



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA
TESIS**

**PROMOCIÓN DE SALUD BUCAL Y GINGIVAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS EN
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ JIMÉNEZ BORJA 2019**

**PARA OPTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

BACH. MORENO GUTIERREZ, SEVERINO

ASESOR:

Dr. Esp. CD. PARIAJULCA FERNANDEZ, ISRAEL ROBERT

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
PROMOCION DE LA SALUD BUCAL**

HUANCAYO- PERÚ

2021

DEDICATORIA

A MI PADRE: Aunque físicamente te fuiste de mi lado cuando emprendí este largo camino de lucha. Gracias a tus palabras, tus enseñanzas, y ejemplo y tu recuerdo siempre han permanecido conmigo dándome fuerzas para no rendirme y salir adelante.

A MI MADRE: por su cariño, comprensión y apoyo incondicional para poder cumplir esta meta y **mis hermanas (os)**, por estar siempre conmigo en buenos y malos momentos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer **a DIOS** Por darme salud, la capacidad y la sabiduría para seguir y alcanzar mis metas

A la Universidad Privada Franklin Roosevelt de Huancayo.

A los docentes quienes han sido parte de mi formación profesional y por su ayuda, tiempo dedicado y los conocimientos compartidos y a mis amigos por su apoyo y amistad y a mi asesor DR. PARIAJULCA por su gran apoyo para realizar la elaboración del proyecto de tesis

HOJA DEL JURADO

PRESIDENTE DEL JURADO EVALUADOR

Dr. ROGER DAMASO CALLA POMA

SECRETARIO DEL JURADO EVALUADOR

Dra. LILIANA ZA VALETA ALEMAN

VOCAL DEL JURADO

Dr. ISRAEL ROBERT PARI AJULCA FERNANDEZ

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

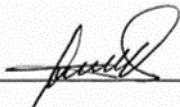
Yo Moreno Gutiérrez Severino, natural de la ciudad de Cangallo-Ayacucho, Perú; con DNI N° 45599227, domiciliado en ciudad Chalaca 4to sector Mz C Lt 9 provincia de Callao, Departamento de Lima.

Declaro BAJO JURAMENTO, que el presente trabajo de investigación; así como la información, resultados y datos consignados en ella, son auténticos veraces y de propiedad intelectual del suscrito.

Las citas y referencias están consignados en la forma correcta, tal como lo requiere la Guía de elaboración de trabajos de investigación de la Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”.

Declaro además mi pleno sometimiento a las leyes, normas y/o disposiciones que emanen de las autoridades pertinentes.

Huancayo 13 de febrero del 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Moreno', is written over a horizontal line. The signature is contained within a light gray rectangular box.

Moreno Gutiérrez, Severino

DNI:45599227

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
HOJA DEL JURADO	iv
DECLARACION DE AUTENTICIDAD	v
INDICE	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	11
1.1.1 Planteamiento del problema	11
1.1.2 Formulación de problema	12
1.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación.....	12
1.3 Objetivo general:	12
1.4 Objetivos específicos.....	12
II. MARCO TEORICO	12
2.1 Antecedentes de la Investigación:	12
2.1.1 Antecedentes Internaciones	12
2.1.2 Antecedentes Nacionales	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	20
3.1.1 Tipo de Investigación Observacional	20
3.1.2 Nivel de Investigación Longitudinal con dos grupos	20
3.1.3 Método de Investigación Cuasi Experimental	20
3.1.4. Hipótesis.....	20
3.2. Operacionalización de variables	21
3.3. Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)	22
3.3.1 Población.....	22
3.3.2 Muestra.....	22
3.3.3 Criterios de inclusión.....	23
3.3.4 Criterios de Exclusión	23

3.3.5 Grupo Control	23
3.3.6 Grupo Experimental	23
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	24
3.5 Procedimiento	26
3.6. Método de Análisis de Datos.....	26
3.7. Aspectos Éticos	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN.....	34
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS:.....	39
ANEXOS.....	41
Anexo N°1 Programa de capacitación	41
Anexo N°2 Índice gingival Silness y Loe	43
Anexo N° 3 Índice de higiene.....	44
Anexo N°4 Instrumento de recolección de datos	45
escuela profesional de estomatología apreciación del instrumento de recolección de datos	45
Anexo N°5 Cuestionarios de higiene Bucal.....	46
Anexo N° 6 Término de Consentimiento Informado	47
Anexo N°7 Solicitud a Universidad Roosevelt	48
FOTOGRAFÍAS: N°1	49
FOTOGRAFIA: N°2	50

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de la promoción en salud bucal y gingival en escolares de 10 a 12 años de la I.E José Jiménez Borja.2019. Se realizó un estudio experimental, prospectivo, longitudinal y analítico de tipo cuantitativo, y la muestra estuvo constituida por 54 niños del grupo control y 54 niños del grupo experimental. Los resultados evidenciaron que, del total de escolares del grupo experimental, el 100% presentó IHO regular en el pretest y del total de escolares del grupo control el 94,4% presentó IHO regular en el pretest. Del total de escolares del grupo experimental, el 55.6% presentó IHO bueno en el posttest y el 100% del grupo control presentan IHO en el posttest. Del total de escolares del grupo experimental, el 79.9% presentó encía normal en el pretest; y del total de escolares del grupo control, el 61,1% presentó encía normal en el pretest. Del total de escolares del grupo experimental, el 94,4% presentó encía normal en el posttest; y del total de escolares del grupo control, el 63% presentó encía normal en el posttest. Comparando el grupo experimental con el grupo control en el posttest se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0.05$ observándose menor media del IHO en el grupo experimental. Comparando el grupo experimental y el grupo control en el posttest se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0.05$ observándose menor media del IHO en el grupo experimental.

La conclusión de la Efectividad de Promoción de la Salud Bucal y Gingival en niños de 10 a 12 años de edad en la Institución Educativa José Jiménez Borja 2019.

Palabras clave: Efectividad, promoción de Salud Bucal y salud gingival en los niños.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the effectiveness of the effectiveness of oral health promotion on bacterial plaque in schoolchildren aged 10 to 12 years of IE Jose Jimenez Borja. An experimental, prospective, longitudinal and analytical study of quantitative type, and the sample consisted of 54 children from the control group and 54 children from the experimental group. The results show that of the total number of schoolchildren in the experimental group, 100% present regular HOI in the pretest and of the total number of schoolchildren in the control group, 94.4% present regular HOI in the pretest. Of the total number of schoolchildren in the experimental group, 55.6% present good HOI in the post-test and 100% of the control group present HOI in the post-test, of the total of schoolchildren in the experimental group, 79.9% present normal gingiva and of the total number of schoolchildren in the control group 61.1% present normal gingiva in the pretest, of the total number of schoolchildren in the experimental group, 94.4% present normal gingiva and of the total number of schoolchildren in the control group, 63% present normal gingiva in the pretest. Comparing between the experimental group and the control group in the post-test, it is observed that there are statistically significant differences $p < 0.05$, observing a lower mean of the HOI in the experimental group. Comparing between the experimental group and the control group in the post-test, it is observed that there are statistically significant differences $p < 0.05$, observing a lower mean of the HOI in the experimental group.

Conclusion the of the effectiveness of oral health promotion and gingiva in the schoolchildren aged 10 to 12 years in the Institution Educational Jose Jimenez Borga 2019

Keywords: Effectiveness, promotion of oral health and gingival health in the children.

I. INTRODUCCIÓN

Según la cartilla sobre promoción de la salud bucal distribuido por el Ministerio de Salud (MINSA) está demostrado que las infecciones a la salud bucal constituyen un factor de riesgo para otras enfermedades como cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes e inclusive ocasionan complicaciones en el embarazo y, que la educación para la salud desde la edad temprana, vale decir edad escolar, constituye una herramienta para lograr hábitos de higiene para proteger la salud en general, principalmente la salud bucal.

Tradicionalmente la salud oral ha sido descuidada por los responsables sanitarios de muchos países, a menudo los datos referidos a salud oral no se registran y si se recogen es de forma aislada y fuera del contexto de las encuestas en general. Sobre la promoción de la salud, existe un acuerdo general sobre la necesidad de dar mayor énfasis al modelo de prevención en salud oral para reemplazar por un enfoque que contemple estilos de vida, comportamiento individual y a los factores socio ambientales que los condicionan.

Uno de estos factores, vale decir, el socio ambiental se presenta en la Instituciones Educativa José Jiménez Borja estudian niños de bajos recursos económicos quienes solo reciben apoyo de estudiantes de distintas especialidades de la salud y en algunos casos por el Sistema Integral de Salud (SIS) que tiene como limitación, que solo asisten a los registrados. En el esfuerzo de disminuir la morbilidad de patologías, el autor de la presente investigación, realizó continuas visitas, tomando como objetos de estudio al grupo de niños cuyas edades oscilaban entre los 10 a 12 años, para determinar la efectividad de los programas de promoción de la salud (constituida principalmente por charlas demostrativas del cepillado dental y el uso de hilo dental) sobre la placa bacteriana blanda, que es el principal factor de riesgo para la aparición de gingivitis.

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La Salud Bucal en la Institución Educativa José Jiménez Burga, es un grave problema por lo que es necesario aplicar medidas de promoción de la salud bucal y gingival y la medida de promoción es la mejor forma de combatir futuros problemas de salud bucal, debido al impacto que genera en la calidad de vida de las personas y comunidades.

1.1.1 Planteamiento del problema

Los padres de familia son responsables de la educación para la salud bucal en sus hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla de manera correcta, ya que muchos de ellos transmiten a sus hijos la cultura y enseñanza que ellos recibieron, con conceptos y hábitos erróneos, y muchas veces perjudiciales para el niño. Lo ideal es comenzar con medidas preventivas desde el embarazo.

La OMS (2004) de acuerdo al informe mundial sobre salud buco gingival, refiere que los niños presentan manifestaciones de enfermedad gingival y los adultos presentan enfermedad periodontal. Entre el 20% y el 30% de la mayoría de los grupos poblacionales sufren de enfermedad periodontitis severa, que puede ocasionar la pérdida dentaria.

Tanto la enfermedad gingival son uno de los problemas de salud mundial que afecta tanto a los países industrializados como a las comunidades más pobres.

La promoción de salud es la mejor manera de combatir futuros problemas de salud bucal y gingival en nuestro país y como sociedad debemos estar alertas ante los retos que deben afrontar los padres con hijos para acceder al cuidado de su salud bucal.

1.1.2 Formulación de problema

¿cuál es la efectividad de promoción de salud bucal y gingival en los niños de 10 a 12 años de edad en la institución educativa José Jiménez Burga 2019?

1.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

1.3 Objetivo general:

- Determinar la efectividad de la promoción de salud bucal y gingival en niños de 10 a 12 años de la Institución Educativa José Jiménez Borja. Lima 2019.

1.4 Objetivos específicos:

- Determinar la efectividad en la promoción de salud bucal sobre Índice de Higiene Oral en niños de 10 a 12 años de la Institución Educativa José Jiménez Borja. Lima 2019.
- Determinar la efectividad en la promoción de la salud bucal sobre el sangrado gingival en niños de 10 a 12 años de la Institución Educativa José Jiménez Borja. Lima 2019.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

2.1.1 Antecedentes Internaciones

García, N. (2018) Madrid, En la presente investigación se llegó a la conclusión de que existe la necesidad de impartir programas educativos de educación para la salud bucal dirigido a los docentes en relación a que ellos presentan un conocimiento deficiente en relación a la higiene oral; así como malos hábitos de higiene oral, además de que las necesidades que presentan para un tratamiento odontológico son elevadas.

Este estudio se ha realizado debido a que es durante la infancia donde hay que espolear los cuidados e introducir hábitos saludables para la salud oral. Las familias, sanitarios y profesores juegan un rol importante a la hora de mantener la boca de nuestros escolares en perfecto estado. Mediante la prevención y creación de hábitos saludables conseguiremos que nuestros escolares sonrían ampliamente. ⁽¹⁾

Machaca y Gonzáles (2017) Chile, en su evaluación de la intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la Universidad Andrés Bello - Chile (UNAB). Los resultados a los cuales se arribaron en el grupo que se intervino fue que tuvieron un índice de higiene oral (IHO) regular, y en el otro grupo del estudio se obtuvo un IHO bajo o deficiente.

Luego se evaluó el Índice de Higiene Oral (IHO) de Vermeillon y Greene simplificado a cada uno de los párvulos de la muestra, para lo cual se utilizó pastillas reveladoras de placa bacteriana, instrumental de examen y una ficha clínica confeccionada para registrar dicha evaluación. Se consideró una higiene oral buena cuando el resultado se observa entre los intervalos 0.0 a 0.6, regular higiene oral entre 0.7 a 1.8, y se les consultó sobre algunos aspectos de la higiene bucal de los párvulos, el momento en que se realiza el cepillado, la cantidad y dosificación de pasta dental, también se les preguntó si ellas consideran que los niños y niñas han modificado los hábitos de salud bucal.

Además, se observó y registró el espacio físico para efectuar el cepillado dental y el lugar de almacenamiento de los cepillos dentales. ⁽²⁾

López. (2016) Salvador, se arribó en éste estudio fue que se encontraron diferencias significativas en donde se puede verificar que el nivel de conocimientos si influye considerablemente en las prácticas.

La recolección de datos se hizo mediante un cuestionario, para evaluar el nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucal. Se comprobaron los datos mediante análisis estadístico descriptivo (tablas de frecuencias y porcentajes) y se dividieron los resultados del nivel de conocimiento en tres categorías; Alto, Regular y Bajo. Y las prácticas en salud bucal en adecuadas e inadecuadas. ⁽³⁾

Bravo, M Pablo, Fernando, S Chistian (2016) Ecuador, Los programas de salud surgen para mejorar las condiciones de salud de aquellos problemas catalogados de impacto en salud pública. Están dirigidos generalmente a determinados grupos poblacionales y se miden por

la eficacia o eficiencia, respecto al logro de sus objetivos planteados y empleo de los recursos al menor costo posible.

El objetivo del estudio fue determinar su prevalencia y relacionarla con los factores asociados en niños escolares obteniendo y analizado epidemiológicamente el índice de cada participante, se observó que la prevalencia de enfermedad gingival en la muestra fue del 96,6% mostrándose solo grados leves y moderados, Además se vio que la mala higiene oral aumenta en 3,42 y la higiene oral regular en 2,15 las probabilidades de tener enfermedad gingival. ⁽⁴⁾

Badillo, M Faviola (2016) México, Placa Bacteriana de las biopelículas pueden mostrarse también una actividad cooperativa y comportarse de manera distinta de como lo hace la misma especie aislada de un medio de cultivo.

Esta investigación se realizó con un total de 120 alumnos de 3 a 5 años, se utilizó el Índice de O'Leary, así como un test antes y después de la capacitación para registrar de manera individual el índice de placa Dentobacteriano, asimismo se llevaron a cabo charlas educativas sobre medidas de higiene, prevención y enfermedades bucales tanto a los padres de familia, docentes, auxiliares como alumnos de la institución. El resultado en el primer control de placa dentobacteriana mostró un índice de 70.10% en niños de 3 años; 58.93% niños de 4 años y 58.93% en niños de 5 años. En el segundo control realizado se mostró una disminución del índice de placa. ⁽⁵⁾

Barreno, G Elizabeth (2017) Ecuador, Por lo tanto, la biopelícula que puede ser resistente a los antimicrobianos o a la fuerza inmunológica a los que las bacterias son sensibles en condiciones normales la placa bacteriana debe conservarse como una entidad viva y no como una mera condición de bacterias.

para promover la higiene buco-dental en los niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la Comunidad Miguicho Adentro, Cantón Santa Ana Manabí, en una muestra de 70 estudiantes se aplicó una encuesta para evaluar características socio-demográficas, conocimientos y prácticas. Características socio demográficas edades comprendidas entre nueve y doce años, el 54% son niños y el 46% niñas. Conocimientos y prácticas. Enfermedades buco dentales, más frecuentes, gingivitis el 70%, fluorosis el 94%, caries el 31%, infecciones de encías 36%, placa bacteriana 23% y Practicas, de correcto cepillado de

los dientes el 74%, incorrecto el 19% Cambio del cepillo dental el 54% cada año, el 21% cada 6 meses, y el 16% cada 3 meses.

Para prevenir las enfermedades buco-dentales se debe consumir frutas, verduras, hortalizas, lácteos. Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con Plan Internacional realicen campañas motivadoras, aplicando el Proyecto Educativo, para prevenir problemas de higiene buco-dental en niños escolares. ⁽⁶⁾

Cherrez, C Cynthia (2015) Ecuador, En concreto la capacidad de la placa dental para concentrarse y retener ácidos se conocía mucho antes de que se descubran las propiedades especiales de la biopelículas

Para determinar la prevalencia de placa bacteriana y cálculos, así como la frecuencia de cepillado dental y la valoración de higiene bucal por paciente en estudiantes de 14 a 19 años del Instituto tecnológico Benito Juárez de la Ciudad de Quito de la República del Ecuador, del año lectivo 2015 se consideró como muestra un total de 300 escolares de una población de 1200 estudiantes de la sección matutina de la institución. ⁽⁷⁾

Espinoza, E Marisol (2018) La gingivitis inducida por placa se puede encontrar modificada o condicionada por factores sistémicos como por ejemplo asociado al sistema endocrino, que influye en la función celular y respuesta inmune desencadenando cambios a nivel de los tejidos gingivales.

Las enfermedades bucodentales son cada vez más prevalentes en niños preescolares y escolares, siendo la caries dental la de mayor impacto a nivel mundial. Con el objetivo: Determinar la prevalencia, experiencia y significancia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad de Cutervo-Cajamarca, en el año 2018.

Conclusiones: La prevalencia, experiencia y significancia de caries dental en los escolares de 6 a 12 años de edad fue alta y esta se incrementó con la edad. ⁽⁸⁾

Caridad, Yalili y Col (2017) Uno de los indicadores más populares para determinar el estado de higiene oral en estudios de epidemiología es el índice de higiene oral (IHO).

Se realizó un amplio estudio sobre promoción de salud bucodental e higiene oral en escolares de la enseñanza primaria, que abarcó elementos relacionados con el marco referencial de la odontopediatría, responsabilidad del personal de estomatología que atiende a niños y niñas, prevención de enfermedades bucodentales, educación para la salud y otros.

Se concluyó que la intervención educativa es un método eficaz y adecuado para adquirir e incrementar conocimientos sobre salud bucal, por cuanto posibilita que los educandos de uno y otros sexos, además de transmitirlos a miembros de su familia y demás condiscípulos, se conviertan en verdaderos promotores de salud bucal en su entorno comunitario. ⁽⁹⁾

Castillo, Ramón (2016) Madrid, Fue desarrollado en 1960 por Greene y Vermillion y modificado cuatro años después como el IHO-S. La versión simplificada proporciona la misma información que la versión anterior, pero puede ser realizado de forma más rápida. ⁽¹⁰⁾

El diagnóstico del examen bucal fue realizado por operadores que estuvieron calibrados bajo criterios del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion. RESULTADOS: El nivel del Índice de Higiene Oral Simplificado obtenidos en la parroquia fue; 29 % nivel excelente, 65 % nivel bueno y 6 % nivel regular. Los niveles de IHOS en pacientes de sexo masculino presentaron: 29 % nivel excelente, 65 % nivel bueno y 6 % nivel regular, en el sexo femenino 29 % nivel excelente, 64 % nivel bueno y 7 % nivel regular. CONCLUSIÓN: El nivel del Índice de Higiene Oral Simplificado comunitario en la parroquia es el 29 % nivel excelente, 65 % nivel bueno y un 6 % nivel regular, mientras que el nivel de IHOS

Elias, M.C y Arellano (2018) Es muy útil para encuestas epidemiológicas a gran escala, pero por lo general, no se cree que sea lo suficientemente sensible para evaluar con precisión el estado de higiene oral de un paciente individual. ⁽¹¹⁾

Choque, Larrauri (2018) El IHO tiene dos componentes: la puntuación de detritus orales y la puntuación de cálculo, placa, materia alba y remanentes de comida”. ⁽¹²⁾

En el IHO- S, los depósitos blandos y duros son evaluados sólo en superficies vestibulares o linguales de seis dientes seleccionados. ⁽¹³⁾

Estos son las superficies vestibulares de los primeros molares superiores en ambos lados, las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores. ⁽¹⁴⁾

La presencia de inflamación en la porción marginal de la encía suele registrarse por medio de sondeos siguiendo los principios del índice gingival, delineados en la publicación de Løe (1967). Según este sistema, la ausencia total de signos visibles de inflamación gingival se califica con un 0, mientras que un cambio ligero de color y de textura se califica con un 1. ⁽¹⁵⁾

La inflamación visible y la tendencia al sangrado del margen gingival inmediatamente después del pasaje de una sonda gingival a lo largo del margen gingival se valoran con un 2, en tanto que la inflamación manifiesta con tendencia al sangrado espontáneo tiene puntaje.⁽¹⁶⁾

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Huamanchumo, V. (2017) Libertad, concluyendo que al nivel de conocimientos sobre salud bucal fueron estratificados en tres niveles: bajo, regular y alto y los resultados que se obtuvieron fueron que un 60,0 % tuvo un nivel regular de conocimientos, mientras que el 40,0 % tuvo un nivel alto. a un nivel hormonal elevado mayor nivel de gingivitis corroborando así la Hipótesis propuesta en este estudio.⁽¹⁷⁾

El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento y se dividieron los resultados en tres niveles: alto, regular y bajo.

En general, sobre conocimiento en salud bucal el 60% mostró un nivel regular, el 40% un nivel alto.

Luna, C. (2017) Puno, se llega a la conclusión de que existe relación entre el nivel de conocimiento que presentan los padres y docentes con el Índice de higiene bucal que presentaban los niños con capacidades especiales.

para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda. y para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson. Resultados, el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular 56,4%; y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular 75%.⁽¹⁸⁾

Llanos, C. (2016) Ancash, los principales resultados a los que se arribaron fueron que el nivel de conocimiento en relación a la salud oral es en general regular que representó un 75,0 %, en relación a los conocimientos sobre medidas preventivas en salud oral, se obtuvo un 70,0 % de nivel regular, llegando a la conclusión que en el presente estudio se determinó que el nivel de conocimientos en relación a salud oral que tienen los docentes es de nivel regular. (19)

Quispe, H. (2018) Chiclayo, desarrolló una investigación que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos sobre salud oral en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 del distrito de José Leonardo Ortiz, Chiclayo – Perú 2014, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia a un total de 32 docentes. En general, en relación al conocimiento sobre salud oral el 80% mostro nivel de conocimiento regular y el 20% un nivel de conocimiento bueno. (20)

Paricoto, R. (2017) Puno, se realizó con el objeto de determinar el grado de relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevalencia de caries de los niños y niñas de 6 a 11 años. De acuerdo al problema y objetivos planteados, el estudio es de tipo Correlacional. La técnica utilizada para el recojo de información fue con cuestionarios sobre conocimiento de salud bucal y la Ficha de observación a los niños y niñas sobre la prevalencia de caries. Se concluyó que el proyecto fue eficiente ya que solo se logró incrementar el nivel de conocimiento de los niños y niñas 80%. (21)

Torres, O. Javier (2016) Perú, La gingivitis como una de las enfermedades bucales más frecuentes y de etiología variada, por lo que es indispensable conocer los orígenes que predisponen la aparición de esta enfermedad.

Como es conocido, la placa bacteriana es el principal agente que predispone la aparición de esta enfermedad, pero hay otros factores que también se consideran, como el aumento de ciertas hormonas, hábitos de higiene y factores sistémicos. Estudios muestran que hay un aumento significativo de esta enfermedad en los púberes, que se encuentran pasando en una etapa de cambios tanto físicos como psicológicos, es importante conocer cómo afecta el cambio hormonal que sufren los púberes y como interviene en el desarrollo de la gingivitis para poder diagnosticar y enfocar el mejor tratamiento para bienestar de la población.

Conclusión los Programas de educación para la salud Bucal El aporte de distintas disciplinas posibilita la construcción de herramientas conceptuales que permiten incentivar en la práctica profesional. ⁽²²⁾

Alvarado R. Karla (2017) De este modo valdrá la pena considerar la existencia de múltiples alternativas para mejorar la salud bucal de la población. La educación para la salud requiere el aporte de la sociología, de la psicología, de la didáctica y de la economía. Para encargar la tarea programas de educación para la salud de escolares debe tenerse presente que un cambio en el conocimiento se da por una interacción dialéctica entre el mundo social y el cambio del individual. ⁽²³⁾

La preocupación por la alta incidencia de enfermedades gingivales en los escolares de 10 a 12 años de la I.E. Dora Mayer, incentivó a realizar charlas demostrativas de salud bucal el cual tiene como finalidad disminuir el índice de placa bacteriana, enfermedades gingivales e instruir sobre la importancia del cepillado bucal en los escolares de 8 a 10 años; realizando distintas sesiones educativas y demostrativas para que el escolar entienda y valore la importancia de la buena higiene bucal. Se sabe que muchas veces dentro de las actividades extramurales dadas en colegios, estas no tienen ninguna repercusión en la mejora de su estado bucal, ya que muchos de los escolares no asisten a la consulta odontológica. Por lo tanto, es importante poder desarrollar sesiones demostrativas que se preocupen que el escolar mejore en su salud bucal, así como también en sus conocimientos para alcanzar y conservar una buena salud.

III. MÉTODO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de Investigación Observacional

3.1.2 Nivel de Investigación Longitudinal con dos grupos

3.1.3 Método de Investigación Cuasi Experimental

GC O1 O2

GE O1 VI O2

De donde:

GC = 54 Niños

CE= 54 niños

VI= Promoción de salud bucal

O1= Salud Gingival en el grupo control

O2= Salud Gingival en el grupo experimental

3.1.4. Hipótesis

Los niños de la Institución Educativa José Jiménez Borja tienen conocimientos sobre la promoción de salud bucal y gingival.

3.2. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicador	Instrumento de Medición	Valor
Variable independiente: Promoción de Salud Bucal	Charlas Educativas	charlas con diapositivas	Instrumento tipo cuestionario	Método de enseñanza
		charlas con rota folio		Método de enseñanza
	Charlas Demostrativas	técnica de cepillado en maqueta		Método de enseñanza
		técnica de cepillado en alumnos		Método de enseñanza
Variable dependiente: Salud Gingival	Placa bacteriana	Tinción con detector de placa bacteriana en las piezas dentarias 1.6 (V), 1.1(V), 2.6(V), 3.6(L).4.1(V) y 4.6(L)	Índice gingival de Loe y Silness	Bueno 0.0 a 1.2 Regular 1.3 a 3.0 Malo 3.1 a 6.0
	Sangrado gingival	Presencia de sangrado al sondaje periodontal	Nivel de sangrado gingival Silness y Loe	0 Normal 1 Inflamación leve 2 Inflamación moderada 3 Inflamación severa

3.3. Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)

3.3.1 Población

La población es el conjunto de todos los individuos (objetos, personas, documentos, data, eventos, empresas, situaciones, etc.) a investigar. La población es el conjunto de sujetos o cosas que tienen una o más propiedades en común, se encuentran en un espacio o territorio y varían en el transcurso del tiempo, la población fueron los estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa José Jiménez Borja que constituyen 112 niños matriculados de 5° grado E1, E2, y 6° grado F1, F2.

3.3.2 Muestra

Niños del nivel primaria de la Institución Educativa José Jiménez Borja de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ascienden a 108 alumnos del nivel primaria de las aulas del 5° grado E1, E2, y 6° grado F1, F2 que presentan piezas dentales permanentes indicadas de acuerdo al instrumento de medición, durante los meses octubre, noviembre y diciembre del año 2019.

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería:

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

donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha/2} = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (en este caso deseamos un 1,9%).

$$n = \frac{112 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (111) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 108$$

3.3.3 Criterios de inclusión

- Niños de ambos sexos de las edades de 10 a 12 años de edad, matriculados
- Niños que asistan a clases todos los días
- Niños sin aparente estado de alteración sistémica o congénita
- Niños colaboradores con la muestra

3.3.4 Criterios de Exclusión

- Niños que no asisten frecuentemente a clases
- Niños con enfermedades sistémicas o congénitas
- Niños con aparatología de ortodoncia
- Niños poco colaboradores o con alteraciones de conducta

El tipo de muestreo será determinístico.

3.3.5 Grupo Control

Secciones	Niños	Niñas	Total
Sección B	16	12	28
Sección C	9	17	26
			54 Niños

3.3.6 Grupo Experimental

Secciones	Niños	Niñas	Total
Sección A	16	12	25
Sección D	18	11	29
			54 niños

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica de investigación es la experimentación. El proyecto sobre la promoción del cuidado bucal y salud gingival constó de una serie de actividades realizadas durante el periodo de 4 meses. Se desarrollaron 7 sesiones de las cuales tres abarcaron actividades educativas demostrativas acerca de las estructuras normales de la cavidad bucal, higiene oral enfermedades más frecuentes y prevención en salud bucal tipo de alimentación, flúor sellantes, instrucción de cepillado y visita a su dentista.

Las sesiones educativas se efectuaron cada dos semanas con una duración de 30 minutos por cada sesión, siempre con la participación activa de los escolares en cada sesión para resolver cada una de sus dudas y así mejorar los conocimientos de apoyo de los temas impartidos.

Para efectuar la intervención fue necesario confeccionar un rotafolio, maqueta y diapositivas.

Para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención se utilizó un cuestionario para ambos grupos de acuerdo a cada sección grupo control (b, c) y grupo experimental (a, d) niños del quinto grado.

Para medir el nivel de conocimientos se utilizó un cuestionario antes y después de las charlas, el cuestionario consistió de 10 preguntas que pasaron por la validación de tres expertos donde se respondió afirmativo o negativo sobre aspectos de cuestionario que calificó a este para su aplicación en los niños y a la vez verificar si se podría alcázar los objetivos propuestos en el estudio.

Para el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el sangrado gingival se confeccionaron las fichas de trabajo que ya estas diseñada por el Ministerio de Salud (Minsa).

Para realizar la medición de la higiene bucal de los escolares:

El tiempo de la medición se realizó en la primera semana del primer mes y las últimas semanas del último mes, todas estas actividades se iniciaron con una carta dirigida al Directora de la I.E. José Jiménez Borja.

Habiendo aceptado la solicitud para la realización del proyecto de investigación por la Directora del Centro Educativo se procedió a desarrollo del estudio.

Se realizó una visita donde se efectuaron las coordinaciones respectivas.

Con el Director y los docentes acerca de la investigación a realizar y la Programación de las actividades (fechas y horarios).

Por medio de la directora les comunicó a los padres de familia en el cuaderno de control sobre la promoción de salud bucal.

Ficha de evaluación gingival

La ficha de evaluación gingival consistió en la evaluación exclusivamente de encías: color, rubor, inflamación y sangrado.

La ficha clínica gingival consistió en dos cuadros, en el primer cuadro se colocó el Índice de Higiene Oral simplificado, placa bacteriana, las 6 piezas dentarias que serían evaluadas, el resultado de Índice de Higiene Oral donde se sumarían las piezas dentarias evaluadas y se dividiría por 6 este resultado dándonos el estado de Higiene Oral y calificándola como buena, mala o regular.

Para realizar esta evolución usamos un detector de placa bacteriana o violeta genciana y se realizaron las tinciones de la primera molar superior derecha pieza 1.6 la tinción fue por la cara vestibular la pieza 1.1 cara vestibular, pieza 2,6 por la cara vestibular 3.6 por la cara vestibular pieza 3.1 por la cara lingual y por último la pieza 4,6 por la cara lingual.

En el siguiente cuadro tenemos el nivel de sangrado gingival **Silness y Løe**, este cuadro consta del 0 a 3 acá evaluaremos el nivel de sangrado gingival.

0 = la encía está sana o normal

1 = hay una leve inflamación de las encías

2 = acá hay inflamación moderada

3 = inflamación severa inclusive hay sangrado espontaneo.

Esta evaluación la realizamos con sonda periodontal girando al rededor del diente, tomando todas las precauciones para evitar un accidente en los niños y evitar falsos sangrados.

3.5 Procedimiento

Los datos de los instrumentos aplicados fueron presentados en cuadros de distribución de frecuencias de donde se obtendrían las medidas de concentración y dispersión como son: la media aritmética, la desviación estándar, el cociente de variabilidad, zona normal, los puntos críticos y la prueba de hipótesis, para ello se hizo uso de la estadística descriptiva y también la estadística inferencial.

Estadística Descriptiva: procedimientos empleados para organizar y resumir conjuntos de observaciones en forma cuantitativa. El resumen nos permitió realizar el trabajo mediante tablas, gráficos o valores numéricos. Los conjuntos de datos que contienen observaciones de más de una variable permitieron estudiar la relación o asociación que existe entre ellas.

Estadística Inferencial: métodos empleados para inferir algo acerca de una población basándose en los datos obtenidos a partir de una muestra. Los datos estadísticos son cálculos aritméticos realizados sobre los valores obtenidos en una porción de la población, seleccionada según criterios rigurosos.

3.6. Método de Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva las medidas de tendencia central y de dispersión, posteriormente se evaluó las 32 variables de adaptación marginal, se aplicó la prueba F para determinar la igualdad de varianzas para poder aplicar la prueba “t” de Student para la comparación de medias teniendo en cuenta un nivel de significancia de 0.05 ($p < 0,05$). Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 20.0

3.7. Aspectos Éticos

Se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos en los experimentos y se presentó un consentimiento informado a los padres de los niños.

IV. RESULTADOS

Tabla N°1

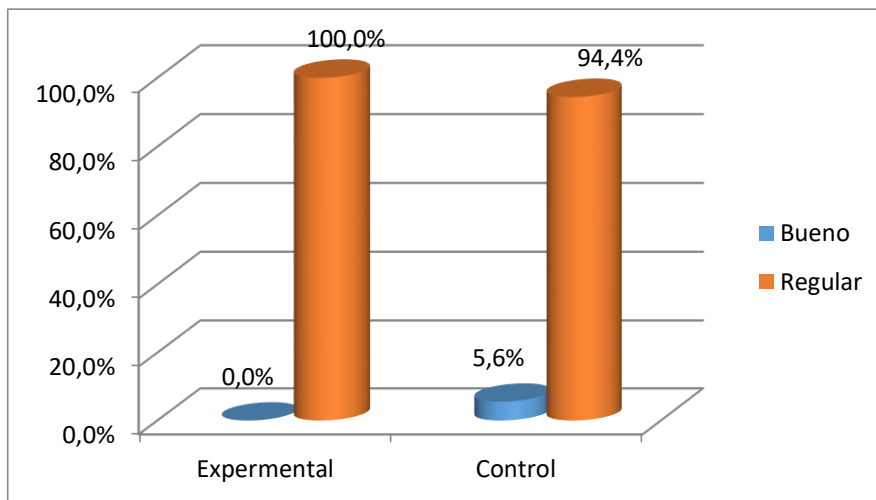
Nivel de IHO en el pretest entre el grupo control y el grupo experimental

IHO	Grupo				Total	
	Experimental		Control			
	N	%	N	%	n	%
Bueno	0	0,0%	3	5,6%	3	2,8%
Regular	54	100,0%	51	94,4%	105	97,2%
Total	54	100,0%	54	100,0%	108	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1

Nivel de IHO en el pretest entre el grupo control y el grupo experimental



Fuente: Elaboración propia

De la tabla y el gráfico se aprecia que del total de escolares del grupo experimental el 100% presentan IHO regular en el pretest y del total de escolares del grupo control el 94,4% presentan IHO regular en el pretest; del total de escolares del grupo experimental el 0,0%

presentan IHO bueno en el pretest y del total de escolares del grupo de control el 5,6 % presentan IHO bueno en el pretest.

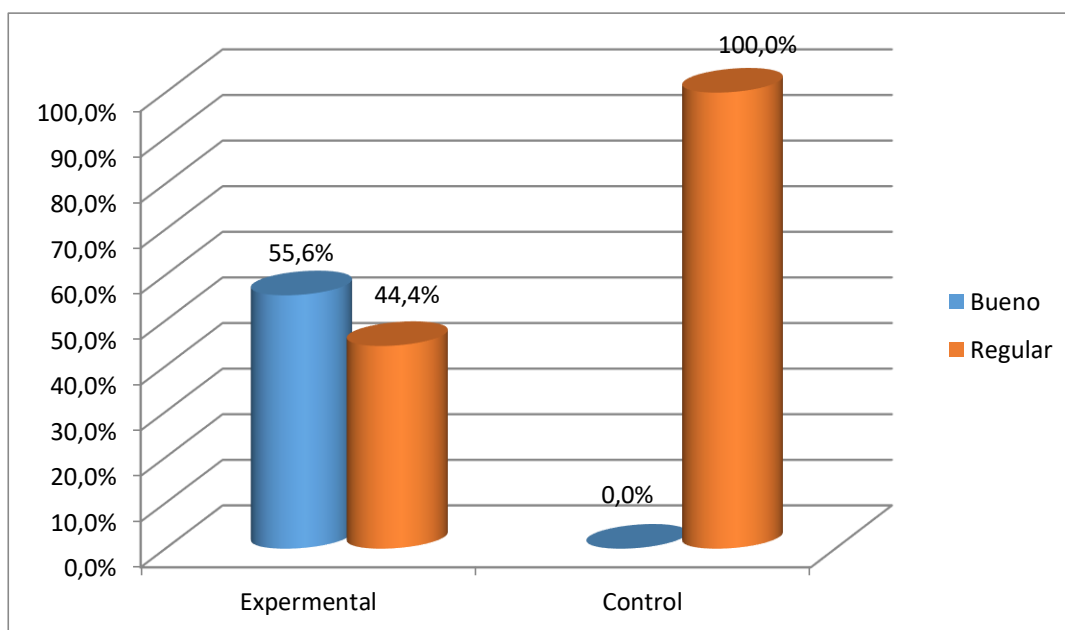
Tabla N° 2

Nivel de IHO en el postest entre el grupo control y el grupo experimental

	Grupo				Total	
	Experimental		Control			
	N	%	n	%	n	%
Bueno	30	55,6%	0	0,0%	30	27,8%
Regular	24	44,4%	54	100,0%	78	72,2%
Total	54	100,0%	54	100,0%	108	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia

De la tabla y el gráfico se aprecia que del total de escolares del grupo experimental el 55,6 % presentan IHO bueno y del total de escolares del grupo control el 0,0 % presentan IHO bueno en el postest; del total de escolares del grupo experimental el 44,4 % presentan IHO

regular y del total de escolares del grupo de control el 100,0 % presentan IHO bueno en el postest; del total de estudiantes del grupo experimental y control el 27,8% presentan IHO bueno y el 72,2% presentan IHO bueno en el postest.

Tabla N° 3

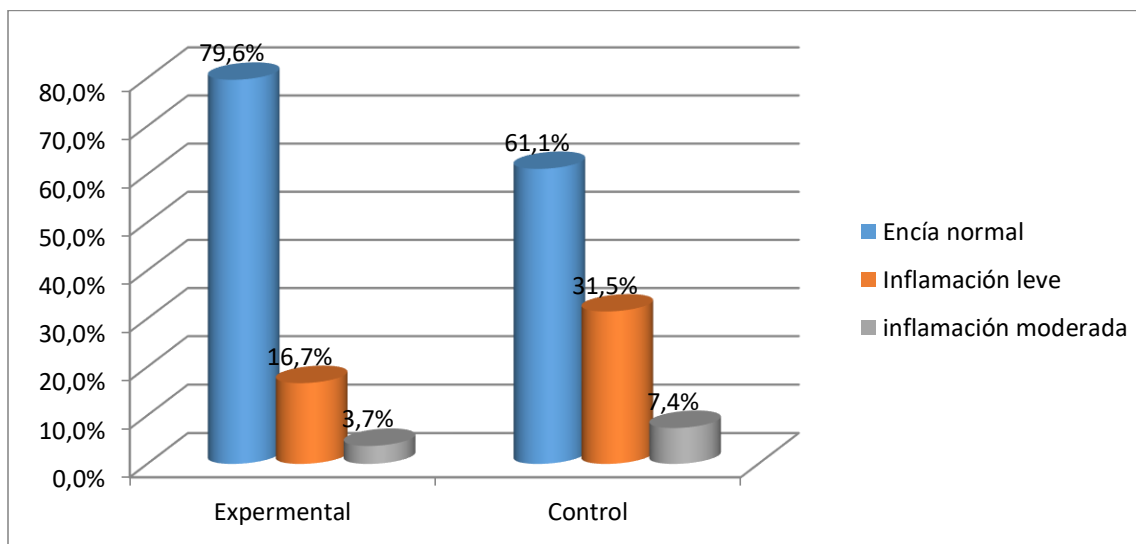
Sangrado gingival en el pretest entre el grupo control y el grupo experimental

Sangrado gingival	Grupo				Total	
	Experimental		Control			
	N	%	N	%	n	%
Encía normal	43	79,6%	33	61,1%	76	70,3%
Inflamación leve	9	16,7%	17	31,5%	26	24,1%
inflamación moderada	2	3,7%	4	7,4%	6	5,6%
Total	54	100,0%	54	100,0%	108	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3

Sangrado gingival en el pretest entre el grupo control y el grupo experimental



Fuente: Elaboración propia

De la tabla y el grafico se aprecia que del total de escolares del grupo experimental el 79.9% presentan encía normal y del total de escolares del grupo control el 61,1% presentan encía normal en el pretest; del total de escolares del grupo experimental el 16,7 % presentan inflamación leve y del total de escolares del grupo control el 31,5 % presentan inflamación leve en el pretest; el total de escolares del grupo experimental el 3,7 % presentan inflamación moderada y del total de escolares del grupo control el 7,4 % presentan inflamación moderada en el pretest.

Tabla N° 4

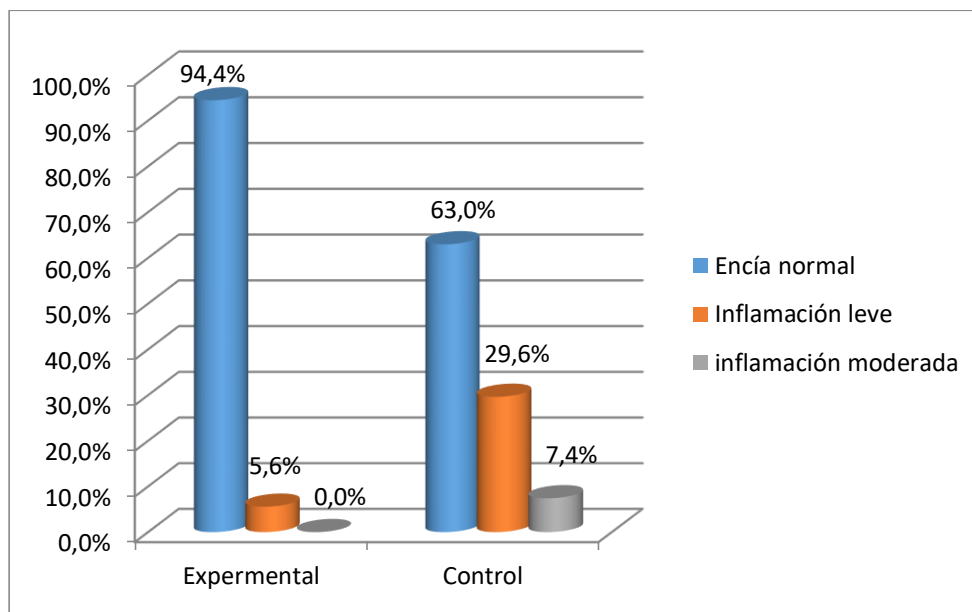
Sangrado gingival en el postest entre el grupo control y el grupo experimental

Sangrado gingival	Grupo				Total	
	Experimental		Control			
	n	%	N	%	n	%
Encía normal	51	94,4%	34	63,0%	85	78,7%
Inflamación leve	3	5,6%	16	29,6%	19	17,6%
inflamación moderada	0	0,0%	4	7,4%	4	3,7%
Total	54	100,0%	54	100,0%	108	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4

Sangrado gingival en el postest entre el grupo control y el grupo experimental



Fuente: Elaboración propia

De la tabla se aprecia que del total de escolares del grupo experimental el 94,4% presentan encía normal y del total de escolares del grupo control el 63,0% presentan encía normal en el postest; del total de escolares del grupo experimental el 5,6% presentan inflamación leve y del total de escolares del grupo control el 29,6% presentan inflamación leve en el postest; del total de escolares del grupo experimental el 0,0% presentan inflamación moderada y del total de escolares del grupo control el 7,4% presentan inflamación moderada en el postest.

Tabla N° 5

Comparación de medias del IHO en el pretest y postest entre el grupo control y el grupo experimental

	Pretest		Postest		T+	P
	Media	SD	Media	SD		
Experimental	1,66	,57	1,28	,91	2,4	0,01*
Control	1,32	0,03	1,33	0,00	1.7	0,08
T++	0,37		4,41			
P	0,70		0,000*			

+Prueba T para muestras relacionadas

++Prueba T para muestras independientes

* $p < 0,05$ existe diferencias significativas

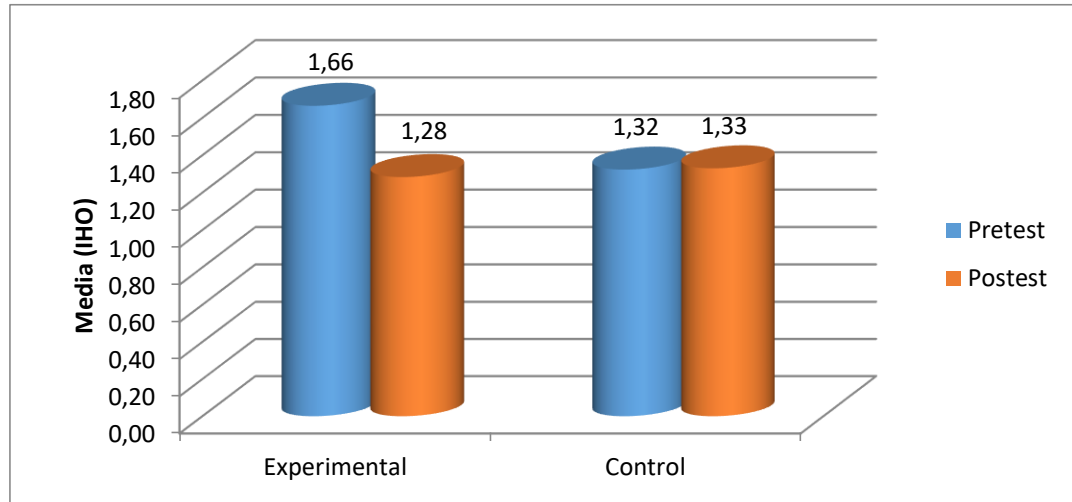
SD: Desviación estándar

De la tabla y el grafico se aprecia que en el grupo experimental la media del IHO en el pretets es 1,66 y la media en el postest 1,28, se encontró una reducción estadísticamente significativa $p < 0,05$

Comparando entre el grupo experimental y grupo control en el postest se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0,05$ observándose menor media del IHO en el grupo experimental.

Gráfico N° 5

Comparación de medias del IHO en el pretest y postest entre el grupo control y el grupo experimental



Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 6

Comparación de medias del Sangrado gingival en el pretest y postest entre el grupo control y el grupo experimental

	Pretest		Postest		T+	P
	Media	SD	Media	SD		
Experimental	0,24	0,51	0,06	0,23	2,4	0,02*
Control	0,48	0,67	0,46	0,66	1	0,32
T++	2,54		4,34			
P	0,60		0,000*			

+Prueba T para muestras relacionadas

++Prueba T para muestras independientes

* $p < 0,05$ existe diferencias significativas

De la tabla se aprecia que en el grupo experimental la media del Sangrado gingival en el pretest es 0,24 y la media en el posttest 0,06, se encontró una reducción estadísticamente significativa $p < 0,05$

Comparando entre el grupo experimental y grupo control en el posttest se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0,05$ observándose menor media del IHO en el grupo experimental.

V. DISCUSIÓN

La educación para la salud hace que el individuo adquiera conciencia sostenida en la identificación y solución de los principales problemas de salud.

Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Forma parte de la ciencia preventiva definida como todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible y está relacionada con la promoción de salud que se sustenta en medidas preventivas que actúan sobre la protección de la salud, pero se diferencia de estos en que es la salud positiva (aumento de la salud) y no solo su conservación.

La educación sobre la salud dental se dirige con más frecuencia a los niños de edad escolar, los cuales, mayoritariamente, son el blanco favorito, en particular de las escuelas primarias. El refuerzo regular es sin duda importante y se obtendrán mayores beneficios si se pudieran incluir a los padres, pero no siempre es posible.

Nuestros resultados evidencian en el grupo experimental que la media del IHO en el pretest es 1,66 y la media en el posttest es 1,28. Se encontró una reducción estadísticamente significativa $p < 0,05$. Comparando el grupo experimental y grupo control en el posttest, se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0,05$ observándose menor media del IHO en el grupo experimental, asimismo, de la tabla se aprecia que en el grupo experimental la media del Sangrado gingival en el pretest es 0,24 y la media en el posttest es 0,06, se encontró una reducción estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Comparando el grupo experimental y grupo control en el posttest se observa que existe diferencias estadísticamente significativa $p < 0,05$, observándose menor media del sangrado gingival en el grupo experimental. Estos resultados coinciden con la investigación de García (2018). En dicha investigación se llegó a la conclusión de que existe la necesidad de impartir programas educativos de educación para la salud bucal dirigido a los docentes en relación a que ellos presentan un conocimiento deficiente en relación a la higiene oral; así como malos hábitos de higiene oral, además de que las necesidades que presentan para un tratamiento odontológico son elevadas. ⁽¹⁾ Los resultados de Machaca y Gonzáles (2017) en su evaluación de la intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la Universidad Andrés Bello - Chile (UNAB), arribaron en que el grupo que se intervino tuvo un índice de higiene oral (IHO) regular, y en el otro grupo del estudio se obtuvo un IHO bajo o deficiente. ⁽²⁾ López (2016), encontró diferencias significativas en donde se puede verificar que el nivel de conocimientos sí influye considerablemente en las prácticas. ⁽³⁾ Huamanchumo (2017), concluyó que al nivel de conocimientos sobre salud bucal fueron estratificados en tres niveles: bajo, regular y alto. Los resultados que se obtuvieron fueron que un 60,0 % tuvo un nivel regular de 40,0 % ⁽⁴⁾ Luna (2017) llega a la conclusión de que existe relación entre el nivel de conocimiento que presentan los padres y docentes con el Índice de higiene bucal que presentaban los niños con capacidades especiales. ⁽⁵⁾ Llanos (2016) encontró como principales resultados que el nivel de conocimiento en relación a la salud oral es en general, regular y representó un 75,0 %, en relación a los conocimientos sobre medidas preventivas en salud oral, se obtuvo un 70,0 % de nivel regular, llegando a la conclusión en el presente estudio que el nivel de conocimientos en relación a salud oral que tienen los docentes es de nivel regular. ⁽⁶⁾ Quispe (2018), desarrolló una investigación que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos sobre salud oral en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 del distrito de José Leonardo Ortiz, Chiclayo – Perú 2014, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia a un total de 32 docentes. En general, en relación al conocimiento sobre salud oral el 80% mostró nivel de conocimiento regular y el 20% un nivel de conocimiento bueno. ⁽⁷⁾ Paricoto (2017) concluyó que el proyecto fue eficiente ya que se logró incrementar el nivel de conocimiento de los niños y niñas 80%. ⁽⁸⁾ y una gran disminución de placa dentobacteriana desde el primero hasta tercer control realizado.

La educación para la salud dental en niños debe estar encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. ⁽¹⁴⁾

Tiene que dirigirse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud. ^(15,16)

Una educación verdadera es aquella que suministra al niño un acúmulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general. ⁽¹⁷⁾

Los niños en edad escolar temprana están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento diario, estas se convierten en patrimonio interior u orgánico de su personalidad, así se logrará responsabilizarlos de su propia salud y prepararlos para que al incorporarse a la comunidad en general sean capaces de adoptar estilos de vida sanos. ^(18,19)

Hoy día se promueve el trabajo con grupos y la aplicación de técnicas participativas no solo con la finalidad de transmitir información, sino de compartir opiniones y construir un nuevo conocimiento que ayude a identificar el problema, así como buscar soluciones para alcanzar la acción y el cambio. ¹²

Las técnicas afectivas-participativas permiten desarrollar un proceso de discusión y reflexión, colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar realmente el conocimiento colectivo y desarrollar una experiencia de reflexión educativa común. Muchas de estas posibilitan tener un punto de referencia común para que los participantes aporten experiencias particulares que enriquezcan y amplíen las colectivas. ^{13,14}

Las actividades de promoción y educación para la salud son la base para lograr cambios en la situación de salud estomatológica, pues permiten identificar y actuar sobre los diversos factores que determinan el autocuidado (se refuerzan los favorables y se remueven los desfavorables).

Actualmente, la aplicación de los conocimientos en la esfera de la psicología han permitido lograr mejores resultados en el aprendizaje-asimilación-motivación-acción-cambios favorables, más sistemáticos que con la educación tradicional, pues las personas aprenden mejor cuando participan en la construcción del conocimiento, es por ello que las nuevas concepciones deben ser incorporadas en la práctica estomatológica de nuestros días, por lo que los profesionales de la estomatología tienen que estar preparados para las demandas crecientes de orientaciones de salud por parte de personas, familias y comunidades motivadas y comprometidas por su salud bucal. ¹⁵

La necesidad de la prevención estomatológica integral es cada vez más urgente al profundizarse en las causas de los problemas estomatológicos y al comprender que por mucho tiempo se ha prestado mayor importancia a la reparación de los daños que a evitar la influencia de factores desencadenantes en la patogénesis de estos.

En estomatología general integral la prevención también debe ser integral, pues se trata de una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos. Se deben jerarquizar las acciones en relación con la salud bucal y el principal objetivo debe ser mantener la salud en familias, comunidades e individuos, a través de acciones de prevención, muy bien dirigidas y planificadas.

VI. CONCLUSIONES

- La salud gingival mejora significativamente después de aplicar la promoción de salud bucal y gingival en los niños de 10 a 12 años en la Institución Educativa José Jiménez Borga-2019
- Existe una disminución estadísticamente significativa del IHO después de aplicar la promoción de salud bucal, y una disminución estadísticamente significativa del IHO en el grupo experimental en relación al grupo control después de aplicar la promoción de salud bucal.
- Existe una disminución estadísticamente significativa del sangrado gingival después de aplicar la promoción de salud bucal, y una disminución estadísticamente significativa del sangrado gingival en el grupo experimental en relación al grupo control después de aplicar la promoción de salud bucal.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar un programa específico preventivo y promocional en niños de 10 a 12 años de edad y a sus padres, en los diferentes centros hospitalarios, centro educativo y postas médicas, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal.
- Utilizar el material de restauración dental adecuado considerando siempre el riesgo estomatológico del niño.
- Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base tanto para trabajos en salud pública, como para la práctica independiente.
- Se recomienda al profesional formar grupos de investigación poco numerosos para una mejor coordinación y mayor eficiencia.
- Incentivar las actividades preventivas en el IE, pues los beneficios obtenidos son considerable, en ese sentido la atención primaria, es fundamental para conseguir resultados sobresalientes.

REFERENCIAS:

1. García, N. (2018) Rol del maestro en el programa de salud oral escolar, Madrid – España (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). (Acceso 7 /10 2020).
2. Machaca y Gonzáles (2017) Intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la Universidad Andrés Bello - Chile
3. López G., (2016) Nivel de Conocimiento sobre y prácticas de Salud Bucal en padres /encargados de niños en el área de Odontopediatria en la facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador
4. Bravo Pablo, Fernando S. Christian (2016), “Prevalencia de la enfermedad gingival en niños de 6 a 12 años de la escuela José María Velasco Ibarra, Cuenca 2013-2014”. Para optar el título de Cirujano Dentista. Ecuador
5. Badillo M. Faviola (2016); “Programa de prevención y control de placa Dentobacteriano en niños de 7 a 8 años de edad de la primaria “Alfonso Arroyo Flores de Poza Rica, Ver”. Para obtener el título de Cirujano Dentista México.
6. Barreno G. Elizabeth (2017); “Proyecto educativo para promover la higiene buco-dental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Miguicho Adentro. Cantón Santa Ana, Provincia Mnaabí, 2011”; para optar por el título de Licenciada de promoción y cuidados de la salud. Ecuador.
7. Cherrez C. Cynthia (2015) “Prevalencia de placa bacteriana y cálculos en estudiantes de 14 a 19 años del instituto tecnológico Benito Juárez de la ciudad de Quito. Población a investigar 300 estudiantes. “Ecuador.
8. Espinoza, Erika Marisol. (2018) Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Artículo de revisión, consultado el (16-11-16) file:///C:/Users/Familia/Downloads/37-128-1-PB.pdf
9. Caridad, Yalili y col. (2017) “Estado de salud bucal en escolares del Seminternado “30 de noviembre”, Artículo original, consultado el (16/11/16).file:///C:/Users/Familia/Desktop/Nueva%20carpeta/ART%20C3%20DCULO%20ORIGINAL%20Estado%20de%20salud%20bucal%20en%20escolares%20del%20Seminternado%20E2%80%9C30%20de%20Noviembre%20E2%80%9D%20Oral%20health%20in%20schoolchildren%20of%20&q.htm

10. Castillo, Ramón. (2016) Estomatología Pediátrica Primera Edición Madrid; Editora Ripano S.A P 323 – 332.
11. Elías MC Y Arellano C, S. (2018) odontología para bebés. Fundamentos Teóricos y Prácticos para el clínico para el clínico Madrid; Editora Ripano S.A; P .293-338.
12. Choque Larrauri R. Comunicación y educación para la promoción de la salud.(2018) <<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>>
13. La práctica de la vigilancia en salud pública. Un nuevo enfoque en la República de Cuba. <<http://www.sld.cu/vigilancia/documento.html>> [consulta: 12 junio 2015].
14. Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Martínez Canalejo H, Salamanca Villazón L, Felipe Torres S. Algunos factores coadyuvantes del bienestar del niño y su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol 2018; 45 (3-4) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000300002&script=sci_arttext> [consulta: 12 junio 2011].
15. Clínica médica dental. La oclusión y sus trastornos. <http://www.clinicafernandezdegatta.com/cl%EDnica_m%E9dica_dental_009.htm> [consulta: 12 julio 2011].
16. Rodríguez Llanes R, Traviesas Herrera EM, Lavandera Carballido E, Duque Hernández M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol 2014; 46(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_2_09/est06209.htm>[consulta: 12 julio 2011].
17. Huamanchumo, V. (2017). Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación primaria del Colegio La Cantera, La Esperanza, La Libertad, 2015 (Tesis para optar el título de Cirujano Dentista, Universidad Los Angeles de Chimbote)
18. Luna c., (2017) Relación del nivel de Conocimiento en Salud Bucal de los padres de familia y profesores con la higiene Oral de los Niños con Capacidades 67 especiales Puno.(Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista)
19. Llanos, C. (2016) Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de secundaria de la I.E N° 88014. “José Olaya” del distrito de Chimbote, provincia del Santa, región Ancash,

año 2015. (Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista, Universidad los Angeles de Chimbote)

20. Quispe, H. (2015), Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 del distrito de José Leonardo Ortiz, Chiclayo

21. Paricoto, R. (2015) Influencia del Nivel de Conocimiento sobre salud bucal de las madres en la prevalencia de caries de los niños 6 a 11 años de las instituciones de educación primaria del distrito de Caminaca.(tesis de maestría, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez)

22. Torres O.Javier I (2016) Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13 años del albergue “Ciudad de Dios” y el colegio particular “Mi Buen Jesús” de Lima en el año 2010 para optar por el título de Cirujano Dentista, Perú

23. Alvarado R.Karla (2017) “Perfil epidemiológico del proceso de salud –enfermedad bucal de niños de 2-5 años en dos instituciones educativas en el distrito de Santiago de Surco-Lima en el año 2010”. Para obtener el título de Cirujano Dentista, Perú.

ANEXOS

Anexo N°1 Programa de capacitación

➤ Primera sesión:

Presentación de mi persona y una colega más y unas pequeñas charlas para animar a los niños relacionado con las estructuras de la cavidad oral.

➤ Segunda sesión

Aplicación la ficha clínica y el cuestionario, con la finalidad de medir el nivel de higiene de los escolares sobre salud bucal antes de la intervención

Aplicación del primer cuestionario, con el objetivo de medir los conocimientos de los alumnos sobre salud bucal antes de la intervención. Se realizó la primera medición del Índice de Higiene Oral Simplificado y sangrado gingival. Uso del revelador de placa se procedió a

la detección de la placa bacteriana, luego se registró en las fichas preparadas para este objetivo

Para incentivar a los niños a la higiene bucal se les entregaron cepillos cada aula.

➤ **Tercera sesión:**

En esta sección educativa se realizó por medio de una rota folio diseñado desde la estructura de la cavidad bucal, enfermedades bucales más recurrentes importancia de una dieta balanceada tratamientos preventivos Conocer que la caries dental y la gingivitis son enfermedades.

Reconocer los factores que están implicados en su formación.

- Exposición breve y sencilla del proceso de la caries dental y

Gingivitis, con ayuda de rota folio

➤ **Cuarta sesión**

Para incentivar a los escolares y reforzar con el cepillado dental utilizamos un macro modelo y macro cepillo, donde los escolares podían entender mejor la técnica de cepillado utilizamos la técnica de Bass modificada para mayor eliminación de placa bacteriana se controló y supervisó el cepillado de cada uno de los escolares.

➤ **Quinta sesión**

Presentación de diapositivas la realizamos en el auditorio para con dos secciones de 20 minutos para el primer grupo y 20 minutos el segundo grupo tuvo como objetivo explicarles a los niños que después del cepillado no deben olvidar de usar el hilo dental y lenguaje bucal cada tres meses visitar a su dentista para la profilaxis y fluorización

➤ **Sexta sesión**

Reforzado de cepillado dental con los escolares que aún tenían duda y evaluar su avance Se programó una última sesión de reforzamiento con todos los niños, donde se hizo un repaso general de los temas brindados,

➤ **Séptima sesión**

Segunda prueba Índice De Higiene Oral Simplificado

➤ **Octava sesión**

Segundo Cuestionario

Un compartir.

Anexo N°2 Índice gingival Silness y Loe

Grado 0: Encia normal

- Grado 1: inflamación leve
 - Ligero cambio de color
 - Ligero edema del margen gingival
 - No sangrado al sondaje

- Grado 2: inflamación moderada
 - El tejido se aprecia brillante y liso
 - Enrojecimiento moderado y edema
 - Sangrado al sondaje.

- Grado 3: inflamación severa
 - Edema y/o ulceración
 - Enrojecimiento marcado
 - Sangrado espontaneo

Anexo N° 3 Índice de higiene

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Índice cuantitativo: _____								Fecha: _____							
Índice cualitativo: _____								Investigador: _____							

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Índice cuantitativo: _____								Fecha: _____							
Índice cualitativo: _____								Investigador: _____							

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Índice cuantitativo: _____								Fecha: _____							
Índice cualitativo: _____								Investigador: _____							

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Índice cuantitativo: _____								Fecha: _____							
Índice cualitativo: _____								Investigador: _____							

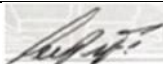
Anexo N°4 Instrumento de recolección de datos

escuela profesional de estomatología apreciación del instrumento de recolección de datos
 Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de apreciación de un instrumento de investigación; el presente formato servirá para que Ud. Pueda hacernos llegar sus apreciaciones respectivas sobre el instrumento de medición: Ficha Técnica de Investigación (FTI), a utilizar en la investigación titulada: **“Promoción de salud bucal y gingival en niños de 10 a 12 años en la Institución Educativa José Jiménez Borja 2019”**

A continuación, sírvase identificar el criterio y marque con un aspa en la casilla que usted considere conveniente, además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones. Agradecemos de antemano sus aportes que permitan validar el instrumento para así recolectar información veraz.

Criterios	Apreciación		Observaciones
	SI	NO	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación	X		
3. El instrumento responde a la Operacionalización de variable	X		
4. Los ítems responden a las hipótesis de estudio	X		
5. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
6. Los ítems están redactados en forma clara y sencilla	X		
7. El número de ítems es adecuado	X		
8. Los ítems del instrumento son válidos	X		
9. ¿Se debe de incrementar el número de ítems?		X	
10. Se debe de eliminar algún ítem		X	

Sugerencias para mejora el instrumento: **Ninguna**

Nombres y apellidos	ISRAEL ROBERT PARIAJULCA FERNANDEZ	DNI	40000243
Título profesional	CIRUJANO DENTISTA		
Grado académico	DOCTOR		
Mención	SALUD		
Lugar y fecha: Lima, 22 de NOVIEMBRE 2020	Firma:		

Anexo N°5 Cuestionarios de higiene Bucal

Escribe (SI) o (NO) la respuesta que usted crea la más conveniente:	SI	NO
1 Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista		
2 Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes		
3 Me preocupa el color de mis dientes		
4 Me ha dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes		
5 Usas un cepillo adecuado		
6 Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"		
7 Estoy preocupado por el color de mis encías		
8 Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario		
9 Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado		
10 Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien		
11 Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes		
12 A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme		
13 Me preocupo por tener mal aliento		
14 Es imposible evitar la enfermedad de las encías con buen cepillado de dientes		
15 Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista		
16 He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo		
17 Uso cepillo con cerdas duras		
18 Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente		
19 Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes		
20 He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien		

Anexo N° 6 Término de Consentimiento Informado

La presente investigación es realizada por el Bachiller en Odontología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. El objetivo de este estudio es determinar la **Promoción de salud bucal y gingival en niños de 10 a 12 años en la Institución Educativa José Jiménez Borja 2019**. La investigación consistirá en realizar una capacitación mediante exposiciones que incluirá videos y fotografías sobre hábitos bucales deletéreos, para lo cual los docentes resolverán un cuestionario previa y posterior a la capacitación. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus informaciones recolectadas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Usted no tendrá ningún gasto y también no recibirá cualquier valor en dinero por haber participado del estudio, siendo comunicado al finalizar los resultados obtenidos.

Desde ya le agradecemos su participación. Mediante el presente documento yo..... Identificado (a) con DNI....., acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el bachiller He sido informado (a) sobre el objetivo y procedimientos que serán realizados durante el desarrollo del estudio Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Firmo en señal de conformidad:

Fecha:

Investigador:.....

Apoderado

DNI:

Anexo N°7 Solicitud a Universidad Roosevelt



UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN ROOSEVELT

SOLICITO: Al Decano la autorización escrita para la ejecución del trabajo de campo de mi proyecto de tesis

SEÑOR: Dr. Gregorio Robles Vargas, Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt del Perú.

Yo, **Severino Moreno Gutiérrez** alumno de la Universidad, con código de matrícula 1513260, de la carrera de Estomatología, egresado con DNI 45599227, a usted respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo elaborado mi proyecto de tesis en la asignatura de “Seminario de Tesis”, solicito a usted generar un documento que me facilite la ejecución de mi proyecto titulado: “PROMOCION DE SALUD BUCAL Y GINGIVAL EN NIÑOS DE 10 A 12 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA JOSE JIMENEZ BORJA. LIMA 2019. LIMA-PERÚ”.

Dicha institución educativa es dirigida por el docente Edilberto Sánchez Cotrina quien cumple las labores de dirección de dicho colegio, la misma que tengo la autorización para realizar mi proyecto de tesis.

Por lo tanto, Pido a usted dar trámite no sin antes reiterar las muestras de mi estima personal y especial consideración.

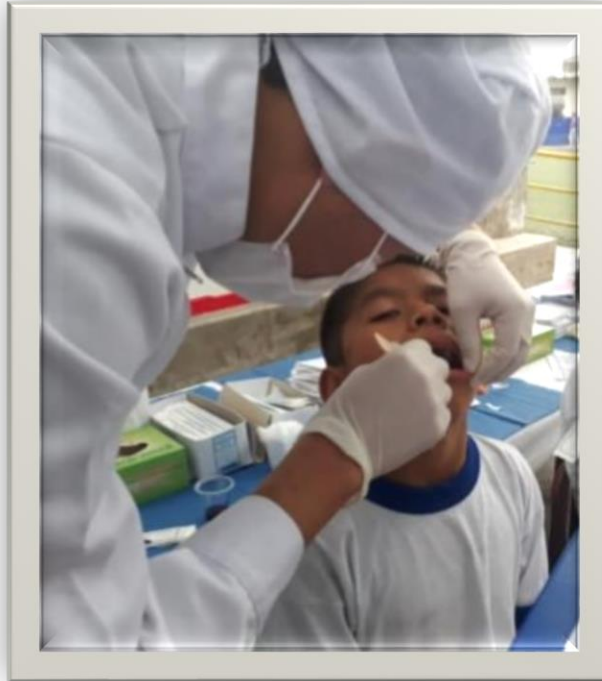
Lima..... de.....del 2019

FOTOGRAFÍAS: N°1

Charlas Educativas



FOTOGRAFIA: N°2
Índice de Higiene



Demostración de Técnica de Cepillado

