

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA



Efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 - 7 años de edad de dos instituciones educativas estatales – Trujillo

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTORA

Bach. Ulloa Bayona, Mónica Denisse

ASESOR

Mg.C.D Espinoza Salcedo, María Victoria

TRUJILLO – PERU

2016

PAGINA DEL JURADO

“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD BUCAL EN
ESCOLARES DE 6 - 7 AÑOS DE EDAD DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES - TRUJILLO”

PRESIDENTE DEL JURADO

SECRETARIO DEL JURADO

VOCAL DEL JURADO

DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza que me dio para seguir adelante en esta nueva etapa de mi carrera universitaria, por su amor incondicional y por no hacer que me rinda ante cualquier obstáculo que se presentó en el camino.

A mis padres Javier y Nancy, por su constante apoyo y su amor infinito .Por no dejarme sola en la culminación de este gran sueño, por su sacrificio por lograr mis objetivos y metas.

A mis Hermanas Kattia, Tania, Fiorella y Pamela, por ser mí ejemplo a seguir de perseverancia, de fuerza y de lucha para no desfallecer en esta etapa de mi vida, por mantenernos siempre unidas ante cualquier obstáculo

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A Dios por iluminar mi camino, por nunca desampararme y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante.
- ✓ A mi familia, por su apoyo incondicional durante todo este tiempo y la fuerza que me brindaron para culminar esta etapa.
- ✓ A la Universidad Privada Antenor Orrego, por permitirme crecer profesionalmente.
- ✓ A mi asesora, CD.MG María Espinoza Salcedo, por su constante apoyo y dedicación durante todo este proceso, por brindarme sus conocimientos para la realización de esta investigación.
- ✓ A mis amigas, por apoyarme en cada momento que lo necesité, por su amistad incondicional, y por alentarme siempre a vivir nuevos retos.
- ✓ A mis docentes, por su gran enseñanza, su gran capacidad para transmitir sus conocimientos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de la intervención educativa en salud bucal de 6- 7 años de edad de dos instituciones educativas estatales- Trujillo

Materiales y Método: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental. El estudio se inició con 222 escolares de 6-7 años de edad de dos instituciones estatales, pero sólo culminaron el programa educativo 144 escolares. Se realizó un examen clínico para evaluar el Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion previo a la aplicación de un programa educativo a fin de comparar los resultados luego de un mes del programa educativo en las que se utilizó material audiovisual adaptado a la edad de los niños, juegos de pregunta y respuestas, y demostración de técnica de cepillado con tipodont.

Resultados: Los resultados indican que si existe un efecto positivo de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 a 7 años de edad de dos instituciones estatales- Trujillo ($p < 0.05$)

Conclusiones: Luego de la aplicación de la intervención educativa, se observó una diferencia estadísticamente significativa en el IHO-S, dando valores menores después de aplicada la intervención educativa. Por consiguiente se mejoró la calidad de cepillado y por tanto la intervención educativa fue exitosa

Palabras clave: Índice de Higiene Oral Simplificado, programa educativo.

ABSTRACT

Objective: To determine the effect of educational intervention on oral health of 6- 7 years old of two educational institutions estatales- Trujillo

Materials and Methods: A prospective, longitudinal, comparative and experimental study was conducted. The study began with 222 schoolchildren 6-7 years of age of two state institutions, but only 144 completed the school education program. a clinical examination was performed to evaluate the Oral Hygiene Index Simplified Greene and Vermillion prior to the implementation of an educational program to compare the results after a month of the educational program in which audiovisual material was used adapted to the age of children, games questions and answers, and demonstration of brushing technique with tipodont.

Results: The results indicate that if there is a positive effect of an educational intervention on oral health in school from 6 to 7 years of age two institutions estatales- Trujillo ($p < 0.05$)

Conclusions: After the implementation of the educational program a statistically significant difference was observed in the WHI-S giving lower values, also the quality of brushing is also improved

Keywords: Oral Hygiene Index Simplified, educational program.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. DISEÑO METODOLÓGICO	7
III. RESULTADOS.....	17
IV. DISCUSION	29
V. CONCLUSION	31
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	33
ANEXOS	37

I. INTRODUCCION

Las enfermedades bucodentales hoy en día se han convertido en uno de los problemas de mayor prevalencia en nuestra sociedad, podría deberse al inadecuado estilo de vida y a los hábitos insanos que adquirimos a lo largo del tiempo. Actualmente pueden ser prevenidas en su mayoría, gracias a que contamos con nuevas técnicas y avances que nos permiten tener resultados favorables para mejorar nuestra salud bucodental.

El cuidado de la boca y los dientes es un hábito que favorece nuestra salud y bienestar, pero como toda buena costumbre requiere una constante atención. ¹ Al no tener una buena higiene oral, las superficies de nuestros dientes están expuestas a la colonización con microorganismos, potencializando el riesgo de desarrollar patologías o enfermedades infecciosas periodontales. ²

A lo largo de la historia se han desarrollado índices epidemiológicos que clasifiquen los depósitos de placa bacteriana, inflamación e inserción gingival. En el índice de higiene oral simplificado (IHO-S) (Greene y Vermillion) existen 2 componentes: La extensión de residuos blandos o índice de residuos (IR) en la corona clínica, y la extensión de cálculo supragingival o índice de cálculo dental (IC). ^{2,3}

La escuela, es un espacio propicio para el fortalecimiento de las potencialidades y habilidades de niños y niñas, para el aprendizaje de nuevas formas de sentir, actuar y expresarse frente a la vida; es el lugar donde convergen diferentes acciones para lograr una formación integral de nuevos

hombres y mujeres. Los tutores al igual que los padres, juegan un papel muy importante en la creación de ambientes y estilos de vida saludable en la promoción de las responsabilidades individuales, familiares y comunitarias y en el fomento de relaciones sanas con los demás individuos y con el entorno.^{4,5}

La educación sobre la salud bucal se dirige con más frecuencia a los niños de edad preescolar⁵, es así que el enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables.^{6, 7,8}

Iglesias y cols (2008), realizaron una intervención educativa en salud bucal durante 4 semanas, dirigida a 32 preescolares entre 4 a 6 años de edad. Encontraron un aumento del 87% en cuanto al nivel de conocimiento. Hubo un incremento del 69% en la frecuencia diaria del cepillado. El 97% de los niños disminuyó la frecuencia en el consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos simples. Las intervenciones educativas basadas en teorías del aprendizaje y adaptadas al tipo de población considerando el nivel cognitivo, socioeconómico y cultural, desarrollan hábitos de salud bucal.^{9, 10}

Dávila y col (2008), aplicaron un programa educativo (PE) sobre enfermedades de la cavidad oral y medidas preventivas, y determinaron el nivel de conocimiento de los escolares. Realizaron un estudio cuasi experimental antes y después de la aplicación (PE), en 85 escolares del primero y segundo grado

representaron la población de estudio. Antes de la aplicación del PE, el NC sobre las enfermedades orales fue "malo" 68% y 14% "bueno" ,variando de 32% y 66% respectivamente después de la aplicación del programa. El NC sobre medidas preventivas vario "regular "(74%) antes del PE a 50% después de la aplicación. Existiendo la necesidad de implementar y fortalecer programas educativos dirigidos a la población escolar a fin de mejorar su calidad de vida.¹¹

Rodríguez y cols (2008), aplicaron una intervención educativa a 89 escolares comprendidos entre los seis – ocho años. Donde determinó las necesidades de aprendizaje aplicando una entrevista estructurada y el índice de análisis de higiene bucal. Se concluyó que la estrategia fue satisfactoria porque se logró elevar el nivel de conocimientos en higiene bucal y se obtuvo un buen índice de higiene bucal en la mayoría de los escolares.^{12,13,14}

Lopes y cols (2010), evaluaron el impacto de un programa preventivo y educativo, desarrollado por el equipo de la salud oral. Consistió en cepillado supervisado semanalmente en los estudiantes de primero a octavo grado; las variables analizadas eran placa visible y gingivitis. Habiendo una diferencia significativa entre las pruebas primero y segundo en cuanto a la presencia de las variables placa visible 135 (88,24 %) vs 9 (6,16 %), gingivitis 143(93,46 %) vs 57 (39,04 %). Los resultados sugieren que la sola intervención educativa-preventiva fue efectiva en la mejora de la higiene oral y en la reducción de la frecuencia de blanco activa lesiones de blancas en los niños estudiados.^{15,16}

Díaz y col (2011), promovieron una estrategia con el objetivo de capacitar a maestros de primer y segundo grado para que puedan llevar a cabo actividades de promoción de salud, uno de los temas es la caries dental. La muestra seleccionada fue no probabilística, siendo 82 maestros. Al finalizar la intervención educativa el 75.5% de los encuestados alcanzaron calificaciones de excelentes, elevándose la capacitación de estos docentes en relación con temas de salud bucal, logrando conocimientos superiores en los niños de los grados iniciales de la enseñanza primaria.^{17, 18,19}

Rivera (2011), determinaron la deficiencia de salud bucal en los niños de 4 y 5 años. La muestra consistió en 130 niños, el 49,2 % de los niños tenía caries y se reportó que el 9.2% de los casos presentaba gingivitis. Concluyeron que se requieren esfuerzos de promoción y educación en salud bucal, además de un aumento de los recursos para atender estos pacientes y disminuir el impacto de las enfermedades orales en el futuro.²⁰

Villena y Col (2011), determinaron la prevalencia y severidad de la caries dental en niños de 6-71 meses de edad. Evaluaron a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS, con equipo no invasivo. La prevalencia de caries dental fue de 65.5% en niños de 36-47 meses de edad, 73 % en niños de 48-59 meses. Se concluyó que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los meses de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área.^{21, 22,23}

González (2012), aplicó encuestas a los cuidadores del jardín infantil de la Universidad de Colombia y examinó clínicamente a 118 niños de los 150

matriculados. El ceo-d de los niños valorados del jardín corresponde a un 0,805 que, según la OMS, está catalogado como muy bajo. En cuanto a educación para la salud, los resultados de las encuestas revelaron que el 80 % de los cuidadores de los niños tienen una suficiencia conceptual que les permite brindar cuidados y promover conductas para prevenir enfermedades bucales. ²⁴

Mediante la intervención educativa en salud bucal en niños buscamos un efecto positivo, ya que mediante el aumento de conocimientos sobre la salud bucal se logrará disminuir hábitos insanos tanto para una mejor higiene y una dieta saludable; y de esta manera disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales como lo es la caries ,enfermedades de las encías y periodontales. Por lo que se busca utilizar un nuevo medio de educación bucal evaluando su impacto en la población, y que al ser motivado con intervenciones educativas y preventivas, estimulará al escolar evitando problemas a futuro no sólo funcional, sino psicológicos y estéticos.

El propósito del presente trabajo es: incentivar y motivar con intervenciones educativas una buena higiene oral en esta población, creando hábitos en los escolares a temprana edad para crear consciencia a futuro.

1. Formulación del problema

¿Existe efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 -7 años de dos instituciones educativas estatales -Trujillo?

2. Hipótesis:

Sí, existe efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6- 7 años de edad de dos instituciones educativas estatales –Trujillo.

3. Objetivos :

3.1 General:

Determinar el efecto de una intervención educativa en salud bucal de 6- 7 años de edad de dos instituciones educativas estatales- Trujillo.

3.2 Específicos:

✓ Determinar el Índice de Higiene Oral- Simplificado antes de la aplicación de la intervención educativa, según género y edad de dos instituciones educativas estatales-Trujillo.

✓ Determinar el Índice de Higiene Oral- Simplificado después de un mes de culminado la intervención educativa, según género y edad, de las dos instituciones educativas estatales –Trujillo.

II. DISEÑO METODOLOGICO:

1. Material De Estudio

1.1 Tipo de Investigación:

Según el período en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo	Longitudinal	Comparativo	Experimental

1.2 Área de estudio

El presente estudio se realizó en la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y en la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo).

1.3 Definición de la población muestral.

1.3.1 Características generales:

La población estuvo constituida por escolares de 6-7 años de edad de la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo).

1.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Escolar de 6 -7 años de edad, cuyos padres firmaron el consentimiento informado.

- Escolar de 6 - 7 años de edad, en aparente buen estado general y psicológico.
- Escolar matriculado en la Institución Educativa José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) en el año 2015.
- Escolar matriculado en la Institución Educativa 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo) en el año 2015.
- Escolar, cuya edad estuvo comprendida entre los 6-7 años de edad.
- Escolar que firmó el asentimiento informado para participar en el estudio.

1.3.1.2 Criterios de exclusión

- Escolar cuyo padre habiendo firmado el consentimiento informado, no pudo concluir con la evaluación o intervención.
- Escolar portador de aparatología ortodóntica u ortopedia de maxilares.

1.3.2 Diseño estadístico de muestreo

1.3.2.1 Unidad de Análisis:

- ✓ Escolar masculino o femenino de 6 -7 años de edad de la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo)- 2015.

1.3.2.2 Unidad de muestreo:

- ✓ Escolar masculino o femenino de 6 -7 años de edad de la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo)- 2015.

1.3.2.3 Marco de Muestreo:

- ✓ Registro de escolares masculino o femenino de 6 -7 años de edad de la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo).

1.3.2.4. Tamaño Muestral:

El tamaño de muestra para el presente estudio fue:

Muestra Preliminar:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{E^2}$$

Dónde:

$Z_{\alpha} = 1.65$; que es un coeficiente de confianza del 95%.

$E = 0.05$; que es el error.

$P = 0.50$ que es el porcentaje de pacientes que aceptan el tratamiento (Se desconoce).

$N = 222$ Pacientes estimados en el periodo de captación de la información.

Luego Reemplazando:

$$n = 273$$

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Luego Reemplazando $n_f = 123$

Asignación Proporcional de la Muestra

Población			Muestra		
Nh	6 años	7 años	nh	6 años	7 años
146	64	82	81	36	45
76	35	41	42	19	23
222			123		

1.3.3 Método de selección:

- ✓ Probabilístico - Aleatorio Simple.

1.3.4 Consideraciones Éticas:

Para la ejecución de la presente investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18o Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013. (Anexo 02 y 03).

2. Métodos, Técnicas e Instrumento de recolección de datos.

2.1 Método:

- ✓ Observación.

2.2 Descripción del Procedimiento:

A. De la aprobación del proyecto:

El primer paso para la realización del presente estudio de investigación fue la obtención del permiso para su ejecución, tras la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Investigación de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Privada Antenor Orrego.

B. De la autorización para la ejecución:

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso a las autoridades del comité investigador y se les explicó la importancia de la presente investigación con el fin de obtener los permisos correspondientes.

C. Recolección de la muestra:

Se recolectó la muestra a los escolares de 6 - 7 años de edad de manera aleatoria, matriculados en la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo) 2015.

Se coordinó con los directores de ambas instituciones para el permiso necesario, con los padres de los escolares y los mismos escolares. Quienes formaron parte del estudio, los cuales firmaron un consentimiento y asentimiento informado respectivamente.

D. Validación del instrumento de medición:

La investigadora se entrenó con un experto en el área de odontopediatría.

(Anexo 01)

E. De la Intervención Educativa

El taller educativo se llevó a cabo en dos fases:

En la primera fase: se distribuyó una ficha de datos sobre conocimientos bucodentales; para la elaboración de dicha ficha se incluyeron las siguientes variantes: sexo, frecuencia de visitas al dentista, número de cepillados al día, técnica de cepillado, uso de seda dental y su importancia.

En la segunda fase: se procedió a realizar la intervención educativa sobre salud bucal .Se realizaron 10 charlas con una duración de 30 minutos cada una, en las que se utilizó material audiovisual adaptado a la edad de los escolares con juegos de pregunta y respuestas, y demostración de técnica de cepillado con tipodont.

Así mismo, en cada aula se ambientó un espacio en donde a cada estudiante se le obsequió un cepillo y pasta dental para realizar su higiene bucal, con un fin motivador para poner en práctica las charlas educativas.

F. De Salud Bucal

Esta evaluación se realizó aplicando el Índice de Higiene Oral Simplificado en dos sesiones .La primera fue antes de la primera fase de

la intervención. En la determinación de este índice se utilizaron pastillas reveladoras de placa bacteriana.

Para la evaluación se examinaron 6 piezas dentarias: 1º molar superior derecha (superficie vestibular), incisivo central superior derecho (superficie vestibular), 1º molar superior izquierda (superficie vestibular), 1º molar inferior izquierda (superficie lingual), incisivo inferior derecho (superficie vestibular), 1º molar inferior derecha (superficie lingual). Se evaluaron por separado ambos componentes del índice, tanto el cálculo como los residuos blandos.

Se empleó para el examen oral: espejo bucal, baja lengua y pastilla reveladora de placa bacteriana. El criterio para medir los residuos blandos o cálculos fue el siguiente:

Valor de 0– No hay residuos o manchas.

Valor de 1– Los residuos o cálculo no cubre más de un tercio de la superficie dentaria.

Valor de 2– Los residuos o cálculo cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.

Valor de 3– Los residuos o cálculo cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta.

En caso de que algunas piezas dentarias a examinar presentaran: ausencia, erupción parcial, gran destrucción de la superficie necesaria para el estudio, debe tomarse el diente similar adyacente, por ejemplo:

Si falta la pieza 11, se tomara en su lugar la pieza 21.

El IHO-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas .Los valores clínicos son:

Bueno 0.0- 1.2

Regular 1.3 – 3.0

Deficiente 3.1 – 6.0

Posteriormente, después de un mes de haber realizado dichas intervenciones educativas se procedió a realizar la segunda sesión, midiendo nuevamente el Índice de Higiene Oral Simplificado.

2.3. Del instrumento de recolección de datos:

Se confeccionó una ficha específicamente para la investigación.
(Anexo 04)

Variables	Definición conceptual	Definición operacional (indicadores)	Tipo		Escala de medición
			Según su naturaleza	Según su función	
SALUD BUCAL	La salud bucal asegura importantes procesos como masticar e iniciar una adecuada digestión, de manera que su descuido puede conspirar contra la salud en general. ⁹	-Índice de Higiene Oral Simplificado Bueno 0.0- 1.2 Regular 1.3 – 3.0 Deficiente 3.1 – 6.0	Categorica o Cualitativa	Dependiente	Ordinal
INTERVENCIÓN EDUCATIVA	La intervención educativa en la primera infancia se relaciona con el fortalecimiento de aquellos factores que mejoren la calidad de vida y detección y control temprano de factores de riesgo comunes que puedan afectar la salud y la adquisición temprana de hábitos y actitudes favorables para el autocuidado y conservación de salud integral. ¹⁴	-Charlas educativas - Material audiovisual	Cualitativa	Independiente	Nominal

Análisis estadístico de la información

Para la presente investigación se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales, con sus valores absolutos y relativos; así mismo, se utilizaron gráficos adecuados para presentar los resultados de la investigación.

Para determinar si existe efecto de la intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 - 7 años de edad se utilizó la prueba de McNemar, considerando un nivel de significancia de 0.05.

Se contó con el apoyo de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y el programa Statistica versión 10.

III.RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el efecto de la intervención educativa en salud bucal en escolares de 6- 7 años de edad de dos instituciones educativas estatales- Trujillo. La muestra estuvo constituida por 144 estudiantes matriculados en la I.E José Antonio Encinas (Distrito: Víctor Larco Herrera) y la I.E 80002 José Torres Araujo (Distrito: Trujillo), seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión expuestos con anterioridad. De los estudiantes matriculados se evaluó la efectividad de la intervención educativa en salud bucal, mediante el índice Greene y Vermillion en dos momentos: antes y después de la intervención educativa, obteniendo los siguientes resultados:

Del efecto de intervención educativa en salud bucal en escolares de 6-7 años de edad de dos instituciones educativas estatales-Trujillo, obtuvimos resultados positivos en cuanto a la higiene dental después de haber recibido la intervención educativa; así vemos que antes de la aplicación de la intervención educativa el 12.5% obtuvo un resultado de IHO-S “bueno”; el 63.9% obtuvo un resultado de “regular” y el 23.6% un resultado de “malo”. Mostrando una mejora después de la aplicación de la intervención educativa con el 56.9% obtuvo un resultado de “bueno”; el 42.4% obtuvo un resultado de “regular y 0.7% un resultado de “malo”. (Tabla N°1, Gráfico N°1).

En relación a la intervención educativa en salud bucal en escolares mujeres de 6-7 años de edad de las dos instituciones educativas estatales, se puede observar mayor aprendizaje con la intervención educativa ya que antes de éste se obtuvo los siguientes resultado, un 13.4% como “bueno”, un 70.1% como “regular”, un 16.4% como malo. Dándonos resultados bastantes variables después de aplicada la intervención educativa,

obteniendo como resultados con un 56.7% como “bueno”, un 41.8% como “regular” y un 1.5% como “malo” (Tabla N°2, Gráfico N°2).

Del mismo modo pudimos observar los resultados de los escolares varones, viendo como influyó la intervención educativa en ellos. Encontramos que antes de la aplicación un 11.7% como “bueno”, un 58.4% como “regular”, un 29.9% como “malo”. Dando una mejor resultado después de la intervención educativa con un 57.1% como “bueno”, 42.9% como regular y un 0% como “malo” (Tabla N°3, Gráfico N°3).

En cuanto al IHO-S en escolares de 6 años, antes de la aplicación de la intervención educativa se encontró que un 8.2% como “bueno”, 67.2% como “regular”, un 24.6% como “malo”. Después de aplicado la intervención educativa obtenemos resultantes bastante positivos con un 49.2 % como “bueno”, un 50.8% como “regular”, quedando un 0% como malo (Tabla N°4, Gráfico N°4).

Así mismo se realizó el mismo análisis en este caso con los escolares de 7 años aplicando la intervención educativa, mostrando que su IHO-S antes de la aplicación fue un 15.7% como “bueno”, el 61.4% como “regular”, el 22.9% como “malo”. Se registró un cambio después de la intervención, mostrando que su IHO-S mejoró con un 62.7% como “bueno”, un 36.1% como regular”, y 1% como “malo” (Tabla N°5, Gráfico N°5).

Tabla 1

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal –Trujillo

<i>IHO-S</i>	<i>Aplicación del Programa Educativo</i>			
	<i>Pre</i>		<i>Post</i>	
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	18	12.5	82	56.9
<i>Regular</i>	92	63.9	61	42.4
<i>Malo</i>	34	23.6	1	0.7
<i>Total</i>	144	100.0	144	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos del estudio

Gráfico 1

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo

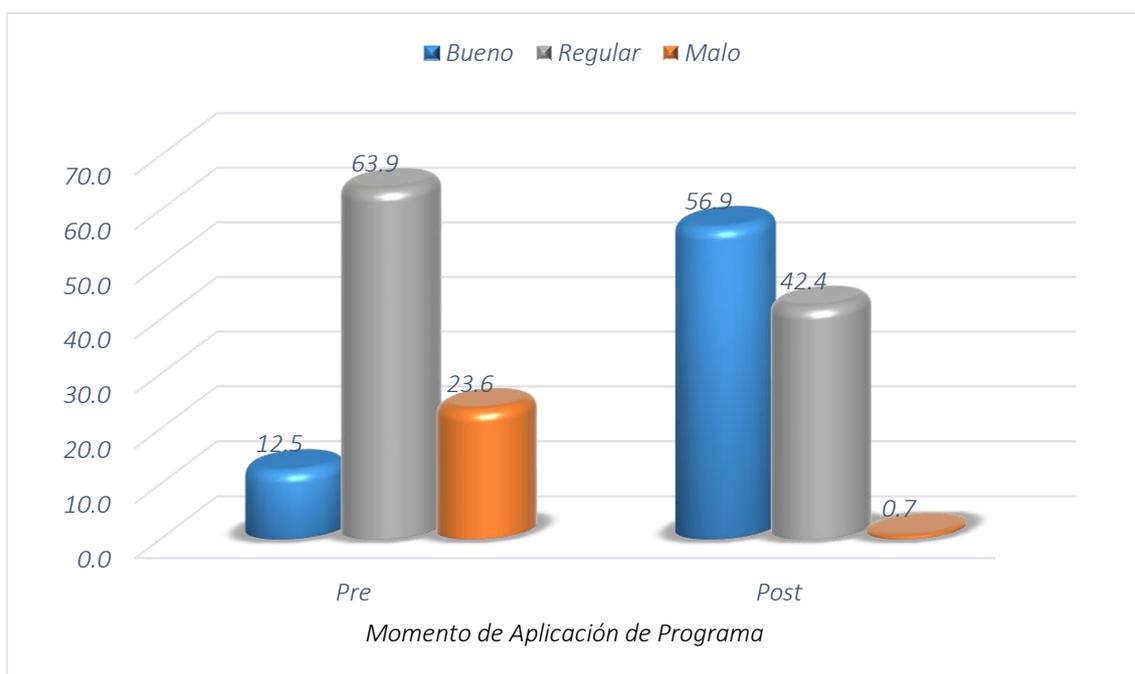


Tabla 2

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Mujeres de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal –Trujillo

<i>IHO-S</i>	<i>Aplicación del Programa Educativo</i>			
	<i>Pre</i>		<i>Post</i>	
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	9	13.4	38	56.7
<i>Regular</i>	47	70.1	28	41.8
<i>Malo</i>	11	16.4	1	1.5
<i>Total</i>	67	100.0	67	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos del estudio

Gráfico 2

Indice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Mujeres de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo

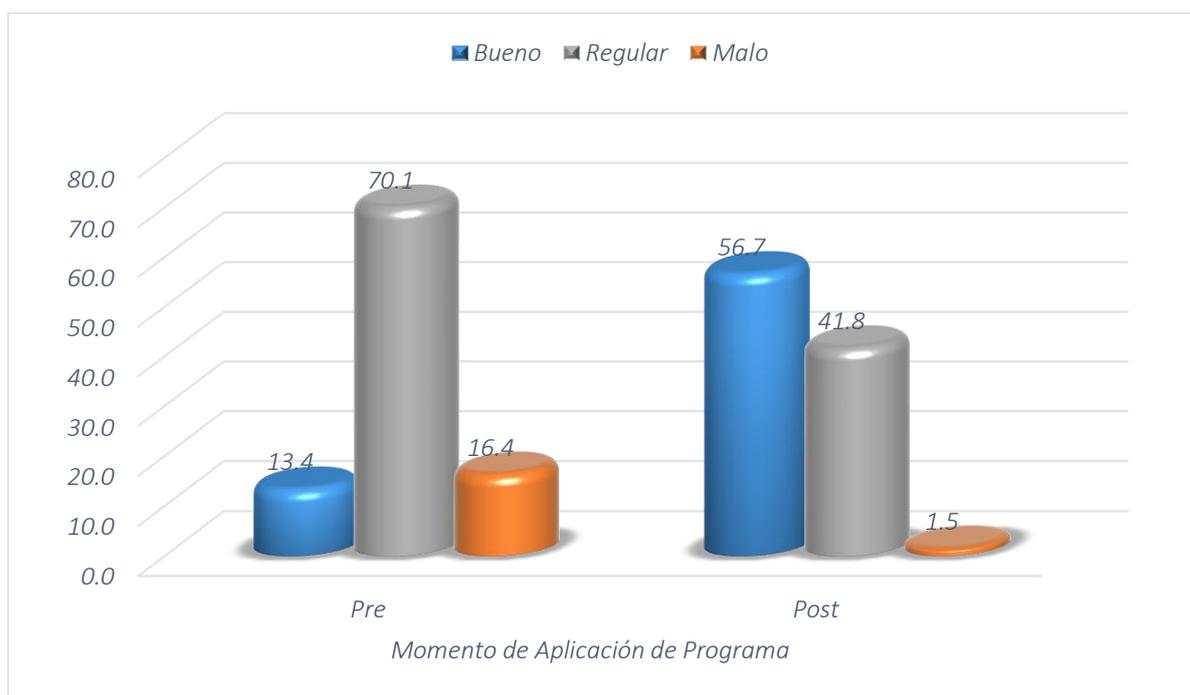


Tabla 3

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Hombres de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo

IHO-S	Aplicación del Programa Educativo			
	Pre		Post	
	ni	%	ni	%
Bueno	9	11.7	44	57.1
Regular	45	58.4	33	42.9
Malo	23	29.9	0	0.0
Total	77	100.0	77	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos del estudio

Gráfico 3

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Hombres de 6 - 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal –Trujillo

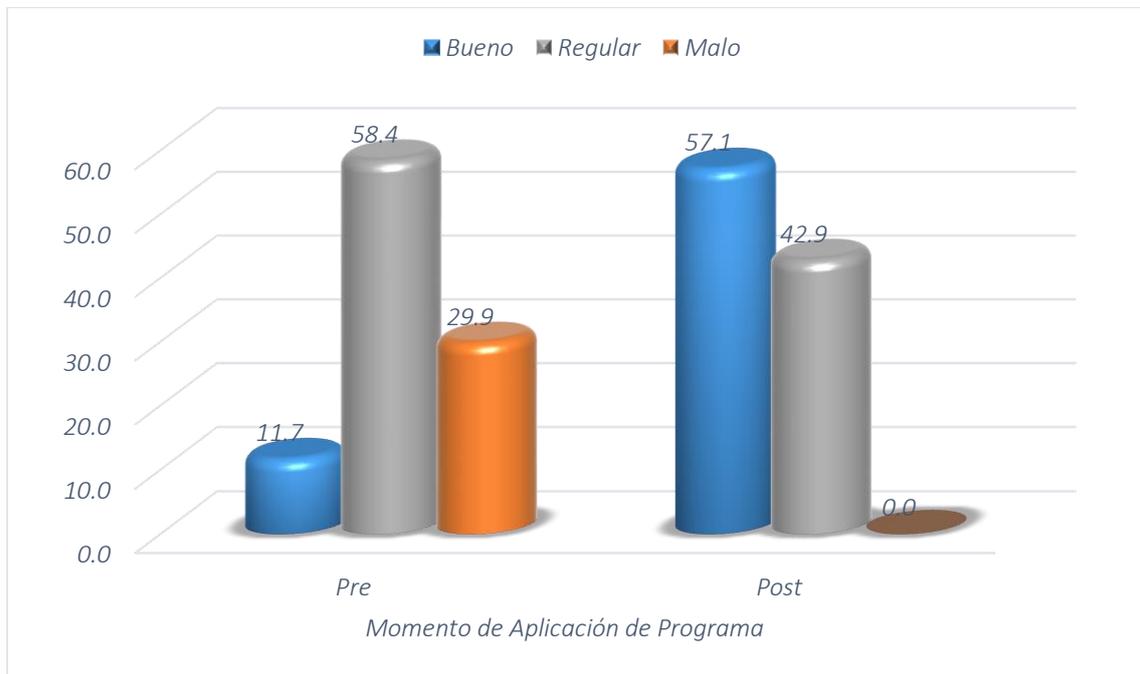


Tabla 4

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares de 6 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal –Trujillo

<i>IHO-S</i>	<i>Aplicación del Programa Educativo</i>			
	<i>Pre</i>		<i>Post</i>	
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	5	8.2	30	49.2
<i>Regular</i>	41	67.2	31	50.8
<i>Malo</i>	15	24.6	0	0.0
<i>Total</i>	61	100.0	61	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos del estudio

Gráfico 4

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares de 6 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo

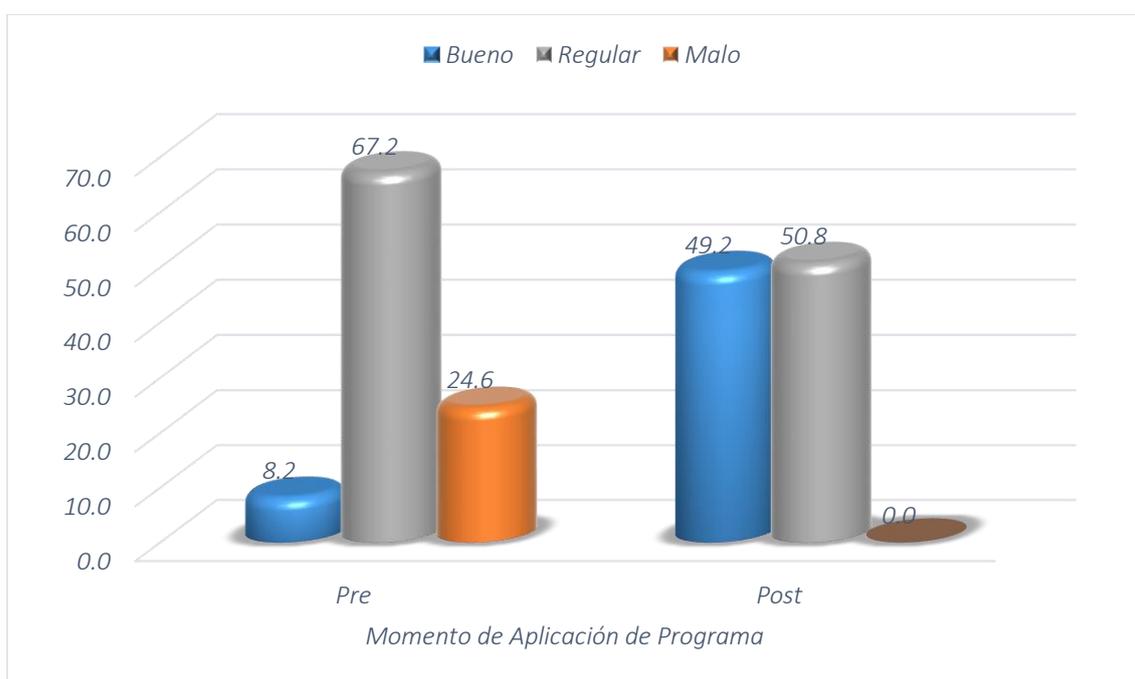


Tabla 5

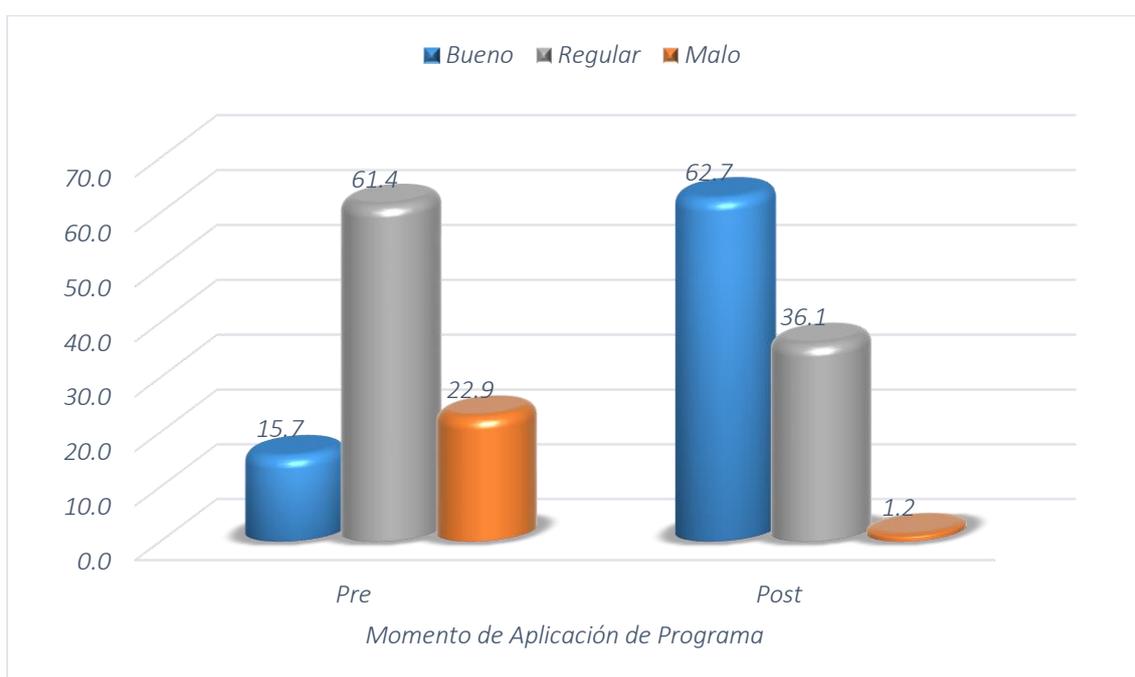
Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Hombres de 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo

<i>IHO-S</i>	<i>Aplicación del Programa Educativo</i>			
	<i>Pre</i>		<i>Post</i>	
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	13	15.7	52	62.7
<i>Regular</i>	51	61.4	30	36.1
<i>Malo</i>	19	22.9	1	1.2
<i>Total</i>	83	100.0	83	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos del estudio

Gráfico 5

Índice de Higiene Oral (IHO-S) en Escolares Hombres de 7 años de edad de dos Instituciones Educativas Estatales según Momento de Aplicación de una Intervención Educativa en Salud Bucal -Trujillo



IV. DISCUSION

En el presente estudio se pudo observar que la mayoría de escolares tenían conocimientos muy básicos sobre la educación en salud bucal, probablemente este es uno de los factores más influyentes que esté prevaleciendo en el bajo nivel de conocimientos de salud bucal en dichos escolares. Es necesario incentivar y propiciar intervenciones educativas para originar cambios en la conducta de los escolares y lograr aprendizajes significativos.

Tanto en el hogar, como por medio de un tutor en la escuela, es que el niño adquiere diversos hábitos que harán que mejoren su higiene. Es necesario trabajar de la mano con el tutor o madre de familia, ya que así será más fácil la motivación y se incentivará más al escolar a tomar estos hábitos como actos de su vida

Se aplicó una intervención educativa para evaluar su efecto, demostrando que dicha intervención fue exitosa, ya que al final del estudio se modificó favorablemente los conocimientos de los escolares de ambas instituciones y hubo una disminución en el IHO-S; esto fue el resultado de incentivar acciones como la técnica de cepillado.

Los resultados encontrados coinciden con los de Franco y cols⁴, en donde emplearon el índice de placa; quienes encontraron en el primer control un 92% de índice de placa, en la segunda medición un valor de 83% de índice de placa, mientras que en el último control se evidencia una reducción importante control de índice placa con un 13%. Esto puede deberse a que en ambos casos se emplearon el uso de estrategias de información, educación, buscando incorporar aprendizaje para una vida sana; como una buena técnica de cepillado que debe ir de la mano con una dieta saludable.

Así mismo los resultados hallados fueron similares a los de Iglesias y Cols⁸ donde encontraron un incremento del 69% en la frecuencia diaria del cepillado.

En el presente estudio los escolares de sexo femenino obtuvieron mayor proporción de un IHO-S de 70.1 % como “regular”, éste difiere con el estudio de Moses² ya que se observó que los escolares de sexo masculino presentaron una mayor proporción de un IHO-S de 63.3% como “regular”.

Los resultados encontrados en cuanto a la edad coinciden con Moses², en su estudio los escolares de 6 años obtuvieron mayor proporción de un IHO-S “regular” con 82.93%, mientras que en este estudio también se obtuvo mayor proporción de un IHO-S “regular” con 67.2%.

Es importante recalcar que la actitud receptiva y la atención mostrada por los escolares fueron ante las técnicas audiovisuales y a la demostración de técnica de cepillado con tipodont, lo cual constituyó un aspecto determinante en los resultados obtenidos.

La intervención educativa aplicada, demostró ser una intervención bastante exitosa ya que modificó favorablemente los conocimientos de los escolares, al incentivar acciones como cepillado correcto, y una alimentación adecuada.

Podemos resaltar que es muy importante este tipo de intervenciones educativas en estas edades y proponemos que se incluyan dentro de la programación escolar de dichas instituciones.

V. CONCLUSIONES

Bajo las circunstancias propuestas en el presente estudio, podemos concluir que:

- ✓ Existió efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6-7 años de edad de dos instituciones educativas estatales -Trujillo
- ✓ Antes de la intervención educativa, el IHO-S fue alto en los escolares de ambas instituciones educativas estatales en cuánto edad y género.
- ✓ Después de aplicada la intervención educativa, el IHO-S fue bajo en los escolares de ambas instituciones educativas estatales en cuanto edad y género.

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ Las instituciones educativas deben de integrar a personal de la salud como nutricionista, odontólogo, psicólogo; para así brindar un servicio integral en salud, tanto como al niño y a la familia.

- ✓ Incentivar que las intervenciones educativas en salud bucal perduren en el tiempo, para así obtener resultados satisfactorios dando a estas intervenciones seguimiento.

- ✓ Los docentes son pilar muy importante ya que se encuentran en gran contacto con los escolares, por ello se les debe brindar charlas para que así fomenten una buena intervención en salud bucal, permitiendo resultados positivos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gómez O. Educación para la salud. 2ª. Costa Rica. Ed Universidad Estatal a distancia; 2007.
2. Moses AX, Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013. [Tesis Bachiller].Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014.
3. Saravia H, Efectividad de tres métodos de educación para la salud oral en el control de la higiene oral en niños de 5 años de edad .Distrito de la Esperanza-La libertad ,2009. [Tesis Bachiller].Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
4. Franco AM, Martínez CM, Álvarez M, Coutin IA, Larrea IM, Otero MA, Portacio K, Vivas J, Zapata A. Los niños tienen la palabra: Nuestras sanas para una vida sana. Rev CES Odontología. 2008; 21(1).
5. Crespo M , Riesgo Y, Lobaina Y ,Torres MP , Filiú MM. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. Rev MEDISAN .2009; 13(1).

6. Bosh RR, Rubio AM, Garcia HF. Conocimientos sobre higiene bucodental y evolución de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Rev Avances en Odontoestomatologica 2012;28(1):17-23.
7. Hechevarria BO;Venzant S,Carbonell M,Carbonell C. Salud Bucal en la Adolescencia. Rev Medisan.2013;17(1):117
8. Iglesias J , Fernandez ML, ,Barron J, Bartolomé M. Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación primaria. Rev Gac Sanit . 2013; 27(4):362-364.
9. Iglesias C, Arenas L, Bonilla FP, Cruz GE. Intervención educativa en salud bucal con preescolares indígenas de México. ADM; 2008 Set –Oct ; 65 :247-252.
10. Menguez T,Sexto N, Gonzales Y. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar . Medisur . 2009;7(1)
11. Dávila Me, Mujica de G, M. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas; 2008 Dic, Vol 46(3).
12. Rodríguez M, Martínez LI, Ladrón de Guevara T, García AM. Intervención educativa sobre higiene bucal para escolares de seis y ocho años. Rev CUDMED .2008; 33(3).

13. Iglesias CV, Arenas L , Bonilla P , Cruz E. Intervención Educativa en salud Bucal con preescolares indígenas de México .Rev ADM . 2008;85(5).
14. Hernández HA , Espeso NN, Reyes OF, Rodríguez BL . Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños a 12 años.
15. Lopes DS, Maders C, De Lemos A. O impacto do Programa Preventivo-Educativo da Unidade da Saude da Familia na Bucal de Escolares .Rev. Fac. Odontol.,Porto Alegre. 2010 Abril ; 50(2) : 15-19.
16. Gauba A,Singh I, Jain a,Chander H. School based oral health promotional intervention: Effect on Knowledge, practices and clinical oral health related parameters.2013;4(4).
17. Diaz MY, Hidalgo I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Med Electron. 2011; 33(1).
18. Alhammad N, Salama F. Effetiveness of an infant oral health care educational intervention on Knowledge of dental students .Advances In Medical Education and Practice. 2011;2 (193-199).
19. Gabínio M, Correia AF, Lauryiene CS. Evolution of an oral health program for children in early childhood.Rev Odonto Cienc. 2010; 25(4):350-354.
20. Rivera C, Pre-school Chil oral Health in a Rural Chilean Comunity.Int. J. Odontostomat.2011, 5(1):83-86.

21. Villena SR, Pachas BF, Sánchez HY, Carrasco LM. Prevalencia de Caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad ,residentes en poblados urbano marginados de Lima Norte . Rev Estomatolo Herediana. 2011;21(2).
22. Sanchez HY, Sence CR. Ensayo Comunitario de Intervención: Incidencia de caries en preescolares de un programa educativo preventivo en salud bucal. Rev Estomatol Herediana .2012; 22(1):3-5.
23. Chi D, Rossitch K, Beeles E. Developmental delays and dental caries in low-income preschoolers in the USA: a pilot cross-sectional study and preliminary explanatory model.BMC. 2013,13:53.
24. Gonzales GE. Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia; evaluación de un programa para la salud bucal en la primera infancia .2012 Ene-Jun; 31(66): 59-74.

ANEXOS

ANEXO 01

Análisis de Concordancia

<i>Ejecutor</i>	<i>Especialista</i>						<i>Total</i>
	<i>Bueno</i>		<i>Regular</i>		<i>Malo</i>		
	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>	
<i>Bueno</i>	2	20.0	0	0.0	0	0.0	2
<i>Regular</i>	0	0.0	5	50.0	0	0.0	5
<i>Mal</i>	0	0.0	1	10.0	2	20.0	3
<i>Total</i>	2	20.0	6	60.0	2	20.0	10

Prueba de Acuerdo

<i>Medida de acuerdo</i>	<i>Ko</i>	<i>EE</i>	<i>To</i>	<i>P</i>
<i>Kappa</i>	0.833	0.158	3.686	0.00023
<i>ni</i>	10			

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por intermedio del presente documento hago constar que acepto la participación de mi menor hijo en el trabajo de investigación titulado **“Efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 - 7 años de dos instituciones educativas estatales – Trujillo”**

Además de haberme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibir ninguna contribución económica.

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informado sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y el bienestar de mi hijo.

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° de DNI: _____

FECHA: _____

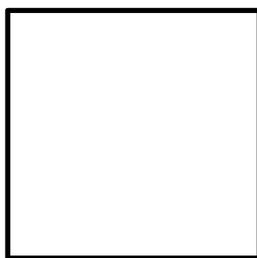
FIRMA

ANEXO 03

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____,

estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación “**Efecto de una intervención educativa en salud bucal en escolares de 6 - 7 años de dos instituciones educativas estatales – Trujillo**” Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por lo tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en dicha investigación.



ANEXO 04

- Institución Educativa
- Grado y Sección
- Nombres y Apellidos
- Edad
- Sexo. M F
- Frecuencia de visitas al dentista al año 1 2 más de 3
- Número de cepillados al día. 1 2 3
- Uso de Seda Dental Sí No

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION							Fecha : / /	
N° de Pieza	1.6 V	11 V	26 V	36 L	41 L	46 L	Total	Promedio
Índice de Residuos Blandos								
Índice de Cálculo								

IHO-S =

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION							Fecha : / /	
N° de Pieza	1.6 V	11 V	26 V	36 L	41 L	46 L	Total	Promedio
Índice de Residuos Blandos								
Índice de Cálculo								

IHO-S =

Condición de IHO-S

Bueno	0.0 - 1.2
Regular	1.3 - 3.0
Malo	3.1 - 6.0



