

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento
de las madres de familia sobre la salud bucal en la Institución
Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri-Puno 2015.**

Tesis presentada por la Bachiller

ROXANA MARY TAPIA TAPIA

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.**

AREQUIPA – PERÚ

2016



*DE MANERA ESPECIAL A MI ESPOSO, A MI
HIJO, A MIS PADRES Y A MIS HERMANAS POR
SU COMPRENSION E INVALORABLE APOYO. EN
LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO DE
INVESTIGACION.*



“TODO LO QUE SE PUEDE MEDIR, SE PUEDE MEJORAR”

PETER DRUCKER

INDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
Capítulo Único: RESULTADOS	10
1. Características de las unidades de estudio.....	11
2. Resultados de conocimientos sobre salud bucal en el pre test	17
3. Resultados de conocimientos sobre salud bucal en el post test	19
4. Evolución del conocimientos sobre salud bucal del pre test al post test.....	21
5. Progreso por unidades de estudio	23
6. Discusión y Comentarios	26
CONCLUSIONES	28
SUGERENCIAS.....	29
PROPUESTA.....	30
ANEXOS	34
1. Proyecto de tesis	35
2. Matrices de sistematización.....	105
3. Formato de consentimiento informado	107
4. Constancia de validación de instrumento.....	109
5. Evidencias fotográficas.....	113

RESUMEN

El presente trabajo de investigación intitulado “Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri Puno 2015”.

Tuvo como **objetivo** identificar el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal antes del programa educativo, identificar el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal después del programa educativo y precisar la diferencia que existe entre el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre salud bucal antes y después del programa educativo. Con **materiales** de rotafolio, maquetas, laminas con imágenes relacionadas al tema, cepillos dentales, hilo dental y material de escritorio. Con **método** cuasi experimental, coyuntural, el cual se efectuó sobre una muestra (procedimiento de selección no aleatoria por criterio) de 20 madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, entre edades de 20 a 45 años de edad, cuyos datos se plasmaron en una cédula de entrevista para el pre test y el post test en las que se registró edad, sexo, grado de instrucción, midiendo el conocimiento que tiene las madres de familia sobre salud bucal.

El tratamiento realizado a las unidades de estudio fue la aplicación a una cedula de entrevista para la prueba de entrada (pre test), seguido de la aplicación del programa educativo en la misma Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada y finalmente se aplicó nuevamente la cedula de entrevista para la prueba de salida (post test).

Evaluaciones que permitieron determinar si existían diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal.

La investigación reveló que la aplicación del programa educativo tiene un impacto en el conocimiento sobre salud bucal.

De acuerdo a los cálculos estadísticos realizados y **resultados** son favorables ya que se han logrado altos puntajes en el post test, la media ubica a las unidades de estudio en un nivel bueno, la mediana y la moda indican que las unidades de estudio es uniforme tanto en el pre test como al aplicar el post test.

Como **conclusiones** se arribo a determinar que el conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, en el pre test fue bajo, otra conclusión es que se determinó que el conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, en el post test fue bueno y finalmente se llegó a la conclusión de que se estableció la diferencia entre el pre test y el post test de las madres de familias de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, demostrando que todas las unidades de estudio incremento sus conocimientos sobre salud bucal de un nivel bajo a un nivel bueno; consecuentemente se acepta la hipótesis de investigación.

Con la investigación realizada se genera una propuesta de trabajo para implementar un programa educativo en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, como aporte a la Institución.

Palabras clave: validación, programa educativo, salud bucal.

ABSTRACT

This research paper entitled "Validation of an educational program to improve awareness of mothers on oral health in Initial Educational Institution No. 237 Rinconada , Puno Ayaviri 2015"

It aimed to identify the knowledge of mothers of Initial Educational Institution No. 237 Rinconada on Oral Health before the educational program, identify the knowledge of mothers of Initial Educational Institution No. 237 Rinconada Oral Health after the educational program and clarify the difference between knowledge of mothers of Initial educational Institution No. 237 Rinconada on oral health before and after the educational program. Flip chart materials, models, prints with images related to the topic, toothbrushes, dental floss and stationery. Quasi-experimental, cyclical, which was conducted on a sample (procedure nonrandom selection criterion) of 20 mothers of children attending the Initial Educational Institution No. 237 Rinconada, between the ages of 20 to 45 years method old, whose data were reflected on the document instituting interview for the pre test and post test in which age was recorded, sex, level of education, measuring the knowledge that mothers about oral health.

The treatment performed to study units was the application to an identity card interview for entrance test (pretest), followed by the implementation of the educational program in the same educational institution Initial No. 237 Rinconada and finally applied again cedula interview for output test (post test). Evaluations that allowed determine whether there were significant differences in knowledge about oral health.

The investigation revealed that the implementation of the educational program has an impact on oral health knowledge. According to conducted and results statistical calculations are favorable as they have achieved high scores on the posttest , the average located studio units on a good level, median and mode indicate that the study units is uniform both in the pretest and post test in applying .

In conclusion I can arrive to determine that knowledge on oral health in mothers of children attending the Initial Educational Institution No. 237 Rinconada , in the pretest was low, another conclusion is that it was determined that health knowledge oral in mothers of children attending the Initial Educational Institution No. 237 Rinconada , in the post test it was good and finally concluded that the difference between pretest and posttest of established mothers of families of children attending the Initial Educational Institution No. 237 Rinconada , showing that all units of study increase their knowledge on oral health from a low level to a solid level . With a proposed research work is generated to implement an educational program in Initial Educational Institution No. 237 Rinconada, as a contribution to the institution.

Key words: validation, educational program, oral health .



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolla de manera inicial como proyecto de investigación que se encuentra como anexo N° 1, el que consta de: preámbulo, planteamiento del problema, planteamiento operacional, cronograma y bibliografía.

La investigación realizada tiene como objetivo demostrar que un programa educativo ofrece beneficios para lograr un buen conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada.

La investigación consta de un capítulo único en el que presenta como resultados de la investigación, los datos sistematizados, características de las unidades de estudio, evaluación del pre test y el post test, la evolución del pre test y el post test, la evolución por unidades de estudio, finalmente se presenta la discusión, las conclusiones, sugerencias y bibliografía.

Dentro de los anexos se presenta en primer término el proyecto de investigación, la matriz de sistematización, el formato de consentimiento informado, constancias de la validación del instrumento y evidencias fotográficas.

El agradecimiento a la Señora Lic. Luzma Edith Mamani Calderón Directora de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, quien facilitó que se realizara la investigación en la institución que dirige, al personal en general, a las madres de familia.

Un agradecimiento especial al Dr. Julio Paredes Nuñez, por su vocación de servicio y de orientador a lo largo de la elaboración del presente trabajo de investigación.



CAPÍTULO ÚNICO:
RESULTADOS

1. Caracterización de las unidades de estudio.

CUADRO N° 01

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

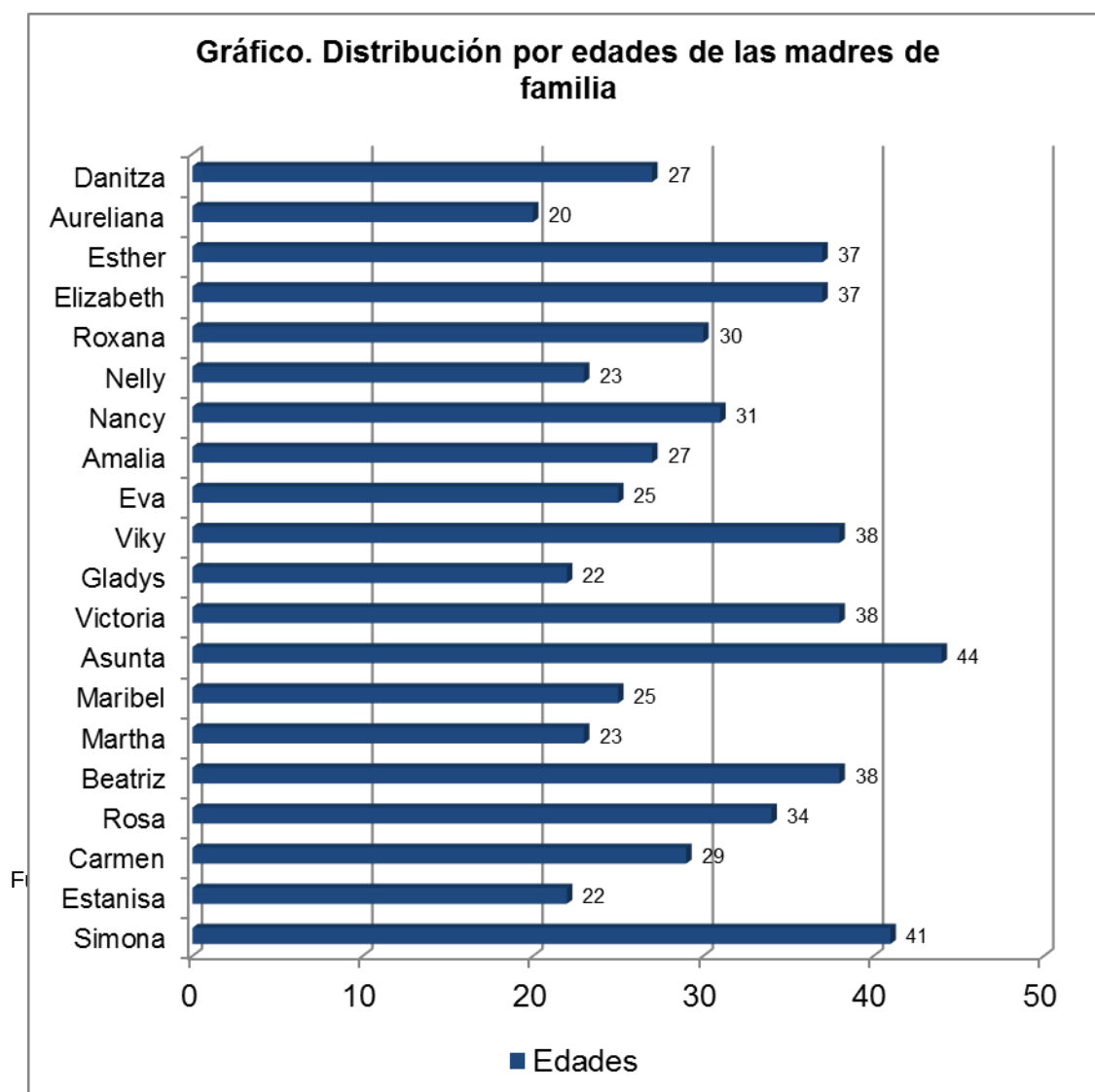
Madres de Familia	Unidades de Estudio	Edad
1	Simona	41 años
2	Estanisa	22 años
3	Carmen	29 años
4	Rosa	34 años
5	Beatriz	38 años
6	Martha	23 años
7	Maribel	25 años
8	Asunta	44 años
9	Victoria	38 años
10	Gladys	22 años
11	Viky	38 años
12	Eva	25 años
13	Amalia	27 años
14	Nancy	31 años
15	Nelly	23 años
16	Roxana	30 años
17	Elizabeth	37 años
18	Esther	37 años
19	Aureliana	20 años
20	Danitza	27 años

Fuente. Cedula de entrevista.

En el cuadro anterior se aprecia las edades cronológicas de las madres de familia, del grupo de estudio las edades van desde 20 años a 44 años de edad, con un rango de 24, siendo un grupo heterogéneo, con una media de 30.55.

GRÁFICO N° 01

REPRESENTACIÓN GRÁFICA POR EDADES DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS
NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



CUADRO N° 02

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

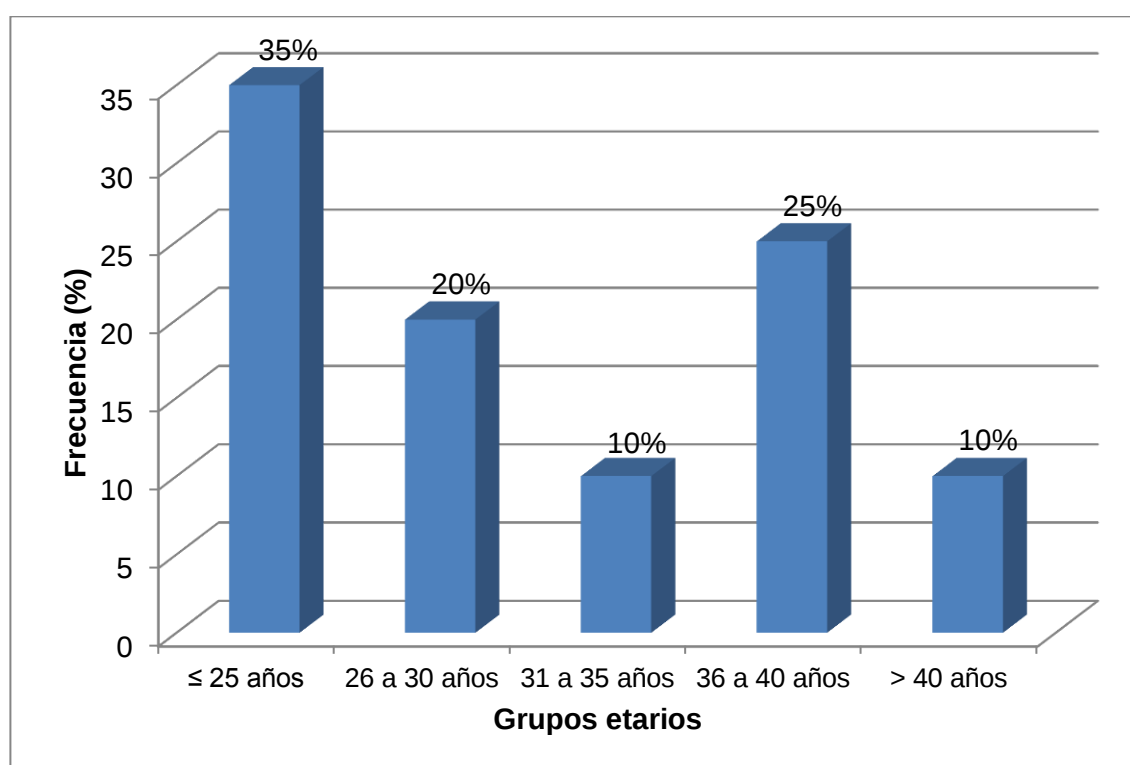
Grupos etarios	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
≤ 25 años	07	35.0%
26 a 30 años	04	20.0%
31 a 35 años	02	10.0%
36 a 40 años	05	25.0%
> 40 años	02	10.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista.

En el cuadro anterior podemos observar la distribución numérica y porcentual de las unidades de estudio, encontrándose el mayor porcentaje en el grupo etario de menor o igual a 25 años de edad siendo 7 madres de familia con un 35% y el menor porcentaje se da en el grupo etario 31 a 35 años y mayores de 40 años de edad siendo 2 madres de familia en cada grupo etario con un 10% respectivamente.

GRÁFICO N° 02

REPRESENTACIÓN GRÁFICA POR GRUPO ETARIO DE LAS MADRES DE FAMILIA DE
LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



Fuente: Elaboración Personal.

CUADRO N° 03

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

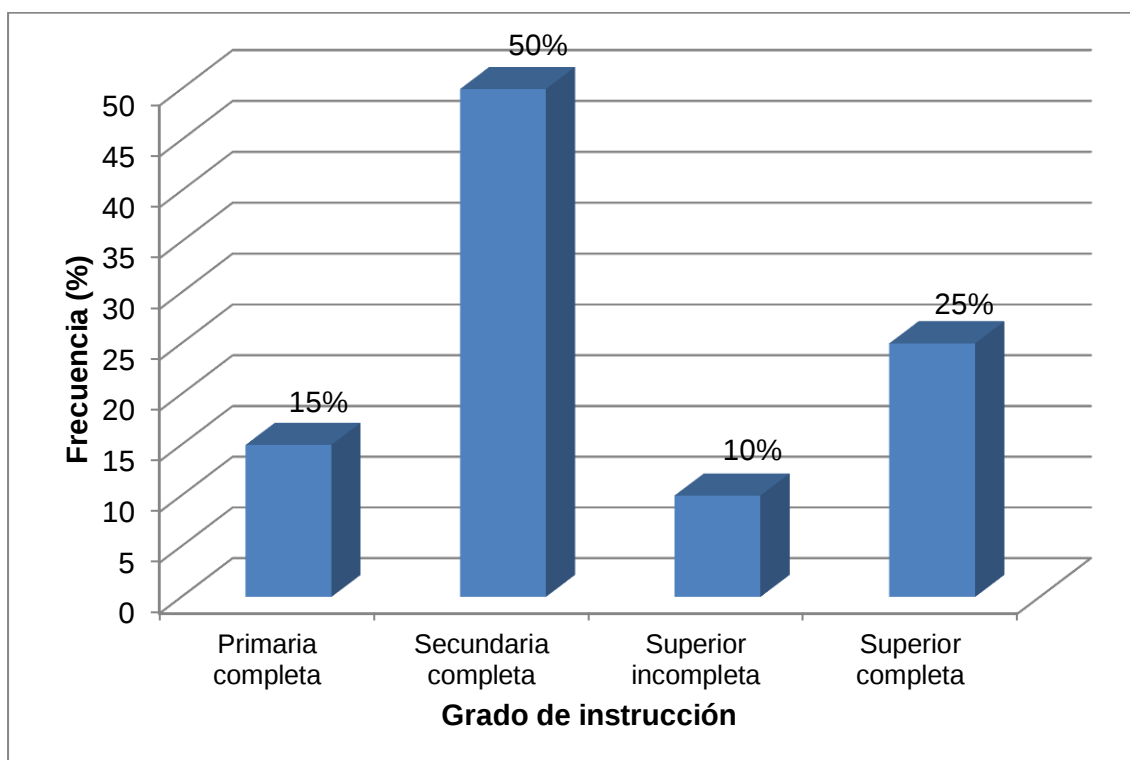
Grado de instrucción	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primaria completa	03	15.0%
Secundaria completa	10	50.0%
Superior incompleta	02	10.0%
Superior completa	05	25.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista.

En el cuadro anterior podemos observar la distribución numérica y porcentual de las unidades de estudio, encontrándose el mayor porcentaje con secundaria completa con un 50% y un menor porcentaje con superior incompleto con un 10%.

GRÁFICO N° 03

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y
FRECUENCIA DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I.
N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.**



Fuente: Elaboración Personal.

2. Resultado de conocimientos sobre salud bucal en el Pre-test.

CUADRO N° 04

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

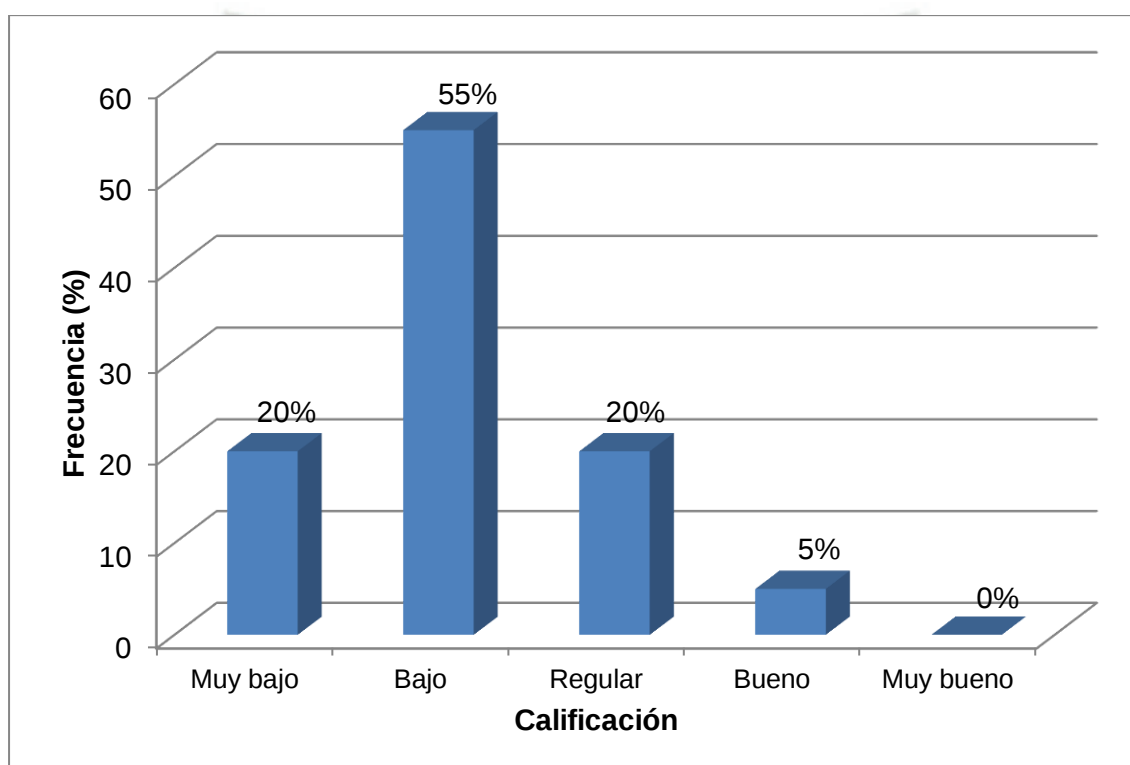
Calificación de pre-test	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy bajo	04	20.0%
Bajo	11	55.0%
Regular	04	20.0%
Bueno	01	5.0%
Muy bueno	00	0.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista.

En el cuadro anterior podemos observar la distribución numérica y porcentual de las unidades de estudio, encontrándose el mayor porcentaje con una calificación de bajo con un 55% y un menor porcentaje con una calificación de muy bueno con un 0%.

GRÁFICO N° 04

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE-TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



Fuente: Elaboración Personal.

3. Resultado de conocimientos sobre salud bucal en el Post test.

En cuanto de los resultados de la prueba de salida denominada post test que se aplicó a las unidades de estudio se representan mediante cuadros y gráficos donde se apreciarán el conocimiento sobre salud bucal.

CUADRO N° 05

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL POST TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

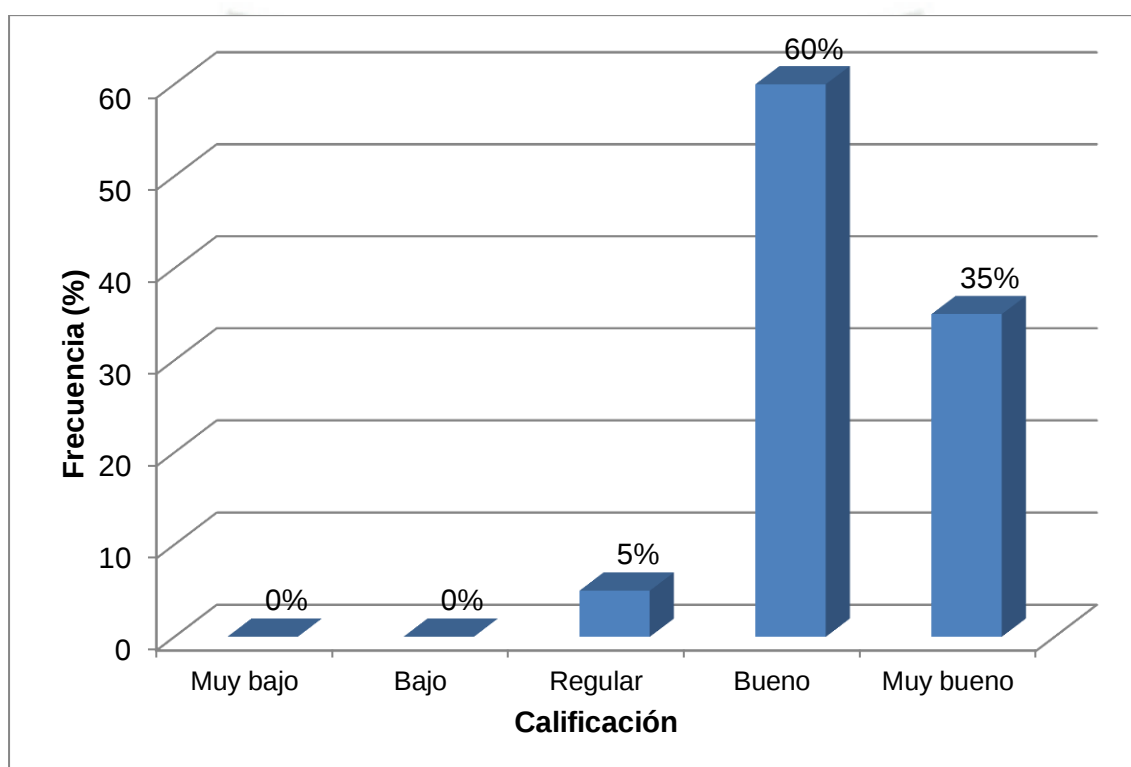
Calificación de Post test	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy bajo	00	0.0%
Bajo	00	0.0%
Regular	01	5.0%
Bueno	12	60.0%
Muy bueno	07	35.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista.

En el cuadro anterior podemos observar la distribución numérica y porcentual de las unidades de estudio, encontrándose el mayor porcentaje con una calificación de bueno con un 60% y un menor porcentaje con una calificación de bajo y muy bajo con un 0%.

GRÁFICO N° 05

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL POST TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



Fuente: Elaboración Personal.

4. Evolución del conocimiento sobre salud bucal del Pre test al Post test

En cuanto a los resultados del pre test y el post test de las unidades de estudio se muestra de manera comparativa para observar la evolución una vez aplicado el programa educativo.

CUADRO N° 06

EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO AL APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE TEST Y DEL POST TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

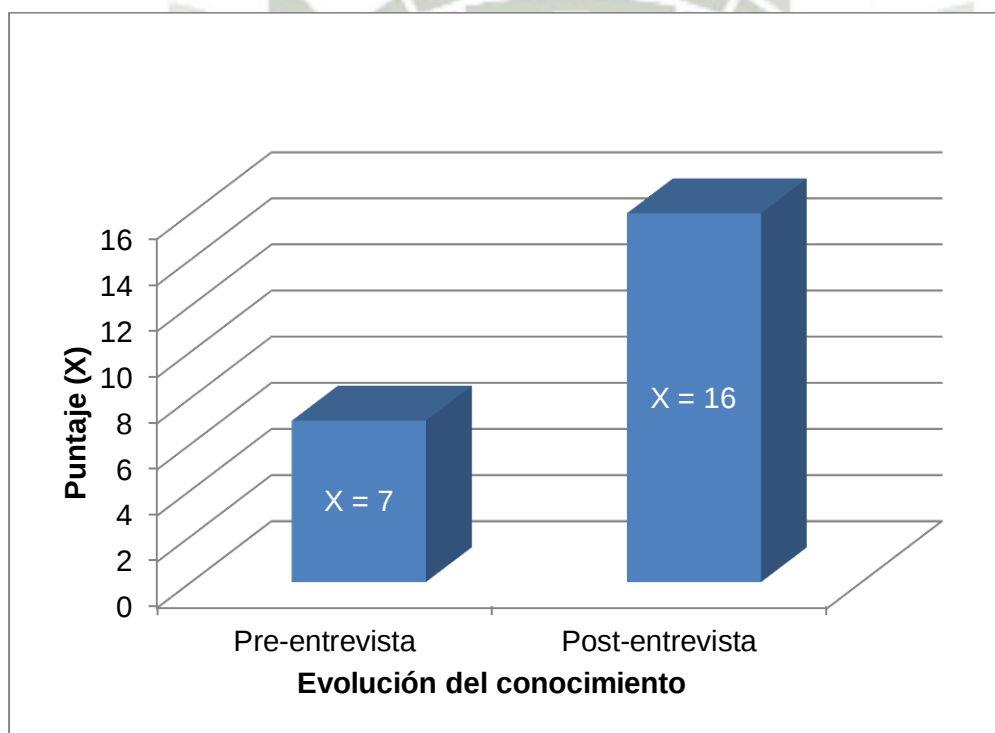
Estadísticos	Puntaje	
	Pre-test	Post-test
Media (X)	07	16
Mediana	07	16
Moda	04	16
Mínimo	02	12
Máximo	13	19
Rango	11	07

En el cuadro anterior podemos observar la distribución numérica de las unidades de estudio, encontrándose una media, mediana, moda, mínimo, máximo y el rango, tanto del pre test como del post test.

La media nos indica el promedio de las calificaciones en el pre test fue de 7 y en el post test de 16 mostrando un aumento significativo.

GRÁFICO N° 06

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA EVOLUCIÓN DE LA MEDIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO AL APLICAR EL PROGRAMA EDUCATIVO DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE TEST Y EL POST TEST DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



5. Progreso por unidades de estudio.

CUADRO N° 07

PROGRESO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO AL PROGRAMA EDUCATIVO DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE TEST Y DEL POST TEST DE LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.

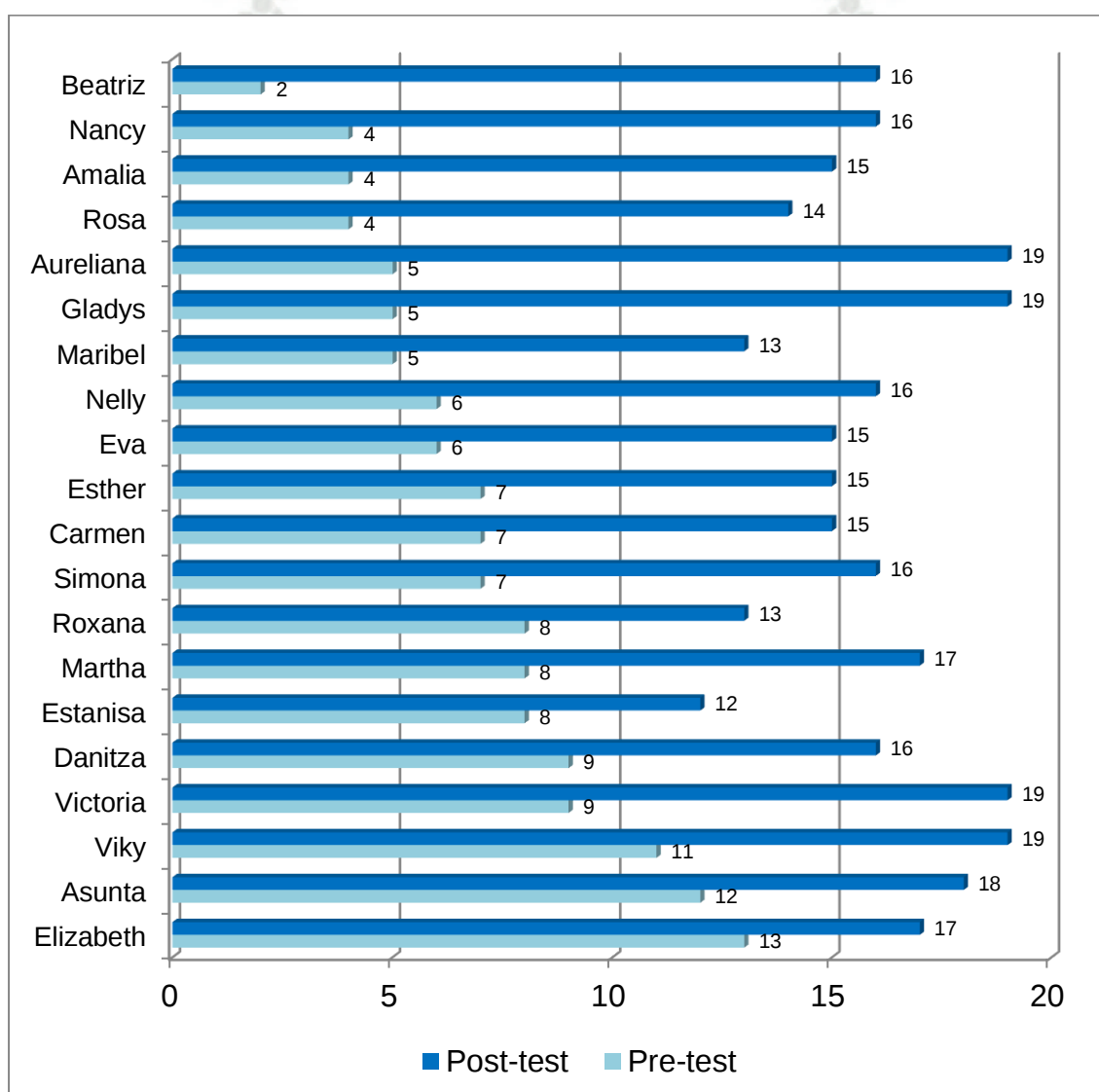
Nombre	Pre test	Escala de calificación	Post test	Escala de calificación	Progreso
Simona	07	Bajo	16	Bueno	+9
Estanisa	08	Bajo	12	Regular	+4
Carmen	07	Bajo	15	Bueno	+8
Rosa	04	Muy bajo	14	Bueno	+10
Beatriz	02	Muy bajo	16	Bueno	+14
Martha	08	Bajo	17	Muy bueno	+9
Maribel	05	Bajo	13	Bueno	+8
Asunta	12	Regular	18	Muy bueno	+6
Victoria	09	Regular	19	Muy bueno	+10
Gladys	05	Bajo	19	Muy bueno	+14
Viky	11	Regular	19	Muy bueno	+8
Eva	06	Bajo	15	Bueno	+9
Amalia	04	Muy bajo	15	Bueno	+11
Nancy	04	Muy bajo	16	Bueno	+12
Nelly	06	Bajo	16	Bueno	+10
Roxana	08	Bajo	13	Bueno	+5
Elizabeth	13	Bueno	17	Muy bueno	+4
Esther	07	Bajo	15	Bueno	+8
Aureliana	05	Bajo	19	Muy bueno	+14
Danitza	09	Regular	16	Bueno	+7

Fuente. Cedula de entrevista.

En el cuadro N°7 podemos observar que en el post test la mayoría se mantiene en la escala de calificación bueno a diferencia del pre test la mayoría se mantiene en la escala de calificación bajo.

GRÁFICO N° 07

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROGRESO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO AL PROGRAMA EDUCATIVO DE ACUERDO A LA CALIFICACIÓN DEL PRE TEST Y EL POST TEST EN LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN A LA I.E.I. N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI 2015.



PRUEBA ESTADISTICA

- 1- Evaluando la muestra de puntajes en el pre test.
 - a. Aplicando la prueba de normalidad Shapiro – Wilk, por tener una muestra menor a 50 unidades.

Shapiro – Wilk = 0,963 P = 0,602
 - b. De lo anterior deducimos que nos encontramos frente a una distribución normal ($P \geq 0,05$)
- 2- Al tener los datos con una distribución normal, aplicamos el estadístico paramétrico para comparar datos numéricos (pre test y post test).

T de Student
 - a. Hallamos:

T = - 13,000 P = 0,000
 - b. De lo anterior deducimos que las diferencias halladas en los promedios de puntaje del pre test y post test son estadísticamente significativas ($p < 0,05$).
 - c. Es decir el programa educativo evaluado mejora significativamente el conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia de los niños que asisten a la I.E.I. N° 237 la Rinconada.

6. Discusión y comentarios.

El hallazgo central del presente estudio es de un programa educativo que permite mejorar significativamente el conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, así como también ayuda a conducir a un cambio de conducta del ser humano que se puede lograr en un tiempo determinado, teniendo una evolución favorable de las unidades de estudio en cuanto al conocimiento sobre salud bucal del pre test al post test.

De acuerdo a los resultados presentados por Pombo (2009), en la Universidad de Coruña, si no te cepillas los dientes, tienes 3.9 veces mas probabilidad de presentar caries dental, a mayor edad mayor riesgo de caries, el nivel de conocimientos es significativamente mas elevado en los padres y madres clasificados según profesión, los padres de familia que refieren que sus hijos tienen la costumbre de cepillarse los dientes tienen significativamente mas respuestas correctas que los que no lo hacen. La ingesta de dulces también se ve afectada por el nivel de conocimientos de los padres. El cepillado dental tiene un gran impacto en la salud bucodental y el nivel de conocimientos de los padres determina a su vez la salud bucodental de sus hijos.

Gonzales y Luz de Alva (2001) en la Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, reporta, al contrario demostró que no existe relación entre el conocimiento de higiene oral de educadoras y madres y la necesidad de salud bucal de los niños pre escolares.

Al respecto Benavente, Chein y compodonico (2009), concluye que las madres de familia tienen un conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación

entre el nivel de conocimiento de salud bucal que poseen las madres con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años en la población estudiada.

La influencia de un programa educativo sobre la promoción de la salud bucal en niños del distrito de Mala por Avila (2011) logra una mejora donde el nivel de conocimientos sobre salud bucal se incrementa significativamente después de aplicar el programa educativo “Sonríe Feliz”, lo que es muy favorable y refleja que adquirieron por medio de la intervención de importantes aspectos sobre la salud bucal. La higiene bucal de los niños mejoro significativamente después de aplicar el programa educativo “Sonríe Feliz”, así mismo queda expreso en la disminución del índice de placa simplificado, partiendo de un valor correspondiente a la mala higiene (muy elevado) seguido de un valor de mala higiene (tendiente a regular) y finalmente un valor de higiene regular.

Según señala Flores (2015), en la eficacia del programa “Sonrisa Sana, Vida Feliz”, concluye que la eficacia del programa fue del 70% para los miembros de familia que ya no presentan caries dental, de esta manera se confirma la hipótesis de trabajo, que la aplicación del programa “Sonrisa Sana, Vida Feliz” en familias de riesgo redujo de manera significativamente la experiencia de caries dental.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que el conocimiento de salud bucal en las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, antes (pre test) de la aplicación del programa educativo fue que la mayoría tienen un conocimiento bajo.

SEGUNDA: Se determinó que el conocimiento de salud bucal en las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, después (post test) de la aplicación del programa educativo fue que la mayoría tienen un conocimiento bueno.

TERCERA: Se estableció la diferencia entre el pre test y el post test en las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, demostrando que con la aplicación del programa educativo todas las unidades de estudio incremento significativamente el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

CUARTA: Consecuentemente se acepta la hipótesis de investigación.

SUGERENCIAS

1. A la Directora de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, solicitar campañas de salud bucal (Promoción y Prevención) a entidades tutelares como el MINSA. Así mismo permanentemente motivar e insistir en las estrategias para la aplicación del conocimiento sobre salud bucal, de la forma mas natural posible a los niños y madres de familia
2. Al Director del MINSA (Ministerio de Salud) Puno, se sugiere que a través de sus Establecimientos Asistenciales implementar actividades de proyección social sobre salud bucal dirigido a las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada.
3. Al Director de la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) sugerimos capacitaciones mensuales a las Instituciones Educativas Iniciales sobre la relación entre la educación en general y la educación en salud bucal, donde el profesional odontólogo sea el capacitador lo cual debe ser extensivo a las madres de familia y a los niños.
4. Al Decano del colegio odontológico región Puno se sugiere de organizar periódicamente campañas (Promoción y Prevención) de proyección social sobre salud bucal dirigido a madres de familia y niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada Ayaviri.
5. A las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, velar por la salud bucal y que de esta manera le permita a su hijo una vida saludable tanto bucal como en forma integral creando en ellos buenos hábitos de higiene.
6. A nuevos tesis de Postgrado de investigar si existe correlación entre el conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y la conservación de la salud bucal de sus hijos, así mismo si estos conocimientos adquiridos sobre salud bucal ayuda en la conservación de la salud bucal de ellos mismos.

PROPUESTA

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN MADRES DE FAMILIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI.

2. JUSTIFICACIÓN

la salud integral representa el bienestar físico, mental, social y espiritual en el avance de la sociedad. En tal sentido para alcanzar una calidad de vida como derecho fundamental del ser humano, es necesario una serie de medidas fundamentales que correspondan en nuestra parte a un plan de motivación destinado a fomentar la formación del hábito de higiene bucal dirigida a las madres de familia y estas de hacer extensivo a sus respectivos hijos.

Teniendo en cuenta que las madres de familia de dicha institución educativa tiene niveles cognitivos deficientes sobre el conocimiento de salud bucal, es que se hace necesario la creación, implementación y ejecución de capacitación en el conocimiento en salud bucal.

3. OBJETIVOS

3.1 Diseñar el programa de capacitación de conocimiento sobre salud bucal.

3.2 Implementar dicho programa.

3.3 Aplicar dicho programa.

4. FASES DE LA PROPUESTA

4.1 Planificación.

4.2 Implementación.

4.3 Ejecución.

5. ACCIONES

5.1 En la fase de planificación.

- Diseño del programa de capacitación en el conocimiento sobre salud bucal.
- Presentación de la propuesta a la directora de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada.
- Designación de una comisión ad hoc para análisis, revisión y aprobación de la propuesta.
- Elevación de la propuesta a la dirección de la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada para su análisis y aprobación.

5.2 En la fase de implementación.

- Nombramiento de la comisión de promoción de salud bucal.
- Designación de la comisión sobre protección en salud bucal.

6. ESTRATEGIA

- Nombramiento de comisiones para la formulación, implementación y ejecución de la propuesta.
- Formulación de proyectos por actividad.
- Evaluación en las instancias de norma.
- Revisión por las comisiones nombradas.

- Aprobación de la propuesta por la dirección de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada.
- Implementación.
- Ejecución.

7. RECURSOS HUMANOS

- Autoridades.
- Directora de la Institución Educativa Inicial N°237.
- Miembros de las comisiones de implementación y ejecución.
- Personal docente y administrativo.

8. RECURSOS FISICOS

- Ambientes de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada.

9. UBICACIÓN ESPACIAL

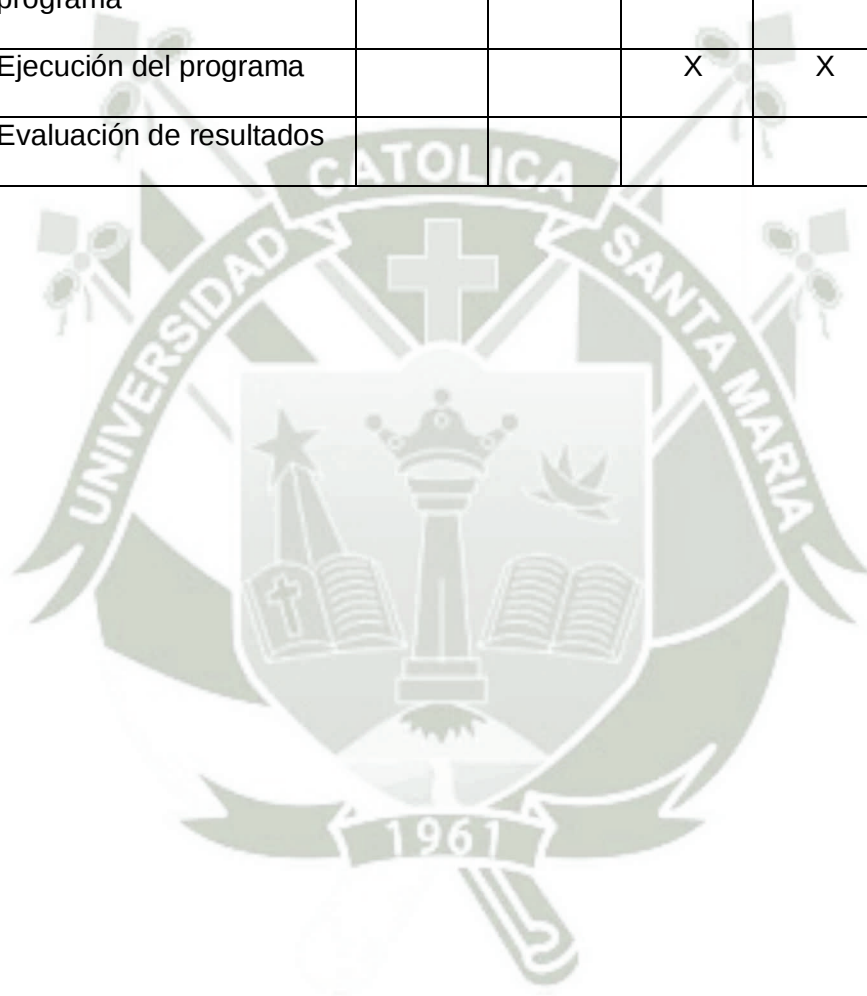
- Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri – Puno.

10. PRESUPUESTO

El requerimiento económico para solventar las acciones propuestas es de 5 000 nuevos soles aproximadamente.

11. CRONOGRAMA

Actividad	Agost	Set	Oct	Nov	Dic
Diseño del programa	X				
Implementación del programa		X			
Ejecución del programa			X	X	
Evaluación de resultados					X







ANEXO N° 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREÁMBULO

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades del sistema estomatognático afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas, porque pueden llegar a afectar la nutrición, las relaciones interpersonales y hasta la salud mental de la persona.

La salud bucal, no solo considera el estado dental de los individuos, sino también el estado de salud integral de los componentes que la conforman, tales como mucosas, lengua, paladar, glándulas salivales, ligamentos, y tejidos óseos craneofaciales, entre otros. Existen evidencias que relacionan las condiciones de salud de estos tejidos a nivel oral, con la presencia de enfermedades sistémicas tales como diabetes, enfermedades inmunes, enfermedades cardíacas y cáncer.¹

De esta manera la relación entre salud bucal, salud integral de las personas, estilos de vida, hábitos higiénicos y alimenticios, y factores sociales tales como nivel de pobreza, educación y ruralidad, se hacen evidentes. Se confirma así, la necesidad de abarcar estas áreas desde un enfoque más amplio basado en diagnósticos epidemiológicos, que incluyan la priorización de grupos de riesgo, e implementen medidas costo-efectivas y de alto impacto.²

Como cirujano dentista considero que la salud bucal debe ser permanente en toda las etapas de vida, desde antes de la aparición de la piezas dentarias, dentro de mi experiencia como odontóloga en el Ministerio de Salud, se ha observado la poca importancia que le da las madres de familia de niños menores de 5 años sobre salud bucal, si no se tiene el respectivo cuidado sobre higiene bucal es probable obtener enfermedades que puedan afectar a la salud bucal, es por ello se recomienda considerar las medidas preventivas desde antes de la aparición dental, la sobrevaloración, por lo que al evaluar el estudio se pretende mejorar la

¹ORGANIZATION WH. Risk to oral health and intervention.2009

²PETERSEN PE. World Oral Health Report 2003, Continuous Improvement of Oral Health in the 21st.Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneve: WorldHealth Organization2003

calidad de vida a través del conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia, siento esta extensiva a los otros niños que tiene a su cargo.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA.

1.1 Enunciado del problema

Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri. Puno 2015.

1.2 Descripción del problema.

1.2.1 Campo, Área y Línea de Investigación.

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Salud Pública

Línea: Salud Bucal

1.2.2 Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Conocimiento sobre salud bucal. (La salud bucal es el estado óptimo con ausencia de enfermedades y sus componentes funcionan de manera correcta)	Conocimiento sobre Medidas Preventivas en Salud Bucal.	- Higiene Bucal. - Cepillado dental. - Ingesta de fluor. - Prevención de caries dental. - Maloclusiones.
	Conocimiento Sobre Enfermedades Bucales.	- Placa bacteriana. - Caries dental. - Gingivitis. - Enfermedad periodontal.
	Conocimiento Sobre Desarrollo Dental.	- Inicio de formación dental. - Tipos de dentición. - Números de dientes desiguos. - Cronología de erupción.
	Conocimiento para la Sobrevaloración de la Salud Bucal.	- Visita periódica al dentista. - Visita al dentista en los últimos años. - Motivo de la visita al dentista.

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Programa Educativo. (Actividades de enseñanza-aprendizaje para mejorar el conocimiento sobre la salud bucal)	Conocimiento sobre Medidas Preventivas en Salud Bucal.	- Sesión 1: Actividades para el conocimiento sobre salud bucal. - Sesión 2: Actividades para el conocimiento sobre cepillado dental. - Sesión 3: Actividades para el conocimiento sobre fluor. - Sesión 4: Actividades para el conocimiento sobre prevención de caries dental y maloclusiones.
	Conocimiento Sobre las Enfermedades Bucales.	Sesión 5: Actividades para el conocimiento sobre las enfermedades bucales.
	Conocimiento Sobre el Desarrollo Dental.	Sesión 6: Actividades para el conocimiento sobre desarrollo dental.
	Conocimiento para Sobrevaloración de la Salud Bucal.	Sesión 7: Actividades para el conocimiento sobrevaloración de la salud bucal.

1.2.3 Interrogantes de Investigación

- ¿Qué conocimiento tienen las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal antes del programa educativo?
- ¿Qué conocimiento tienen las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal después del programa educativo?
- ¿Qué diferencia existe en el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre la salud bucal antes y después del programa educativo?

1.2.4 Tipo y nivel de Investigación

Tipo: de campo.

Nivel: Cuasi experimental.

1.3 Justificación del problema

Tiene relevancia científica ya que la Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, establece las principales prioridades a ser abordadas, señala que no sólo hay que intervenir sobre factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucal, el consumo de azúcares o el tabaquismo, siendo la madre el vector más importante para la transmisión de la educación es importante que ella adquiera conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal del niño. Una parte esencial de la estrategia también debe ocuparse de los determinantes socio-culturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de acciones que fomenten la salud bucal.

La mayoría de las enfermedades bucales se asocian con determinados factores de riesgo como la falta de higiene buco-dental, la alimentación inadecuada y la educación. Todos los componentes de la boca y especialmente los dientes juegan un papel importante en la apariencia, dientes en mal estado, rotos, cariados, en mala posición o ausentes, así como las encías enrojecidas y sangrantes dan una pésima impresión cuando la persona habla o se ríe, en cuanto a la comunicación también ayuda a la correcta pronunciación de las palabras, los sonidos dependen en gran parte de la posición y estado de los labios, mejillas, dientes, paladar, lengua y cuerdas vocales y la función más importante que cumplen es la masticación, un buen alineamiento de dientes garantizan una buena incisión y trituración de los alimentos dando de esta manera inicio a la digestión .

Tiene relevancia social porque será de importancia para la promoción y prevención de la salud bucal en niños con el apoyo de los padres de familia, con quienes se

encuentran la mayor parte o la totalidad del tiempo, así mismo de tomar conciencia sobre la necesidad de cumplir con la practica adecuada en la salud bucal de los niños, lo que permitirá mejorar su calidad de vida. Así mismo el presente trabajo contribuirá a prevenir las enfermedades de la cavidad bucal, estimular a las madres de familia, orientar a los buenos hábitos de consumo.

Tiene relevancia contemporánea ya que la salud bucal es un problema de salud pública permanente, y constituye un tema de constante preocupación e interés.

Interés personal, de realizar una investigación en el área de salud pública, lograremos una importante contribución en el área de la salud bucal así mismo la inquietud de determinar si los conocimientos adquiridos sobre salud bucal por las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada tiene repercusión en la salud bucal de los niños.

El estudio es factible de realizar, ya que hay disponibilidad de unidades de estudio, recursos y tiempo.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Salud Bucal.

2.1.1 Concepto de salud bucal

La Salud Bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida.³ La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización.⁴

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.⁵

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas, dentro de la labor como cirujano dentista, es importante la prevención antes que la curación y la

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "The global oral health programme at WHO headquarters." Ginebra 2002

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. Cit.

⁵ GÓMEZ, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.

prevención en niños es concientizar a las madres, son quienes brindan los primeros cuidados a los niños.

2.1.2 Importancia del conocimiento en salud bucal del niño.

Al hablar sobre la importancia que se debe tener sobre el conocimiento de la salud bucal el conocimiento temprano de un buen hábito de higiene bucal es un factor importante para la buena salud dental en los niños. Si las rutinas correctas para mantener una buena salud dental son dadas desde la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento. Muchos padres de familia suponen que las caries en los dientes desiguales no tienen importancia, ya que los dientes se van a caer de todos modos, pero estas caries si acarrearán riesgos. Si el niño pierde los dientes temporales muy temprano, los dientes permanentes todavía no estarán listos para reemplazarlos. Los dientes temporales actúan como una guía para los permanentes, si se pierden muy pronto, los que quedan podrían cambiar de posición para llenar los espacios. Esto podría no dejar espacio para que salgan los dientes permanentes. Por lo tanto la integridad de los dientes desiguales es importante para el mantenimiento de la longitud de la arcada, la oclusión y además cumple funciones de masticación, estética, fonética y el bienestar psicoemocional del niño.⁶

2.1.3 Medidas Preventivas En Salud Bucal.

A. Higiene bucal.

La higiene bucal constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.⁷

⁶ DEL CARPIO M, SOLDEVILLA A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005.

⁷ VILLANUEVA J. MARINO A. HAMPEL H, "Embarazo y Atención Odontológica" 1998

Una higiene adecuada y buena ayudara a prevenir a curar la enfermedad periodontal y las caries, logrando el mantenimiento permanente de la salud bucal.⁸

Para cualquier programa de higiene bucal sea exitoso debe motivarse al niño y a sus padres para que realicen efectivamente los procedimientos de eliminación de la placa, en forma regular y concienzuda.

No existe un programa de higiene bucal para todos los pacientes. Un régimen de higiene oral debe ser individualizado según las necesidades y la capacidad del niño y de sus padres. Finalmente, y lo mas importante, tanto el niño como los padres deben comprometerse con el objetivo de la buena salud bucal. Es responsabilidad del profesional de la salud bucal de brindar información sobre las técnicas y los beneficios potenciales de un programa de higiene oral, para ayudar a los padres y al niño al logro de ese objetivo.⁹

Es importante registrar los hábitos de higiene que tiene el paciente porque una higiene bucal adecuada ayudara a prevenir o curar la enfermedad periodontal y mantener la salud bucal.¹⁰

Higiene Oral del bebé.

De acuerdo con las normas de la Asociación Dental Americana (ADA, 1981), la limpieza puede comenzar antes de la erupción, para hacer el campo más limpio, así como acostumar al niño a la manipulación de su boca.¹¹

Se recomienda por lo general que los padres comiencen a higienizar la boca del niño a partir de la erupción del primer diente. Para efectuar los procedimientos de higiene

⁸HUILLCA Castillo, Nancy "Periodoncia I, Manual de Practica", Lima – Perú 2008, pág. 6

⁹ MC. Donald Ralph. "Odontología Pediátrica y del Adolescente", 5ta Edición, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 1990, pág. 251

¹⁰HUILLCA Castillo Nancy, Op.Cit., pág. 51

¹¹DE FIGUEIREDO, Luiz Reynaldo; FERELLE, Antonio "Odontologia para el Bebé", Odontopediatria desde el nacimiento hasta los 3 años, Editora Artes Médicas Ltda, Sao Paulo Brasil. pág. 79

bucal en el bebé, se sugiere ofrecer un soporte físico seguro y conveniente con movimientos lentos y cuidadosos en todas las oportunidades. Moss sugirió que la madre o el padre limpien con una tela húmeda o con un trozo de gasa arrollado sobre el dedo índice los dientes y las encías una vez por día. Cuando erupcionan mas dientes y el bebé se ajuste a la rutina de la limpieza diaria, los padres pueden comenzar a usar un cepillito dental con cerdas suaves. Nowak (1986) sugirió que a esa temprana edad la pasta dentífrica no es necesaria y puede interferir con la visibilidad de los padres. Además el bebé puede ser incapaz de escupir bien, provocando una ingestión indeseada de pasta dentífrica. Cuando erupcionan mas dientes el uso de hilo de seda dental puede ser necesario o no, según presencia de espacios entre los dientes o su ausencia.¹²

Higiene Oral de la primera infancia.

El padre o la madre también deben ser responsables de la higiene en la primera infancia, como para el bebé. Lo mas conveniente es establecer para los padres una rutina especifica y alentar al niño a que desarrollen buenos hábitos orales. Cuando erupcionan mas dientes, los padres deben abordar sistemáticamente el cepillado dental comenzando por un área de la boca y progresando de modo ordenado hasta que todas las áreas estén libres de placa. Esto se realiza mejor con un cepillo humedecido de cerdas suaves. Si los dientes adyacentes están en contacto, los padres deberán también comenzar a usar el hilo de seda dental en esas zonas.

Pese a que los padres tienen aun la responsabilidad de efectuar una limpieza diaria y completa para eliminar la placa en sus hijos, los niños de esa edad comienzan a demostrar interés en el procedimiento y un deseo de participar. Los padres deben alentar esta conducta y permitir que el niño intente los procedimientos del cepillado.

¹² MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 262

No obstante, los padres debe estar advertidos de que los esfuerzos de sus hijos será inadecuados para la eliminación completa de la placa. En consecuencia, deberán realizar la completa eliminación de la placa en su hijo por lo menos una vez por día.¹³

Higiene Oral del niño preescolar.

Los niños preescolares aun no han desarrollado la capacidad conceptual ni la destreza necesaria para eliminar con efectividad la placa. Nuevamente aquí los padres deben asumir la responsabilidad de cepillar y pasar el hilo de seda dental por los dientes de su hijo.

A esta edad, los niños se interesan por sus dientes y están muy orgullosos de ellos. La captación del interés y el entusiasmo del niño en esta etapa puede generar una mejor apreciación de la salud oral en el futuro. Por ello después de que el padre haya eliminado completamente la placa, debe darse al niño la oportunidad de participar en sus procedimientos de higiene bucal diaria. No se debe intentar enseñar una técnica en particular a esa edad.

Dado que los beneficios que reportan los fluoruros dispensados por los dentífricos están bien documentados, el niño puede usar un dentífrico fluorurado junto a la pileta del baño luego de la eliminación completa de la placa por sus padres. Sin embargo debe advertirse a los padres que usen con moderación la pasta dentífrica. El niño preescolar usualmente es incapaz de salivar efectivamente y por eso todo el dentífrico que se ponga sobre el cepillo será tragado. La ingestión repetida de grandes cantidades de dentífrico fluorurado por niños pequeños puede aumentar la ingesta sistémica de fluoruros hasta niveles indeseables. Por eso, hasta que pueda salivar

¹³ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 263

efectivamente, los padres deberán ser los responsables de suministrar la pasta dentífrica y aplicaran una cantidad pequeña como una arveja sobre el cepillo.¹⁴

Elementos de la higiene bucal.

a. Cepillos Dentales.

El instrumento universalmente aceptado para la eliminación mecánica de la placa dental es el cepillo dental. Hay muchos tipos deferentes de cepillos con cerdas de nailon, manuales o accionados mecánicamente; la mayoría ofrece una gama de tamaños; formas y texturas (suave, mediana y dura).

Los cepillos manuales convencionales consisten en cerdas de nailon agrupadas en series de haces y dispuestos en 2 a 4 filas paralelas. El diámetro de cada cerda determina su dureza, considerándose suaves las comprendidas entre 0,18 y 0,23 mm. Los extremos de las cerdas pueden ser cortadas a plano o bien pulidos o redondeados.

Puede haber variaciones de los cepillos convencionales, tanto en forma como en tamaño del mango. El mango puede ser angulado en su cuello o caña, para facilitar un acceso más efectivo a las piezas posteriores tanto por vestibular como por lingual, sin necesidad de excesivas maniobras por parte del paciente.¹⁵

Para la eliminación eficiente de la placa dental se recomienda los cepillos que tienen un cerdamen de aproximadamente 3 cm de largo por 1 cm de ancho con manojos de filamentos de nailon de dureza media a blanda distribuidos en 3 a 4 hileras de 5 a 12 manojos por hilera. Los filamentos tienen por lo general un diámetro de 0,2 mm y terminan de forma redondeada y pulida.

Lo importante que el paciente pueda tomar el cepillo con comodidad y firmeza para eliminar con él la placa lo más fácilmente posible.

¹⁴ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 264

¹⁵ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág 252

Las variaciones en la dureza de los filamentos de nailon más habituales no parecen influir, por si mismos, en el grado de abrasión dentaria ni en la recesión gingival que puede presentar los pacientes. La fuerza excesiva, la frecuencia exagerada con que se realiza el cepillado y la abrasividad del dentífrico son los responsables principales de la recesión gingival y la abrasión dentaria en el nivel vertical. El cepillo tiene vida útil limitada, que terminan cuando los filamentos cambian de dirección y adquieren inclinaciones que nos les permiten eliminar la placa bacteriana e incluso puede lacerar los tejidos vecinos.¹⁶

b. Hilo Dental.

Muchas personas usan como parte de sus técnicas de higiene oral el hilo dental. Se ha demostrado que bien usado es efectivo para remover la placa dento bacteriana interproximal y en consecuencia estas personas hay disminución de gingivitis proximal. Para que el hilo dental sea efectivo en la reducción de la caries dental su técnica debe ser meticulosa, de tal manera que permita su desplazamiento siguiendo la curvatura proximal de los dientes.¹⁷

Esta indicado cuando el punto de contacto y la papila son normales y esta ocupado todo el espacio interdentario. Los diferentes tipos de hilo dental (acintado o redondo, varios grosores y diversos grados de torsión, encerado o no, multifilamento) producen el mismo resultado.¹⁸

Hill, Levi y Glickman con Lamberts, Wunderlich y Caffesse, hallaron que no hay diferencias estadísticas en el potencial de remoción de la placa, entre los hilos encerados y no encerados. El tipo de hilo debe seleccionarse de acuerdo con la

¹⁶ CARRANZA, Fermín Alberto. "Compendio de Periodoncia" Editorial medica Panamericana, 5 a Edición. pág 103

¹⁷ CÁRDENAS Jaramillo, Darío "Odontología Pediátrica" Fundamentos de Odontología, tercera edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellin, Colombia 2003. pág. 119

¹⁸ CARRANZA, Fermin Alberto, Op.Cit., pág 107

dentición específica de cada paciente. El hilo dental también está disponible en una variedad de colores y sabores.¹⁹

Técnica para el uso del hilo de seda

- Saque aproximadamente 45 cm de hilo del dispensador y arróllelo suavemente en su mayor parte, sobre el dedo medio de una mano.
- Arrolle suavemente el resto del hilo sobre el dedo medio de la otra mano hasta que queden unos pocos centímetros de hilo entre las manos. Cuando se ensucie el hilo, arróllelo sobre uno de los dedos medios a la vez que obtiene hilo limpio del otro dedo. Esto mantendrá una sección de hilo limpio disponible durante todo el procedimiento.
- Sostenga el hilo entre los pulgares y los índices, manteniendo aproximadamente 2,5 cm de hilo tenso entre los dedos.
- Guíe el hilo entre los dientes, usando un suave movimiento como de sierra para pasar el hilo a través del área de contacto. Para evitar lesionar la encía, no fuerce ni tire del hilo entre los dientes.
- Mantenga tenso el hilo contra cada superficie interproximal de cada diente, curvando al hilo alrededor de esa superficie. Mueva el hilo hacia arriba y abajo sobre cada superficie para eliminar la placa de entre los dientes y de debajo del borde gingival libre.²⁰

¹⁹ MC. Donald Ralph. Op.Cit., pág 254

²⁰ MC. Donald Ralph. Op.Cit., pág. 261

c. Dentífricos.

Los dentífricos se obtienen comercialmente en forma de pastas dentales, polvos, gelatinas, líquidos y un sistema a base de pistones y émbolos.²¹

La Asociación Dental Americana afirmó que la mayor parte de las formulas de dentífricos incluyen abrasivos, agentes espumantes, sabores, agua, humectantes, ligante, edulcorante y conservadores.²²

Son sustancias que usadas con el cepillo dental sirven para limpiar y pulir las superficies dentarias. La propiedad abrasiva de los dentífricos debe ser suficiente para ayudar a eliminar la placa, pero sin erosionar la superficie cementaria expuesta por la enfermedad periodontal.

El dentífrico con fluor ha demostrado ser eficaz para prevenir la caries dentaria, los dentífricos con cloruro de estroncio disminuyen la hipersensibilidad dentaria, el pirofosfato reduce la formación de cálculos supragingivales.²³

B. Cepillado dental.

El cepillo de dientes es utilizado por más del 90% de la población, en promedio las personas utilizan el cepillo de dientes 30 segundos diariamente. Esta cantidad de tiempo resulta en un cepillado cosmético, el cual deja, durante corto tiempo, una sensación agradable de limpieza. El cepillado de los dientes terapéutico, profiláctico, encaminado a una remoción apropiada de los depósitos dento-bacterianos, requiere mucho tiempo, hasta 10 minutos, lo cual no es fácil de obtener en el acoso de la vida diaria moderna.²⁴

²¹ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op.Cit., pág. 125

²² MC. Donald Ralph. Op.Cit., pág. 261

²³ CARRANZA Fermín Alberto, Op.Cit., pág. 107

²⁴ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op.Cit. pág. 119

Los objetivos generales del cepillado dental son la eliminación de la placa y los restos alimenticios así como el estímulo a traumático de los tejidos gingivales.²⁵

- Tiempo dedicado al cepillado dental. Dado que el cepillo dental puede limpiar solamente una o dos superficies dentales por vez, un periodo de 3 minutos es probablemente el tiempo mínimo requerido para abarcar las superficies dentarias para limpiar con una cantidad suficiente de cepilladas.²⁶
- Frecuencia del cepillado dental. La característica principal de un programa de higiene oral efectivo es la limpieza integral de los dientes con suficiente frecuencia como para impedir la acumulación de masas adherentes de placa bacteriana que pueden causar enfermedades dentales. Generalmente se reconoce que la eliminación completa de la placa al menos una vez por día es suficiente para mantener la salud oral. Además de la limpieza integral una vez por día con participación de los padres para la eliminación de la placa, debe alentarse al niño para que sea independiente responsable de cepillarse después de las comidas, en especial después del desayuno. Esto puede contribuir a desarrollar el sentido de la responsabilidad sobre su salud bucal y a la vez generara buenos hábitos orales para toda la vida.²⁷

El cepillado antes de dormir se recomienda por que el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen durante el sueño, lo cual estimula el crecimiento de la placa bacteriana que queda sobre los dientes si estos no se cepillan.²⁸

²⁵ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 256

²⁶ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 259

²⁷ MC. Donald Ralph. Op.Cit., pág. 259

²⁸ MC. Donald Ralph. Op. Cit, pág. 260

Técnica de Bass Modificado

Se coloca las cerdas en el surco gingival en un ángulo de 45°.

Luego cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio o circular, movimientos circular o vertical.

Mover el cepillo al próximo grupo de dientes y repetir la misma operación.

En la zona anterior e interna el cepillo se coloca verticalmente con movimientos de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba.

La parte oclusal de los dientes se cepillará con movimientos de adelante hacia atrás.

Finalmente se cepillará la lengua para eliminar bacterias que producen mal aliento.

El cepillado deberá realizarse en forma ordenada, limpiando todas las superficies de los dientes siguiendo una misma dirección por ejemplo desde los dientes posteriores superiores derecho, incisivos y continuando con los molares superiores izquierdos, luego los molares inferiores izquierdos, luego la zona inferior anterior y finalmente la zona molar inferior derecha.²⁹

C. Los fluoruros.

Sin lugar a dudas el componente más importante en cualquier programa exitoso de prevención son lo fluoruros.³⁰

La eficacia del ion fluor para prevenir la aparición de la caries dental ha sido demostrada ampliamente, sin embargo el odontólogo está más consciente del uso tópico del fluor que de su uso sistémico. Con la disponibilidad actual de productos de fluor local y sistémico, es normal que haya confusión acerca de su uso apropiado. La fluorización puede utilizarse a nivel masivo o a nivel individual dependiendo de los objetivos de la medida preventiva y de las necesidades de la comunidad.

²⁹ CARRANZA Fermín Alberto, Op.Cit., pág. 103

³⁰ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op.Cit., pág. 55

La fluorización sistémica se relaciona directamente con el fluor que llega a la estructura dental en formación (antes de la erupción) a través del sistema digestivo y el plasma, una vez es ingerido. Los métodos locales se utilizan como sustitutos o complemento de la vía sistémica una vez el diente se halla en la cavidad oral.

Vías de administración de fluor:

- Vía sistémica.- El agua, la sal, la leche y comprimidos o tabletas.
- Vía local.- Topificaciones, enjuagatorios, cremas dentales y geles.³¹

En muchos casos, el empleo regular de una pasta dentífrica con fluoruro por parte de los padres, es la única forma de aplicación tópica de fluoruro en los niños mayores de 3 años de edad. Los menores cuyos dientes tiene defectos estructurales que se ubican en el grupo de alto riesgo de caries, o los lactantes que ya hayan sufrido de caries grave (es decir caries de biberón) pueden recibir aplicaciones tópicas adicionales, sea del odontólogo, o de los padres, en la forma de un preparado concentrado, sea que se utilice una pasta dentífrica u otra presentación más concentrada de fluoruro, hay que tener cuidado de reducir la cantidad que se usa y se deglute. Los padres deben colocar la pasta en el cepillo y supervisar de manera invariable la sesión de cepillado, de modo que el niño escupa la pasta y la saliva.³²

Los fluoruros tienen importancia en la prevención de la caries dental en niños; el objetivo principal es garantizar la ingesta óptima de fluoruros en la dieta de lactantes y de niños menores de 3 años de edad.³³

³¹ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op.Cit., pág. 172

³²PINKHAM R. J. "Odontología Pediátrica", 2da Edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México 1996. pág. 207

³³PINKHAM, R. J., Op.Cit., pág 208

Toxicidad del flúor.

La toxicidad crónica es el resultado de la ingesta de dosis por encima de los niveles terapéuticos y que clínicamente se manifiesta como fluorosis dental, su severidad depende de la cantidad de flúor en exceso de 0.7 a 1.2 ppm en el agua de consumo.³⁴

Las edades críticas en la fluorosis son: del nacimiento a los 5 años de edad para los dientes anteriores y hasta los 8 años para los incisivos y otros dientes permanentes.

La intoxicación aguda es rápida y resulta de la ingesta accidental de dosis excesivas de flúor. (El niño que tiene al alcance de su mano un frasco con tabletas de flúor o soluciones para enjuagatorios y lo ingiere de una vez).³⁵

Los mecanismos de acción de la aplicación del fluor:

- a. Acción sistémica: durante el periodo de mineralización dental, previo a la erupción, el flúor sistémico se incorpora a la estructura cristalina del esmalte dando lugar a la formación de fluorapatita o fluorhidroxiapatita, aumentando así su resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.
- b. Acción tópica: el efecto anticaries se debe a su intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. Estas acciones son fundamentalmente las de incrementar la resistencia del esmalte a los ácidos, tener un efecto antibacteriano (toxicidad a altas concentraciones, inhibición de sistemas enzimáticos), favorecer la remineralización

³⁴ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op.Cit., pág. 101

³⁵ CÁRDENAS Jaramillo, Dario, Op. Cit., pág. 102

Flúor tópico:

El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectiva y eficiente. Igualmente es necesario individualizar su aplicación en función del grado de riesgo de caries dental y del aporte de flúor que recibe por otras vías; de esta forma no solo se determina cual es la población susceptible de recibir este tratamiento sino también la frecuencia de sus aplicaciones.

Flúor tópico de aplicación profesional: se trata de productos de elevada concentración de fluoruros que por sus características deben ser administrados en consultorios dentales o por profesionales de la odontología. Esto hace que sólo presenten una buena relación costo - eficacia en grupos de población de alto riesgo de caries y especialmente en niños en periodo de erupción dental, pacientes irradiados o minusválidos que no dominan la técnica del cepillado o de los enjuagues. El flúor tópico en el ámbito profesional, se puede aplicar como:

Soluciones fluoradas

Geles: en solución de 1,23% con un pH entre 3 y 4, que por ser acidulado, permite una rápida y profunda captación del ión flúor por el esmalte dentario, se aplica en cubetas y está contraindicado en niños muy pequeños por riesgo de ingesta excesiva involuntaria, una alternativa es su uso con hisopos, controlando la cantidad de flúor administrado, según el riesgo cariogénico es aplicado cada 2, 4 o 6 meses.

Barnices con flúor: compuestos por fluoruro de silano al 0,7% o por fluoruro de sodio al 0,2%, siendo su eficacia entre 17 y 50% de reducción de caries dental. Es de sabor picante, desagradable para los niños.³⁶

Pastas de profilaxis.

Formas de liberación lenta de flúor (cápsulas, aerosoles), adhesivos ortodóncicos e iontoforesis.

Diaminofluoruro de plata: efecto cariostático, anticariogénico y antimicrobiano. Pigmenta las piezas desmineralizadas de un color oscuro (precipitado de plata). Está indicado su uso para la prevención y paralización de caries de poca profundidad, en infantes de alto riesgo y conducta difícil.

Cada uno de ellos presenta unas ventajas, unas técnicas de aplicación y unas indicaciones específicas. La frecuencia de aplicación es anual o semestral, aunque puede ser mayor en casos de alto riesgo.³⁷

D. Selladores de fosas y fisuras.

Las fosas y fisuras anatómicas de los dientes fueron reconocidos hace mucho como áreas susceptibles para la iniciación de las caries dentales. Robertson escribió en 1835 que el potencial para la producción de caries estaba directamente relacionado con la forma y la profundidad de los surcos y fisuras y que las caries rara vez se inician en las superficies lisas y fácilmente higienizables.³⁸

Con el correr de los años se propusieron diversos materiales y técnicas para la prevención de la caries en las áreas susceptibles de fosas, surcos y fisuras de los

³⁶ CAMPODÓNICO Figueroa, Carlos. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller UPCH. 1997

³⁷ CAMPODÓNICO Op. Cit.,

³⁸ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág 368

molares en los niños. Las técnicas más resientes usan sistemas de resinas que pueden ser aplicadas a las superficies oclusales de los molares. El objetivo es que la resina penetre en las fosas y fisuras para polimerizar y sellar esas áreas contra la flora bucal.³⁹

E. Maloclusiones.

Los factores genéticos que determinan el tamaño y la posición de los maxilares están presentes desde la concepción. Por lo tanto muchas de las desviaciones esqueléticas genéticamente determinadas se manifiestan por ellas mismas en la dentición primaria. Esto es especialmente cierto para la clase II Y III de Angle, pero también para las desviaciones en la dimensión transversal que se ven más adelante como mordida cruzada y mordida en tijera.

Los factores funcionales tales como los hábitos de masticación y la resistencia de los alimentos durante la masticación desempeña probablemente un papel en el desarrollo de las maloclusiones. Los hábitos de respiración desempeñan un papel en el crecimiento facial y la morfología del arco dental. Los hábitos de chupón y succión del dedo aun poseen un alto rango como factores etiológicos para el desarrollo de maloclusiones en la dentición primaria.

Mientras que la mayor parte de los factores etiológicos están en un origen genético tales maloclusiones no se pueden prevenir en un mayor o menor grado y tenemos que centrarnos en los factores ambientales causantes y eliminarlos con medidas preventivas.⁴⁰

El problema de la oclusión puede traer consecuencias para la salud bucal y general. Dientes mal posicionados y huesos maxilares inadecuadamente desarrollados pueden por ejemplo provocar desgaste dentario, facilitar la aparición de enfermedades caries y

³⁹ MC. Donald Ralph, Op.Cit., pág. 366

⁴⁰ GORAN Koch, Svenpoulsen, Odontopediatria – Abordaje Clínico, segunda edición 2011. Pág. 214.

periodontal, afectar el habla, la deglución, la masticación y la respiración, causar dolores de cabeza y dolores faciales. Delante de la valorización estética impuesta por la sociedad actual, es importante resaltar que dientes apiñados y caras sin armonía afectan sobre todo la autoestima, haciendo con que muchos de ellos eviten sonreír o hasta mismo se priven de la convivencia social.⁴¹

2.1.4 ENFERMEDADES BUCALES

A. Placa bacteriana.

La placa bacteriana es una película transparente e incolora adherido al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos. Aproximadamente las $\frac{3}{4}$ partes de la placa bacteriana están constituidas por bacterias vivas y en proliferación las cuales corresponden a mas de 200 especies bacterianas.

La placa bacteriana en especial en sus estados iniciales, no es visible, para detectarla se puede colorear con sustancia denominados revelantes.

La placa bacteriana no solo se forma sobre la superficie del diente (esmalte o cemento) sino también sobre restauraciones, prótesis, implantes, aparatos ortodonticos. Puede ser supragingival o subgingival, según que se encuentra por encima o por debajo del margen gingival.⁴²

En un principio la placa bacteriana se forma en los sectores irregulares o rugosos de la superficie dentaria pero con el tiempo se extiende a otros sectores, incluido el margen gingival de todos los dientes. Su formación no es impedida por la masticación de comidas duras o detergentes, pero si por la higiene bucal bien realizada.⁴³

⁴¹OSWALDO Crivello Junior, Fundamentos de Odontología – odontopediatría, 2011. Pág. 402

⁴² CARRANZA, Fermin Alberto, Op.Cit., pág. 33

⁴³ Id.

Eastcott y Stallard observaron que la placa comienza a formarse dos horas después del cepillado de los dientes. La forma bacteriana cocos se deposita primero sobre una delgada película fenestrada (película orgánica libre de bacterias depositada sobre la superficie dental). La superficie es enteramente cubierta por un material liso tres horas después del cepillado. En cinco horas se desarrollan las microcolonias de la placa, aparentemente por división celular. Entre las seis y las doce horas, el material que recubre el diente se adelgaza y reduce en pequeñas áreas dispersas discontinuas. Aproximadamente el 30% de los cocos están en distintos estadios de división a las 24 horas. Las bacterias en forma de bastoncillos aparecen por primera vez en la placa a las 24 horas. Dentro de las 48 horas, la superficie de la placa es cubierta por una masa de bastoncillos y de filamentos.⁴⁴

Los cálculos dentales que se consideran como placas dentales calcificadas, estos cálculos se clasifican en supragingivales y subgingivales, según su ubicación en el diente. Los cálculos supragingivales se presentan como masas duras y firmemente adheridas a las coronas de los dientes. Los cálculos subgingivales se encuentran como concreciones sobre los dientes. En los confines de la bolsa periodontal. La superficie de los cálculos dentales está cubierta siempre por placa no calcificada. Los cálculos son un factor importante en el desarrollo de la enfermedad gingival y periodontal.⁴⁵

Se llama control de la placa a la remoción diaria de la placa bacteriana o lo que impida la acumulación sobre las superficies dentarias o zonas gingivales adyacentes. Eficazmente realizado, previene la aparición de gingivitis, resuelve sus estadios incipientes y retarda la formación de cálculos.⁴⁶

⁴⁴ MC. Donald Ralph, Op.Cit.,pág. 436

⁴⁵ MC. Donald Ralph, Op.Cit.,pág. 437

⁴⁶ CARRANZA Fermín Alberto, Op.Cit., pág. 102

Remoción de la placa

Iniciar la eliminación de placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo.

Asesoramiento prenatal. El objetivo, es esencialmente de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc.⁴⁷

La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la supervigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua

⁴⁷RIOS Díaz. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis-Bachiller UPCH. 1996

hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedil con cepillo suave, que existen en el mercado.⁴⁸

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño.

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como son jarabes, porque generalmente son dulces, para luego con la aparición de los primeros dientes comenzar con el uso del cepillo dental adecuado a las características del niño.

Higiene de la dentición decidua. Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar

⁴⁸MARIO César Elías Podestá, Desarrollo de la odontología para bebés en el Perú. Jefe del Servicio de Odontopediatría de la FAP. 2001

un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres veces, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries dental. Los padres de familia deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).⁴⁹

B.-Caries dental.

La caries dental es una enfermedad infecciosa, destructiva, crónica, localizada, multifactorial, post-eruptiva y transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes en los que produce lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y disgregación de la orgánica, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.⁵⁰⁵¹⁵²⁵³⁵⁴

⁴⁹LAMAS Oliveira, Marta. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. 2(6):362-8. Jun 1999

⁵⁰SHAFFER G. W. "Tratado de Patología Bucal", 2da Edición, Editorial Mc Graw- Hill Interamericana México 1986. Pág. 415

⁵¹GARCIA Barbero J. "Patología y terapéutica dental", 1ra Edición, Editorial Síntesis S. A. España Madrid 2000

⁵²BHASKAR S.N. "Patología bucal", 2da Edición, Editorial el Ateneo Buenos Aires – Argentina 1977

La prevalencia alcanza el 90% de la población, pudiendo aparecer en los niños y los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona. Se estima que a los 12 años de edad, un niño puede presentar entre cinco y seis piezas dentales comprometidas en el país.

Es una enfermedad infectocontagiosa de etiología multifactorial, cuya aparición y progresión se fundamenta en las características o interrelaciones de los llamados factores básicos primarios o principales: dieta huésped y microorganismos cuya interacción es indispensable a través del tiempo para que se produzca la enfermedad.

Factores de riesgo asociados.

Se consideran indispensables o necesarios pero no son suficientes:

- Mal nutrición por dieta cariogénica (ingesta frecuente, exceso de carbohidratos fermentables)
- Piezas dentarias cuya anatomía facilita la acumulación de placa o dificulta su retiro, así como la edad del diente (a más joven, más permeable y por lo tanto más sensible)
- Microorganismos cariogénicos
- Flujo salival disminuido

Considerando que los factores etiológicos modulares contribuyen e influyen en el surgimiento y evolución de la lesión, se reconoce a estos como factores de riesgo secundarios, pues no son causantes, pero si acentúan el riesgo de caries.

- Tiempo

⁵³PINKHAM R. J. "Odontología Pediátrica", 2da Edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México 1996

⁵⁴PHILIP Sapp J; EVERSOLE Lewis R; WY SOCKI George P, "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea", Edición Española, Editorial DIOR KI Madrid – España 1998.

- Edad del paciente, que influye sobre todo según el tejido comprometido, más joven más vulnerable el tejido adamantino, adulto mayor, más vulnerable el cemento radicular.
- Medicamentos para ciertas enfermedades que disminuyen el flujo salival.
- Disminución de defensas del organismo
- Ausencia de fluoruros en la dieta o en contacto con las piezas dentarias
- Grado de instrucción del paciente o de la madre en el caso de los niños.
- Nivel socioeconómico
- Experiencia pasada de caries.⁵⁵

Recomendaciones para disminuir la caries de infancia temprana:

Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con las gestantes y madres de niños pequeños (médicos obstetras, enfermeras, etc.), deben estimularlas en el cuidado de salud oral como parte del cuidado de salud general y la de sus hijos. Deben efectuarse controles odontológicos periódicos, tanto la madre como el niño, ya que controlando los niveles de higiene de la madre, se previene el contagio del niño.⁵⁶ Los padres de familia deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud bucal de sus hijos, las cuales incluyen:

- a) Comenzar a limpiar diariamente los dientes desde su aparición en la boca, con una gasa o un cepillo adaptado.
- b) Consultar con el odontopediatra desde antes del primer año de vida del niño para realizar medidas preventivas y educativas
- c) Reducir la ingesta de azúcares por parte de los niños.

⁵⁵ MINISTERIO DE SALUD, Guía De Prácticas Clínicas Estomatológicas, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, copyright 2005, Lima - Perú. pág. 12

⁵⁶ BOJ M, Catalá García –Ballesta C, MENDOZA A. Odontopediatria, Masson, 2004; pág.125-126.

d) Evitar el uso de biberón durante la noche a los niños, y cepillar sus dientes antes de dormir.

e) No contaminar los cubiertos que usa el niño ni su chupete o cepillo dental, con la saliva de los adultos ⁵⁷

C. Gingivitis.

La gingivitis es una inflamación que abarca solamente los tejidos gingivales próximos al diente. Microscópicamente se caracteriza por la presencia de un exudado inflamatorio y edema, cierta de fibras colágenos gingivales y ulceración y proliferación del epitelio que enfrenta al diente y la adherencia epitelial. ⁵⁸

La gingivitis grave es relativamente rara en los niños. ⁵⁹

La gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy frecuente en todas las edades, observándose que en jóvenes entre 20 y 25 años se presenta en el 75%. La causa está asociada a la presencia de placa bacteriana, así como al cálculo dentario. Esta patología puede verse influenciada por factores sistémicos, tales como los asociados al sistema endocrino y a las discrasias sanguíneas, factores medicamentosos o por razones de malnutrición. ⁶⁰

D. Enfermedad periodontal.

Inflamación de la gingiva con extensión en el epitelio de inserción. Se caracteriza por destrucción del ligamento periodontal, formación de bolsas patológicas y la pérdida del tejido óseo de soporte.

Es más frecuente en la población adulta, pudiendo ocurrir en la población joven.

⁵⁷ BOJ M, Catalá García –Ballesta C, MENDOZA A. Odontopediatría, Masson, 2004; pág.125-126.

⁵⁸ MC. Donald Ralph, Op.Cit.,pág. 436

⁵⁹ MC. Donald Ralph. Op.Cit., pág. 437

⁶⁰ MINISTERIO DE SALUD, Guía De Prácticas Clínicas Estomatológicas, Op.Cit., pág. 54

Su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo dentario, inflamación resultante y el trauma de oclusión. Puede ser de lenta o de rápida progresión.⁶¹

La periodontitis prepuberal de la dentición temporaria puede ocurrir en forma localizada, pero usualmente es generalizada. La aparición de la periodontitis prepuberal es durante la erupción de los temporarios o inmediatamente después de ella. El tejido gingival en principio solo muestra inflamación menor y hay un mínimo de material de placa. La destrucción de hueso alveolar ocurre rápidamente y los temporarios pueden perderse a los 3 años de edad.⁶²

Entre los factores de riesgo asociados tenemos:

- Higiene bucal deficiente.
- Restauraciones o prótesis mal elaboradas.
- Mal posición dentaria.
- Consumos de cigarros.
- Diabetes.
- Predisposición genética.
- Condiciones de inmunosupresión.⁶³

2.1.5 DESARROLLO DENTAL.

A. Inicio de formación dental.

Embriogénesis y Odontogénesis

Las primeras 12 semanas de vida intrauterina corresponden a la etapa embrionaria, caracterizada por un intenso periodo de división y diferenciación celular con la consecuente formación de los diferentes órganos.

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD, Guía De Prácticas Clínicas Estomatológicas, Op.Cit., pág. 58

⁶² MC. Donald Ralph, Op.Cit. pág. 454

⁶³ MINISTERIO DE SALUD, Guía De Prácticas Clínicas Estomatológicas, Op.Cit., pág. 58

Los mecanismos básicos que regulan el crecimiento son de origen neuroendocrina, de tal modo que las estructuras bucales que forman parte presentan desarrollo precoz, pues ya en el nacimiento deben estar en un estado de madurez adecuado para desarrollar las funciones esenciales a la supervivencia del individuo.

Después de los 21 días de concepción la cabeza empieza a formarse (primordios faciales) y entre la tercera y octava semana de vida intrauterina empieza a formarse la cara, siendo que en la sexta semana de vida intrauterina ocurre proliferación del epitelio oral del maxilar y de mandíbula, formando las láminas dentarias, a partir de las cuales los botones dentarios darán origen a los dientes. La odontogénesis es el proceso que comprende la formación de los dientes deciduos y permanentes, por lo que es importante entre otras cosas el conocimiento de sus etapas, para diagnosticar el periodo donde puede ocurrir algunas alteraciones estructurales.⁶⁴

B. Tipos de dentición.

La erupción dentaria es un proceso presente en el desarrollo de las denticiones, que comprenden no solo el movimiento en dirección a la posición final de oclusión, sino también a las compensaciones resultantes de desgastes oclusales.⁶⁵

Dentición Primaria.

La secuencia de la erupción y la sincronización de la erupción para diente son similares en ambos sexos, la variabilidad en la edad de los niños en la aparición de los dientes individuales es relativamente pequeña, con desviaciones estándar de 2 a 3 meses.

En promedio la erupción de los dientes primarios comienza aproximadamente a la edad de los 8 meses con los incisivos centrales mandibulares, y finaliza a la edad de

⁶⁴OSWALDO Crivello Junior, "Fundamentos de Odontología – odontopediatría", 2011, pág 1

⁶⁵OSWALDO Crivello Junior, Op.Cit., pág.6

los 30 meses con los segundos molares maxilares. Así en la mayoría de los niños el periodo normal de erupción de los dientes primarios tarda cerca de 2 años.⁶⁶

Cronología de erupción.⁶⁷

DIENTE	MESES
INCISIVO CENTRAL INFERIOR.	6
INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.	7 1/2
INCISIVO LATERAL SUPERIOR.	9
INCISIVO LATERAL INFERIOR.	7
PRIMER MOLAR SUPERIOR.	14
PRIMER MOLAR INFERIOR.	12
CANINO SUPERIOR	18
CANINO INFERIOR.	16
SEGUNDO MOLAR INFERIOR.	20
SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.	24

Dentición Permanente.

La secuencia de la erupción dental es casi idéntica para ambos sexos. Sin embargo todos los dientes entran en erupción significativamente antes en las niñas que los niños. La diferencia del sexo en la erupción tiene un promedio aproximado de 6 meses. Hay sin embargo una diferencia no apreciable en la variabilidad de los tiempos de erupción entre los sexos. En general la variabilidad de los tiempos de erupción para la dentición permanente es mucho más grande que la variabilidad observada en la dentición primaria con desvariación estándar de 8 a 18 meses.⁶⁸

⁶⁶GORAN Koch, Svenpoulsen, "Odontopediatría – Abordaje Clínico", segunda edición 2011, pág. 197

⁶⁷OSWALDO Crivello Junior, Op.Cit., pág. 7

⁶⁸GORAN Koch, Svenpoulsen, Op.Cit., pág 197

Cronología de erupción.⁶⁹

DIENTE	MAXILAR	MANDIBULA
INCISIVO CENTRAL	7 ¼ años.	6 ¼ años.
INCISIVO LATERAL	8 ¼ años.	7 1/2 años.
CANINO.	11 1/2 años.	10 1/2 años.
PRIMER PREMOLAR	10¼ años.	10 1/2 años.
SEGUNDO PREMOLAR.	11 años.	11 ¼ años.
PRIMER MOLAR.	6¼ años.	6 años.
SEGUNDO MOLAR	12 1/2 años.	12 años.
TERCER MOLAR .	20 años.	20 años.

2.1.6 La dieta dentro de la salud oral

Es útil distinguir entre factores dietéticos y factores nutricionales cuando consideramos la influencia de qué, cuándo y cuántas veces una persona come sobre caries y enfermedad periodontal. Las influencias dietéticas difieren de las nutricionales en que las primeras comprenden todo lo que se come, sin consideración de su valor nutricional ni de su destino en el tracto digestivo. Los factores dietéticos ejercen un factor local o directo sobre la dentición y los tejidos blandos bucales. Por el contrario, la nutrición se refiere a aquellos elementos de la dieta que son absorbidos del tracto gastrointestinal y entran en los procesos metabólicos del cuerpo. Los factores nutricionales ejercen factores sistémicos sobre la dentición a través de la irrigación pulpar y de la saliva y sobre los tejidos periodontales por medio de la saliva y de la irrigación sanguínea de esos tejidos.⁷⁰

Teóricamente todo nutriente puede influir sobre el desarrollo dentario (y la consiguiente susceptibilidad a la caries) en dos etapas diferentes: antes de la erupción y después de la erupción. Antes de la erupción, las cualidades nutricionales de la dieta

⁶⁹OSWALDO Crivello Junior , Op.Cit., pág. 7

⁷⁰ MC. Donald ralph, Op.Cit., pág. 280

pueden influir en el proceso de maduración del esmalte, el momento de erupción, el tamaño y la forma de los dientes y la composición química y física de los dientes.⁷¹

2.1.7 Sobrevaloración de la salud bucal.

Entre los niños existe cierta tendencia a sobrevalorar su buen estado de salud, lo que unido al hecho de que estos pacientes expresan una menor sintomatología lleva en muchas ocasiones a que no reciban el tratamiento pertinente o a retrasarlo (lo que hace que los tratamientos sean menos efectivos)

Por eso, se aconseja desarrollar programas de prevención adecuados a este grupo de población. El éxito de estos programas depende, en gran parte, de que se asuma la relación bidireccional que hay entre la salud general y la salud bucodental. Hay muchas enfermedades sistémicas, que son especialmente frecuentes en los niños (como desnutrición, falta de higiene dental), que de manera directa o indirecta influyen en la salud bucodental: bien porque lesionen la boca o porque incrementen trastornos ocasionados por la mayor acumulación de placa bacteriana.

2.2 Programa educativo sobre salud bucal.

2.2.1 Programa Educativo en salud

Consideramos a un programa educativo como el conjunto de actividades, formación, comunicación y educación a desarrollar en un periodo de tiempo determinado, por otro lado se extrae del Diccionario pedagógico que indica que un programa educativo es un Instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin.

⁷¹ Id.

La Educación Para la Salud (E.P.S.) es un proceso planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo. El objetivo principal de la Educación Para la Salud es la búsqueda de conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos integrantes de la comunidad en el sentido de una salud positiva ⁷², por lo que la aplicación de un programa en instituciones educativas pretende apoyar a la comunidad educativa en la prevención y promoción de la salud desde un enfoque integral, basado en la coordinación con los recursos socio-sanitarios y educativos del distrito y en la utilización de espacios formales y no formales como oportunidad para la equidad y el desarrollo del alumnado.

El Programa está diseñado para que quienes participen en él puedan acudir a todos los Módulos: ésta sería la opción preferente. No obstante, su diseño también permite a los participantes asistir a los Módulos que se considere oportuno e incluso a sesiones individuales de un Módulo concreto. No obstante, la posibilidad de trabajo grupal y de cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los participantes, se incrementará con la asistencia regular de estos ⁷³

2.2.2 Programa de prevención dental a niños.

Siguiendo esta línea, el Gobierno de Navarra puso en marcha en 1991 el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil (PADI), donde se les brindan diversas atenciones odontológicas a niños y jóvenes entre los 6 y 18 años, en dentición permanente todas las prestaciones excepto ortodoncia e implantes, y en dentición temporal, revisiones, urgencias y exodoncias, cuyo objetivo primordial es mejorar el nivel de salud dental en dicha población. En el año 2011, la población que utilizó las prestaciones del PADI alcanzó las 55.507 personas, es decir, el 69.36%, en comparación de un 68.94%

⁷²MADRID+SALUD. Programa de educación para la salud. Instituto de adiciones de Madris Salud. 2006, pág. 3

⁷³Madrid+Salud. Op.Cit., pág. 4

atendido en el año 2010; sin embargo, se cuentan con datos acerca de la adherencia al PADI en la minoría étnica gitana, que en el periodo 2011-2012, alcanzó solo al 41.67%.⁷⁴

Pese a las diferencias de adhesión al programa entre niveles socioeconómicos y culturales, se observa un incremento progresivo desde su instauración, lo cual también sugiere un incremento en el costo asumido por el Gobierno, que para el año 2007 ascendió a 2.6 millones de euros, siendo 10 en el año 1991 solo 137.000 euros.⁷⁵ En cada ejercicio, 2 de cada 3 niños en las edades de cobertura acuden al PADI para su revisión dental y recibir los cuidados adecuados de sus dentistas.

Se evidencia por lo tanto que el programa de atención en países del primer mundo se hacen desde muy niños, que a futuro los costos de atención a la población joven o adulta es menor porque tienen cuidado con la dentición la misma que influye en el funcionamiento de todo el organismo, concluyendo que la salud oral no solo es mantener dientes sanos sino una vida sana.

La promoción de la salud se basa, según el modelo imperante en España, en la naturaleza biomédica de la enfermedad y se centra principalmente en acciones individuales o comunitarias, encaminadas unas a población general y otras a grupos de riesgo. Según este modelo, el comportamiento individual es el elemento central de la estrategia, en los que denominamos “estilo de vida”. Los programas educativos se centran en estos principios.⁷⁶ Pero el estilo de vida no es solo una elección individual, está en algún modo determinado o modulado por las condiciones sociales en las que el individuo desarrolla su vida. Lo que la moderna salud pública nos dice hoy es que si no se atiende a las causas de las causas, es decir, a los factores sociales que

⁷⁴ Gobierno de Navarra e Instituto de Salud Pública. Programa de Atención Dental Infantil y Programa de Promoción de Salud de la Comunidad Gitana Navarra en el periodo 2011-2012. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2013. Págs. 29-30

⁷⁵ Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra. El Programa de Atención Dental (PADI) del Gobierno de Navarra se ofrece este año a 72.350 niños y jóvenes. Nota de prensa, 14 de febrero 2008, pág.14

⁷⁶ CORTÉS-Martinicorena FJ. Desigualdades en salud bucal en España; 2013. págs. 71-81

subyacen en el comportamiento de las personas, el modelo fracasa.⁷⁷ La prevención dirigida a los grupos o individuos de riesgo no puede reducir las desigualdades en salud porque si no atiende a los factores sociales subyacentes, nuevos individuos y nuevos grupos de riesgo aparecerán.

Respecto a la salud bucodental, no es una prioridad respecto al sistema sanitario. Este aislamiento afecta a la odontología como ciencia y práctica sanitaria en todo el mundo. Por tanto, para reducir desigualdades en salud, no son suficientes las acciones individuales ni las acciones fundamentadas únicamente en los aspectos biomédicos. Basándonos en la evidencia científica y en la experiencia, el moderno enfoque de la salud pública establece que son necesarias políticas sociales que den oportunidades a las personas de todo el espectro social a desarrollar una vida sana.

Se ha observado en diferentes poblaciones, como la colombiana y cubana, que la herramienta clave para disminuir la prevalencia de la caries en los niños es la educación de la población, que debe empezar precozmente. Diferentes estudios evidencian una elevada aceptabilidad de las madres y los padres a este tipo de programas, la gran disposición que tienen para mejorar su estado de salud bucal y el interés que manifiestan hacia los nuevos conocimientos proporcionados por el profesional de la salud, rompiendo con creencias, muchas veces culturales, que van en detrimento de su salud y la de sus hijos⁷⁸ desarrollaron una guía integral sobre la salud bucal en la primera infancia con el fin de uniformar criterios y orientaciones a padres de familia. Se tratan asuntos de especial relevancia para la salud bucal infantil, como la influencia de la lactancia materna, el uso del biberón y del chupete, la transmisión bacteriana, los alimentos con potencial cariogénico, la higiene bucal, el uso del flúor y la primera visita la odontopediatra.

⁷⁷WATT RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007,págs.1-6

⁷⁸ PALMA C, CAHUANA A, GÓMEZ L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta PediatrEsp* 2010, pág. 7

2.2.3 Educación de salud en padres y madres

Los padres de familia son los responsables de la Educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño.⁷⁹

La educación para la salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigida a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica, individual y colectiva. Por lo tanto, la educación para la salud significa algo más que comunicar la realidad a los padres y madres o al niño; implica la ayuda para que comprenda y controle los aspectos de su vida que pueden prevenirse para alcanzar su potencial óptimo de salud.

Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños. Para que haya entonces salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal.⁸⁰

De acuerdo a lo descrito, podemos entonces indicar que las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, por ello la necesidad de contar con un en programas del área maternoinfantil y al trabajo de pediatría de una manera general, sin embargo, existe una gran

⁷⁹ CUARTAS J, ALVEAR A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista Ces. Odontología 2002, pág.7

⁸⁰ DIAS MS. Estudio dos Factores de Risco emSaúde Oral emCrianças Escolarizadas. [Tesis de licenciatura en medicina dentaría] Porto: Universidad Fernando Pessoa; 2009, pág. 67

dificultad para conseguir la colaboración de los padres, para la atención o realización de maniobras preventivas en el ámbito doméstico siendo esta uno de los factores que los niños presentan problemas de caries dental,

2.2.4. Programas de salud bucal

Apoyados por la OMS quien indica que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y la salud oral es una parte de ella, los programas preventivos de salud bucal hacen énfasis en evitar la aparición de caries dental. La OMS, señala que se puede lograr una disminución en la incidencia de caries dental en las poblaciones que reciben flúor en niveles entre 0,7 y 1,49 ppm. Este elemento, flúor, se puede administrar a las personas de diferentes formas, ya sean éstas por vía tópica o sistémica, pero se ha demostrado que las más efectivas son las segundas y dentro de ellas la fluorización del agua y de la sal, por ser más masivas en su cobertura y más eficientes.⁸¹ Las medidas de prevención más usadas son las siguientes, y se organizan a través de programas:

A. Programa de fluorización del agua de consumo. La OMS recomienda como valor guía para fluoruro en aguas el de 1,5 mg/L. Se aplica a nivel de la comunidad, para lo cual es necesaria la adición del flúor en todos los acueductos del país. Sin embargo, no a todas las personas y regiones les llega el agua por acueducto, pues un gran porcentaje lo recibe de pozos individuales y otras fuentes, lo cual las excluiría de este programa de prevención. Además, no toda el agua que llega por los acueductos, y que estaría fluorada, es utilizada para el consumo, sino que una gran parte se destina a

⁸¹SOSA Rosales, Maritza. Evolución de la fluorización como medida para prevenir la caries dental. Rev Cubana Salud Pública. 2003,pág. 3

otros usos domésticos, industriales, agrícolas, Por estas razones se descarta el agua como posible vehículo del flúor en ciertos países.⁸²

B. Programa de fluorización de la sal de consumo. La sal es adquirida y consumida por toda la población, lo cual garantiza una amplia cobertura de esta medida preventiva. Así mismo, es utilizada para el consumo de manera directa o indirecta, la sal constituye una medida preventiva muy eficiente. Es importante tener en cuenta que la dosis diaria de sal necesaria para las personas es de 0.05 a 0.07 mg/kg del peso corporal.⁸³

En el Perú, el programa de fluorización de la sal de consumo se inició en 1985, por decreto supremo se exigió a las empresas dedicadas al procesamiento de la sal, añadir flúor a este producto. En año 1988 el ministerio de salud MINSA recibe el apoyo de la Fundación KW Kellogg para la implementación de este programa y en 1993 se inicia el programa de fluorización de la sal de consumo humano en el Perú.⁸⁴

C. Programa de fluorización de la leche. Son programas preventivos comunitarios. Estos programas de fluorización en la leche han demostrado ser exitosos, habiendo sido aplicados en países como Suecia y Chile.⁸⁵

D. Programa de fluorización mediante colutorios. Se utiliza una concentración de 0.02% de solución de fluoruro de sodio en enjuagues bucales semanales o quincenales. También se puede utilizar solución de fluoruro de sodio al 2% combinado con laserterapia. Y solución o gel de fluoruro de sodio al 0.2% y clorhexidina al 0.2%, utilizándose en enjuagatorios bucales o en el cepillado dental. En el Perú se

⁸²SOSA Rosales, Maritza, Op.Cit., pág. 7

⁸³ Id.

⁸⁴ASCUE S. Ministro de Salud destaca Plan Nacional de Salud Madre-Niño. Actual OdontolSalud.2010, págs. 3-4

⁸⁵WATT RG. Op.Cit.,pág. 6

implementó un programa de enjuagatorios con una solución fluorada al 0.2%. en niños de 6 a 12 años, en centros educativos estatales de nivel primario y en direcciones de salud, hospitales, redes, micro redes y establecimientos de salud de la red de servicios del ministerio de salud.⁸⁶

E. Fluorización mediante el uso de pasta dentífrica. Se emplean cremas dentales con fluoruro de sodio, monofluorofosfato o ambos, a concentraciones de 500 ppm para niños hasta los 10 años en territorios con flúor sistémico en el agua o sal, y en concentraciones mayores a este valor para el resto. Se utiliza con el cepillado diario.⁸⁷

F. Aplicación de fluoruros por profesionales. Se utiliza gel de fluoruro de sodio neutro al 1.1% o al 2% y gel de fluorofosfato acidulado al 1.23%. En una revisión hecha por Marinho y col, en el año 2002-2004, los fluoruros tópico en gel logran una reducción de caries en un 28% y la aplicación de barnices un 46%.⁸⁸

G. Aplicación de sellantes de fosas y fisuras. El uso de sellantes de fosas y fisuras se recomienda para la prevención de caries dental, ya que al cubrir con una capa plástica de seguridad las irregularidades del esmalte, mantiene sin efecto la acción bacteriana y la de los alimentos que causan la caries dental.⁸⁹

2.2.5 Programa preventivo promocional en Perú.

El Ministerio de Salud ha desarrollado ciertas estrategias para la prevención de la caries dental. Dentro de las cuales tenemos a la fluorización de la sal de consumo

⁸⁶ ASCUE S. Op.Cit., pág. 6

⁸⁷ Id.

⁸⁸ Id.

⁸⁹ ASCUE S. Op.Cit.,pág. 7

humano, iniciándose en el año 1984 por Decreto Supremo.⁹⁰ Asimismo, en el año 2001, se aprueba la Norma técnica Sanitaria para la adición de fluoruros en cremas dentales, enjuagatorios y otros productos utilizados en la higiene bucal, la cual pretende establecer especificaciones técnicas que garanticen la calidad del producto y regule las concentraciones adecuadas de flúor con el objetivo de prevenir las caries y la fluorosis dental.⁹¹

En el año 2001, la Dirección General de Salud de las Personas mediante la directiva 005-2001, reguló la aplicación de Ionómero de vidrio mediante la Técnica de Restauración Atraumática (TRA), con el fin de ofrecer una alternativa de restauración a piezas dentarias cariadas mediante el uso de instrumentos manuales; sin embargo, dicha técnica encontró dificultades en el proceso de retiro de dentina cariada, como en la colocación del ionómero de vidrio autocurable.⁹²

El plan nacional concertado de salud 2007-2020 menciona como objetivo sanitario disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, reducir el índice de CPOD y la inclusión de gestantes en la atención preventiva dental.

La comisión del programa nacional de salud bucal, mediante un conjunto de actividades refuerza e implementa hábitos de higiene oral, el uso correcto de flúor y fomenta el consumo de sal fluorada en la población, y en especial en las poblaciones de riesgo como los pre-escolares, escolares y gestantes.⁹³ El Plan Nacional de salud bucal en escenarios educativos y el Plan Nacional de Salud Madre Niño están dirigidos a mejorar la calidad de la salud bucal de la madre gestante y el bebé.⁹⁴

La ejecución del programa promueve el auto cuidado con buenas prácticas de higiene bucal en la población escolar, preferentemente las más pobres del país; se

⁹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Salud Bucal 2009.2010.Colegio Odontológico del Perú. Págs.105-106

⁹¹ MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica Sanitaria de Calidad para las cremas dentales cosméticas. 2005. Pág. 6

⁹² MINISTERIO DE SALUD, Op.Cit., pág.106

⁹³ Id.

⁹⁴ Id.

implementan metodologías de comunicación educativa ejecutadas por las Comisiones de Salud Bucal, Círculos Odontológicos Distritales y Provinciales de las diferentes regiones del país para lo cual se proponen diferentes herramientas metodológicas interpersonales y masivas.⁹⁵

En el Perú, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales, Empresas o entidades privadas u organismos no gubernamentales vienen brindando los cuidados a estas necesidades a través de la atención individual (consejería) y/o colectiva (sesiones educativas), estos cuidados están siendo incorporados recientemente en los paquetes de atención integral del sector.⁹⁶

SESIONES EDUCATIVAS

A. SESION 1: HIGIENE BUCAL

Enseñanza grupal sobre higiene bucal a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, mediante metodología comunicacional reconociendo la importancia de la higiene bucal como aspecto importante de la vida personal, fomentando el análisis, el dialogo y la reflexión.

Objetivo:

- Concientizar y reforzar conocimientos sobre salud bucal en las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada.

Contenido:

- Concepto de higiene bucal
- Importancia de la higiene bucal.
- Uso del cepillo dental, hilo dental y el enjuagatorio bucal.

⁹⁵ Id.

⁹⁶ Ministerio de Salud, Op.Cit., pág. 12

- Asesoramiento en la selección de alimentos y hábitos dietéticos.
- Como evitar que las enfermedades dañen los dientes.

Material:

- Laminas con imágenes relacionadas al tema.
- Rotafolio.
- Hilo dental.
- Cepillos dentales.

Tiempo:

- 40 minutos.

B. SESION 2: CEPILLADO DENTAL

La enseñanza que se imparte es mediante la metodología comunicacional dirigida a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, para que refuercen su aprendizaje dialogando, practicando y demostrando el como se hace.

Objetivo:

- Que las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, aprendan lo fundamental del lavado de dientes para luego ponerlo en práctica en su vida diaria

Contenido:

- Concepto de cepillado dental.
- Importancia del cepillado dental.
- Demostración directa del cepillado dental.

Material:

- Láminas con imágenes relacionadas al tema.
- Maquetas
- Hilo dental.
- Cepillos dentales.

Tiempo:

- 30 minutos.

C. SESION 3: FLUOR.

Enseñanza grupal a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, sobre el consumo de fluor, mediante la metodología comunicacional fomentando el análisis y la reflexión.

Objetivo:

- Conocer la importancia sobre el consumo de fluor.

Contenido:

- Concepto de fluor.
- Importancia del consumo de fluor.
- Asesoramiento en la selección de alimentos que contengan fluor.

Material:

- Láminas con imágenes relacionadas al tema.
- Rotafolio.

Tiempo:

- 30 minutos.

D. SESION 4: PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL Y MALOCCLUSIONES.

Enseñanza impartida mediante metodología comunicacional a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, sobre prevención de caries dental maloclusiones, fomentando el análisis y la reflexión.

Objetivo:

- Adoptar medidas de prevención, reconociendo los factores de riesgo.

Contenido:

- Concepto de dientes.
- Concepto de partes anatómicas, función y estructura de los dientes.
- Concepto de caries dental.
- Concepto de factores que intervienen en el proceso carioso
- Concepto de maloclusiones.
- Importancia de las medidas preventivas

Material:

- Láminas con imágenes relacionadas al tema.
- Rotafolio.
- Maquetas

Tiempo:

- 45 minutos.

E. SESION 5: ENFERMEDADES BUCALES.

Enseñanza grupal a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, sobre enfermedades bucales mediante metodología comunicacional fomentando el análisis, el dialogo y la reflexión para lograr la disminución de las enfermedades bucales y mejorar la capacidad masticatoria contribuyendo a disminuir las maloclusiones gozando de una boca sana.

Objetivo:

- Reforzar los conocimientos sobre las enfermedades bucales.
- Reconocer oportunamente las enfermedades bucales.

Contenido:

- Concepto de placa bacteriana.
- Concepto de caries dental.
- Concepto de gingivitis.
- Concepto de enfermedad periodontal.

Material:

- Laminas con imágenes relacionadas al tema.
- Rotafolio.
- Maquetas.

Tiempo:

- 60 minutos.

F. SESION 6: DESARROLLO DENTAL.

Enseñanza que se imparte mediante metodología comunicacional dirigidas a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, sobre el desarrollo dental con el fin de orientar sobre el cuidado de la salud bucal.

Objetivo:

- Concientizar y reforzar conocimientos sobre la importancia del desarrollo dental.

Contenido:

- Inicio de formación dental.
- Tipos de dentición.
- Números de dientes desiguos.
- Cronología de erupción.

Material:

- Laminas con imágenes relacionadas al tema.
- Rotafolio.
- Maquetas

Tiempo:

- 60 minutos.

G. SESION 7: SOBREALORACION DE LA SALUD BUCAL.

Enseñanza grupal a las madres de familia de los niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N°237 la Rinconada, mediante metodología comunicacional con el fin de desarrollar habilidades y aptitudes favorables para el cuidado de la salud bucal y su relación con la salud en general..

Objetivo:

- Aumentar el aprendizaje de quererse y valorarse.
- Adoptar estilos de vida saludable.

Contenido:

- Autoestima positiva y sus beneficios.
- Importancia de la visita al dentista.

Material:

- Láminas con imágenes relacionadas al tema.

Tiempo:

- 30 minutos

3. Antecedentes de investigación

3.1. Antecedentes Internacionales

A. Autor: Antonio Pombo Sánchez

Título del estudio Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres

Publicación: Trabajo de investigación de la Universidad de Coruña. 2009

Propósito: Determinar la salud bucodental en niños con edades comprendidas entre 3 y 14 años, y su relación con el nivel de conocimientos bucodentales de los padres.

Método: Observacional de prevalencia.

Resultados: El 98.6% manifiesta tener cepillo de dientes y aun que un 39.7% refiere cepillarse varias veces al día, un 12.4% no se cepilla nunca. Existe una asociación

significativa y con efecto dosis respuesta entre la frecuencia del cepillado y la presencia de caries. A mayor frecuencia, menor prevalencia de caries. Los niños que no se cepillan nunca los dientes presentan en un 40% caridos temporales, si lo hacen una vez al día el porcentaje de niños con caries disminuye al 23.1% y si se cepillan varias veces al día el porcentaje desciende a un 15.3%. el mismo fenómeno se objetiva a los caridos definitivos, en los que no se cepillan nunca los dientes la prevalencia de caridos definitivos es de 34.3% y en los que lo hacen varias veces al día desciende a un 15.3% coincidiendo dicho porcentaje con el de caridos temporales. El 76.2% refieren haber ido alguna vez al dentista.

El 62.5% refiere tomar dulces existiendo una asociación entre la ingesta de dulces y la caries dental.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados, si no te cepillas los dientes, tienes 3.9 veces mas probabilidad de presentar caries dental, a mayor edad mayor riesgo de caries, el nivel de conocimientos es significativamente mas elevado en los padres y madres clasificados según profesión, los padres de familia que refieren que sus hijos tienen la costumbre de cepillarse los dientes tienen significativamente mas respuestas correctas que los que no lo hacen. La ingesta de dulces también se ve afectada por el nivel de conocimientos de los padres. El cepillado dental tiene un gran impacto en la salud bucodental y el nivel de conocimientos de los padres determina a su vez la salud bucodental de sus hijos.

B. Autor: Cd. Beatriz Eugenia Gonzales Gonzales. CD. Sandra Luz de Alva Sandoval

Título del estudio Conocimiento de salud bucal de educadores y madres de familia a las necesidades de salud bucal en niños de edad pre escolar.

Publicación: Trabajo de investigación de la Universidad autónoma de nuevo León Monterrey. 2001

Propósito: Identificar si existe relación entre el grado de conocimiento de las educadoras y madres de familia sobre higiene oral y las necesidades de salud bucal de los niños de 3 a 5 años

Método: De tipo exploratorio, observacional, analítico transversal

Resultados: De los resultados aplicados a 29 educadoras y 90 madres de familia, se ha evidenciado que los niveles de conocimiento de salud bucal es adecuada, sin embargo se presencia problemas de caries en los niños

Conclusiones: De acuerdo a los resultados de la hipótesis se demostró que no existe relación entre el conocimiento de higiene oral de educadoras y madres y la necesidad de salud bucal de los niños pre escolares

3.2. Antecedentes Nacionales.

A. Autor: Lourdes A. Benavente Lipa, Sylvia A. Chein Villacampa , Carlos H. Campodónico Reátegui

Título del estudio: Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad

Publicación: Estudio de la Sanmarquina Odontología. 2009

Propósito: Determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD)

Método: Analítico transversal

Resultados: El 60 % de las madres del estudio tiene educación secundaria. De las cuales el 72 % son ama de casa. y el 68,5 % de ellas poseen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal

Conclusiones:

Las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 05 años en la población estudiada

B. Autor: Susy Rocío Ávila Herrera

Título del estudio: Influencia del programa educativo “sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”, Distrito de Mala

Publicación: Universidad Nacional Federico Villareal. 2011

Propósito: El propósito Evaluar la influencia del programa educativo “Sonríe feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del Colegio “José Olaya Balandra”, Distrito de Mala, 2009

Método: El método es prospectivo, longitudinal

Resultados: Para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral y el impacto de las intervenciones educativas, en 66 escolares entre 6 y 10 años, durante un período de 4 meses, determinó que el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas antes y después de la aplicación del programa fue 74% 70 (regular) y 50% (regular) respectivamente. Al comparar los promedios del nivel de conocimientos antes y después, obtuvieron 10.62 y 11.96 respectivamente sobre una nota máxima de 15, observándose que no hubo mucha variación, probablemente debido a que el lenguaje no fue apropiado a la población a la que se dirigió. Contrastando con el presente estudio, los conocimientos acertados sobre medidas preventivas mostraron incrementos en todos los grupos de grado de estudio: grupo A (primer y segundo grado) varió de 42.9% a 78.6; grupo B (tercer y cuarto grado) varió de 72.7% a 86.4%; y el grupo C (quinto y sexto grado) varió de 65.9% a 90.9%.

Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre salud bucal se incrementó significativamente después de aplicado el Programa Educativo “Sonríe Feliz”, lo que es muy favorable y refleja que adquirieron por medio de la intervención importantes aspectos sobre la salud bucal. La higiene bucal de los niños mejoró significativamente después de aplicado el Programa Educativo “Sonríe Feliz”, pues queda expresado en la disminución del índice de placa simplificado, partiendo de un valor correspondiente a mala higiene (muy elevado), seguido de un valor de mala higiene (tendiente a regular), y finalmente un valor de higiene regular.

3.3. Antecedente Local.

A. Autor: Amet Yovanna Flores Vásquez.

Título del estudio: Eficacia del programa “Sonrisa Sana, Vida Feliz” en la experiencia de caries de familias en riesgo, Microred de San Martín de Socabaya. Arequipa 2012.

Publicación: Universidad Católica de Santa María. 2015.

Propósito: Determinar la eficacia del programa “Sonrisa Sana, Vida Feliz” en la experiencia de caries de familias en riesgo

Método: Cuasi- Experimental.

Resultados: En el pre test la experiencia de caries en familias de riesgo fue 97% y el 3% sin caries. Después de la aplicación del programa, el 27% de miembros de familia tienen caries dental, aumentando al 73% los miembros de familia que ya no presentan caries en el grupo de estudio.

Conclusiones:

La eficacia del programa fue del 70 % para los miembros de familia que ya no presentan caries, de esta manera se confirma la hipótesis de trabajo, que la aplicación del programa “Sonrisa Sana, Vida Sana” en familias de riesgo redujo de manera significativa la experiencia de caries dental.

4. Objetivos

- Identificar el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal antes del programa educativo.
- Identificar el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre Salud Bucal después del programa educativo.
- Precisar la diferencia que existe entre el conocimiento de las madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada sobre salud bucal antes y después del programa educativo.

5. Hipótesis

Dado que todo proceso educativo no solo debe contribuir a mejorar el conocimiento, sino que debe conducir a un cambio en la conducta del ser humano que se puede lograr en un periodo de concientización.

Es probable que un programa educativo permita mejorar significativamente el conocimiento sobre salud bucal de las madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada de Ayaviri. Puno 2015.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento de verificación

1.1 Técnica

Se utilizará como técnica la entrevista estructurada, tratándose de madres de familia de bajo nivel cultural, pero adicionalmente se podría permitir que se aclarara el contenido de las preguntas.

1.2 Instrumento

El instrumento es una cédula de entrevista para la prueba de entrada y la prueba de salida midiendo el conocimiento que tienen las madres de familia sobre salud bucal.



1.3. Cuadro de coherencias.

VARIABLE	INDICADORES Y SUBINDICADORES	TECNICA E INSTRUMENTO	ITEMS DEL INSTRUMENTO
Conocimiento sobre salud bucal.	1. Conocimiento sobre Medidas Preventivas en Salud Bucal. - Higiene Bucal. - Importancia del cepillado dental. - Ingesta de flúor. - Prevención de caries dental. - Maloclusiones.	Entrevista y la Cedula de entrevista.	1
			2
			3
			4
			5
			6
	2. Conocimiento Sobre Enfermedades Bucales. - Placa bacteriana. - Caries dental. - Gingivitis. - Enfermedad periodontal.		7
			8
			9
			10
			11
			12
	3. Conocimiento Sobre Desarrollo Dental. - Inicio de formación dental. - Tipos de dentición. - Números de dientes desiguos. - Cronología de erupción.		13
			14
			15
			16
	4. Conocimiento para Sobrevaloración de la Salud Bucal. - Visita periódica al dentista. - Visita al dentista en los últimos años. - Motivo de la visita al dentista.		17
			18
			19
			20

Escala de calificación

- Muy bajo: si la madre contesto a las preguntas de la entrevista obteniendo un puntaje de 1 a 4 puntos, se considera que tiene un conocimiento muy bajo.
- Bajo: si la madre contesto a las preguntas de la entrevista obteniendo un puntaje de 5 a 8 puntos, se considera que tiene un conocimiento bajo.
- Regular: si la madre contesto a las preguntas de la entrevista obteniendo un puntaje de 9 a 12 puntos, se considera que tiene un conocimiento regular.
- Bueno: si la madre contesto a las preguntas de la entrevista obteniendo un puntaje de 13 a 16 puntos, se considera que tiene un conocimiento bueno.

- Muy bueno: si la madre contesto a las preguntas de la entrevista obteniendo un puntaje de 17 a 20 puntos, se considera que tiene un conocimiento muy bueno.

1.4. Prototipo de instrumento

CÉDULA DE ENTREVISTA SOBRE SALUD BUCAL.

Datos personales.

- Nombres y apellidos:
- Edad:
- Nivel educativo:
- Estado conyugal:

1.- ¿Cuales son los elementos adecuados para hacer una buena higiene bucal?

- A.- Cepillo dental, hilo dental y pasta dental.
- B.- golosinas, cepillo dental, pasta dental
- C.- flúor, pasta dental, leche.
- D.- No sé.

2.- ¿Cuándo se inicia la limpieza de la boca de su niño?

- A.- Al salir el primer diente en la boca.
- B.- Antes de la salida del primer diente.
- C.- Cuando el niño es capaz de sentarse y cooperar.
- D.- Cuando el niño aprenda a hablar.

3.- ¿El cepillado dental más importante del día es?

- A.- Antes del desayuno
- B.- Después del almuerzo
- C.- Antes de acostarme.
- D.- Antes de salir a calle.

4.- ¿Qué es el fluor dental?

- A.- Un producto para limpiar los dientes.
- B.- Un producto para proteger a los dientes de la caries.
- C.- Un medicamento
- D.-No sé.

5.- ¿Cuánto tiempo se debe cepillar los dientes?

- A.- De 3 a 4 minutos a más.
- B.- Un minuto.
- C.- De 2 a 3 minutos.
- D.- De 2 minutos.

6.- ¿Los hábitos del uso de chupón y succión del dedo provocan?

- A.- Caries dental.
- B.- Enfermedades de la boca.
- C.- Inadecuada posición de los dientes.
- D.- no sé.

7.- ¿Cuando presenta alguna dolencia bucal que hace usted?

- A.- Tomo alguna pastilla para que me calme la molestia.
- B.- Tomo un remedio casero.
- C.- Consulto con una amistad.
- D.- Consulto con el Odontólogo.

8.- ¿Qué es la placa bacteriana?

- A.-Restos de comida y dulce
- B.-Manchas blanquecinas en los dientes
- C.-Restos de alimentos y microorganismos en los dientes.
- D.- No sé.

9.- ¿Qué es la caries dental?

- A.- Es una bacteria que se encuentra en la boca.
- B.- Es una enfermedad infectocontagiosa.
- C.- Es una enfermedad de los adultos.
- D.- No sé.

10.- ¿Qué es la gingivitis?

- A.- La enfermedad de las encías
- B.- El dolor de encías y dientes
- B.- La inflamación de la lengua.
- C.- No sé.

11.- ¿Qué es la enfermedad periodontal?

- A.-inflamación de la boca
- B.-Heridas en la lengua
- C.-Cuando afecta a los soportes de los dientes
- D.- No sé.

12.- ¿Un diente temporal (diente de leche) con caries dental afecta al diente permanente que va salir después?

- A.- Si.
- B.- No.
- C.- No sé.
- D.- Tal vez.

13.- ¿Cuándo empieza la formación de los dientes?

- A.- A los 6 meses de nacido
- B.- A los 6 meses de embarazo
- C.- A las 6 semanas de embarazo.
- D.- No sé.

14.- ¿Cuántos tipos de dentición tenemos?

- A.- 3
- B.- 2
- C.- 1
- D.- No sé.

15.- ¿Cuántos dientes tiene un niño y un adulto?

- A.-10 y 25
- B.- 15 y 30
- C.-20 y 32
- D.- No sé.

16.- ¿Cuándo aproximadamente salen los dientes de leche de un niño?

- A.- A los 3 meses de nacido.
- B.- A los 6 meses de nacido.
- C.- Al año de nacido.
- D.- A los 2 años de nacido.

17.- ¿La información correcta sobre salud bucal debe ser obtenida por?

- A.-Dentista
- B.-Medico
- C.- Profesor.
- D.- Familiar o conocido.

18.- ¿Cuándo visita usted al dentista?

- A.- Cuando me duele algún diente.
- B.-Cuando asisto al Centro de Salud y me pasan por interconsulta.
- C.-Cuando recuerdo que la salud bucal es importante.
- D.- Casi nunca visto al dentista.

19.- ¿Ha visitado al dentista en los 2 últimos años?

- A.- Si.
- B.-No
- C.- No recuerdo.

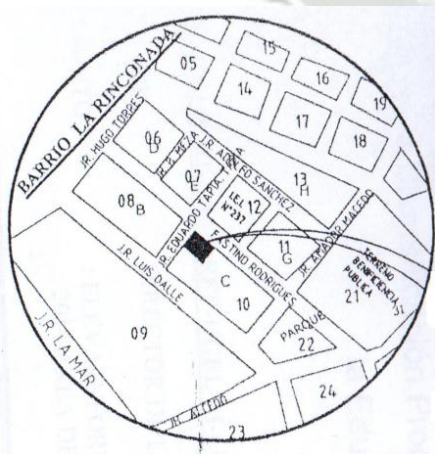
20.- ¿Cual fue la razón por la cual acudió al dentista?

- A.-Control/preventivo
- B.-Tratamiento
- C.-Urgencia.
- D.- Casual.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial

El presente trabajo de investigación se realizara en el ámbito general del departamento de Puno, provincia de Melgar, distrito de Ayaviri, en el ámbito específico de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada situada en la intersección del Jr. Faustino Rodríguez León y Jr. Eduardo Tapia, a 445 km aproximadamente.



2.2 Ubicación temporal

El estudio se realizara en forma coyuntural en el periodo correspondiente entre el mes de agosto 2015 a enero 2016

2.3 Unidades de estudio

Las unidades de estudio están conformadas por un grupo experimental de 20 madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada de Ayaviri Puno 2015.

Criterio de inclusión.

- Madres de familia y que sus niños estén matriculados y asistan a clases de la Institución Educativa N°237 la Rinconada, Ayaviri Puno 2015.
- Madres de familia que participen en todas las actividades programadas.
- Madres de familia que deseen participar de manera voluntaria en el programa educativo.

Criterio de exclusión.

- Madres de familia que no deseen participar
- Madres de familia con entrevista incompleta.

3. Estrategias de recolección de datos

3.1 Organización.

Para efectos de la recolección de datos, se realizarán las coordinaciones pertinentes con la Directora de la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada Ayaviri Puno.

Se capacitará a las madres de familia de niños menores de 5 años sobre salud bucal.

3.2 Recursos

Recursos Humanos:

El investigador

Madres de familia

Materiales.

Rotafolio.

Maquetas.

Laminas con imágenes relacionadas al tema.

Cepillos dentales.

Hilo dental.

Material de escritorio.

3.3. Validación de instrumentos

El instrumento se validará mediante un juicio de tres expertos.

El instrumento a validar es una cedula de entrevista elaborado para las madres de familia sobre conocimiento de salud bucal.

3.4 Estrategias para manejar resultados

3.4.1 A nivel de sistematización

La recolección de datos se tomará del grupo experimental de la Institución Educativa Inicial N° 237 de Ayaviri. Puno, los datos se vaciarán en el programa Excel por ítems.

3.4.2 A nivel de estudio de datos

Para el proceso estadístico se utilizará el estadístico SPSS 21 en la que se presentarán procesamiento descriptivo con frecuencia, porcentaje y análisis.

Para la prueba de hipótesis se aplicara la prueba de normalidad Shapiro – Wilk.

IV. CRONOGRAMA

	Oct	Nov	Dic	Ene
Actividad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Recolección de datos	xxxx	x xxx		
Estructuración de resultados			xxx	
Elaboración del informe.			x	x xx

V. BIBLIOGRAFÍA

- ASCUE S. Ministro de Salud destaca Plan Nacional de Salud Madre-Niño. Actual Odontología Salud. 2010
- BHASKAR S.N. “Patología bucal”, 2da Edición, Editorial el Ateneo Buenos Aires – Argentina 1977
- BOJ M, CATALÁ GARCÍA –BALLESTA C, MENDOZA A.Odontopediatria, Masson, 2004; 125-126.
- CAMPODÓNICO FIGUEROA, CARLOS. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. Tesis-Bachiller UPCH. 1997
- CRIVELLO JUNIOR OSWALDO, Fundamentos de Odontología – odontopediatria, 2011.
- CARRANZA, FERMIN ALBERTO. “Compendio de Periodoncia” Editorial medica Panamericana, 5 a Edición.

- CÁRDENAS JARAMILLO, DARÍO. "Odontología Pediátrica" Fundamentos de Odontología, tercera edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia 2003
- DE PAOLA D. Odontología preventiva 1ed. Argentina Mundi 1981.
- DEL CARPIO M, SOLDEVILLA A. Factores de Riesgo de Caries Dental en Bebés 2005.
- DE FIGUEIREDO, LUIZ REYNALDO; FERELLE, ANTONIO "Odontologia para el Bebé", Odontopediatria desde el nacimiento hasta los 3 años, Editora Artes Médicas Ltda, Sao Paulo Brasil. P. 79
- GARCIA BARBERO J. "Patología y terapéutica dental", 1ra Edición, Editorial Síntesis S. A. España Madrid 2000
- GOBIERNO DE NAVARRA E INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. Programa de Atención Dental Infantil y Programa de Promoción de Salud de la Comunidad Gitana Navarra en el periodo 2011-2012. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2013
- GOMEZ, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
- GONZALES ALIAGA, ROBERTO. Educación de la madre y el estado de salud de las 1ras molares permanentes en sus hijos de 6-10 años. Lima-Perú. Tesis -Bachiller UNMSM. 2000
- GORAN KOCH, SVENPOULSEN, Odontopediatria – Abordaje Clínico, segunda edición 2011
- GUÍA DE SALUDINFANTIL.US Department of Health Human services.Sep 2000
- GUILLEN C, HUAPAYA O, LOAYZA R, TORRES G, CHEIN S, GARIBAY P, ANTICONA C, PUM J. Odontología para el Bebé: Modelo de atención PúblicaOdont. Sanmarquina.2004;8(2):32-40
- HUILLCA CASTILLO, NANCY "Periodoncia I, Manual de Practica", Lima – Perú 2008.
- LAMAS OLIVEIRA, MARTA. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental. Jun 1999

- MAGNUSSON, BENGT. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión 1987
- MC. DONALD, RALPH. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995
- MARIO CÉSAR ELÍAS PODESTÁ, Desarrollo de la odontología para bebés en el Perú. Dr. Jefe del Servicio de Odontopediatría de la FAP. 2001
- MINISTERIO DE SALUD, Guía De Prácticas Clínicas Estomatológicas, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, copyright 2005, Lima - Perú.
- MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica Sanitaria de Calidad para las cremas dentales cosméticas. 2005
- MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Salud Bucal 2009.2010. Colegio Odontológico del Perú
- ORGANIZATION WH. Risk to oral health and intervention. 2009
- OSWALDO CRIVELLO JUNIOR, Fundamentos de Odontología – odontopediatría, 2011
- PALMA C, CAHUANA A, GÓMEZ L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta Pediatr Esp 2010
- PINKHAM J.R. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.
- RIOS DÍAZ. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses. Tesis- Bachiller UPCH. 1996.
- SHAFER G. W. Tratado de Patología Bucal, 2 da Edición, Editorial Mc Graw – Hill Interamericana México 1986.
- VILLANUEVA J. MARINO A. HAMPEL H, “Embarazo y Atención Odontológica” 1998
- WOODALL J.; DAFOCB.; STUTSMANN.; Tratado de Higiene Dental. Tomo I. Salvat Editores S.A. Barcelona España. 1995.

HEMEROGRAFÍA

- ÁVILA HERRERA SUSY ROCÍO, “Influencia del programa educativo sonrío feliz sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio José Olaya Balandra distrito de Mala” Universidad Nacional Federico Villareal 2011.
- BENAVENTE LIPA LOURDES A, CHEIN VILLACAMPA SYLVIA A, CAMPODÓNIO REÁTEGUI CARLOS H, “Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad” Estudio de la Sanmarquia Odontología 2009.
- BERNABÉ E, DELGADO E, SÁNCHEZ P. Resultado de un sistema para la vigilancia de Caries de Infancia Temprana. RevMed Herediana 2006; 17(4):227-233}
- CORTÉS-MARTINICORENA FJ. Desigualdades en salud bucal en España. Madrid: Fundación del Colegio de odontólogos y Estomatólogos de Madrid -FCOEM; 2013
- CUARTAS J, ALVEAR A. Relación entre percepción de los padres sobre el tratamiento odontológico y sus hábitos de higiene oral, con la historia de caries dental en sus hijos, entre 3 y 5 años de edad. Revista Ces. Odontología 2002.
- FLORES VÁSQUEZ AMET YOVANNA, “Eficacia del programa sonrisa sana, vida feliz en la experiencia de caries de familias en riesgo”, Universidad Católica de Santa María 2015.
- GONZALES GONZALES BEATRIZ EUGENIA, LUZ DE ALVA SANDOVAL SANDRA, “Conocimiento de salud bucal de educadores y madres de familia a las necesidades de salud bucal en niños de edad pre escolar” Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey 2001.
- MADRID+SALUD. Programa de educación para la salud. Instituto de adiciones de Madris Salud. 2006

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "The global oral health programme at WHO headquarters." Ginebra 2002
- PETERSEN PE. World Oral Health Report 2003, Continuous Improvement of Oral Health in the 21st.Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneve: WorldHealthOrganization2003
- POMBO SÁNCHEZ ANTONIO, "Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con los hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres", Universidad de Coruña 2009.
- SERVICIO NAVARRO DE SALUD, Gobierno de Navarra. El Programa de Atención Dental (PADI)
- SOSA M. Evolución de la fluorización como medida para prevenir la caries dental. RevCubanaSaludPública. 2003.
- WATT RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. CommunityDent Oral Epidemiol 2007

INFORMATOGRAFÍA

- <http://www.actaodontologica.com/ediciones2013/vol51N°1>
- <http://www.ucsm.edu.pe>. Octubre 2015.



ANEXO N° 2

MATRICES DE SISTEMATIZACIÓN

Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Pre test	Escala de calificación	Post test	Escala de calificación	Progreso
Simona	41 años	Primaria Completa	07	Bajo	16	Bueno	+9
Estanisa	22 años	Secundaria Completa	08	Bajo	12	Regular	+4
Carmen	29 años	Secundaria Completa	07	Bajo	15	Bueno	+8
Rosa	34 años	Secundaria Completa	04	Muy bajo	14	Bueno	+10
Beatriz	38 años	Primaria Completa	02	Muy bajo	16	Bueno	+14
Martha	23 años	Secundaria Completa	08	Bajo	17	Muy bueno	+9
Maribel	25 años	Superior Incompleto	05	Bajo	13	Bueno	+8
Asunta	44 años	Superior Completo	12	Regular	18	Muy bueno	+6
Victoria	38 años	Superior Completo	09	Regular	19	Muy bueno	+10
Gladys	22 años	Primaria Completa	05	Bajo	19	Muy bueno	+14
Viky	38 años	Superior Completo	11	Regular	19	Muy bueno	+8
Eva	25 años	Secundaria Completa	06	Bajo	15	Bueno	+9
Amalia	27 años	Superior Incompleto	04	Muy bajo	15	Bueno	+11
Nancy	31 años	Secundaria Completa	04	Muy bajo	16	Bueno	+12
Nelly	23 años	Secundaria Completa	06	Bajo	16	Bueno	+10
Roxana	30 años	Secundaria Completa	08	Bajo	13	Bueno	+5
Elizabeth	37 años	Superior Completo	13	Bueno	17	Muy bueno	+4
Esther	37 años	Superior Completo	07	Bajo	15	Bueno	+8
Aureliana	20 años	Secundaria Completa	05	Bajo	19	Muy bueno	+14
Danitzza	27 años	Secundaria Completa	09	Regular	16	Bueno	+7



CONSENTIMIENTO AUTORIZADO

Yo:identificada con documento de
identidad N°.....autorizo participar en el trabajo de investigación:

**VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA MEJORAR EL
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE LA SALUD BUCAL EN
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 237 LA RINCONADA, AYAVIRI-PUNO
2015**, siendo conocedora de los procedimientos que se realizan por la Cirujano
Dentista Roxana Mary Tapia Tapia, para lo cual firmo al pie, sin que haya mediado
coacción alguna y poder retirarme cuando yo vea por conveniente.

.....
Firma.



ANEXO N° 4

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Yvan Wuitman Salas Quintanilla identificado con DNI: 29659298, por medio del presente hago constar que he revisado y validado el instrumento presente por la Cirujano Dentista Roxana Mary Tapia Tapia aspirante al título de Magister en salud Pública de la Universidad Católica de Santa María, el cual está utilizando para recabar información necesaria para su trabajo de Investigación titulado "Validación de un Programa Educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud Bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri – Puno 2015".

ORAL - MEDIC

Yvan Wuitman Salas Quintanilla
COP. 25028
CIRUJANO DENTISTA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Eleana Danitza Garate Villasante identificada con DNI: 41152075, con maestría en Gerencia en Salud, por medio del presente hago constar que he revisado y validado el instrumento presente por la Cirujano Dentista Roxana Mary Tapia Tapia aspirante al título de Magister en salud Pública de la Universidad Católica de Santa María, el cual esta utilizando para recabar información necesaria para su trabajo de Investigación titulado "Validación de un Programa Educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud Bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri – Puno 2015".

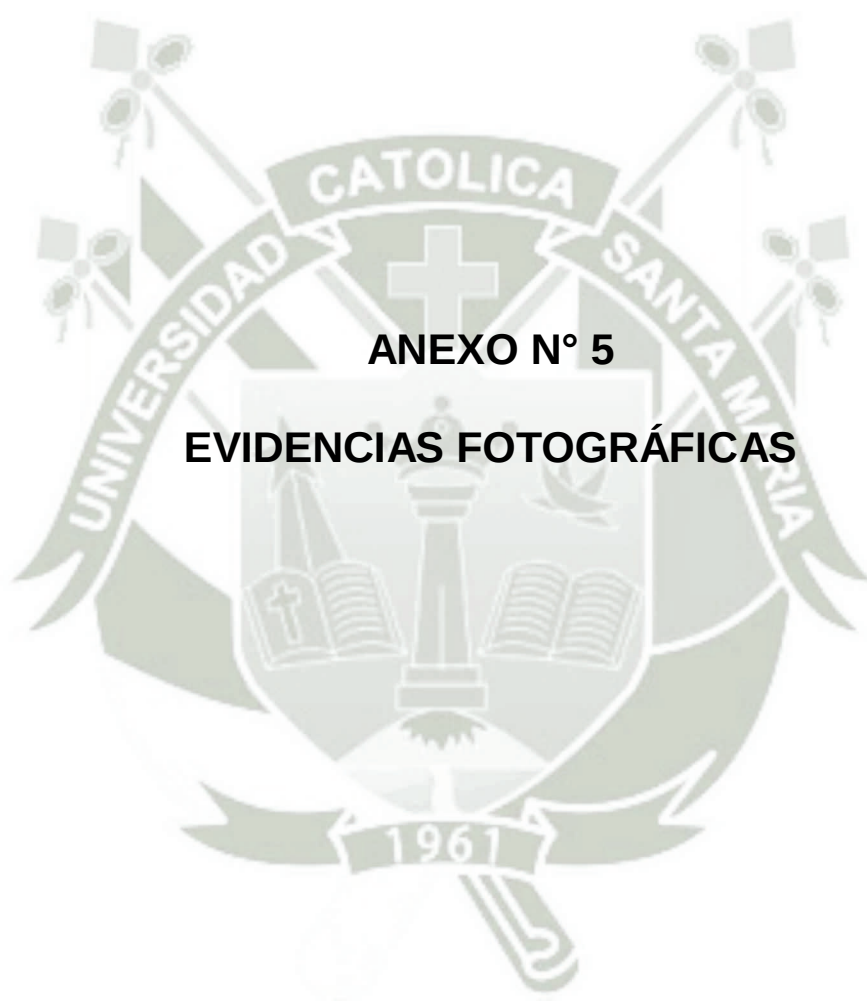

Eleana Danitza Garate Villasante
CIRUJANO DENTISTA
COP 16408

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Betzi Tania Apaza Rios identificada con DNI: 40264668, por medio del presente hago constar que he revisado y validado el instrumento presente por la Cirujano Dentista Roxana Mary Tapia Tapia aspirante al título de Magister en salud Pública de la Universidad Católica de Santa María, el cual está utilizando para recabar información necesaria para su trabajo de Investigación titulado "Validación de un Programa Educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud Bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri – Puno 2015".



Betsy Apaza Rios
CIRUJANO DENTISTA
DNI 40264668



ANEXO N° 5

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Fotografía en el frontis de la
I.E.I. con la directora.



Entrevista con una madre de familia.



Sesión educativa con asistencia de las madres de familia en la I.E.I. N° 237.