

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES  
EDUCATIVAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL  
PADRE/MADRE SOBRE SALUD ORAL Y LA HIGIENE BUCAL EN  
SUS HIJOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 11239-LAS DUNAS DE  
LA PROVINCIA DE LAMBAYEQUE, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**AUTORES:**

**TABOADA BARRAGAN, FLOR LILIANA**

**VEGA PAZ, KARLA LUCRECIA**

**Chiclayo, 13 de Febrero del 2019**

**COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE INTERVENCIONES  
EDUCATIVAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL  
PADRE/MADRE SOBRE SALUD ORAL Y LA HIGIENE  
BUCAL EN SUS HIJOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
11239-LAS DUNAS DE LA PROVINCIA DE LAMBAYEQUE,  
2018**

PRESENTADA POR:

**TABOADA BARRAGÁN FLOR LILIANA**

**VEGA PAZ KARLA LUCRECIA**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

APROBADA POR:

---

Mgtr. Esp. CD. María Elizabeth Cruz Flores  
PRESIDENTE

---

Mgtr. Esp. CD. Juan Carlos Julca Lévano  
SECRETARIO

---

Mgtr. Esp. CD. Miriam de Jesús Arellanos Tafur  
ASESOR

**Chiclayo, 13 de Febrero de 2019**

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, por siempre estar a mi lado y ser mi fortaleza para seguir adelante, a mi padre, hermana y padrinos por brindarme apoyo moral y económico durante el desarrollo y transcurso de la carrera profesional para así poder concluir satisfactoriamente mis estudios, de igual manera a todos los investigadores para que este trabajo les pueda servir en futuras investigaciones y de esa forma poder mejorar la calidad de salud bucal de los niños de la región.*

*A mis padres, por darme siempre desde pequeña lo mejor para mi formación tanto en mi desempeño académico y personal, a mis abuelos y hermano por ser el tronco que necesito para mi sostén de cada día, finalmente todos los profesionales que ayudaron a concluir este estudio que espero de un granito de arena para mejorar las posturas que tenemos sobre la realidad de la salud bucal de los niños de la comunidad*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por darnos la sabiduría y fuerza para poder concluir nuestra primera meta académica, así también agradecemos a los doctores de la escuela de odontología, en especial a nuestra asesora Miriam Arellanos, por darnos su tiempo y conocimientos a lo largo de esta investigación.*

## RESUMEN

El objetivo del estudio es comparar los conocimientos sobre salud bucodental de los padres y nivel de higiene oral de sus hijos antes y después de un programa educativo. Respecto a metodología el enfoque es cuantitativo, nivel de investigación aplicativo, tipo de estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, experimental y el diseño cuasi experimental, participaron 92 niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239 de Lambayeque y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: el grupo A: intervenidos con un programa motivacional y el grupo B: intervenidos con un programa tradicional, ambos con el mismo contenido y fueron impartidos en las mismas fechas. En el estudio se evaluó el IHO-S de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, ambos pre y post intervenciones educativas. Respecto a los resultados, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa comparando una intervención motivacional y una tradicional en el IHO-S y el nivel de conocimiento ( $p= 0.136$  y  $p= 0.409$ ). Se observó una mejora en la frecuencia del IHO-S post intervenciones, logrando una diferencia significativa en la intervención tradicional ( $p=0,001$ ), y en la intervención motivacional ( $p=0,001$ ), a diferencia del nivel de conocimiento pues este sí mostró un cambio de frecuencia entre ambas intervenciones, con una diferencia significativa en la intervención motivacional ( $p= 0.001$ ), a comparación de la tradicional. Se concluyó que las intervenciones motivacionales son igual de efectivas que las intervenciones tradicionales, respecto al IHO-S en niños entre 3 y 5 años de edad, sin embargo, la intervención motivacional fue más efectiva que la tradicional respecto al nivel de conocimiento de los padres.

Palabras claves: salud bucal, intervenciones educativas, higiene bucal, nivel de conocimiento

## ABSTRACT

The aim of the study is compare the parents's oral health knowledge and the oral hygiene level of their children before and after an educational program. Regarding methodology, the approach is quantitative, level of research application, type of prospective study, longitudinal, comparative, experimental and quasi-experimental design, 92 children participated at the initial level of the Educational Institution 11239 Lambayeque and their respective parents, divided in two groups: group A: intervened with a motivational program, and group B: intervened with a traditional program. Both programs will have the same content and will be taught at the same time. The study evaluated IHO-S of the children knowledge's level of the parents, both pre and post educational interventions. Regarding the results, A difference was not obtained comparing a motivational intervention and a traditional one in IHO-S and knowledge's level ( $p = 0.136$  and  $p = 0.409$ ), in although an improvement was seen in the IHO-S's frequency post interventions , it achieve a significant difference in the traditional ( $p = 0,001$ ), and in the motivational ( $p = 0,001$ ), different to the knowledge's level because this one did show difference in frequency between both interventions, with a significant difference in the motivational intervention ( $p = 0.001$ ) compared to traditional .In conclusion, motivational interventions are as effective as the traditional ones for the change of IHO-S in children between 3 and 5 years, but the motivational intervention is better to increase the level of knowledge of the parents.

Keywords: oral health, educational interventions, oral hygiene, level of knowledge

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3. POBLACIÓN.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....</b>	<b>26</b>
<b>3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>27</b>
<b>3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>29</b>
<b>3.7 PROCEDIMIENTOS .....</b>	<b>29</b>
<b>3.8. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....</b>	<b>33</b>
<b>3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>34</b>
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>45</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>50</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....</b>	<b>51</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>54</b>

## I. INTRODUCCIÓN

Un estudio epidemiológico realizado en el 2002 por el Ministerio de Salud en Perú, estimó que la prevalencia a nivel nacional de caries en alumnos del nivel inicial y primaria fue de 90.43%, mientras que el promedio de dientes (cariados, perdidos y obturados) es de 5.84% por alumno, es decir que un alumno puede tener hasta 5 dientes afectados.<sup>1</sup>

Lo básico para cuidar la salud bucal de los niños es una constante participación de los padres o tutores, es por ello se les debe ser educar y concientizar, y así enseñarían tempranamente a sus hijos comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal<sup>1</sup>, para ello es necesario realizar más intervenciones educativas, las cuales no son resaltadas al momento de hacer programas de prevención oral<sup>2</sup>. Y esto se debe de realizar más aún, si sabemos que en la actualidad las diferentes ideas de los padres son preocupantes pues un gran número de ellos aún no considera la dentición primaria importante.<sup>3</sup>

La literatura destaca la importancia de la educación sobre higiene bucal hacia los niños, sin embargo los padres y/o responsables de ellos muchas veces no tienen la información básica y necesaria sobre los diferentes cuidados para mantener una buena higiene y salud oral<sup>1</sup>, es por eso que este estudio fue realizado en centros educativos de nivel inicial, ya que los primeros 71 meses de vida en los niños son importantes para adquirir una buena cultura sobre salud oral por parte de sus padres<sup>4</sup>, pues ellos son los responsable de la condición bucal de los niños en este periodo de sus vidas.

El número limitado de estudios en odontología aplicando las técnicas de Intervención Motivacional (IM) y sus resultados contradictorios señalan la necesidad de realizar un mayor número de investigaciones relacionadas con diversas poblaciones, para comprender qué papel puede desempeñar la intervención motivacional en la mejora de la salud oral de los pacientes infantiles<sup>5</sup>, existiendo por tanto la necesidad de efectuar intervenciones para mejorar la salud bucal de los niños a temprana edad.

Es por ello que el propósito de este estudio es saber si existe una diferencia al realizar diferentes tipos de intervenciones educativas, saber si hay una que sea mejor que otra y de la misma forma saber si estas de verdad pueden hacer un cambio en la realidad cognitiva y practica en la población a la cual se le dicta. Por tanto en el estudio se plantean los siguientes objetivos:

## Objetivo General

Comparar una intervención educativa motivacional y una intervención educativa tradicional en el nivel de conocimiento de padre/madre sobre salud bucal y en la condición de higiene bucal de sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018

## Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento de padre/madre de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018 sobre salud bucal antes y después de intervención tradicional y motivacional
2. Determinar el índice higiene oral de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018 antes y después de una intervención tradicional y motivacional
3. Determinar la frecuencia del Índice de higiene bucal de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención educativa tradicional, según su edad.
4. Determinar la frecuencia índice de higiene bucal de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención educativa motivacional, según su edad
5. Determinar la frecuencia del nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y su grado de instrucción en la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del problema

Naidu, Nunn, Irwin<sup>6</sup> compararon el efecto de una intervención motivacional, en un grupo de ensayo aleatorio controlado y un grupo de prueba semi-estructurado donde los padres y cuidadores en el grupo de prueba de 25 personas recibieron una charla sobre salud dental usando un enfoque de intervención motivacional y el grupo control de 54 personas solo recibieron una charla usando educación en salud dental tradicional, concluyeron en su estudio que el uso de una intervención motivacional tuvo un efecto positivo en el conocimiento de los padres / cuidadores sobre la salud oral en comparación con la educación en salud dental tradicional.

Álvarez y col.<sup>5</sup> determinaron la efectividad a corto plazo de una intervención basada en la entrevista motivacional (EM), en la reducción del índice de placa bacteriana en niños de entre 7 y 12 años en comparación con el modelo informativo tradicional (MIT) realizando un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego, con 30 pacientes y dos grupos activos de intervención, examinando a todos los participantes con el índice de placa bacteriana (O'Leary). A los 3 meses postintervención que la placa bacteriana determinada por el índice de O'Leary disminuyó en ambos grupos y concluyeron que desde una perspectiva a corto plazo que una sesión breve de EM logró reducir los índices de placa bacteriana en pacientes infantiles, pero no demostró ser más eficaz que el MIT.

Bosch R, Rubio A, Garcia H.<sup>7</sup> relacionaron los conocimientos sobre salud bucodental en las madres de familia y el nivel de higiene oral de sus hijos antes y después de una intervención educativa. Dictaron tres tipos de charlas educativas a 50 niños y a sus madres, así también se hizo el registro de los resultados del índice de O'leary en los niños antes y después de las charlas educativas. Concluyeron que los conocimientos de las madres y de sus niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa.

González R. y col.<sup>8</sup> 1 Realizaron un estudio de tipo prospectivo, longitudinal, a 224 preescolares de 3, 4 y 5 años de la I.E.I Niño Jesús de Praga-Lima y sus respectivos padres, donde tuvo como objetivo comparar la influencia de dos programas educativos en la salud

bucal. Dividieron en dos grupos: grupo A: empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: que solo utilizó metodología expositiva. En los preescolares se evaluó el estado de higiene bucal pre, en proceso y post intervención con el IHOS, y el nivel de conocimiento en salud bucal pre y post intervención con una encuesta. En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario. Los resultados fueron en los preescolares el IHOS fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05, Concluyeron que el programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ( $p < 0,05$ ), ya que tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando así la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.

Borrelli, Tooley, Scott-Sheldon<sup>9</sup> presentaron un metanálisis sobre la intervención motivacional a los padres para mejorar el comportamiento de la salud pediátrica; para ello se revisaron 25 artículos desde agosto del 2014. Se tuvo como criterio de inclusión: examinar comportamientos modificables de salud pediátrica; la intervención motivacional usada consistió en realizar un ensayo controlado aleatorio con un grupo de comparación y se llevó a cabo la intervención con sólo un padre o ambos e hijo; el estudio concluyo que se presenta una mejora cuando se brindan entrevistas motivacionales a los padres y los niños para así mejorar sus conductas de salud pediátrica.

## **2.2. Bases Teórico Científicas**

### **2.2.1. Promoción de la salud oral**

La promoción es definida como “el acto de fomentar el crecimiento o desarrollo de algo”. Es el proceso por el cual los individuos y las comunidades adquieren la capacidad de controlar los determinantes de su salud y, en consecuencia, mejorarla, por eso es considerada un elemento esencial para el desarrollo de la salud .<sup>10</sup>

La promoción de la salud se asienta en el principio de los determinantes de la salud y, por tanto, en el reconocimiento de la importancia que para la salud de los individuos tiene el contexto social y medioambiental en el que viven. A diferencia de la práctica asistencial

tradicional, en la que los valores de los profesionales de la salud prevalecen y son determinantes, la promoción de la salud adopta un enfoque más participativo. Es decir, frente a un modelo en el que se enfatizan actuaciones preventivas sobre el individuo asumiendo que este es el único responsable de su estilo de vida y, por ello, de sus posibles conductas de riesgo, el modelo de promoción de la salud reconoce la necesidad de cambiar las condiciones en las que los individuos viven en un sentido más saludable.<sup>10</sup>

Las actividades de la promoción de la salud comprenden educación, prevención, protección y legislación; y todas están relacionadas a los conceptos de salud positiva, bienestar y estilos de vida.<sup>10</sup>

La orientación hacia la promoción de la salud oral ha sido señalada por la Organización Mundial de la Salud como una prioridad, y establece que las estrategias sanitarias deberían encaminarse en esta dirección. Ayudar a los pacientes a adquirir o modificar comportamientos es uno de los mayores retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en su trabajo clínico diario y también puede convertirse en un reto complicado para las familias, sobre todo cuando se trata de realizar cambios en las rutinas diarias de la población infantil.<sup>10</sup>

Desde la década de 1960, la práctica odontológica se ha centrado cada vez más en las tareas de prevención. Los métodos educativos para la promoción de la salud se desarrollan desde entonces en forma de modelos unidireccionales (modelo informativo tradicional o MIT), que consisten en brindar un simple consejo informativo que suele convertirse en un ejercicio de persuasión y otra basada en entrevista motivacional.<sup>5</sup>

### **2.2.1.1 Programa Educativo**

Un Programa Educativo es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetos diseñados institucionalmente y orientadas a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Se caracterizan por su condición de experimentalidad en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos a favor de necesidades sociales y educativas que los justifican.<sup>11</sup>

Idealmente los programas de educación escolar deben existir para ayudar a que la población realice por sí misma los procedimientos preventivos primarios y enseñar a todas las personas a reconocer la presencia de las enfermedades orales. Con la instrucción apropiada es posible hacer comprender a la población general que debe asumir una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud oral.<sup>11</sup>

Se utiliza para referirse a un plan sistemático diseñado por el educador como medio al servicio de las metas educativas.

Algunos de los fundamentos para la existencia de programas de Educación para la Salud se basan, principalmente, en una serie de funciones educativas, sociales y sanitarias:

- a) Función educativa, como parte de una educación integral, ya sea desde el punto de vista cultural (actitudes frente a la salud, modelo de vida, conocimiento de los problemas).
- b) Función social, en cuanto que implica lazos y relaciones entre diversos componentes sociales que giran en torno al mundo del niño, como son la familia.
- c) Función preventiva, como instrumento fundamental de la promoción de la salud.<sup>12</sup>

Para su elaboración como su posterior evaluación —dos procesos que deberían guardar armonía y coherencia— debe tomarse en consideración algunas cuestiones importantes:

- a) Todo programa debe contar con unas metas y objetivos que han de ser educativos.
- b) Metas y objetivos deben estar acomodados a las características de los destinatarios en su contexto de referencia y ser asumidos como propios por los agentes del programa.
- c) El programa ha de estar claramente especificado y detallado en todos sus elementos.
- d) Ha de incorporar un conjunto de medios y recursos que, además de ser educativos, deben ser considerados como suficientes, adecuados y eficaces para el logro de metas y objetivos.
- e) Necesita de un sistema capaz de apreciar tanto si metas y objetivos se logran como de poner de relieve, en caso de que así no sea, o de que lo sea a niveles insuficientes o insatisfactorios, dónde se producen las disfunciones y carencias y, a ser posible, las causas de las mismas.<sup>13</sup>

### **2.2.1.1.1. Intervención Educativa**

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza y aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado.<sup>14</sup>

En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos.<sup>14</sup>

#### **2.2.1.1.1.1. Intervención Educativa Tradicional (IET)**

Esta es una de las técnicas de enseñanza más utilizadas en educación para la salud. Consiste en brindar un simple consejo informativo que suele convertirse en un ejercicio de persuasión. Una persona frente a un grupo grande o pequeño, hace una presentación hablada de uno o más temas.<sup>5, 15</sup>

La teoría que sustenta este modelo es que, una vez que las personas han adquirido los conocimientos y las habilidades necesarias, modificarán su comportamiento para mantener una salud oral óptima. Este modelo no tiene en cuenta que la motivación es un ingrediente esencial en el proceso de cambio, por lo que proporcionar al paciente una gran cantidad de información sin motivación previa no producirá ninguna modificación en la conducta.<sup>5</sup>

Se sabe de las limitaciones de esta técnica, pero también se sabe que es fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. La efectividad de una charla depende la calidad de presentación, centrarse de lleno en el tema principal de forma amena y con un timbre de voz fuerte de manera que atraiga la atención de la audiencia.<sup>15</sup>

#### **2.2.1.1.1.2. Intervención Educativa Motivacional (IEM)**

La intervención motivacional está centrada en el paciente, el educador intenta comprender las expectativas, creencias, perspectivas y preocupaciones del paciente acerca de cómo cambiar

sus comportamientos de salud bucal. Una intervención motivacional ve el cambio de comportamiento como una asociación entre el paciente y el consejero / educador de salud que respeta la autonomía, permitiendo que el paciente se sienta comprometido, comprendido y empoderado.

A los pacientes se les da la autonomía para tomar sus propias decisiones sobre el cambio, lo que ha demostrado aumentar el compromiso con el cambio.<sup>16</sup>

La IEM ha demostrado ser una herramienta prometedora en la preservación de la salud bucal de bebés y niños, con la intervención dirigida a sus padres.<sup>5</sup>

El enfoque de la intervención motivacional, se basa en una breve sesión de consejería empática donde se ayuda al padre/madre a explorar y verbalizar las razones para cambiar el comportamiento de salud y para encontrar las razones del cambio en sí. El ímpetu para el cambio proviene de la persona y no es impuesto por el consejero.<sup>16</sup>

Hasta el momento, las intervenciones de IEM realizadas en Odontopediatría se han centrado en obtener una mejora de los hábitos de higiene oral, en la adhesión al tratamiento, la dieta y en la promoción de conductas de prevención en niños con alto riesgo de caries y enfermedad periodontal. Todos los estudios publicados se han basado en intervenciones dirigidas a los principales cuidadores, sin aplicar directamente la IEM con el niño, sin tener en cuenta la etapa del desarrollo cognitivo en la que estos se encontraban.<sup>5</sup>

Los beneficios esperados de las intervenciones motivacionales son a largo y corto plazo. A corto plazo es el mejor conocimiento de la salud oral, comportamientos y autoeficacia de los padres / cuidadores; y así también a largo plazo es mejorar el estado de salud oral de los niños con reducción en la experiencia de la enfermedad dental donde el tratamiento que se requiere será mínimo.<sup>16</sup>

La lúdica es un instrumento formativo y educativo en la medida en que permite despertar el interés, así como motivar y acercarse emocionalmente a la realidad. Crea además un espacio en el cual el participante se siente confiando y descubre sus capacidades o potencialidades, activándolas y disponiendo de ellas, para lograr un aprendizaje significativo. Este aprendizaje puede aplicarse en muy diversos sectores: educativo, organizacional, comunitario, salud, otros; y orientado hacia el desarrollo de diferentes y variados programas como prevención del consumo de drogas y otros problemas de carácter social.<sup>11</sup>

### **2.2.2. Prevención de salud oral**

La prevención y la promoción persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia en la enfermedad. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la promoción es maximizar los niveles de salud.<sup>10</sup>

Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva. La promoción de la salud engloba la prevención, pero su campo de acción es mucho más amplio.<sup>10</sup>

Prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. En este sentido cualquier actuación odontológica puede considerarse preventiva.<sup>10</sup>

La Odontología Preventiva busca principalmente:

- Mantener sano al paciente o de encontrarse enfermo devolverle la salud y mantenerla.
  
- Considerar la motivación por la educación para la salud bucal como estrategia en la promoción de Salud, fomentando estilos de vida saludables, con hábitos y costumbres adecuados para mantener su propia salud y la de su familia.<sup>17</sup>

Las actividades preventivas se han clasificado en tres niveles:

1. La prevención primaria utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento secundario preventivo.<sup>17</sup>

Los selladores son revestimientos aplicados en los surcos de los dientes posteriores por el dentista o por otra persona que trabaje en la atención dental. Estos revestimientos tienen como objetivo la prevención de las caries en los surcos de los dientes posteriores.

Los barnices de fluoruro son pastas pegajosas que se aplican profesionalmente en los dientes con una frecuencia de dos a cuatro veces al año, niños y adolescentes que usaron otra forma de fluoruro tópico, además de la crema dental fluorada, experimentaron alguna reducción adicional en las caries, comparados con los niños que sólo utilizaron crema dental fluorada.<sup>17</sup>

2. La prevención secundaria emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.

3. La prevención terciaria utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falla de la prevención secundaria.<sup>11</sup>

La población primero debe conocer que necesita hacer algo y también cómo es que debe hacerlo. Desafortunadamente la población tiene poca información respecto al gran potencial de la odontología de atención primaria para disminuir las enfermedades de la placa. Sin esta información es difícil convencer a la población de que puede controlar en gran medida su destino dental. El individuo necesita ser educado y concientizado como responsable de su propia salud bucal.<sup>11</sup>

### **2.2.3. Importancia del nivel de conocimiento de los padres en relación a salud oral**

Es básico y necesario saber cómo obtener y mantener una buena salud oral, esto lo podemos lograr a través de un buen cepillado dental, buena alimentación y una visita regular al odontólogo.

Para poder tener un nivel de conocimiento de salud oral debemos de tener información acerca de cómo contribuir con ella, esto puede provenir de diferentes vías, entre ellas los padres, familiares, maestros, de los programas de promoción y educación para la salud de los servicios estomatológicos y de los medios de difusión masiva.<sup>18</sup>

Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, adaptación comportamental frente a enfermedades o tratamientos y en el financiamiento de los costos en la salud de los niños, ellos son los responsables de la educación para la Salud Bucal en los hogares, pero no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchas veces no poseen toda la información necesaria sobre los cuidados para mantener la salud bucal y transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño.<sup>19</sup>

Por tanto para promover la 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 .<sup>2</sup>

La relación entre la salud dental de las madres y la caries dental en sus hijos puede explicarse por la influencia de los hábitos dietéticos e higiénicos defectuosos en los lactantes, así como por la infección de la boca del niño por las bacterias maternas. Por lo tanto, los hábitos de cepillado de dientes de las madres, los hábitos dietéticos, y las opciones de alimentos están directamente asociados con los de sus hijos .<sup>20</sup>

Es importante estudiar estos conocimientos en los padres de niños pequeños, a fin de enfatizar la promoción de la salud bucal en la primera infancia; ello debido a que un nivel de conocimiento bajo se asocia con mayores índices de enfermedades bucales; ya que existe relación significativa entre prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus padres sobre salud bucal.<sup>2</sup>

#### **2.2.3.1. Grado de instrucción del padre/madre**

Es el nivel educativo alcanzado referidos a estudios realizados en una institución educativa, el grado de instrucción de se relaciona con la salud, ya que al tener una mayor accesibilidad a las fuentes de información hace que se amplíen los conocimientos, enriquece la cultura, modifica hábitos, mejorando con ello el nivel de vida, lo que repercute en el cuidado de la salud.<sup>21</sup>

Es importante mencionar que el nivel superior y/o secundario asegura los conocimientos de salud básicos, de tal manera que mientras los conocimientos sean más amplios, más adecuadas serán las decisiones a tomar.<sup>21</sup>

#### **2.2.4. Higiene oral en niños**

La higiene oral es un hábito aprendido desde la infancia y transmitida por los padres.<sup>22</sup>

La limpieza bucal diaria es muy importante para nuestra salud, esto es la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la Caries y Enfermedad Periodontal, para ello tenemos 3 elementos básicos que son:

- a) Cepillo dental.
- b) Seda dental.
- c) Crema dental.<sup>22</sup>

#### Cepillo Dental:

- Recomiende cepillos con texturas medía, suave y extra suave para uso en niño/as
- Mango largo, recto, ancho, ergonómico, que sea cómodo y antideslizante para asegurar la firmeza al tomarlo.
- Cabeza pequeña de goma para facilitar el acceso.
- Sugiera el uso de cepillos dentales con cabezas flexibles y cerdas unipenacho frontales para mayor alcance. Recomendé el uso de cepillos de cerdas entrecruzadas para mayor alcance interproximal.<sup>22</sup>

#### Enjuague bucal:

Los enjuagues bucales son soluciones químicas que actúan impidiendo la adhesión de la placa por medio de agentes anti adhesivos, dificultando la proliferación de la misma y eliminando la ya establecida

- En infantes, preescolares y escolares, no se recomienda el uso de enjuagues. En la higiene oral recomiende seguir estos pasos: uso de seda dental, cepillado y enjuague.<sup>22</sup>

#### Crema dental:

El uso de cremas dentales es importante como elemento de higiene oral, ya que adicionar agentes químicos genera beneficios adicionales al cepillado dental. Componentes como las sales minerales inhiben el crecimiento de bacterias y la formación de placa bacteriana.

- Recomiende colocar 0.25 gr a 0.30 gr de crema dental (lo que corresponde a la uña del dedo meñique o el tamaño de grano alverja).<sup>22</sup>

#### Seda Dental:

La seda dental es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta

El uso de la seda dental busca la eliminación de la placa bacteriana interproximal y el control de su neoformación muestra la existencia de un efecto adicional significativo en el control de la biopelícula interdental.<sup>22</sup>

Técnica de cepillado:

La técnica de Fones , indicada para las superficies vestibulares; para realizarla, los dientes deben estar en contacto, y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie vestibular del diente. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realizan 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. En las caras oclusales, se realizan movimientos circulares y en las caras linguo – palatinas se coloca el cepillo en posición vertical y se realizan movimientos rotatorios; está indicada en niños por la facilidad para aprenderla, en comparación con la técnica de Bass.<sup>22</sup>

El cepillado dental forma parte de la higiene oral, y en base a estudios realizados se recomienda realizarlo dos veces al día desde la erupción dentaria en un infante. Al no tener una buena higiene oral, las superficies de nuestros dientes están expuestas a la colonización de microorganismos, potencializando el riesgo de desarrollar patologías o enfermedades infecciosas periodontales.<sup>23</sup>

#### **2.2.4.1. IHO – Simplificado**

En 1960, Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI) más tarde lo simplificaron para incluir únicamente seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la cavidad bucal. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S).<sup>24</sup>

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (Fig. 1) y un índice de cálculo simplificado (Fig. 2). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3(Fig. 3). Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior

derecho. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Si no está la pieza dentaria a examinarse, se toma el vecino.<sup>24</sup>

0	No hay presencia de residuos o manchas.
1	Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2	Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
3	Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

Figura 1. Índices de Desechos Bucales

0	No hay sarro presente
1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
2	Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
3	Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos

Figura 2. Índices de cálculo

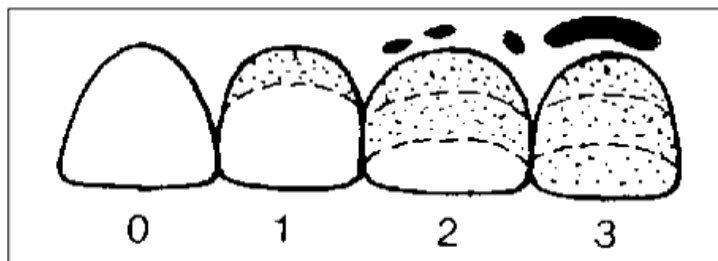


Figura 3. Superficie dental expuesta. 0 no hay presencia de residuos. 1 no cubre más de una tercera parte de la superficie expuesta. 2 cubre más de un tercio pero menos de dos tercios. 3 cubre más de dos tercios de la superficie

Escala sugerida para la valoración del IHOS.

Greene también sugiere una escala para indicar la higiene bucal del individuo (Fig.4), los cuales se muestran a continuación:

Clasificación	Puntuación
Excelente	0
Buena	0.1 – 1.2
Regular	1.3 – 3.0
Mala	3.1 – 6.0

Figura 4. Escala de higiene bucal de Greene

### **2.2.5. Abordaje De Salud Oral**

Se sabe actualmente que la salud bucal en niños está condicionada por varios factores, como la mala higiene bucal y presencia de una dieta cariogénica, éstos presentados en edades tempranas posibilitan la aparición de patologías bucales. La presencia de estas afecciones repercute en la capacidad de concentración en las escuelas y/o para desempeñar una actividad, pues les causa dolor e incomodidad.<sup>25</sup>

#### **2.2.5.1 Caries dental**

La caries dental es una infección bacteriana frecuente y dependiente de la placa, la cual es fuertemente afectada por la dieta. El desarrollo de esta depende de la interacción de tres factores locales en la boca: Un diente susceptible, bacterias cariogénicas y los carbohidratos fermentables. Los *Streptococcus mutans* son las bacterias iniciadoras de la caries dental. La fermentación de almidones y azúcares por las bacterias cariogénicas produce ácidos orgánicos que desmineralizan el esmalte dental.<sup>26</sup>

La alimentación y la nutrición son importantes en todas las fases del desarrollo dentario, erupción y mantenimiento. Tras erupción, el consumo de nutrientes continúan afectando al desarrollo dentario y a la mineralización, al desarrollo y a la fuerza del esmalte, así como los patrones de erupción de los dientes remanentes<sup>27</sup>

#### **2.2.5.2 Dieta cariogénica**

Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de carbohidratos, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Aunque la caries dental se considera una enfermedad infecciosa, el rol de la dieta diaria en la adquisición de la infección y el desarrollo de la enfermedad es crítico.<sup>26</sup>

Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante las comidas, la saliva y los propios mecanismos de autolimpieza (el flujo salival, los movimientos de lengua y carrillos y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca.. En consecuencia, el consumo de alimentos cariogénicos durante las comidas es menos peligroso que si los mismos se ingieren entre comidas. Probablemente, el peor momento para ingerir alimentos cariogénicos sea antes de ir a dormir, ya que durante el sueño los mecanismos de autolimpieza están disminuidos.<sup>26</sup>

La escala de peligrosidad de los alimentos, de más a menos cariogénicos, es como sigue:

1. Alimentos sólidos, retentivos que se consumen particularmente entre comidas, con bastante frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.
2. Los mismos alimentos consumidos durante las comidas.
3. Alimentos que contengan azúcar, pero que sean líquidos, no retentivos, que se consuman entre las comidas, con frecuencia y, aún peor, antes de ir a dormir.<sup>26</sup>

### **2.2.5.3 Alimentos cariostático**

Son aquellos que no contribuyen a la aparición de caries, al no ser metabolizados por los microorganismos de la placa dento bacteriana. En este grupo se incluyen carnes, pescados, huevos y dulces sin azúcar.<sup>26</sup>

#### **Flúor**

El flúor es utilizado en distintas formas ya que presenta propiedades terapéuticas preventivas en la aparición de caries pues tiene una capacidad de remineralización en las zonas incipientes de caries

El flúor llega al organismo a través de compuestos fluorados y los alimentos tales como el salmón, las sardinas, hígado de vaca, té, tomate, papa y el agua, la fluorización por medio del agua y por vía tópica aseguran concentraciones adecuadas para prevenir las caries.<sup>27</sup>

#### **Calcio**

Es el elemento de mayor importancia en la formación de los huesos y de los dientes pues estos tienen el 99% de calcio del cuerpo. Es esencial una dieta con calcio durante el crecimiento del niño. En cuanto a la relación dental, la ausencia de calcio causado por una dieta desbalanceada va a producir cambios severos en el hueso alveolar, en el cemento, membrana periodontal y epitelio crevicular. La principal fuente de calcio en la alimentación diaria es la leche y sus derivados. Hay otros alimentos que contienen calcio: los cereales, las verduras u hortalizas de color verde oscuro, las nueces, las habichuelas.<sup>27</sup>

### **2.2.5.4 Gingivitis**

La enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial con una etiología primaria bacteriana, con daño tisular subsecuente amplificado por factores asociados como condiciones

médicas, factores ambientales y antecedentes genéticos. Su forma más leve, gingivitis, se caracteriza por ligeros cambios inflamatorios de los tejidos superficiales que rodean los dientes; puede ser curada con el uso de medidas preventivas primarias.

En su forma más severa, periodontitis, hay una pérdida masiva de las estructuras de soporte del diente y pérdida subsecuente de los dientes; el daño causado por la periodontitis no es reversible con medidas preventivas primarias, pero estas medidas pueden jugar un papel esencial el control de la periodontitis.<sup>11</sup>

La placa dental, biopelícula, o biofilm dental, es una estructura formada por dos matrices: la capa salival, y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares.

La matriz intercelular está formada por componentes orgánicos e inorgánicos originados principalmente por las bacterias. Los polisacáridos derivados del metabolismo bacteriano de los carbohidratos son el principal componente de la matriz, mientras que las glucoproteínas séricas salivales representan a los componentes minoritarios.<sup>11</sup>

Las bacterias que crecen en biopelículas son más resistentes a los efectos de los mecanismos de defensa del huésped y a los agentes antimicrobianos exógenos, en comparación con las mismas células en una suspensión líquida. De esta manera, la perturbación mecánica de la biopelícula se torna de suma importancia cuando se utiliza una terapia antimicrobiana.<sup>11</sup>

No es coincidencia que las principales enfermedades basadas en la placa, la caries y la enfermedad periodontal, se originen en sitios donde la placa dental abunda más y se encuentra estancada: sitios de riesgo (fisuras oclusales, superficies proximales y el surco gingival).<sup>11</sup>

La dieta equilibrada, el consumo racional de alimentos azucarados, el hábito diario del control de placa y las visitas con el odontólogo siguen siendo el eje fundamental para mantener una buena salud bucodental en niños.<sup>28</sup>

Evaluar el impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños puede mejorar la comunicación entre los pacientes, los padres y el equipo dental y puede proporcionar una medida de resultado para los médicos para evaluar la calidad de la atención.<sup>29</sup>

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Nivel y Tipo de Investigación:**

3.1.1 **Nivel de investigación:** Aplicativo

#### **3.1.2 Tipo de investigación:**

- Según el periodo que se capta la información: Prospectivo
- Según la evolución del fenómeno estudiado: Longitudinal
- Según la comparación de poblaciones: Comparativo
- Según la interferencia del investigador: Experimental

#### **3.2. Diseño de la investigación:** Experimental

#### **3.3. Población**

180 padre/madre y sus hijos de 3 a 5 años de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque en el año 2018.

##### **Área de estudio**

Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018}

#### **3.4. Criterios de selección**

##### *Criterios de inclusión:*

- Niños entre 3-5 años de ambos sexos
- Niños matriculados en la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque en el año 2018
- Niños cuyo padre/madre hayan firmado el Consentimiento informado.

##### *Criterios de exclusión:*

- Niños no cooperadores
- Niños que presenten discapacidades mentales según información de la institución educativa.

- Niños que asistan con otra persona que no sea su padre/madre.

***Criterios de eliminación:***

- Padre/madre que falte a una sesión del estudio
- Niños y padres retirados por voluntad durante el estudio
- Cuestionarios con letra ilegible, con borrones o incompleto

### **3.4 Población de estudio**

Padre/madre y sus hijos de 3 a 5 años de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque en el año 2018, que cumplan los criterios de selección del estudio.

### 3.5. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor Final	Tipo de variable	Escala de Medición
Programa educativo		Breve sesiones de consejería empática donde se ayuda al padre/madre a explorar y verbalizar las razones para cambiar el comportamiento de salud oral <sup>9</sup>	Las diferentes metodologías que se aplican en los programas educativos.	Método Informativo  Método demostrativo	Efectivo  No Efectivo	Categoría	Nominal
Nivel de conocimiento	-N. de conocimiento sobre caries dental -N. de conocimiento sobre dieta -N. de conocimiento sobre higiene -N. de conocimiento sobre prevención	Información adquirida a lo largo de los años vividos <sup>20</sup> sobre caries dental, dieta, higiene y prevención	Nivel de conocimientos del padre/madre sobre salud oral	Cuestionario validado <sup>1</sup>	Excelente (18-20) Buena (15-17) Regular (11-14) Mala (0-10)	Categoría	Ordinal

Condición de higiene bucal	Placa bacteriana	Estado y calidad de los tejidos bucales <sup>23</sup>	Higiene bucal de niños de nivel educativo inicial	Examen clínico aplicando un IHO-S modificado para dentición decidua	Buena (0.1 - 1.2) Regular (1.3 – 3-0) Mala (3.1 – 6.0)	Categórica	Ordinal
Edad de los niños		Años cumplidos a lo largo de la vida de una persona	Edad marcada por los padres en el cuestionario	Cuestionario validado <sup>1</sup>	3 años 4 años 5 años	Numérica	De Razón
Grado de instrucción del padre/madre		Nivel educativo alcanzado referidos a estudios realizados en una institución educativa <sup>21</sup>	Grado de instrucción marcada por los padres en el cuestionario	Cuestionario validado <sup>1</sup>	Ninguna Educación  Primaria  Educación Secundaria  Educación Técnica y/o Superior	Categórica	Ordinal

### **3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.6.1. Instrumento de recolección de datos**

- A) Ficha de recolección de datos: Índice de Higiene Oral Simplificado (Anexo N° 05)
- B) Cuestionario acerca del nivel de conocimientos sobre salud bucal en padres de familia (Anexo N°06)

Se utilizó un cuestionario en cuya validación de contenido se utilizó el método estadístico de la V de Aiken, obteniendo como resultado final, un valor de 0.95. La reproducibilidad (Test.retest) se utilizó el Análisis Coeficiente de Correlación Interclase con un resultado de 0.89.<sup>1</sup>

En la validez de constructo, se utilizó el análisis factorial con la obtención más baja (0.361) en la pregunta sobre amamantamiento nocturno, y obteniendo la puntuación más alta (0.775) en la pregunta sobre lactancia materna. Mientras que para la evaluación de la confiabilidad, se aplicó la prueba estadística del Alfa de Cronbach con un resultado que va de regular a bueno de 0.645.<sup>1</sup>

#### **3.6.2 Calibración**

Confiabilidad de método:

Se realizó una prueba piloto para:

- Capacitar al personal investigador con el Gold Estándar sobre Pedagogía (N.M.) y Odontopediatría (M.A.T.) por 60min aprox.
- Calibrar al personal investigador a cargo del Gold Estándar de Odontopediatría mediante una prueba test y retest del IHOS en un grupo de 10 niños, el retest se hizo de forma inmediata en orden aleatorio. Para determinar el error del método intra e interexaminador del IHO-S se utilizó Kappa de Cohen (ver anexo N°7)
- Evaluar los procedimientos del estudio.

### **3.7 Procedimientos**

1. Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

2. Una vez aprobado el proyecto por parte del comité (Anexo 1), se procedió a solicitar la autorización a la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque para poder realizar el proyecto de investigación, la cual fue aceptada por la institución educativa (Anexo N°2)
3. Se realizó una visita donde se hicieron las coordinaciones respectivas con la Directora y los docentes acerca de la investigación a realizar y la programación de las actividades (fechas y horarios), además se llevó a cabo el reconocimiento del colegio, para ver si las condiciones se adecuan a nuestras necesidades.
4. Se entregó a los docentes un comunicado para los padres de familia, donde se convocó a una reunión para informarles sobre las actividades del programa de salud oral y solicitar el consentimiento informado respectivo, este envío se hizo a través de la agenda los niños.
5. Primera sesión:
  - Recepción de los consentimientos informados para la participación del proyecto. (Anexo N° 03)
  - Explicación del propósito del estudio
  - Aplicación del cuestionario (Anexo N° 06), con el objetivo de medir el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre los cuidados preventivos de la salud bucal antes de la intervención, con un tiempo de 15min y debe ser llenado íntegramente y aplicando criterios de veracidad y confidencialidad. Ante cualquier duda se les indicará que serán aclaradas durante la aplicación.
  - Medición del IHOS a los niños de nivel inicial antes de la intervención
    - Se le colocó 3 gotitas del líquido revelador en la lengua del niño y se le pidió que mueva la lengua alrededor de su boca por 10 segundos
    - Luego escupieron en un vaso descartable
    - La investigadora que han sido previamente calibrada revisó las superficies dentales de cada niño con una baja lengua y a luz natural y registraron lo observado en la ficha de recolección de datos (Anexo N° 05).
  - Se hizo la distribución del grupo control y experimental de forma aleatoria

6. Segunda sesión:

- Se realizó la primera sesión de la intervención educativa tradicional sobre salud bucal a los padres de familia tocando los temas de Dientes y Hábitos Orales usando comunicación verbal con una duración de 20 min (grupo control).
- Así mismo se realizó la primera sesión de la intervención educativa motivacional sobre salud bucal a los padres de familia tocando los temas de Dientes y Hábitos Orales de 30 min de duración usando un proyector y una macro maqueta para señalar los dientes a explicar.
- De igual manera se realizó una actividad lúdica “Adivina el diente y su función”, donde se le señaló un diente de la macromaqueta y el padre identificó que diente es y su importancia en boca (grupo experimental).

7. Tercera sesión:

- A los 2 días se realizó la segunda sesión de la intervención educativa tradicional a los padres de familia tocando los temas de Dieta-Caries Dental y Gingivitis usando comunicación verbal con una duración de 20 min (grupo control).
- Así mismo se realizó también la segunda sesión de la intervención educativa motivacional a los padres de familia tocando los temas de Dieta-Caries Dental y Gingivitis usando un proyector para mostrar diapositivas con imágenes y y luego se realizó una actividad lúdica donde se formaron grupos de padres de familia para que respondan preguntas que tendrán que escribir en papelotes

8. Cuarta sesión:

- Luego de 2 días se realizó la segunda sesión de la intervención educativa tradicional a los padres de familia tocando los temas de Higiene Bucal y Prevención usando comunicación verbal con una duración de 20 min (grupo control).
- Así mismo se realizó también la tercera sesión de la intervención educativa motivacional a los padres de familia tocando los temas de Higiene Bucal y Prevención usando un proyector para mostrar diapositivas con imágenes así también se hizo uso de la macro maqueta y el macro cepillo para explicar la técnica de cepillado.

9. Quinta sesión:

- Luego de 1 mes se hizo la aplicación del mismo cuestionario, pero con las preguntas en respuestas en diferente orden (Anexo N° 06), con el objetivo de medir los conocimientos de los padres de familia sobre los cuidados preventivos de la salud oral, después de las intervenciones educativas.
- Ese mismo día también se hizo la medición del IHOS a los niños de nivel inicial después de la intervención
  - Se le colocó 3 gotitas del líquido revelador en la lengua del niño y se le pedirá que mueva la lengua alrededor de su boca por 10 segundos
  - Luego escupió en un vaso descartable
  - La investigadora que fue previamente calibrada revisó las superficies dentales de cada niño con una baja lengua y a luz natural y se registró lo observado en la ficha de recolección de datos (Anexo N°05).

10. Se entregó kits de limpieza a los niños y se les colocó Flúor gel acidulado.

### 3.8. Matriz de Consistencia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>¿Tendrá mayor efectividad una intervención educativa motivacional que una intervención educativa tradicional en el nivel de conocimiento de los padres de familia/tutores sobre salud oral y la condición de higiene bucal de sus hijos de nivel educativo inicial de la Provincia de Lambayeque -2018?</p>	<p><b>GENERAL:</b> Comparar una intervención educativa motivacional y una intervención educativa tradicional en el nivel de conocimiento de padre/madre sobre salud bucal y en la condición de higiene bucal de sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018</p>	<p><b>ENFOQUE:</b> Cualitativo</p>	<p>180 padre/madre y sus hijos de 3 a 5 años de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque en el año 2018.</p>
	<p><b>ESPECÍFICOS:</b> - Determinar la frecuencia del nivel de conocimiento de padre/madre sobre salud bucal antes y después de intervención tradicional y motivacional -Determinar la frecuencia del índice higiene oral de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018 antes y después de una intervención tradicional y motivacional -Determinar el Índice de higiene bucal de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención educativa tradicional, según su edad. -Determinar el índice de higiene bucal de los niños de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención educativa motivacional, según su edad -Determinar la frecuencia del nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y su grado de instrucción en la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Prospectivo, Longitudinal, Comparativo, Experimental</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Aplicativo</p>	

### **3.8.1 Plan de procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de datos se realizó mediante el software IBM SPSS versión 23, para realizar el análisis estadístico comparando variables de acuerdo a los objetivos específicos del estudio.

Se empleó estadística descriptiva con tablas de frecuencias y porcentajes.

Así mismo se empleó estadística inferencial para hacer prueba de hipótesis y se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov para determinar el tipo de distribución, la cual indicó que la distribución no era normal, así que utilizamos la prueba Z para comparación de medias y comparación de proporciones.

Así mismo se utilizó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado para variables cualitativas, al momento de relacionar 2 grupos de variables.

### **3.9. Consideraciones éticas**

La presente investigación se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, así mismo dando los créditos correspondientes a las referencias bibliográficas y la confidencialidad de la información. Teniendo en cuenta la declaración de Helsinki (1964) actualizada en Fortaleza-Brasil en el año 2013<sup>30</sup>.

Cumpliendo con el principio de justicia, todos los niños de I.E. de nivel educativo inicial tuvieron la misma oportunidad de participación respetando los criterios de selección del proyecto de investigación, así mismo se trató por igual a todos los participantes.

Cumpliendo con el principio de autonomía, se elaboró el consentimiento informado para ser entregados a los padres de los estudiantes tanto para la participación de los padres y de sus hijos que participaron en la investigación, donde se les explicó el objetivo de la investigación y mediante la firma aceptaron la participación de ellos y sus hijos. (Anexo 3)

Cumpliendo con el principio de no maleficencia, las investigadoras se capacitaron para el manejo de conducta de los niños y así cumplir con los correctos procedimientos al momento de la realización de la investigación, así mismo se guardó secreto y total privacidad sobre la información que brindaron los padres en los cuestionarios.

Cumpliendo con el principio de beneficencia, las investigadoras brindaron información importante sobre salud oral al momento de dar las intervenciones educativas, además en la última sesión del estudio se entregaron kits de limpieza y se realizó una fluorización a los niños

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Interpretación de resultados**

En el estudio se evaluó a los padres e hijos del nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas durante los meses de junio y julio del año 2018 mostraron el nivel de conocimiento de madre/padre sobre salud oral y la relación con la condición de higiene oral de sus hijos después de una intervención motivacional y una tradicional. La población evaluada fue de 182 niños con sus respectivo padre/madre, sin embargo al aplicar los criterios de exclusión y eliminación solo participaron en el estudio 92 participantes, asimismo respecto a edad 16 niños (17%) fueron de 3 años, 32 niños (35%) fueron de 4 años y 44 niños (48%) fueron de 5 años.

Al realizar la comparación de una intervención educativa tradicional y una intervención educativa motivacional se observa que no existe una asociación estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento de padre/madre sobre salud bucal. ( $p=0,1367$ ) (Ver Tabla N° 1.A)

A la comparación de una intervención educativa tradicional y una intervención educativa motivacional se observa que no existe una asociación estadísticamente significativa en índice de higiene oral de los niños de nivel inicial. ( $p=0,4094$ ) (Ver Tabla 1.B)

Asimismo se identificó la frecuencia del nivel de conocimiento del padre/madre antes y después de la intervención motivacional y tradicional; se observa que de 4 padres (8.6%) que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno aumentaron a 22 padres (48%) después de la intervención motivacional, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.0001$ ), asimismo los padres que obtuvieron un nivel de conocimiento malo antes de una intervención motivacional fueron 18 (39.3%) y disminuyeron a cero (0) después de dicha intervención, por lo que se observa también una diferencia estadísticamente significativa en esta categoría ( $p=0.0001$ ); respecto a la intervención tradicional no existe diferencia significativa en el nivel de conocimientos de los padres en ninguna de las categorías después de este tipo de intervención. ( Ver Tabla N°2)

Se encontró también que la frecuencia del índice de higiene oral antes y después de una intervención tradicional y una intervención motivacional, en el grupo tradicional los niños que obtuvieron bueno en el índice de higiene oral aumentaron de 4 niños (9%) a 24 niños (52%) y los niños que obtuvieron regular índice de higiene oral disminuyeron de 42 niños (91%) a 22 niños (48%) después de dicha intervención, por lo que se observa que existe diferencia estadísticamente significativa en ambas categorías ( $p=0.0001$ ) ; respecto al grupo motivacional los niños que obtuvieron bueno en el índice de higiene oral aumentaron de 3 niños (6%) a 31 niños (67%) y los que obtuvieron regular índice de higiene oral disminuyeron de 43 niños (94%) a 15 niños (33%) por lo que sí existe diferencia estadísticamente significativa en el índice de higiene oral de los niños luego de una intervención motivacional en ambas categorías ( $p= 0,0001$ ). (Ver Tabla N°3)

Por otro lado se obtuvo el promedio de cambio del índice de higiene oral de los niños de nivel inicial antes y después de la intervención tradicional según la edad, donde se observa que en las edades de 3, 4 y 5 años existe diferencia estadísticamente significativa con valores de  $p= 0.02$ ,  $0.013$  y  $0.0001$  respectivamente en relación a los mínimos obtenidos de higiene bucal antes y después de la intervención tradicional. Asimismo, respecto a las diferencias de medias de higiene bucal obtenidas antes y después de la intervención tradicional para las tres edades mencionadas, se observa una mayor diferencia ( $0,8913$ ) en los niños de 5 años, luego en la edad de 4 años ( $0,6625$ ) y de 3 años ( $0,4571$ ). (Ver Tabla N° 4)

De igual forma se obtuvo el promedio de cambio en el índice de higiene oral de los niños de nivel inicial antes y después de la intervención motivacional según la edad, donde se observa que en las edades de 3, 4 y 5 años existe diferencia estadísticamente significativa con valores de  $p= 0.02$ ,  $0.0008$  y  $0.0001$  respectivamente en relación a los mínimos obtenidos de higiene bucal antes y después de la intervención tradicional. Asimismo respecto a la diferencia de medias de higiene bucal obtenidas antes y después de la intervención tradicional para las tres edades mencionadas, se observa una mayor diferencia ( $0,7524$ ) en los niños de 5 años, luego en la edad de 3 años ( $0,3889$ ) y en los niños 4 años( $0,3188$ ). (Ver Tabla N° 5)

Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y su grado de instrucción en la Institución Educativa 11239-Las Dunas; se observa que 4 padre/madre que no tienen ningún grado de instrucción, 2(50%) tienen nivel de conocimiento malo, 2 (50%) nivel de conocimiento regular y no hubo ningún caso en los niveles de conocimiento bueno (0) y excelente (0); asimismo se observa que de 27 padre/madre con grado de instrucción primaria, 8(29.6%) tienen nivel de conocimiento malo, 14 ( 51.9%) nivel de conocimiento regular, 19 ( 42.25) nivel de conocimiento bueno y ningún caso(0) nivel de conocimiento excelente. De igual forma, se observa que de 45 padre/madre que tienen grado de instrucción secundaria, 5(11.1%) tienen nivel de conocimiento malo, 20 (44.4%) nivel de conocimiento regular, 19(42.2%) nivel de conocimiento bueno y un caso (2.2%) nivel de conocimiento excelente. De la misma manera se observa que de 16 padre/madre que tienen grado de instrucción técnica/superior, no hay ningún caso (0) que tengan nivel de conocimiento malo, pero sí 2 (12.5%) tienen nivel de conocimiento regular, 10 (62.5%) nivel de conocimiento bueno y 4 (25%) nivel de conocimiento excelente. Finalmente se observa una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral y los grados de instrucción educativa con un  $p=0.0001$ . (Ver Tabla N°6).

**TABLA 1.A. Comparación de dos intervenciones educativas en el nivel de conocimientos de padre/madre sobre salud bucal de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018.**

(\*)Valor de p hallado con Chi-square Contingency Table Test for Independence

	INTERVENCION MOTIVACIONAL	INTERVENCIÓN TRADICIONAL	Total
Malo	<b>0</b>	<b>1</b>	1
Regular	0.0%	2.2%	1.1%
	<b>14</b>	<b>16</b>	30
Bueno	30.4%	34.8%	32.6%
	<b>22</b>	<b>24</b>	46
Excelente	47.8%	52.2%	50.0%
	<b>10</b>	<b>5</b>	15
Total	21.7%	10.9%	16.3%
	46	46	92
	100.0%	100.0%	100.0
			%

2.89 chi-square

3 Df

.4094 p-value

**TABLA 1.B. Comparación de dos intervenciones educativas en el higiene bucal de los niños de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018.**

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL	INTERVENCIÓN TRADICIONAL	Total
Regular	<b>15</b>	<b>22</b>	37
	32.6%	47.8%	40.2%
Bueno	<b>31</b>	<b>24</b>	55
	67.4%	52.2%	59.8%
Total	46	46	92
			100.0
	100.0%	100.0%	%

2.22 chi-square  
1 df  
.1367 p-value

(\*) Valor de p hallado con Chi-square Contingency Table Test for Independence

**TABLA 2. Frecuencia del nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018 , antes y después de dos intervenciones educativas**

INTERVENCION MOTIVACIONAL				INTERVENCION TRADICIONAL			
	ANTES INTERVENCIÓN	DESPUÉS INTERVENCIÓN	Valor p (*)		ANTES INTERVENCIÓN	DESPUÉS INTERVENCIÓN	Valor p (*)
	Nivel de conocimientos del padre				Nivel de conocimientos del padre		
<b>Excelente</b>	15 (32,6%)	10 (21,7%)	0,34	<b>Excelente</b>	1 (2%)	5 (11%)	0,20
<b>Bueno</b>	4 (8,6%)	22 (48%)	<b>0,0001</b>	<b>Bueno</b>	19 (41%)	24 (52%)	0,40
<b>Regular</b>	9 (19,5%)	14 (30,4%)	0,33	<b>Regular</b>	20 (43%)	16 (35%)	0,52
<b>Malo</b>	18 (39,3%)	0	<b>0,0001</b>	<b>Malo</b>		1 (2%)	0,11
					6 (14%)		

(\*) Valor de p hallado con la prueba Z de comparación de proporciones.

**TABLA 3. Frecuencia del índice de higiene oral de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de dos intervenciones educativas**

	INTERVENCION MOTIVACIONAL			INTERVENCION TRADICIONAL			
	ANTES INTERVENCIÓN	DESPUÉS INTERVENCIÓN	Valor p (*)		ANTES INTERVENCIÓN	DESPUÉS INTERVENCIÓN	Valor p (*)
	Índice de higiene oral (IHO)			Índice de higiene oral (IHO)			
<b>Bueno</b>	3 (6%)	31 (67%)	<b>0,0001</b>	Bueno	4 (9%)	24 (52%)	<b>0,0001</b>
<b>Regular</b>	43 (94%)	15 (33%)	<b>0,0001</b>	Regular	42 (91%)	22 (48%)	<b>0,0001</b>

(\*) Valor de p hallado con la prueba Z de comparación de proporciones.

**Tabla 4. Índice de higiene oral de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención tradicional, según su edad.**

	3 años			4 años			5 años		
	ANTES	DESPUES	(Valor p)	ANTES	DESPUES	(Valor p)	ANTES	DESPUES	(Valor p)
<b>Índice de higiene oral</b>									
<b>Media</b>	1,54	1,15		1,83	1,51		2	1,25	
<b>Diferencia de Media</b>	0,4571		<b>0,02</b>	0,6625		<b>0,013</b>	0,8913		<b>0,0001</b>
<b>Dv Std</b>	0,42	0,17		0,28	0,40		0,40	0,45	
<b>Mínimo</b>	1	1		1,3	1		1,3	0,5	
<b>Máximo</b>	2,3	1,5		2,3	2,5		2,8	2	

(\*)Valor de p fue hallado con la prueba Z de comparación de medias.

**Tabla 5. Índice de higiene oral de los niños de nivel inicial de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018, antes y después de una intervención motivacional, según edad.**

	3 años			4 años			5 años		
	ANTES	DESPUES	(Valor p)	ANTES	DESPUES	(Valor p)	ANTES	DESPUES	(Valor p)
<b>Media</b>	1,67	1,21		1,93	1,27		2,01	1,12	
<b>Diferencia de Medias</b>	0,3889			0,3188			0,7524		
<b>Dv Std</b>	0,43	0,23	<b>0,02</b>	0,52	0,48	<b>0,0008</b>	0,38	0,40	<b>0,0001</b>
<b>Mínimo</b>	1,5	1		0,8	0,5		1,3	0,5	
<b>Máximo</b>	2,5	1,7		2,5	2		2,7	2	

Valor de p fue hallado con la prueba Z de comparación de medias.

**TABLA 6. Frecuencia del nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque-2018 según su grado de instrucción.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	GRADO DE INSTRUCCIÓN (n=92)				Valor P (*)
	Ninguna	Primaria	Secundaria	Técnica/Superior	
<b>Excelente</b>	0	0	1 (2,2%)	4 (25%)	
<b>Bueno</b>	0	5 (18,5%)	19 (42,2%)	10 (62,5%)	
<b>Regular</b>	2 (50%)	14 (51,9%)	20 (44,4%)	2 (12,5%)	<b>0,001</b>
<b>Malo</b>	2 (50%)	8 (29,6%)	5 (11,1%)	0	
<b>TOTAL</b>	4 (100%)	27 (100%)	45 (100%)	16 (100%)	

(\*) Valor de p hallado con el test de Fisher

## 4.2. Discusión

Las enfermedades orales son uno de los problemas principales de salud pública pediátrica debido a su alta prevalencia, una forma de tratarla a largo plazo es la modificación de conductas de riesgo mediante intervenciones educativas. Para ello, en una fase inicial debemos establecer los niveles de conocimiento sobre salud oral que tiene la población, en este caso el padre/madre de familia de los niños de nivel inicial. Es por eso que el propósito del estudio fue el saber si existe diferencia entre dos diferentes tipos de intervenciones educativas, una tradicional y una motivacional, así también notar si existe un cambio relevante en el nivel de conocimientos sobre salud oral de los padres de familia y un cambio clínico en la condición de la Higiene Oral en sus hijos después de estas intervenciones educativas.

En el estudio se obtuvo que no existe una diferencia estadísticamente significativa comparando una intervención educativa motivacional y una intervención educativa tradicional, así como lo demuestra Narvaez A, et al. los cuales quisieron determinar la asociación entre el conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal y uso de técnicas educativas en relación a la presencia de biofilm y caries dental en niños de 1 a 3 años y observaron la diferencia entre la media del conocimiento inicial y final fue significativa ( $p=0,001$ ), así como el IHO-S ( $p=0,001$ ), pero que la diferencia de resultados finales entre grupos A y B no fue significativa, concluyendo que la educación ayuda a mejorar los conocimientos de los padres de familia y reducir el biofilm en sus hijos, independientemente de la técnica educativa <sup>33</sup>. Si bien se vió un mayor cambio en las intervenciones educativas motivacionales, no fue estadísticamente significativo, como para decir que la intervención motivacional es mejor que la tradicional, sino que la población puede obtener y cambiar sus actitudes si recibe educación sobre un tema del cual anteriormente no tenían la información suficiente como para ponerlo en práctica.

De igual manera Bosch R, y Col. <sup>7</sup> relacionaron los conocimientos sobre salud bucodental en las madres de familia y el nivel de higiene oral de sus hijos antes y después de una intervención educativa. Dictaron tres charlas educativas a 50 niños y a sus madres, así también se hizo el registro de los resultados del índice de O'leary en los niños antes y después de las charlas educativas. Concluyeron que los conocimientos de las madres y de sus niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa. Por lo que podemos afirmar que basta mejorar los conocimientos y despertar el interés en los padres para obtener un cambio en sus actitudes hacia la salud bucal.

Dichos resultados difieren con el estudio de González et al.<sup>1</sup>. pues en su estudio tuvo como objetivo comparar la influencia de dos programas educativos en la salud bucal en preescolares de 3, 4, 5 en una I.E en la ciudad de Lima, en los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario y en los niños se evaluó el IHO, concluyendo que el programa “Sonrisa feliz”, el cual fue un programa motivacional, influyó significativamente ( $p < 0,05$ )<sup>8</sup>. Esta diferencia de resultados puede que sea consecuencia de los programas educativos que se presentaron en cada estudio, ya que no existe un programa educativo específico al cual los investigadores se puedan regir. Se recomendaría la realización de un programa educativo tradicional y motivacional específico y estandarizado para estudios futuros y así poder comparar estas intervenciones.

Otro punto obtenido en el estudio fue que una intervención motivacional tuvo un efecto positivo en el nivel de conocimiento del padre/ madre sobre la salud oral en comparación a la intervención tradicional. Ya que no existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento después de una intervención tradicional ( $p = 0.40$  y  $0.11$ ), pero sí una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento después de una intervención motivacional ( $p = 0.0001$ ), así coincide con el estudio que hicieron Naidu, et al.<sup>6</sup>, quienes compararon el efecto de una intervención motivacional, donde los padres y cuidadores en el grupo de prueba de 25 personas recibieron una charla sobre salud dental usando un enfoque de intervención motivacional y el grupo control de 54 personas solo recibieron una charla usando educación en salud dental tradicional y en el cual concluyeron que el uso de una intervención motivacional tuvo un efecto positivo en el conocimiento de los padres / cuidadores sobre la salud oral en comparación con la educación en salud dental tradicional.

Así mismo en el estudio se encontró que las intervenciones motivacionales hacia los padres de familia puede hacer cambiar las costumbres y conductas que ellos previamente han aprendido, así como lo dice Borrelli, y et al; pues presentaron un metanálisis sobre la intervención motivacional a los padres para mejorar el comportamiento de la salud pediátrica; para ello se revisaron 25 artículos desde agosto del 2014. Se tuvo como criterio de inclusión: examinar comportamientos modificables de salud pediátrica; la intervención motivacional usada consistió en realizar un ensayo controlado aleatorio con un grupo de comparación y se llevó a cabo la intervención con sólo un padre o ambos e hijo; el estudio concluyó que se presenta una mejora cuando se brindan entrevistas motivacionales a los padres y los niños para así mejorar sus conductas de salud pediátrica<sup>9</sup>.

Con respecto al de IHO en los niños, en el estudio se encontró una disminución de este en ambos grupos, tanto en los participantes del programa educativo motivacional como en el tradicional, coincidiendo así con Álvarez, et al. pues en su estudio determinaron la efectividad a corto plazo de una intervención basada en la entrevista motivacional (EM), en la reducción del índice de placa bacteriana en niños de entre 7 y 12 años en comparación con el modelo informativo tradicional (MIT), y los 3 meses post intervención observaron que disminuyó en ambos grupos y concluyeron que desde una perspectiva a corto plazo que una sesión breve de EM logró reducir los índices de placa bacteriana en pacientes infantiles, pero no demostró ser más eficaz que el MIT<sup>5</sup>; es así como ambos estudios demostramos que ambas intervenciones fueron eficaces en la disminución del índice de higiene oral.

Igualmente respecto a la relación del grado de instrucción del padre/madre de familia, en el estudio se obtuvo que aquellos que obtuvieron buen nivel de conocimiento tienen grado de instrucción secundario 19(42,2%), la mayor parte de la población que obtuvieron regular nivel de conocimiento tiene grado de instrucción secundaria 20 (44,4%) finalmente existe un nivel de conocimiento malo en quienes tienen un grado de instrucción primario 8 (29,6%), difiriendo con el estudio de Barrios que fue realizado en el 2012, concluye que existe un nivel de conocimiento malo (54%) en madres con grado de instrucción secundario; con estos resultados obtenidos se puede decir que a la actualidad ya no son las personas de grado secundario quienes tienen mal nivel de conocimiento, sino quienes tienen nivel primario o ninguno, por el cual podemos dar mérito a este grupo secundario quien muestran interés sobre los conocimientos en salud oral. A pesar de ello ambos estudios coinciden con su conclusión en la cual también evidencia que existe relación entre nivel de conocimiento y grado de instrucción del padre/madre de familia<sup>32</sup>. Esto puede ser por el hecho que los jóvenes al hacer uso de la tecnología tienen mayor acceso a la información y de esta forma pueden conocer más sobre salud bucal y por su edad se preocupan más por su apariencia y cuidado personal.

En el estudio quedó demostrado una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento y el IHO de la población antes y después de una intervención educativa ya sea motivacional como la tradicional; observándose un cambio en dichos momentos, teniendo un mejor resultado en la intervención educativa motivacional para el nivel de conocimiento, por lo cual se podría aplicar programas educativos motivacionales para mejorar este aspecto.

En relación a las limitaciones del estudio la población y las asignaciones de grupo subsiguientes fueron relativamente pequeñas, debido a la dificultad en el reclutamiento, de igual manera la

retención de los sujetos durante el estudio, lo que tiene implicaciones para la cobertura potencial de este tipo de intervención comunitaria. La baja tasa de presencia del padre/madre también puede ser resultado del desinterés de éstos con la salud oral, lo que causó baja potencia de estudio que aumenta la probabilidad de error tipo II.

Así también las diferencias en la realidad de los participantes de ambos grupos de intervenciones en la línea de base (nivel de educación, ocupación, experiencias de acceso a la atención dental) pueden haber influido en el efecto de las intervenciones. Aunque los grupos se asignaron aleatoriamente, estos desequilibrios socio-demográficos pueden deberse a que algunos centros preescolares tienen significativamente más padres de un grupo étnico o socioeconómico en particular; a pesar de que la institución educativa donde se realizó el estudio se encuentra en una zona de vulnerabilidad regular se pudo observar mucha desigualdad de realidades.

## V. CONCLUSIONES

- No existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones educativas, quiere decir que una no es mejor que otra, sin embargo, en la intervención motivacional se ve mejores cambios entre el antes y después.
- La intervención educativa motivacional influyó favorablemente en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres y madres de familia.
- Tanto la intervención motivacional como la tradicional, influenciaron favorablemente en la disminución del índice de higiene oral de los niños.
- Según la edad de los niños, tanto en el grupo de intervención motivacional y tradicional, los niños de 5 años obtuvieron la mayor diferencia de medias en el índice de higiene pre y post intervención a sus padres, esto quiere decir que a mayor edad que tiene un niño, su conducta y su sistema psicomotor permite un mejor cepillado y por ende obtener niveles bajos de índice de higiene oral.
- Existe relación entre nivel de conocimientos de los padres y madres y su grado de instrucción, la cual permite la captación de la información y el implemento de buenos y malos hábitos de higiene.

## VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda para estudios futuros, la realización de un programa educativo estandarizado, pues en todos los estudios realizados hasta el momento cada investigador empleó temas y metodologías similares, pero no iguales, así los estudios futuros se puedan uniformizar y obtener mejores resultados.
- Efectuar un trabajo multidisciplinario para elaborar programas educativos efectivos en niños.
- Elaborar programas educativos que incluyan la participación no sólo de los padres de familia, sino también de los docentes, para que de esa manera pueda llegar más información sobre salud oral a los niños.
- Modificar o crear programas de salud oral, para que haya una mejor educación sobre salud oral desde los primeros días de educación del pre escolar.

## VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cupe A. Garcia R. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2015; 25(2).
2. Cepetillo G. Barranca A. Investigación educativa en odontología. México. 2013: 35-37.
3. Kolisa Y. Assessment of oral health promotion services offered as part of maternal and child health service in Tshwane Health Distric. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*.2016; 8(1).
4. Torres Ramos and Col. Impacto de la caries de la infancia temprana en la calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos menores de 71 meses de edad. *Rev, Odontol. Sanmarquina*. 2015; 18(2): 87- 94.
5. Alvarez A. Yahne C. Nosas M. Boj J. Espasas E. Efecto de la entrevista motivacional en la salud oral de pacientes pediátricos. *Rev. Odontol Pediatrica*. 2015; 23(3): 187-203.
6. Naidu R. Nunn J. Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. 2015; 15: 101.
7. Bosch R. Rubio A. Garcia H. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Rev. Scielo*.2012; 28(1):17-23.
8. González R. García CR. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. *Kiru*. 2013; 10(1): 18–25.
9. Borrelli B. Tooley E. Scott-Sheldon L. Motivational Interviewing for Parent-child Health Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric dentistry*. 2015; 37(3): 254-265.
10. Elham B, Abolghasem H, Tayebbeh M. Oral Health Behavior of Parents as a Predictor of Oral Health Status of Their Children I *SRN Dentestry*. 2013.
11. Medina S. Maupome, Pelcastre V. Avila B. Valejos S. Casanova R. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. *Rev. De Investigación clínica*.2006, 58(4).

12. Morales O. Eficacia de dos técnicas educativas: Informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el centro Ann Sullivan del Perú. 2006.
13. Cesarino G. Alemida P. Melo de Brito C. Granville G. Martins P. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of life Outcomes*. 2014.
14. Wynne L. Using evidence to support oral health in children. *Dental Nursing*. 2013; 9(6): 314 – 9.
15. Bottino M, “NUEVAS TENDENCIAS, PERIODONCIA”. Edit. Artes Médicas, 2008.
16. Melgar, R. Principios de prevención de salud bucal. Lima: Asociación Peruana de Odontología Preventiva y Social. 2008.
17. Giménez M. Nutrición y alimentación: su relación con la salud bucal. Rosario. 2011.
18. Guía de Práctica clínica en salud oral, Bogotá. 2010
19. Pérez R. La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Rev. de Investigación Educativa*. 2000;18(2): 261-287.
20. Fernández I. Intervención pedagógica desde un marco ético-crítico. *Revista Iberoamericana de Educación / Revista Ibero-americana de Educación*. 2011; 57(1):1-15
21. Castillo A., Gómez M. Conocimiento materno sobre cuidado del recién nacido y algunos factores condicionantes de la madre primípara. Trujillo. 2017.
22. Cuenca E. Baca P. Odontología preventiva comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson. 2001.
23. Lavastida F. Gispert A. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. *Rev. Cubana de Estomatología*. 2015.
24. Benavente L. 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. *Rev. de Investigación USMSM*. 2012; 15(1).
25. Ferreira G. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimientos sobre higiene bucal de sus madres, en las escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. *Rev. Pediatría*. 2016 , 43(2).

26. Sehrawat P. Shivlingesh H, Gupta B. Oral health knowledge, awareness and associated practices of pre-school children's mothers in Greater Noida, India. 2016; 23(3): 152-157.
27. Harris N. García F. Odontología preventiva primaria. México D.F.: Manual Moderno. 2005.
28. Aliaga N. Métodos de evaluación de dieta cariogénica. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2010.
29. Fortuny M., Gallego J. Investigaciones y experiencias: educación para la salud. Rev. De Educacion. 1988; 287: 287-306
30. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013
31. Astochado T. Influencia del programa educativo “yo sonrío feliz” en el nivel de conocimiento sobre los cuidados preventivos de la salud bucal en escolares de 3ro y 4to grado de primaria de la I.E. “16 405 francisco Bolognesi” Ilhuana – Bagua – Amazonas, 2015. Pimentel: 2016. 83 p.
32. Rodríguez, M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. [Tesis Bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
33. Narvaez A, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. Rev. Odontología. 2017; 19(1): 5-21

## VIII. ANEXO



### ANEXO 1

#### CONSEJO DE FACULTAD RESOLUCIÓN N° 292-2018-USAT-FMED

Chiclayo, 23 de marzo de 2018

Vista la solicitud N° 148137 de fecha 12 de marzo de 2018, que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de las estudiantes: VEGA PAZ KARLA LUCRECIA y TABOADA BARRAGAN FLOR LILIANA, de la Escuela de Odontología.

#### CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Odontología.

Que el proyecto de investigación denominado: "Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la institución educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque, 2018", fue APROBADO por el Comité Metodológico de la Escuela de Odontología y el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

#### SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Declarar APROBADO el proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2°.- Disponer que las estudiantes gestionen ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA  
FACULTAD DE MEDICINA

MSc. Bigo. Antero Enrique Yacarini Martínez  
Secretario Académico  
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Méd. Jorge Luis Limo Liza  
Decano (e)  
Facultad de Medicina

## ANEXO 2

 **PERÚ** **MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL - PRIMARIA N° 11239  
**"Cristo de Pachacamilla"**  
LAS DUNAS - LAMBAYEQUE



Código modular  
INICIAL (1571736)  
PRIMARIA (0855254)

*Dios, Trabajo y Disciplina*

### "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

#### CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN


La Directora de la I.E Inicial – Primaria N° 11239 "Cristo de Pachacamilla" –Las Dunas del distrito y provincia de Lambayeque, quien suscribe la presente, hace CONSTAR que:

Se dará todas las facilidades a las estudiantes de la Escuela de Odontología de la USAT: Flor Liliana Taboada Barragán y Karla Lucrecia Vega Paz para que realicen prueba piloto de su proyecto de investigación denominado: "Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del madre /madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la I.E 11239". El mismo que beneficiará a nuestros estudiantes en cuanto a su salud oral.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada por los fines que crea conveniente.

Lambayeque, abril del 2018



  
Lic. Rosa Elvira Musayón Suavedra  
DIRECTORA



### ANEXO 3

#### Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-USAT.

Investigadores : Flor Taboada, Karla Vega

Título: “Comparación de la efectividad de dos intervenciones educativas en el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas nivel inicial de la provincia de Lambayeque, 2018”

#### Propósito del Estudio:

Estamos invitando a usted y a su hijo(a) a participar en un estudio llamado: “Comparación de la efectividad de dos intervenciones educativas en el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos del I.E “11239” nivel inicial de la provincia de Lambayeque, 2018”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Estamos realizando este estudio para comparar la efectividad de diferentes charlas educativas sobre salud oral en el nivel de conocimiento de los padres y la condición de higiene oral en los niños antes y después del programa educativo.

El nivel de conocimiento sobre salud oral es la información adquirida a lo largo de los años sobre este tema.

La condición de higiene bucal es el estado y calidad de los tejidos bucales que se evalúa observando la placa bacteriana que es la masa de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y que se fijan a los dientes.

#### Procedimientos:

Si ustedes deciden participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

Al niño(a):

1. Se pondrá encima de la lengua una pastilla reveladora de placa bacteriana

2. Se realizará dos observación de la boca del niño, una inicial y una final del programa.

Al padre/madre de familia:

1. Llenado de cuestionario, antes y después del programa.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

La pastilla reveladora de placa podría ser ingerida por su niño al momento del examen pero no causaría ningún problema porque esta no es toxica.

**Beneficios:**

Su hijo se beneficiará de una evaluación clínica al saber la calidad de higiene bucal que presenta.

Usted se beneficiará de una evaluación de su conocimiento sobre salud bucal. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los exámenes realizados. Así mismo se le brindará información adecuada sobre salud bucal en las intervenciones y también al final de su participación se le brindará un díptico con la información necesaria abordada en las intervenciones.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la efectividad de las diferentes charlas educativas

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso de la información obtenida:**

Deseamos conservar las muestras almacenadas por 10 años. Estas muestras serán usadas para evaluar algunas pruebas diagnósticas. También usaremos esto para diagnosticar otras enfermedades. Estas muestras solo serán identificadas con códigos.

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA

Si usted no desea que las muestras permanezcan almacenadas ni utilizadas posteriormente, usted y su hijo(a) aún pueden seguir participando del estudio.

Autorizo a tener las muestras almacenadas SI  NO

Además la información de los resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad y permitiendo la evaluación de medidas de control, se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la USAT.

**Derechos del paciente:**

Si ustedes deciden participar en el estudio, podrán retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la USAT al teléfono (074)- 606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) y yo participemos en este estudio, comprendo las cosas que pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar aunque yo haya aceptado y que podemos retirarnos del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Padre o apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre:

DNI:

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MUGROVEJO  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA

## ANEXO 4

### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

El que suscribe, Albina Mejía Vargas, identificado con DNI N°: 21539277, certifico que realicé el juicio del experto al programa educativo diseñado por las tesis:

- Flor Taboada Barragán
- Karla Vega Paz

En la investigación denominada: "Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque, 2018"

Luego de realizar la evaluación exhaustiva, se concluye: Validar el instrumento para ser aplicada tal como está elaborado

Chiclayo, 05 de Mayo del 2018

  
Dra. Albina Mejía Vargas  
CIRUJANO DENTISTA - ODONTOPEDIATRA  
COORDINADORA DEL SERVICIO DE  
**Firma del experto**

DNI: 21539277 Telefono N° 979521308

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MUGRUEVEJO  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS


El que suscribe, Miriam de Jesús Arellanos Tafur, identificado con DNI N°: 09090874, certifico que realicé el juicio del experto al programa educativo diseñado por las tesis:

- Flor Taboada Barragán
- Karla Vega Paz

En la investigación denominada: "Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque, 2018"

Luego de realizar la evaluación exhaustiva, se concluye: Que al haber revisado el programa Educativo, respecto a su contenido, si cumple con los requisitos para ser aplicado en el estudio.

Chiclayo, 17 de mayo del 2018

  
Mg. Esp. Miriam Arellanos Tafur  
CIRUJANO DENTISTA  
OP. 6314

DNI: 09090874 Telefono N° 998500011

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

El que suscribe, PISFIL BECERRA, MARIA DEL CARMEN, identificado con DNI N°: 16665856, certifico que realicé el juicio del experto al programa educativo diseñado por las tesis:

- Flor Taboada Barragán
- Karla Vega Paz

En la investigación denominada: "Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal en sus hijos de la Institución Educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque, 2018"

Luego de realizar la evaluación exhaustiva, se concluye: que es aplicable a la investigación.

Chiclayo, 15 de Mayo del 2018



Firma del experto

DNI: 16665856 Telefono N° 208163

## ANEXO 5

### UNIVERSIDAD SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

#### FICHA ODONTOLÓGICA

AULA:

CODIGO:

EDAD:

FECHA:

#### ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) PRE PROGRAMA EDUCATIVO

#### PLACA BACTERIANA

1,6/5,5 (V)	5,1/6,1(V)	2,6/6,5(V)
4,6/8,5(L)	8,1/7,1(V)	3,6/7,5(L)

#### CALCULO DENTAL

1,6/5,5 (V)	5,1/6,1(V)	2,6/6,5(V)
4,6/8,5(L)	8,1/7,1(V)	3,6/7,5(L)

I.H.O. =

BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) Fecha de I.H.O:

Excelente : 0

Buena: 0.1 – 1.2

Regular: 1.3 – 3.0

Mala: 3.1 – 6.0

FECHA:

**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) POST PROGRAMA EDUCATIVO**

**PLACA BACTERIANA**

1,6/5,5 (V)	5,1/6,1(V)	2,6/6,5(V)
4,6/8,5(L)	8,1/7,1(V)	3,6/7,5(L)

**CALCULO DENTAL**

1,6/5,5 (V)	5,1/6,1(V)	2,6/6,5(V)
4,6/8,5(L)	8,1/7,1(V)	3,6/7,5(L)

**I.H.O. =**

BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( ) Fecha de I.H.O:

Excelente : 0

Buena: 0.1 – 1.2

Regular: 1.3 – 3.0

Mala: 3.1 – 6.0

## ANEXO 6

### CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL<sup>1</sup>

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

Edad de su niño(a): a) 3 años b) 4 años c) 5 años

¿Quién responde al cuestionario? a) Padre b) Madre

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

Grado de instrucción del padre:

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

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

#### CARIES DENTAL

1.- ¿Qué es la caries dental?

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

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

- a) Compartir utensilios
- b) Compartir cepillos dentales
- c) Besos en la boca
- d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

- a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes
- b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes
- c.- Es el sarro que se forma en los dientes
- d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

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

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

- a) 2 años
- b) 4 años
- c) 6 años
- d) 8 años

## PREVENCIÓN

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

- a) A partir de los 2 años
- b) Cuando aparece el primer diente de leche
- c) Cuando tenemos dientes de adulto
- d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

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

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

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

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

## DIETA

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

- a) Frutas y vegetales
- b) Gaseosas y frutas
- c) Frugos y galletas
- d) Todas las anteriores

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

- a) Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frugos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

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

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

### HIGIENE BUCAL

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

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

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

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

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

20.- En cuanto al cepillado dental

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental

## ANEXO 7

### APROBACION ESTADISTICA DE ESTUDIO DE TESIS:

#### TÍTULO DEL ESTUDIO:

"Comparación de dos tipos de intervenciones educativas en el nivel de conocimiento del padre/madre sobre salud oral y la higiene bucal de sus hijos de la institución educativa 11239-Las Dunas de la provincia de Lambayeque, 2018"

#### INVESTIGADORES:

-Taboada Barragán Flor

-Vega Paz Karla

Por la presente hago constar mi APROBACIÓN ESTADISTICA del estudio realizado, dando mi conformidad.



 **Jorge Antonio Fuduy Chung**  
**Jorge Fuduy Chung**  
CBP 4052

31 de Enero del 2018, Chiclayo