienen mediciones antes y después:

Tamaño para el estudio fue en 197 personas entre niños de 3 a 5 años y adultos por conveniencia del autor de dicho estudio.

Población:

- Niños de 3 a 5 años de edad del I.E.P. Divino Maestro De Pro – Lima, 2019 un total de 119 estudiantes preescolares.
- De acuerdo a este criterio en una población de 78 padres de familia.

#### **Criterios de inclusión:**

- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos matriculados en la I.E.P. Divino Maestro De Pro – Lima, 2019
- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro – Lima, 2019 que cuenten con el consentimiento informado de sus padres.
- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro en ABEG, ABEH, ABEN y LOTEP.
- Preescolares de 3 a 5 años que asistan siempre a clases.
- Padres que se comprometan a participar en la ejecución del programa educativo preventivo.

#### **Criterios de exclusión:**

- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro que falten seguidamente a clases.

- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro que no cuenten con el consentimiento informado de sus apoderados.
- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro que padezcan alguna enfermedad sistémica.
- Preescolares de 3 a 5 años de ambos sexos de la I.E.P. Divino Maestro De Pro con aparato protésico u ortopédico.
- Apoderados que no deseen participar en la ejecución del programa educativo preventivo.

### **3.5 Instrumentos**

Para poder realizar la ejecución del proyecto se realizó un consentimiento informado para el padre de familia o apoderado.

Para la ejecución del estudio se realizó con el programa educativo preventiva del MINSA llamado “Modelo de Promoción de Salud Bucal en Higiene Oral”, para desarrollar la parte teórica (MINSA, 2014).

Para la parte didáctica y las planillas elaboradas para el complemento de los teatros y las sesiones educativas se tomó el Programa de Promoción de LA Salud Bucodental + Propuesta didáctica “Aprende a Sonreír” en Andalucía, España (Bravo, Bernabé, Gálvez, Jiménez, y Márquez, 2013).

Para la realización del cuestionario se tomó una propuesta el cual se modificó a criterio del autor de dichos estudios presente, que tuvo como confiabilidad mediante el alfa de Cronbach 0.812, el cual nos permite decir que es fiable y seguro el instrumento a realizar.

Para poder obtener la condición de higiene oral se utilizará el índice de IHOS.

Se modifico una encuesta validada para los padres un antes y después de la ejecución del programa educativo preventivo el cual se tomó de un artículo de investigación que tuvo como confiabilidad mediante el alfa de Cronbach 0.645 y para su validez mediante la prueba estadística V de Aiken 0.95; este cuestionario se modificó a criterio del autor de este estudio.

Para poder obtener los resultados antes y después del programa educativo preventivo, se utilizó un cuestionario validado para niños entre las edades de 3 a 5 años.

### **3.6 Procedimientos**

El proyecto ejecutado se llevó acabo en la I.E.P. Divino Maestro de Pro, Los Olivos, Lima.

Luego de presentado los documentos pertinentes se procedió a pedir una solicitud al Decano de la Facultad de Odontología de la UNFV, para poder llevar acabo la ejecución del programa educativo preventivo en el colegio mencionado con la población de preescolares de 3 a 5 años.

Mientras se esperaba la respuesta de la facultad se procedió a presentar a la institución educativa el consentimiento informado dirigido a los padres, teniendo la autorización se procede a empezar a la ejecución ni bien aprobado el documento.

Una vez entregado el documento se realizó la calibración con la Dra. Castro, el cual debía realizarse antes de empezar la ejecución teniendo a 10 niños como referencia para poder medir el IHOS-M, teniendo así a un experto y 2 observadores.

Aprobado el documento se empezó realizando un cronograma de sesiones el que se les explico a las autoridades de la institución educativa y las docentes encargadas de las aulas a tomar como muestra, el cual comprendía 6 semanas de un tiempo de 30 minutos por aula.

Siendo la población de 8 salones, la muestra refería un mínimo de 67 niños en total, pero por conveniencia se realizó a 119 niños el cual sería casi toda la población de preescolares de 3 a 5 años de edad.

- 1era Sesión Educativa:

Se presento al equipo encargado de apoyo, seguidamente se procedió a explicarles a los niños el proceso, el cual se inició con el cuestionario pretest para saber los conocimientos con los que iniciaban y para continuar con el índice de higiene oral simplificado se utilizó el IHOS-M para tener el promedio con el cual iniciaban antes de ser aplicado el programa educativo preventivo de salud bucal.

- 2da Sesión Educativa:

Se presento a los padres el programa educativo preventivo, el cual se detallaba todo lo que se realizaría y se procedió a realizarles el cuestionario previo a la sesión educativa para poder determinar cuál era el promedio de conocimientos de ellos, los temas a tratar serian: la boca y sus partes, la alimentación, la caries y la visita al odontólogo; con esto los padres teniendo los conocimientos brindados y a los preescolares se evaluaría en una sesión al final el cual sería al termino de aplicado el programa educativo preventivo.

- 3ra Sesión Educativa

Se realizó la primera charla interactiva con participación de los niños el cual ellos respondían distintas preguntas de acuerdo a lo que se les iba explicando, como primeros temas se tocaron, la boca y sus partes y la alimentación, para ello se usaron diferentes materiales entre ellos imágenes, números, palabras claves, todo ello en una pizarra interactiva.

- 4ta sesión Educativa:

Se realizo la segunda sesión con la misma metodología de participación de los niños, para ello los que participaban se ganaban unas monedas en forma de diente como incentivo para que al final del programa los niños que recolectaban más dientes se ganaban un premio, esto aplicado como una motivación, los tema a tratar fueron la caries y la visita al odontólogo, seguido de la técnica de un buen cepillado la utilizada para ellos fue la técnica de Fones.

- 5ta Sesión Educativa:

Se realizo la tercera sesión el cual fue un teatro el cual se reforzaba el 1er tema y 2do tema con un cuento que se llamaba “Dientilandia y el desconocido”, el cuento se trataba de la una alimentación sana y como si no se cepillaban bien los dientes venia el desconocido en este caso la caries y lo comenzaba a picar así en distintas pausas se les preguntaba a los niños que podrían hacer o que recomendaban a los personajes para que no les ocurra nada malo y se refuerza con imágenes para que coloreen.

- 6ta Sesión Educativa:

Se realizo la cuarta sesión y el ultimo teatro el cual se reforzaban los temas de caries y de visita al odontólogo, el cuento se trataba de como una caries podía hacer sentir mal a un niño sino se cepillaba los dientes ni iba al odontólogo cada 6 meses para su evaluación correspondiente, es así que los niños interactuaban al igual que en el cuento anterior se refuerza con imágenes para que coloreen, teniendo respuestas satisfactorias.

- 7ma Sesión Educativa:

Por último, se realizó el post test que consistía en evaluar los conocimientos adquiridos con el cuestionario como instrumento y el índice de



placa utilizado en este caso el IHOS-M, el cual se espera que el resultado sea positivo y haya cambio en el hábito de higiene oral y en el aprendizaje, seguidamente se les dio un recuerdo a los niños que fueron sus cepillos y su pasta dental.

Y por último se reunió a los padres para realizarles una evaluación post test terminado de aplicar el programa educativo preventivo de salud bucal, esperando un cambio en los conocimientos adquiridos.

### **3.7 Análisis de datos**

En el presente estudio se utilizó una ficha para recolectar los datos como edad, grado, sexo.

Para procesar los datos se usó el software Excel versión 2019.

Se realizó tablas y gráficos para para comparar y analizar los distintos resultados obtenidos antes y después de aplicado el programa educativo a nivel de higiene oral y los conocimientos adquiridos tanto en los niños como en los padres de los mismos.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La investigación se llevó a cabo en niños de 3 a 5 años de ambos sexos matriculados en la I.E.P. Divino Maestro De Pro – Lima, por el cual se emitió un permiso de consentimiento informado al padre de familia, quien deberá llenar con datos de su menor hijo y firmar como aceptación del programa educativo preventivo a realizar para su evaluación de los mismos también.

#### IV. Resultados

Tabla 1

*Estado de higiene oral antes de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños.*

Edad	IHO Inicial				Total
	Regular		Malo		
	N°	%	N°	%	
3	5	13.9	31	86.1	36
4	5	13.9	31	86.1	36
5	1	2.1	46	97.9	47
Total	11	9.2	108	90.8	119

Chi<sup>2</sup> de Pearson (2) = 4.6888 P = 0.096

Antes de iniciar el programa educativo de salud bucal en la I.E.P. Divino Maestro de Pro se encontró un IHOS malo en el 90.8% y el 9.2% IHOS regular, ninguno presentó IHOS bueno en los 119 niños entre 3 a 5 años de edad. Al evaluar por edad no se encontró diferencias significativas,  $P > 0.05$ .

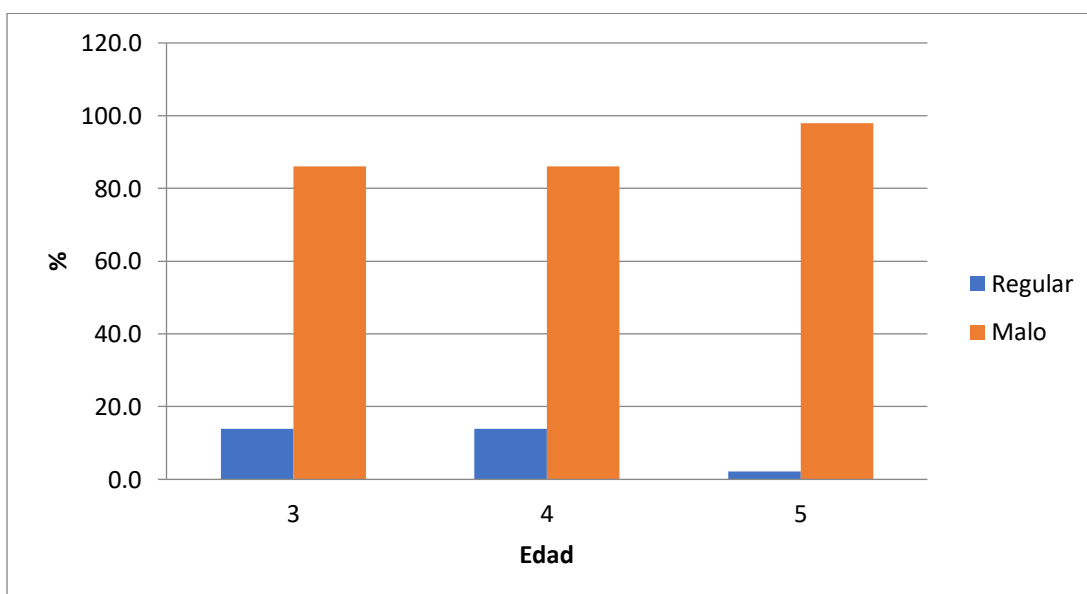


Figura I. Representa el IHOS antes de aplicación del programa educativo según edad.

Tabla 2

*Conocimientos previos sobre salud bucal a la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años.*

Edad	Nivel de conocimientos inicial						Total
	< 11		11 a 15		16 a 20		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
3	27	75.0	9	25.0	0	0.0	36
4	14	38.9	16	44.4	6	16.7	36
5	8	17.0	27	57.4	12	25.5	47
Total	49	41.2	52	43.7	18	15.1	119

Chi<sup>2</sup> de Pearson (4) = 30.4923 P = 0.000

Respecto al nivel de conocimientos sobre salud bucal de los 119 niños de 3 a 5 años, 41.2% tuvieron calificación menor de 11, 43.7% tuvieron entre 11 y 15 puntos y el 15.1% tuvieron calificación entre 16 y 20. Al comparar según edad, se encontró diferencias significativas, P < 0.001.

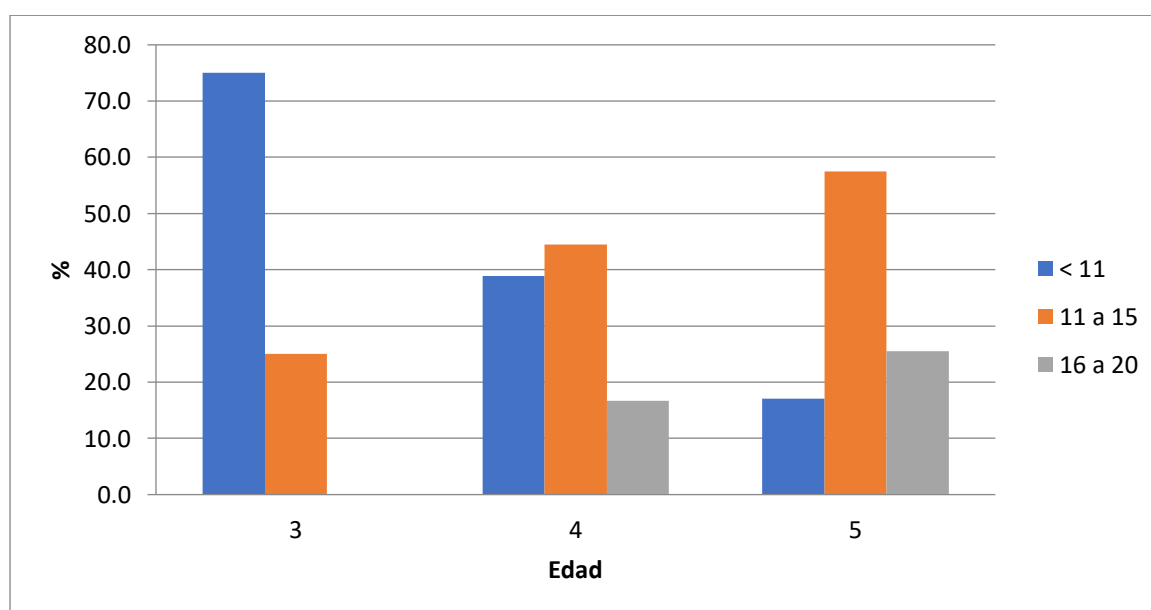


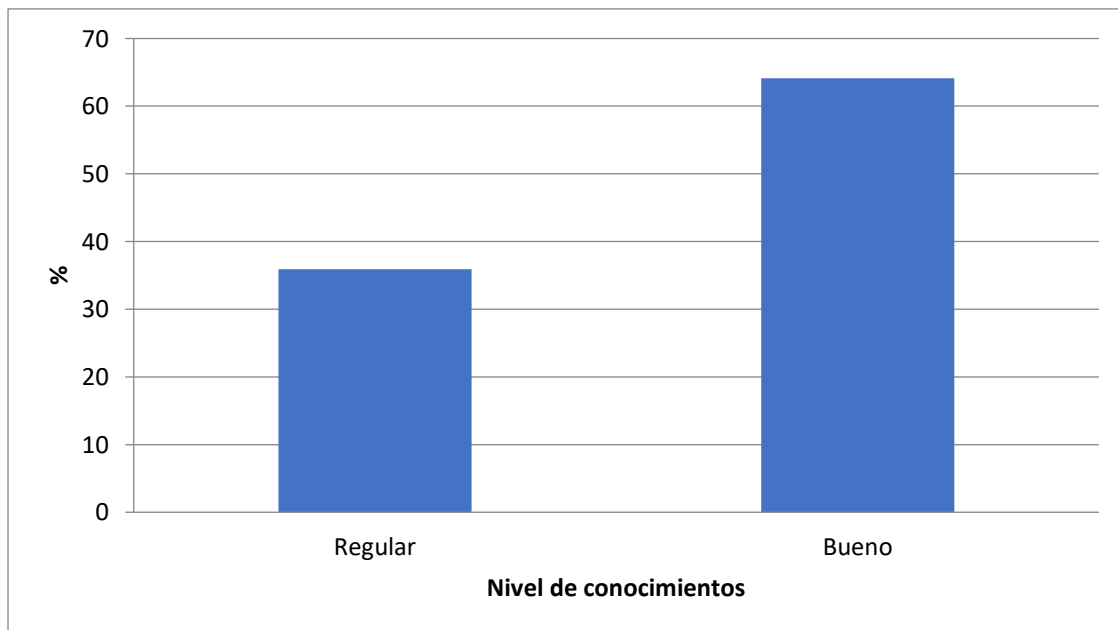
Figura II. Representa el nivel de conocimientos antes de aplicación del programa educativo según edad.

Tabla 3

*Conocimientos previos sobre salud bucal en los padres.*

Conocimientos	N°	%
Regular	28	35.9
Bueno	50	64.1
Total	78	100.0

Se observa que el nivel de conocimientos de salud bucal en 78 padres previo al programa educativo, en el 64.1% fue bueno, en el 35.9% fue regular y ninguno fue malo.



*Figura III.* Representa el nivel de conocimientos en los padres sobre salud oral antes del programa educativo.

Tabla 4

*Estado de higiene oral a los 30 días de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños.*

Edad	IHOS después de la aplicación del programa				Total
	Bueno		Regular		
	N°	%	N°	%	
3	6	16.7	30	83.3	36
4	13	36.1	23	63.9	36
5	6	12.8	41	87.2	47
Total	25	21.0	94	79.0	119

Pearson  $\chi^2(2) = 7.2812$  Pr = 0.026

A los 30 días de la aplicación del programa educativo sobre salud oral en los niños, se encontró en el 79% un IHOS regular y 21% con IHOS bueno, ninguno presentó IHOS malo.

Al comparar por edad se encontró diferencias significativas,  $P < 0.05$ .

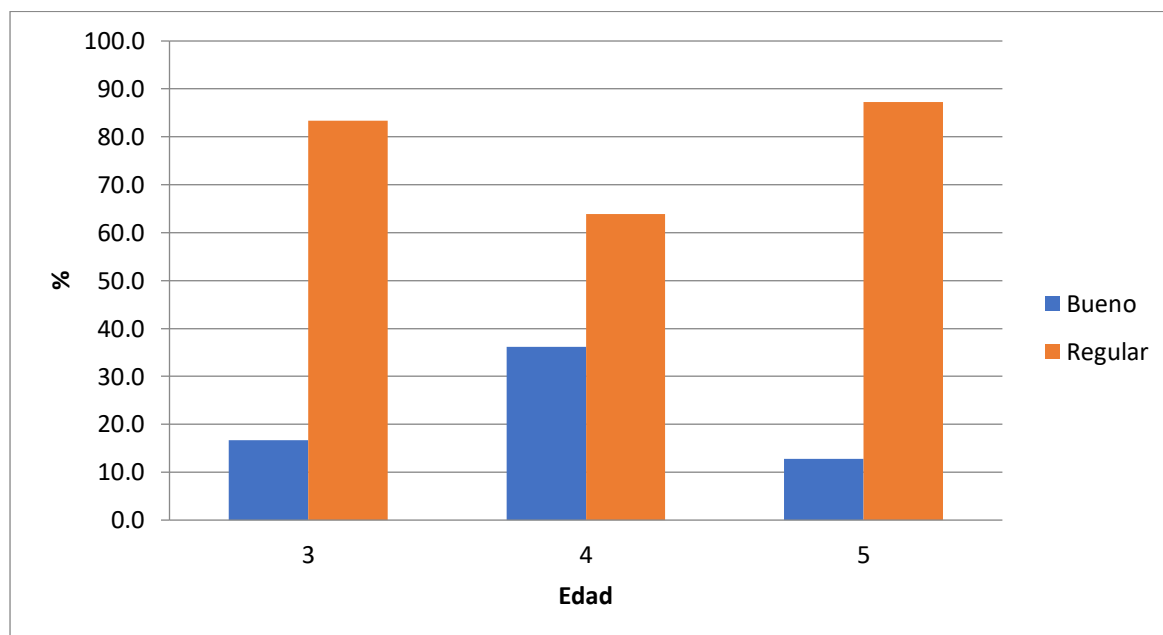


Figura IV. Representa el IHOS después de aplicación del programa educativo según edad.

Tabla 5

*Influencia del conocimiento sobre salud bucal a través de un programa educativo en la higiene oral, en niños.*

IHOS	Edad					
	3		4		5	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Malo	31	0	31	0	46	0
Regular	5	30	5	23	1	41
Bueno	0	6	0	13	0	6
Total	36	36	36	36	47	47
Signo rango:	P< 0.001	P< 0.001	P< 0.001	P< 0.001		

Al evaluar el IHOS antes y después de la aplicación del programa educativo sobre salud oral en los niños, se puede observar que este disminuyó y pasó de malo a regular en los niños de 3 años, de malo a regular y bueno en los de 4 años y de malo a regular en los niños de 5 años de edad. Al evaluar estos cambios, se encontró diferencias significativas en cada edad,  $P<0.001$ .

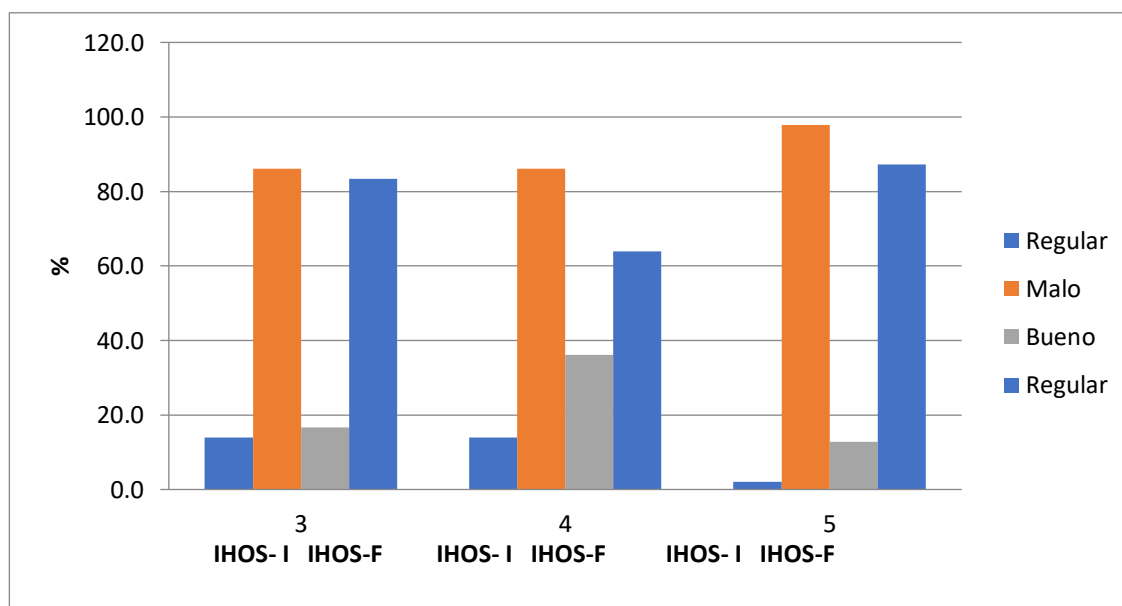


Figura V. Representa el IHOS antes y después de la aplicación del programa educativo.

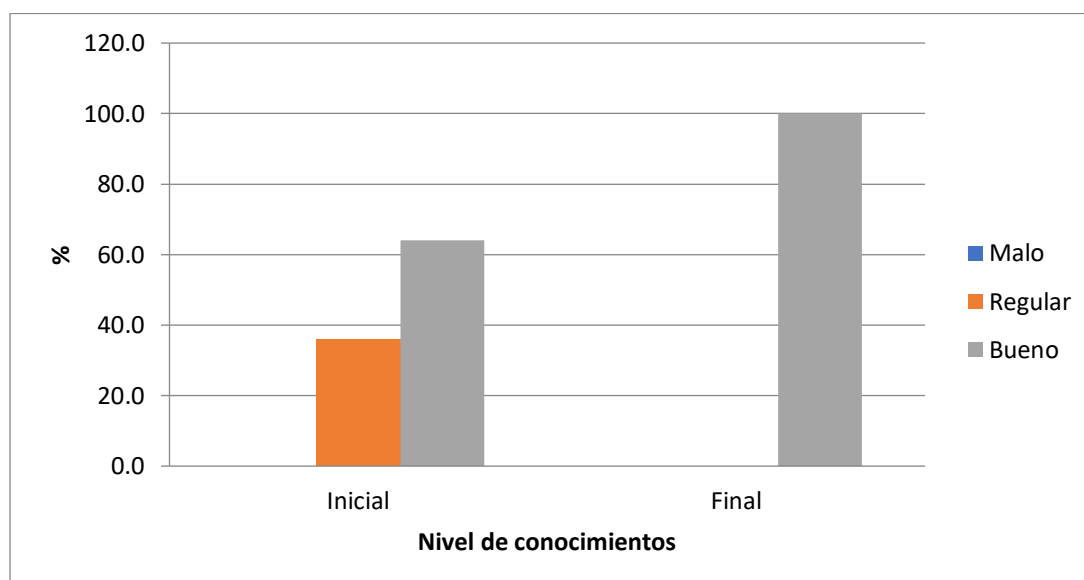
Tabla 6

*Comparación antes y después del nivel de conocimientos sobre higiene oral de los padres de los niños de 3 a 5 años.*

Nivel de Conocimiento	Inicial		Final	
	N°	%	N°	%
Malo	0	0.0	0	0.0
Regular	28	35.9	0	0.0
Bueno	50	64.1	78	100.0
Total	78	100.0	78	100.0

$z = -5.292, P < 0.001$

Al comparar los resultados del nivel de conocimientos antes y después de la aplicación del programa educativo en los padres de los niños del estudio, de 64% que tenían conocimiento bueno al inicio, al final esto se incrementó al 100%. Al evaluar estas diferencias, se encontró diferencias muy significativas ( $p < 0.05$ ).



*Figura VI. Representa el nivel de conocimientos sobre salud oral antes y después de aplicación del programa educativo en padres.*

Tabla 7

*Comparación del nivel del conocimiento antes y después de aplicado el programa educativo.*

Edad	Nivel de conocimientos inicial						Nivel de conocimientos final						Total
	< 11		11 a 15		16 a 20		< 11		11 a 15		16 a 20		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
3	27	75.0	9	25.0	0	0.0	0	0.0	12	33.3	24	66.7	36
4	14	38.9	16	44.4	6	16.7	0	0.0	2	5.6	34	94.4	36
5	8	17.0	27	57.4	12	25.5	0	0.0	1	2.1	46	97.9	47
Total	49	41.2	52	43.7	18	15.1	0	0.0	15	12.6	104	87.4	119

Respecto a la comparación del nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después del programa educativo, antes del programa en los niños de 3 años es <11 fue 75% después 0%, en los de 4 años es 0% después 5.6% y en los de 5 años fue 17% después 0%, en valor de 11 a 15 fue en niños de 3 años 25% a 33.3%, en los de 4 años fue 44.4% a 5.6% y en los de 5 años fue 57.4% a 2.1%, y de 16 a 20 fue en los niños de 3 años 66.7%, en los de 4 años fue 94.4% y en los de 5 años fue 25.5% a 97.9%.

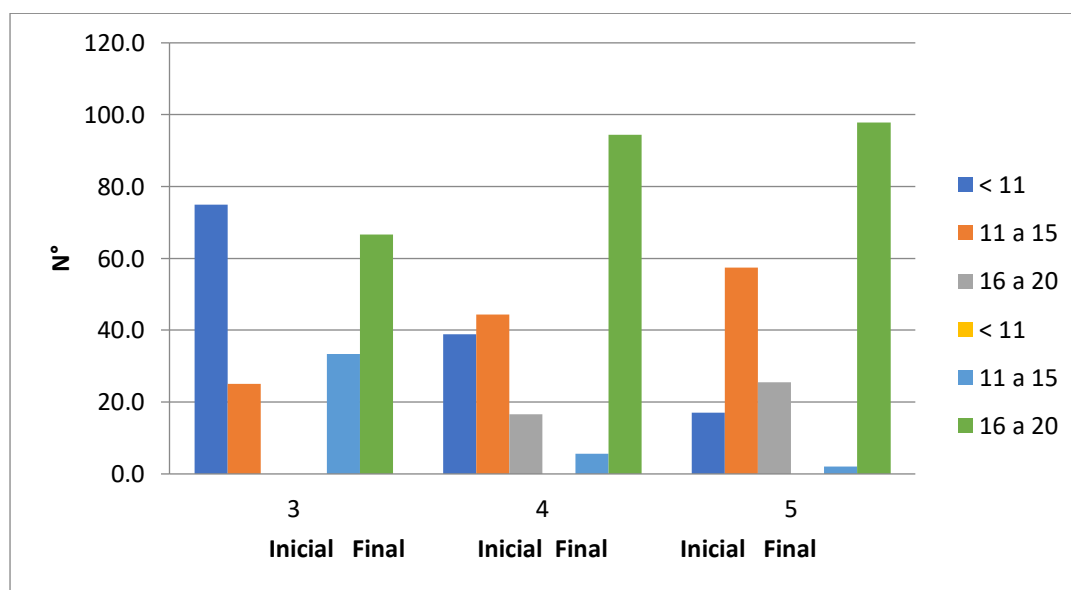


Figura VII. Representa el nivel de conocimientos inicial y después de aplicación del programa educativo.

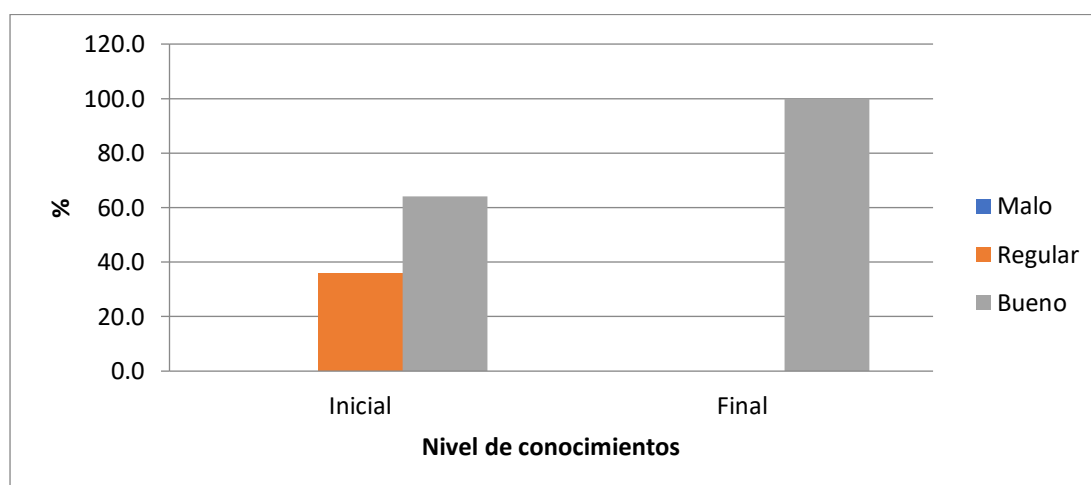


Tabla 8

*Comparación antes y después del nivel de conocimientos de salud bucal luego de la aplicación del programa educativo de salud bucal en la higiene oral en los niños de 3 a 5 años, clasificándolo por rangos.*

Conocimientos	Edad					
	3		4		5	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Malo	27	0	14	0	8	0
Regular	9	12	16	2	27	1
Bueno	0	24	6	34	12	46
Total	36	36	36	36	47	47
Test signo rango	P < 0.001		P < 0.001		P < 0.001	

Respecto a la comparación del nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después del programa educativo, en los niños de 3 años, de malo (27) pasaron a regular (12) y bueno (24), en los de 4 años de malo (14) y regular (16) pasaron a regular (2) y bueno (34), en los niños de 5 años, de regular (27) y malo (8) pasaron a bueno (46). Al comparar se encontró diferencias significativas en cada grupo de edad,  $P < 0.001$ .



*Figura VIII. Nivel de conocimientos sobre salud oral antes y después de aplicación del programa educativo en padres.*

## V. Discusión de resultados

El presente estudio se realizó en el I.E.P. “Divino Maestro de Pro” del departamento de Lima en el distrito de Los Olivos, en el cual participaron 119 niños entre 3 a 5 años de edad y 78 padres de familia, previa autorización mediante el consentimiento informado se logró demostrar tras aplicar el programa educativo preventivo que antes de iniciar el programa educativo de salud bucal se encontró un IHOS malo en el 90.8% y el 9.2% IHOS regular, ninguno presentó IHOS bueno, ello paso a los 30 días de la aplicación del programa educativo sobre salud oral en los niños, se encontró en el 79% un IHOS regular y 21% con IHOS bueno, ninguno presentó IHOS malo.

En lo que se refiere al nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después de aplicado el programa educativo, en los niños de 3 años, de malo (27) pasaron a regular (12) y bueno (24), en los de 4 años de malo (14) y regular (16) pasaron a regular (2) y bueno (34), en los niños de 5 años, de regular (27) pasaron a bueno (46).

Con respecto al nivel de conocimientos de salud bucal en los apoderados pre y post de la aplicación del programa educativo dio como resultado que el 64% que tenían conocimiento bueno al inicio, al final esto se incrementó al 100%.

Pardo y Fernández (2015) en su estudio realizo un proyecto de Salud Bucodental en la Educación Infantil, en España, el estudio tuvo un cambio el cual mejoraron el hábito de higiene oral el cual ayudaba a tener una mejor higiene bucal, con respecto a nuestro trabajo comparándolo vemos que cumple con la semejanza de sus resultados el cual comprueba que nuestro programa educativo mejora tanto el hábito de higiene oral como el de conocimientos adquiridos tanto en niños como en padres.

Según Málaga (2019) al evaluar un programa educativo en la higiene bucal y en los conocimientos en niños en naranjillo, su estudio se realizó en 188 niños del nivel de primaria,

a los cuales se les estimó el nivel de conocimiento y medición de IHOS que se aplicó el índice de placa simplificado de Greene – Vermillion, se obtuvo como calificaciones de 12 en 91 alumnos y de 18 en un solo alumno y en la evaluación después del programa de salud bucal nos dio una calificación de 12 en un alumno y de 18 en 87 alumnos. En la evaluación de placa de higiene bucal nos dio un valor del 60.1% en 113 alumnos con problemas de higiene bucal y luego del programa los resultados fueron de un 7.4% en 14 alumnos con una mejora sobre higiene de salud bucal., influenciara positivamente en los niños de primaria de la Institución, tanto a nivel de conocimientos adquiridos y la higiene bucal, comparándolo con nuestro estudio tiene semejanza en los resultados finales tanto que en nuestra muestra de estudio la Placa blanda después de haber ejecutado el programa educativo en los preescolares de 3 a 5 años mediante el IHOS iniciaron con un valor de malo en el 90.8%, el 9.2% regular y bueno en 0%, vario a malo 0%, en el regular vario a el 79% y bueno incremento al 21%.

Cardozo *et al.* (2017) realizaron un estudio evaluando el estado de salud bucal en niños de 4 a 5 años utilizando un Programa “Por una sonrisa sana y feliz”. En sus resultados registrados se obtuvo que reflejan el 65% de los niños presentan caries, evaluado ello se ejecutó el Programa “Por una sonrisa sana y feliz”; en conclusión, tras aplicado el programa educativo hubo una mejora en el IHOS, pero el proceso de disminuir caries es a largo plazo, debido a que requiere de tratamientos restaurativos, en comparación con nuestro estudio se pudo observar que el IHOS mejoro de malo a regular en un porcentaje alto del 79% de la población general.

## VI. Conclusiones

El índice de Placa blanda evaluado en los preescolares de 3 a 5 años mediante el IHOS antes de aplicado el programa educativo fue de malo en el 90.8%, el 9.2% regular y bueno en 0%.

En los conocimientos previos mediante el cuestionario evaluado en los preescolares de 3 a 5 años fue un 41.2% malo, de 43.7% y bueno de 15.1%.

En los conocimientos previos mediante el cuestionario evaluado a los padres de familia fue de 36% regular y 64% bueno.

El índice de Placa blanda evaluado en los preescolares de 3 a 5 años mediante el IHOS a los 30 días fue de malo 0%, en el regular vario a el 79% y bueno incremento al 21%.

En los conocimientos adquiridos a los 30 días los resultados fueron de 0% malo, 12.6% regular y 87.4% bueno.

En los conocimientos después de aplicado el cuestionario a los padres de familia fue de 100%.

Después de aplicado el programa educativo tuvo cambio de malo en el 90.8% a bueno en 21 %, de regular 9.2% a 79%.

El índice de Placa blanda después de aplicado el programa educativo en los preescolares de 3 a 5 años mediante el IHOS iniciaron con un valor de malo en el 90.8%, el 9.2% regular y bueno en 0%, vario a malo 0%, en el regular vario a el 79% y bueno incremento al 21%.

En los conocimientos adquiridos después del programa educativo tuvo un cambio de 41.2% malo, de 43.7% regular y bueno de 15.1% a 0% malo, 12.6% regular y 87.4% bueno.

En los conocimientos adquiridos a los padres de familia después del programa educativo fue de 36% regular y 64% bueno, con ello paso al 100% bueno.

En el caso de la mejora del hábito de higiene bucal en las evaluaciones con IHOS comparando por sexos no hubo mucha discrepancia en los momentos de medición, al comprar por edades si hubo diferencia de un  $P < 0.05$ .

Se concluye que el programa educativo preventivo fue de utilidad en el cambio del hábito mejorando así la Higiene bucal en los niños y en la adquisición de conocimientos tanto en los preescolares entre 3 a 5 años de edad y a los padres de familia.

## **VII. Recomendaciones**

- Se recomienda evaluar el mismo programa educativo con dos grupos: uno control y otro experimental utilizando estrategias novedosas o la misma técnica con ayuda teatrales.
- Se recomienda utilizar el programa educativo para realizarlo en una institución educativa nacional y observar los mismos datos para así compararlos.
- Se recomienda añadir diferentes variables para evaluar diferentes programas educativos.
- Se recomienda utilizar aplicar este programa en zonas con pocos recursos y con menos facilidades de atención odontológica.
- Evaluar instituciones educativas cada cierto tiempo donde se realizaron proyectos de salud bucal para poder determinar los puntos más débiles a reforzar.

## VIII. Referencias

- Alonso, P. (20 de marzo del 2019). Día Mundial de la Salud Bucal [Página web]. Recuperado de Infomedic Red de Salud de Cuba website:  
<http://www.sld.cu/anuncio/2019/03/20/20-de-marzo-dia-mundial-de-la-salud-bucal>
- Bermúdez, L. y Díaz, M. (2016). La biopelícula: Una nueva concepción de la placa dentobacteriana. *Medicentro electrónica*, 20(3), 9.
- Bravo, C., Bernabé, D. los A., Gálvez, J., Jiménez, F. y Márquez, G. (2013). *Programa de Promoción de LA Salud Bucodental + Propuesta didáctica “Aprende a Sonreír”*. Andalucía, España: Junta de Andalucía.
- Calderón, S., Expósito, M., Cruz, P., Cuadrado, A., Alquézar, L., Garach, A. y Toral, I. (2019). Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: Evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Atención Primaria*, 51(7), 416-423.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.003>
- Cardozo, B., Bessone, G., Pérez, S., Vaculik, P. y Sanz, E. (2017). Evaluación del estado de Salud Bucal de niños en 4 y 5 años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V, de la ciudad de Corrientes Capital, Universidad Nacional del Noreste. *Revista Digital Founne*, 1(1), 8.
- Carmenate, M. y Hernández, M. (2015). Nivel de actitud y comportamiento sobre Salud e Higiene Bucal en escolares de nivel primario. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 9.
- Casahuilca, J. (2019). *“Influencia del programa de prevención en salud bucal en niños de la institución educativa inicial Rosa de los Ángeles de Túpac amaru – Azapampa-2018”* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Huancavelica, Huancayo, Perú.

- Cerrón, L. (2016). *Dramatización de cuentos y desarrollo de hábitos de higiene en preescolares de 5 años de la zona urbana de Huancayo* (tesis de pregrado). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.
- Choque, P. (2018). *Influencia técnica teatral y sesiones educativas, en la salud bucal en escolares de Huancavelica—2017* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Cuenca, E. y Baca, P. (2013). *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona, España: ELSEVIER MASSON.
- Cupé, A. y García, C. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: Desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol Herediana*, 25(2), 112 - 121.
- Dentaid. (2019). Higiene Bucal Infantil: Limpieza, Problemática y Consejos. Recuperado de Dentaid.com website: <https://www.dentaid.com/es/salud-bucal/higiene-bucal-infantil>
- Espinoza, E. y Pachas, F. de M. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana*, 23(2), 101 - 108.
- Federación Internacional Dental. (2019). FDI's definition of oral health [Página web]. Recuperado 20 de septiembre de 2019, de FDI World Dental Federation website: <https://www.fdiworldddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>
- Fernández, I. y Ferreira, Y. (2015). Técnicas educativas como instrumentos preventivos de la salud bucal en adolescentes, Universidad de Ciencias Médicas de Gramma. *Multimed*, 19(5), 15.
- Ferreira, M., Diaz, C., Pérez, N., Sanabria, D., Alvarenga, M., Bazán, D., ... López, M. (2016). Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Pediatría (Asunción)*, 43(2), 9. <https://doi.org/10.18004/ped.2016.agosto.129-136>



- González, R. del P. y García, C. (2013). Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. *Kiru*, 10(1), 18-25.
- Ibarra, K., Calle, M., López, E. y Heredia, D. (2018). Índice de higiene oral comunitario en escolares de 12 años. *Evidencias en Odontología Clínica*, 3(2), 46.  
<https://doi.org/10.35306/eoc.v3i2.495>
- Lazo, G. (2017). Problemática actual en Salud Bucal en el Perú. *SCIENTIARVM*, 3(2), 4.  
<https://doi.org/10.26696/sci.epg.0060>
- Lizana, S. y Matías, C. (2017). *Intervención educativa sobre salud bucal y su efecto sobre el nivel de conocimiento en madres de bebés de 0 a 12 meses en Aclas c.s. I-3 Cardozo en el año 2017*(tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú.
- Lorente. (26 de marzo del 2015). Técnicas de cepillado para niños. Recuperado de Lorente Ortodoncia en Zaragoza website: <https://www.lorenteortodoncia.com/blog/tecnicas-de-cepillado-para-ninos/>
- Lugo, E., García, L., Gross, C., Casas Gross, S. y Sotomayor, F. (2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. *MEDISAN*, 17(4), 677-685.
- Málaga, I. (2019). *Efectividad de un programa educativo de salud bucal en niños de la Institución Nacional Agropecuario 57 – distrito Padre Felipe Luyando- naranjillo – Tingo María, 2017*(tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- MINSA. (2014). “*Modelo de Promoción de Salud Bucal en Higiene Oral*” (1era ed., Vol. 1).  
Recuperado de  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)

- Mooney, J. B. y Barrancos, P. J. (2006). *Operatoria Dental/ Dental Operation: Integración Clínica/ Clinical Integration* (4ta ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud bucodental. Recuperado de Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/oral-health>
- Pardo, M. y Fernández, J. (2015). *Proyecto de Salud Bucodental en la Educación Infantil*. (Tesis de Maestría). Universitat Jaume I. Valencia, España.
- Perioexpertise. (2019). Definición Biofilm Dental y Clasificación. Recuperado de Perioexpertise.es website: <https://www.perioexpertise.es/enfermedades-encias/biofilm-dental-definicion>
- Perry, D., Beemsterboer, P. y Essex, G. (2014). *Periodontología para el higienista dental* (4.<sup>a</sup> ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Pizarro, E. (2015). *Impacto de intervención para mejorar conocimientos y prácticas de salud bucal* (tesis de pregrado). Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Puno, Perú.
- Ponce, D. y Vergara, B. (2015). *Cartilla informativa para la prevención de la Salud Bucal: Dirigida a docentes de educación inicial*. MINSA, 1(1), 20 p. ilustr.
- Rangel, M. (2015). *Programa Preventivo-Educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de Educación Inicial* (tesis de pregrado). Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela.
- Soto, M. (2009). " Hábitos de Higiene en la Educación Primaria". *Revista Digital*, 14(1), 9.
- Tapia, C., Prado, M., Cabrera, G. y Verdugo, L. (2018). Índice de Higiene Oral Simplificado en los escolares de 6 años de la parroquia sucre, Cuenca, Azuay -Ecuador en el 2016. *Revista Salud y Vida Sipanense*, 5(1), 37 - 46.

- Tello, G., Abanto, J., Oliveira, L., Sato, C., Bonini, G. y Bönecker, M. (2016). Impacto de los principales problemas de salud bucal en la calidad de vida de preescolares. *Rev. ODONTOLOGÍA*, 19(2), 11.
- Ugalde, A., Delgado, N. y Quintana, Ni. (2014). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 11.
- Victorio, J. (2017). *Relación entre conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores y el estado de salud bucal de niños de 3 a 5 años de edad que pertenecen al Centro Educativo Inicial N° 120 "Casuarinas", distrito de Ventanilla, año 2017* (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

## IX. Anexos

### Anexo 01. Permiso de la Facultad de Odontología para realizar la ejecución de la investigación

 Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA AL CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 15 de noviembre de 2019

Sr.  
**VICTOR ANTONIO TAMANCO GIL**  
DIRECTOR  
C.E.P. "DIVINO MAESTRO DE PRO"  
LOS OLIVOS  
**Presente .-**

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle al Bachiller **ADRIAN ARTURO OCHOA SANCHEZ**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulada:

**INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO DE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL, UTILIZANDO COMO AYUDA EDUCATIVA FUNCIONES TEATRALES**

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

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

Atentamente,

  
**Mg. MARTÍN GLICERIO ANAÑOS GUEVARA**  
DECANO

  
**Mg. CARMEN ROSA HUAMANI PARRA**  
[EFE] (e)  
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



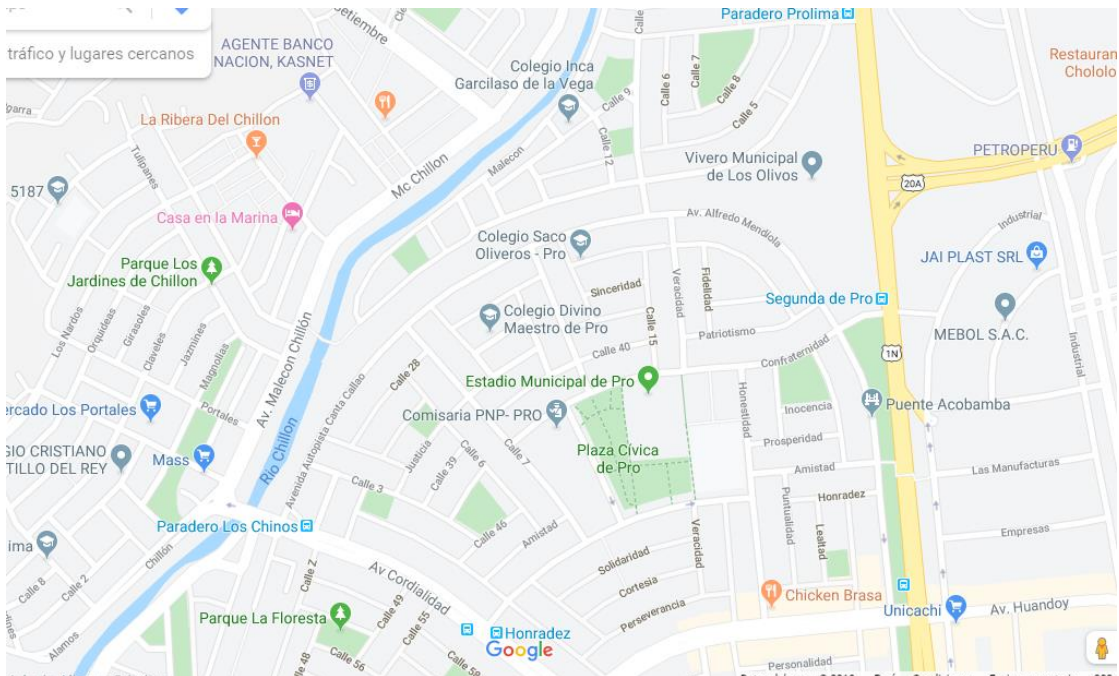
  
**COORDINACIÓN**  
BTM  
Antonietta Taranco

Se adjunta: Protocolo de Tesis  
040-2019  
CRHP/LVB

Calle San Marcos N° 351 - Pueblo Libre -  
Correo electrónico: [out\\_fa@unfv.edu.pe](mailto:out_fa@unfv.edu.pe)

Telef.: 7480988 - 8335

**Anexo02.** Fotos de la Institución Educativa Particular “Divino Maestro de Pro” y su ubicación



**Dirección:** Calle Sinceridad S/N Mz. R5 Lt. 5, 20, 21, 22 Urb. Pro, Los Olivos

**Anexo 03.** Programa educativo de salud bucal

<b>Programa educativo de salud bucal en la I.E.P. Divino Maestro de Pro - Lima, 2019</b>						
<b>Hora</b> <b>-----</b> <b>Semana</b>	1era semana	2da semana	3era semana	4ta semana	5ta semana	6ta semana
<b>Turno: Mañana</b>	Presentación del programa educativo, ejecución del pre test.	Índice de Placa, la boca y sus partes, como cepillarse los dientes (técnica)	Alimentación para el buen cuidado de la salud, flúor y visita al dentista.	Primer teatro	Segundo teatro (reforzamiento)	Post test e índice de placa y Cuestionario post test.

Fuente: elaboración propia

### Anexo 04. Matriz de Consistencia

Planteamiento del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál será la influencia del programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral utilizando como ayuda educativa funciones teatrales, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019?</p>	<p><u>Objetivo General:</u> Determinar la influencia de un programa educativo preventivo de salud bucal en la higiene oral y condición gingival, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u> Identificar el estado de higiene oral antes de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Evaluar los conocimientos previos sobre salud bucal a la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Identificar los conocimientos previos sobre salud bucal en los padres de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Identificar el estado de higiene oral a los 30 días de la aplicación del programa educativo de salud bucal, en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Evaluar la influencia del conocimiento sobre salud bucal a través de un programa educativo en la higiene oral, en niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Comparar el antes y después de la aplicación del programa educativo de salud bucal en la higiene oral a los padres de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Evaluar los conocimientos sobre salud bucal después de aplicado el programa educativo en los padres de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro. Comparar el antes y después de la aplicación del programa educativo de salud bucal en la higiene oral en los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro.</p>	<p>Si la educación mejora el conocimiento de las personas en general, entonces es probable que un programa educativo preventivo mejore los conocimientos sobre prevención de los hábitos de higiene bucal con ayuda de funciones teatrales de los niños de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro – Lima, 2019.</p>	<p>Variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa educativo preventivo de salud bucal</li> <li>• Higiene bucal</li> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento (cuestionario)</li> <li>• IHOS-M</li> <li>• Ficha de datos</li> </ul>	<p>Tipo de estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitudinal</li> <li>• Prospectivo</li> <li>• Analítico</li> <li>• Observacional</li> </ul> <p>Población:</p> <p>Preescolares de 3 a 5 años del C.E.P. “Divino Maestro de Pro”.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión</li> <li>• Exclusión</li> </ul>

**Anexo 05.** Componentes del programa educativo de salud bucal

Componentes	Descripción
Propósito	El programa educativo de salud bucal tiene la intención de ser un complemento, el cual ayude a los preescolares de 3 a 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro a mejorar su higiene oral y tener conceptos básicos desde temprana edad.
Objetivo	Brindar la mejor información sobre conocimientos de salud bucal para mejora los conocimientos, actitudes e higiene oral de los preescolares de 3 a 5 años del I.E.P. Divino Maestro de Pro.
Metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos de conceptos básico con respecto a Salud bucal.</li> <li>• Actitudes que demuestren el cambio sobre el cuidado de su boca.</li> <li>• Mejorar la higiene bucal.</li> </ul>
Técnicas y estrategias	Se llevará acabo como un programa educativo, el cual tiene como referente un teatro clown, participación de los preescolares, diversos juegos educativos y rotafolio sobre salud bucal y sus diversos temas a tocar.
Actividades	
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachilleres de Odontología</li> <li>• R. educativos: Maquetas, Rotafolios, video educativo, disfraces, etc.</li> </ul>
Ámbitos	I.E.P. Divino Maestro de Pro
Beneficiarios y/o destinatarios	Los preescolares de 3 a 5 años del I.E.P. Divino Maestro de Pro
Fases o etapas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control inicial de índice simplificado de higiene oral</li> <li>• Test antes de la aplicación del programa educativo de salud bucal</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatro educativo, charlas educativas</li> <li>• Tes después de la aplicación del programa educativo de salud bucal</li> <li>• Control final de índice simplificado de higiene oral</li> </ul>
Cronograma	04 sesiones educativas de 30 min aprox. cada una.
Responsables	Bachiller en Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal Ochoa Sanchez, Adrian Arturo Asesor de Tesis.

Fuente: elaboración propia

## Anexo 06

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de Familia

Nombre del alumno(a): .....

C.E.P. DIVINO MAESTRO DE PRO.

Tengo a bien remitirle la presente para hacer de su conocimiento que su menor hijo(a) y el responsable ha sido seleccionado para participar en “INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO DE SALUD BUCAL EN LA HIGIENE ORAL, UTILIZANDO COMO AYUDA EDUCATIVA FUNCIONES TEATRALES”.

Por ello se precisa que el procedimiento es sencillo y no con riesgo de salud al menor, el objetivo planteado es impartir conocimientos y mejorar el hábito de higiene oral en niños y en sus responsables, no obstante, se le pide la colaboración para dicho evento.

Las actividades serán realizadas en sesiones educativas de 40 minutos de duración por día las cuáles serán coordinados con los profesores para no interferir en su enseñanza educativa. En estas sesiones se realizarán teatros educativos con lo que concierne a todo lo que es la higiene bucal. Dichos resultados que obtengamos serán la evaluación de dicho programa y compromiso por mejora su higiene oral.

El programa educativo se evaluará en dos aspectos, tanto en conocimientos se que se van adquiriendo a través el programa tanto para su menor hijo como para usted a través de cuestionarios y el índice de placa de higiene oral que se evaluara antes y después de aplicado el programa educativo para su menor hijo.

Los procedimientos de dicho trabajo han sido aprobados por la Universidad Nacional Federico

Villarreal y contamos con el permiso de la Dirección del Centro Educativo. Su firma al presente

documento indica su consentimiento para la participación voluntaria de su menor hijo. Los beneficios para usted y su menor hijo(a) serán los conocimientos adquiridos en el transcurso del programa y el mejoramiento del habito de una buena higiene oral.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 07.** Ficha de recolección de datos

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**Condición de Higiene oral (IHOS-M)**

Nombre:

Sexo:

Fecha:

Salón:

Edad:

Sección:

Antes del Programa educativo

Fecha:

PZA.	5.5 (v)	5.1(v)	6.5(v)
Valor			
PZA.	7.5(l)	7.1(v)	8.5(l)
Valor			

RESULTADO

Después del Programa educativo

Fecha:

PZA.	5.5(v)	5.1(v)	6.5(v)
Valor			
PZA.	7.5(l)	7.1(v)	8.5(l)
Valor			

RESULTADO

VALORIZACIÓN	
0.0 – 0.5	BUENO
0.6 – 1.5	REGULAR
1.6 – 3.0	MALO

## **Anexo 07.1 Teoría sobre IHOS**

### **Índice de Placa Simplificado**

Se procede a evaluar las superficies vestibulares de las siguientes piezas 51, 55, 65 y 71; y de las superficies linguales de las piezas 75 y 85. Para poder ser evaluadas estas piezas deben encontrarse en condiciones favorables, en caso de ausencia de las piezas mencionadas, se toma la pieza consecuyente, para su dicha evaluación. En caso de ausencia o presencia de amplia destrucción coronaria de las piezas 55, 65, 75 y 85 se deberá utilizar las piezas continuas 16, 26, 36 o 46 respectivamente.

Si no existe en boca las piezas mencionadas se deberá colocar una raya, ya que no puede ser evaluada, si en caso no existiera pieza alguna mencionada anteriormente tendría que realizarse la evaluación con las piezas que tengan presente en boca.

Para el procedimiento, se deben realizar ciertos pasos:

- Paso 1: Se tiñe las piezas indicadas con una sustancia reveladora llamada “Tinción para Placa”.
  - Paso 2: se le dice al paciente que su lengua la lleve a todos sus dientes, para poder esparcir la sustancia reveladora.
  - Paso 3: Se espera un par de minutos para que los dientes se tiñan.
  - Paso 4: Se procede a registrar en la hoja de recolección de datos el valor de cada superficie según los siguientes criterios:
- Grado 0: Ausencia de placa bacteriana en la superficie dentaria.
  - Grado 1: Presencia de placa bacteriana teñida que no cubra más allá del tercio cervical de la superficie dentaria.

- Grado 2: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre total o parcialmente el tercio cervical como el tercio medio.
- Grado 3: Presencia de placa teñida que cubre desde cervical los 3 tercios de la superficie dentaria total o parcialmente.

El resultado se obtiene sumando los resultados de todos los dientes dividiéndolos entre el número de dientes examinados. Los valores se clasifican en:

- . Bueno 0 – 0.5
- . Regular 0.6 – 1.5
- . Malo 1.6 – 3.0

Anexo 08.1 Hoja de coloreo 01 Primera sesión educativa



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA  
SALUD BUCODENTAL  
*aprende a sonreír*

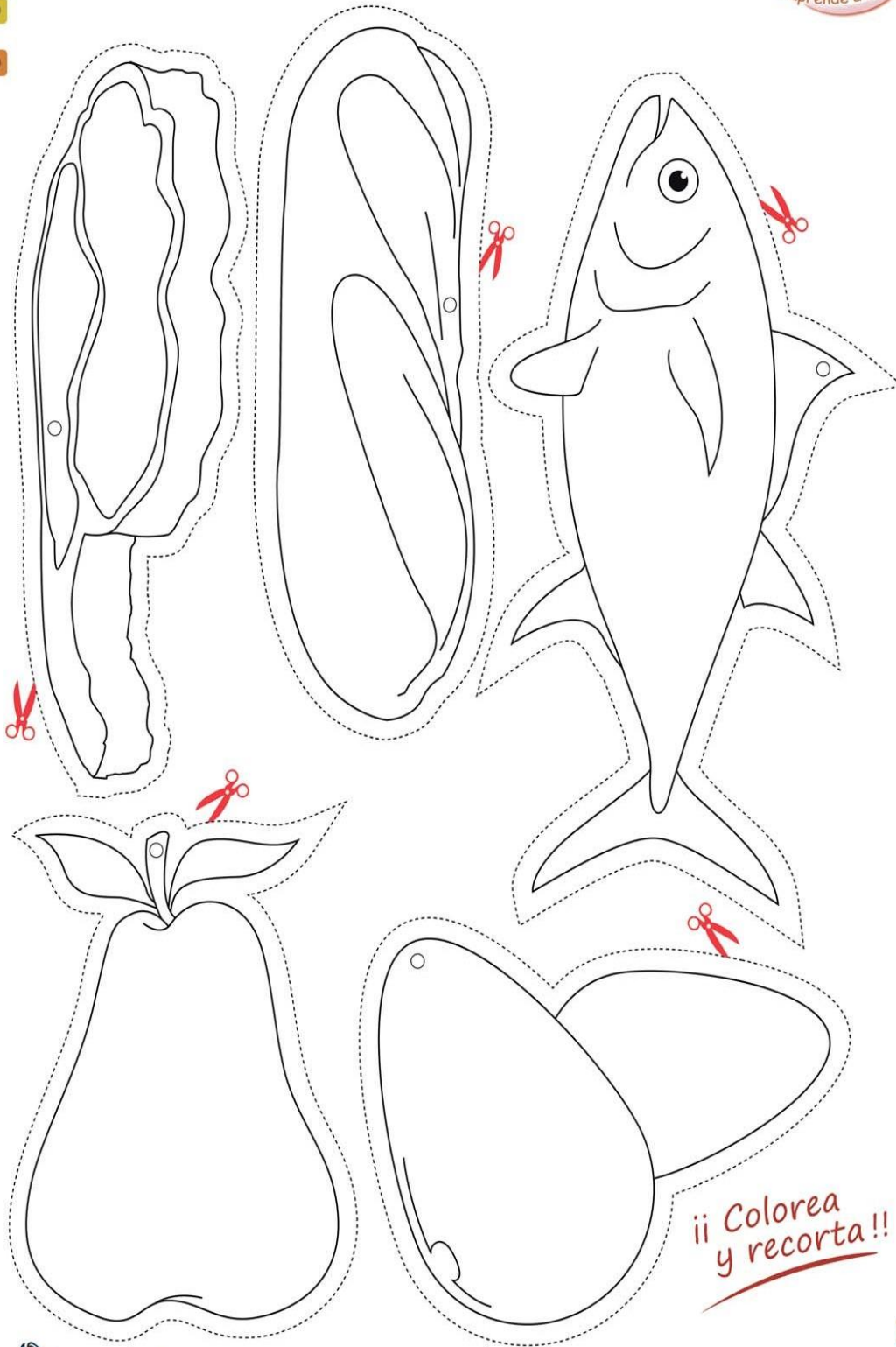
..... **Construye un Puzzle** .....



Anexo 08.2 Hoja de coloreo 02 Segunda sesión educativa



PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA  
SALUD BUCODENTAL  
*¡aprende a sonreír!*



## **Anexo 08.1** Primer cuento

### PANCHITO Y SU TEMOR AL DENTISTA

NARRADOR: Había una vez un niño llamado Francisco, pero de cariño su familia y sus amigos de decían Panchito era un día cualquiera cuando de repente sintió una pequeña molestia en uno de sus dientes fue al espejo y se miró y tenía una manchita, él pensó que no era nada.

Panchito: Que bien eh dormido, pero verdad ayer me olvide de cepillarme mis dientes, y no sé porque amanecí hoy con esta molestia, ¿será que me dolerá por eso mi diente?

Narrador: ¿Ustedes que piensan, que le pueden decir a Panchito?

Publico: Deben responder con algunas sugerencias,

Narrador: Panchito se cepilla los dientes y en ello baja a desayunar para irse al colegio.

Papá: Hijo como amaneciste, te habrás lavado tus dientes, eso espero.

Panchito: Si, papá como siempre después de cada comida.

Mamá: Si no te lavas ya sabes lo que pasa, el gusanito que es la caries comenzará a picar tus dientes y te hará doler mucho.

Narrador: Entonces Panchito estaba en el recreo, cuando de repente le comenzó a doler mas el diente y sentía que tenia fiebre, en eso le dice a su profesora que se siente mal y llaman a sus padres para que lo recojan.

Mamá: ¿Panchito que te duele?

Panchito: Mamá me he olvidado de cepillarme los dientes varias noches, pero no les dije nada, y desde ayer sentía que me dolía el diente.



Narrador: Ven lo que le sucede a panchito por no lavarse los diente, ahora su mamá realizo una cita con el dentista.

Llegaron al consultorio y el dentista le pregunto a Panchito:

Dentista: Hola Panchito, no has venido a consulta antes, ¿verdad?

Panchito: No, es que me dan miedo los dentistas,

Dentista: Tranquilo, solo vamos a revisar porque sientes dolor.

Narrador: Mientras que el Dentista revisaba a Panchito, le preguntaba y ¿cuántas veces al día te cepillas?, ¿comes verduras y frutas? O ¿comes muchos dulces?

Los niños con las sesiones pueden responder a estas preguntas.

Dentista: Señora su hijo tiene caries en un diente, entonces para poder salvarlo debemos curarlo.

Mamá: Si, Dentista haga todo lo posible par que ya no le duele a Panchito y dígale que debe cepillarse sus dientes en cada alimentación.

Dentista: Panchito, recuerda que debes cepillarte tus dientes después de cada comida, no te olvides; ahora debemos matar ese gusanito para que no te haga doler.

Narrador: Panchito luego de ser atendido se va contento a su casa con su mamá y ahora si después de cada comida se cepilla los dientes y va al dentista cada 3 meses para que lo examine.

Gracias a todos.

## **Anexo 08.2 Segundo cuento**

### **DIENTILANDIA Y EL DESCONOCIDO**

NARRADOR: Todo empezó un día en el que la niña Stephanie tuvo un sueño en el que sus dientes podían ser picados y comenzó así:

Erase un día soleado en Dientilandia, cuando entre sus habitantes se escuchaba la voz a lo lejos de un desconocido, el cual decían que picaba los dientes, les hacía huequito y les producía manchas negras; con ello los hacía causar mucho dolor.

En ese momento se encontraron molarcita y canina y comenzaron a conversar.

MOLARCITA: Hola canina ¿cómo estás? espero que estés bien y te hallan cepillado bien.

CANINA: Hola molarcita, si todo bien, no sabes lo que me dijo mi mamá.

MOLARCITA: ¿Qué cosa canina?

CANINA: Que ha llegado un desconocido al pueblo y nos comienza a picar.

NARRADOR: Pero ustedes saben, ¿Qué puede hacer molarcita y canina para que no les hagan daño? quizá con lo que han aprendido puedan ayudarles a molarcita y canina.

MOLARCITA: Si chicos por favor podrían decirnos.

CANINA: ¡Si porfis!

NARRADOR: Pregunta a 2 niños que pueden hacer.

En el transcurso del día apareció la chica super Cepillina y su inseparable amiga la Pasta Dentalina, ella es la heroína y su fiel compañera son las encargadas de destruir a los desconocidos que vienen a picar a los dientes.

CHICA SUPER CELLIPINA: Hola, chicas como están, porque están temerosas, alguien las asusto.

MOLARCITA: Lo que pasa que nuestras madres nos dijeron que iba a venir un desconocido y nos podía picar, sino nos lavamos bien los dientes y no comemos saludablemente.

CHICA SUPER CEPILLINA: Por ello vine en su ayuda, para poder prevenir que les pase algo.

CANINA: Gracias chica super cepillina.

NARRADOR: En ello los pobladores de Dentilandia decían que ya escuchaba más cerca sus pisadas del desconocido. en ello apareció vegetina y frutina, las cuales eran lo más saludable y no le hacía daño a diferencia de los golosinos, es por ello que debemos consumirlos con sus amigos, ¿cómo cuáles son?

Deben responder los niños. varios vegetales y frutas

Cuando en eso se llegó el desconocido “Golosino El Picadiente” que empezó a gritar y los pobladores asustados, corrían y corrían; pero no se preocupaban del todo porque super chica cepillina estaba para asustarlos.

GOLOSINO EL PICADIENTE: ¡Vengo a picar a todos los dientes que no están bien cuidados ni cepillados...! Grrrr... Grrrr...

MOLARCITA Y CANINA: ¡DIJERON CHICA SUPER CEPILLINA, AYUDANOS!

SUPER CHICA CEPILLINA: Se acercó y le dijo a Golosino El Picadiente no les harás daño a los pobladores de Dentilandia, así que hare mi super cepillado con mi fiel amiga la pasta dentalina por todos los dientes y te iras.

NARRADOR: En ello super chica cepillina, hizo un giro y así destruyo a Golosino El Picadiente; es así que se fue el desconocido.

MOLARCITA Y CANINA: Gritaron: ¡Gracias chica super cepillina por ayudarnos!

NARRADOR: Los pobladores gritaron, ¡viva la chica super cepillina y su fiel amiga!

SUPER CHICA CEPILLA: Llámenme cuando me necesiten y no se olviden de cepillarse todos los días después de que coman y siempre estar limpios y sonrientes.

NARRADOR: Pues esto nos deja como una gran lección que debemos tener los dientes bien cepillados y comer sano, para que así podamos prevenir que nuestros dientes se caigan y se piquen.

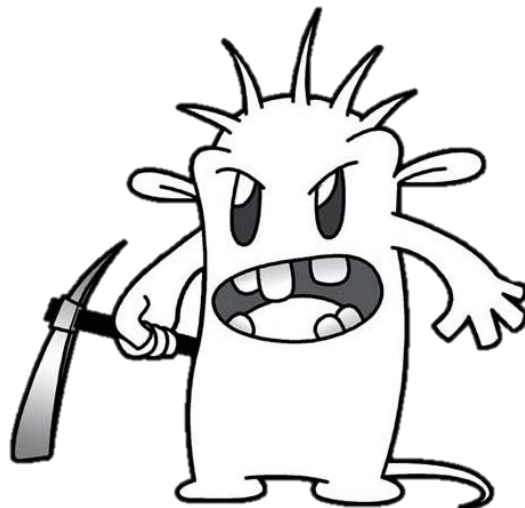
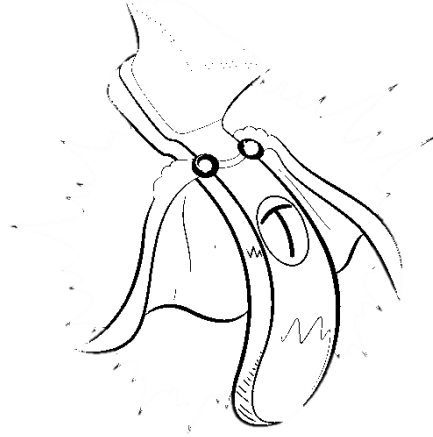
Recuerden que deben comer saludable es disminuir el azúcar en nuestros dientes, tener un buen cepillado es cuidar siempre nuestros dientes.

Y debemos ir al dentista cada 6 meses para que nos evalúen y puedan limpiarnos bien los dientes.

MUCHAS GRACIAS A TODOS.

Anexo 08.3 Hoja para colorear 03

COLOREA A LOS PERSONAJES DEL CUENTO DIENTILANDIA Y EL  
DESCONOCIDO



### ANEXO 09. Cuestionario para padres

- a) 3 años      b) 4 años      c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario?

- a) Padre      b) Madre

Edad del informante: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción del padre:

- a) Ninguna      b) Educación Primaria      c) Educación Secundaria  
d) Educación Técnica y/o Superior

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

1.- ¿Qué es la caries dental?

- a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.  
b.- No es una enfermedad  
c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.  
d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes  
b) No, porque no cumplen ninguna función  
c) No, porque al final se van a caer  
d) No, porque no son los dientes permanentes

3.- La primera visita al odontólogo, se recomienda a partir de:

- a) A partir de los 2 años  
b) Cuando aparece el primer diente de leche

c) Cuando tenemos dientes de adulto

d) Solo cuando existe dolor

4.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

a) Si, para un examen clínico de rutina

b) Solo si tiene dientes chuecos

c) No, ya que como no tiene nada no es necesario

d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

5.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

a) El flúor

b) Una correcta higiene bucal

c) Evitar consumo excesivo de azúcares

d) Todas las anteriores

6.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

a) Frutas y vegetales

b) Gaseosas y frutas

c) Frugos y galletas

d) Todas las anteriores

7.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.

b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.

c) Frugos, leche chocolatada, chizitos

e) Todas las anteriores

8.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

a.- Va a estar más fuerte al despertar

b.- Estará más fuerte y sano

c.- Estará más expuesto a tener caries

d.- No pasa nada

9.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

a) No

b) Solo antes de dormir

c) Solo con usar un enjuagatorio basta

d) Si

10.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

a) Cada 3 meses

b) Cada 8 meses

c) Al año

d) Nunca



**Anexo 10.** Evaluación para los niños Inicial y Final

**Cuestionario**

Nombre: ..... Grado: ..... Fecha: .....

**Marca con una "X" la respuesta correcta**

**1. ¿PARA QUE SIRVEN LOS DIENTES?**



**HABLAR**



**ESCUCHAR**



**SONREIR**



**COMER**

**2. ¿CUÁNDO TE CEPILLAS LOS DIENTES?**

a) A veces

b) Después de comer

c) Antes de comer

d) Nunca



**3. ¿QUÉ USAS PARA LAVARTE LOS DIENTES?**



**PASTA DENTAL**



**JABÓN**



**HILO DENTAL**



**CEPILLO**



**ESCOBILLA**

**4. ¿QUÉ COMES EN EL RECREO?**



**GOLOSINAS**



**JUGOS O LECHE Y PAN**



**FRUTAS Y AGUA**



**NADA**

5. ¿A QUIÉN DEBEMOS VISITAR SI NOS DUELE LA MUELITA?



MEDICO



INGENIERO



DENTISTA



PROFESOR

6. ¿CUÁNTOS DIENTES TIENEN LOS NIÑOS?

- a) 20 (VEINTE)
- b) 25 (VEINTICINCO)
- c) 15 (QUINCE)
- d) 32 (TREINTA Y DOS)



7. ¿POR QUÉ LE DUELE LA MUELITA AL NIÑO?

- a) Porque la muelita está chueca.
- b) Porque la muelita tiene caries.
- c) Porque la pasta dental es mala.
- d) Porque el niño se cepilla los dientes.



8. SI QUIERO MI BOCA LIMPIA CEPILLARÉ MIS DIENTES Y TAMBIÉN MI .....

- a) Labios
- b) Lengua
- c) Paladar
- d) Cabello



9. ¿A QUIÉNES ATACAN LAS BACTERIAS DE LA BOCA?



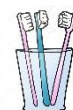
DIENTES Y ENCIAS



FRUTAS



CEPILLO



GOLOSINAS

**10. ¿QUÉ NO DEBO COMER MUCHO PARA TENER DIENTES SANOS?**



**MENESTRAS**



**GOLOSINAS**



**PESCADOS**



**FRUTAS**

**Anexo 11. Presentación del Programa Educativo Preventivo de Salud Bucal y el Equipo de Trabajo**



Presentación en los salones de 4 y 5 años de la I.E.P. Divino Maestro de Pro





Aplicando el cuestionario a los niños



Sesión a los padres de familia





## Anexo 12. Realizando el IHOS





### Anexo 13. 1era Sesión Educativa



Realizando modelo interactivo de aprendizaje





Anexo 13. 2da Sesión Educativa



Realizando Técnica de cepillado Fones





Anexo 14. Presentaciones Teatrales



Narrando el cuento







Presentación del Grupo de teatro por colaboración de los alumnos de 5to de secundaria





Anexo 15. Última evaluación de IHOS y cuestionario a niños







Ultima sesión con los padres de familia



Aplicando el cuestionario





Anexo. 18 entrega de obsequios a los niños







**Anexo 17.** Cambio antes y después de la aplicación del Programa Educativo

