

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



“Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015.

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

Autor:

Bach. Fredy Stewar Quezada Bellido

Asesor:

Dra. María Victoria Espinoza Salcedo

TRUJILLO- PERÚ

2016

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE: DR. CARLOS MORERA CHÁVEZ

SECRETARIO: DR. JORGE HUARCAYA LÓPEZ

VOCAL: DRA. SANTOS VIDAL BAZAURI

*A Dios, por brindarme la vida, su amor infinito
y guiarme en cada momento importante de mi
vida.*

*A mis padres, que en todo momento supieron
brindarme su amor y su apoyo incondicional.
A ellos les debo todo mis logros.*

*A mi hermano Jonathan y demás familiares que
supieron aconsejarme y apoyarme día a día para
continuar avanzando y lograr mis metas.*

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Dra. María Espinoza Salcedo, por su amistad, paciencia y colaboración para la ejecución del presente estudio de trabajo.

A los docentes de la escuela de Estomatología de esta prestigiosa universidad, por la gran diversidad de conocimientos y enseñanzas que nos brindaron, durante el desarrollo de nuestra formación profesional.

A los directores de la institución educativa “Túpac Amaru II”, por el apoyo que me brindaron para la ejecución del presente trabajo.

A los padres de familia y sus hijos que hicieron posible la realización de este estudio con su cooperación y apoyo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la Institución Educativa “Túpac Amaru II”

Material y Método: Estudio experimental, descriptivo y longitudinal. Se evaluó a 50 alumnos del 1° secundaria durante los meses Noviembre y Diciembre. Se empleó un cuestionario antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa; así mismo se realizó el IHOS antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa; se utilizó rotafolio, cañón multimedia, trípticos y maquetas. Para el análisis de resultados se empleó la prueba estadística de McNemar, considerando un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue regular con 60%; inmediatamente después de la intervención educativa se elevó a bueno con 72%; al mes aumento a 80%. Además, el nivel de higiene oral al principio fue regular un 4%; inmediatamente después se elevó a 96% en regular; al mes aumento en bueno con 72%, habiendo disminuido en regular a 28%.

Conclusiones: La intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. “Túpac Amaru II”, Florencia de Mora - La Libertad, 2015.

Palabras Clave: Intervención Educativa, nivel de conocimiento, salud bucal.

ABSTRACT

Objective: Determine the effectiveness of an educational intervention on the level of knowledge on oral health and the level of oral hygiene in students of the Institution Educational “Tupac Amaru II”.

Material and methods: Observational, experimental, descriptive and longitudinal study. Assessed to 50 students of the secondary 1st during the months November and December. Was used a questionnaire before, immediately after and the month of the educational intervention; so it was held the IHOS before, immediately after and the month of the educational intervention; flipchart, multimedia canon, brochures and models were used. McNemar statistical test, was used for the analysis of results considering a significance level of 5%.

Results: We found that the level of knowledge before educational intervention was regular with 60%; immediately after the educational intervention was raised to good with 72%, per month increase to 80. In addition the level of oral hygiene at the beginning was regular 4%; immediately after it rose to 96% in regular; per month increase in good with 72%, having decreased by 28% regular.

Conclusions: Educational intervention was effective to increase the level of knowledge on oral health and the level of oral hygiene in students of the I.E. “Tupac Amaru II”, Florence the Mora - La Libertad, 2015.

Keywords: Educational Intervention, level of knowledge, oral health.

INDICE

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I. | INTRODUCCION | 8 |
| II. | DISEÑO METODOLOGICO | 17 |
| III. | RESULTADOS | 26 |
| IV. | DISCUSION | 40 |
| V. | CONCLUSIONES..... | 42 |
| VI. | RECOMENDACIONES..... | 43 |
| VII. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 44 |
| VIII. | ANEXOS | 48 |

1. INTRODUCCIÓN:

La caries dental es un problema sanitario de primera magnitud en la infancia, en el Perú es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia, daña al 90% de la población.^{1 2} La OMS menciona: las enfermedades bucodentales más comunes son la caries y las periodontopatías. Se estima que el 60% - 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.^{3 4 5}

El Instituto Nacional de Conferencia del consenso de la salud (NHI), concluyó que la caries es una enfermedad infecciosa y transmisible⁶, descrita como una secuencia de procesos de desintegración progresiva e irreversible localizada en los tejidos calcificados y que puede generar daño pulpar; debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentados de la dieta^{7 8 9}, tiene un carácter multifactorial y es crónico. Este proceso es iniciado en el biofilm oral.^{9 10 11}

Según la OMS, la caries dental se define como un proceso patológico localizado, de origen externo que se inicia tras la erupción y que determina el reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.^{12 13} La importancia de la caries radica en que es la enfermedad infecciosa más extendida, es incurable, puede dar lugar a complicaciones graves (médicas y sociales) y puede ser erradicada con las medidas preventivas que se conocen.¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental en las condiciones generales de la salud en las Américas¹⁴. En el

2001 el MINSA registró que escolares de 6 a 15 años de edad presentaron prevalencia de caries de 90.7% y prevalencia de enfermedad periodontal de 85%.⁵

Los factores relacionados a la caries se divide en factores etiológicos, básicos o primarios: huésped, dieta, microorganismos (Streptococos Mutans y lactobacilos), y un adicional: el tiempo; y factores predisponentes, moduladores o secundarios: edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento.^{9 10 11}

La formación de la placa dental representa una sucesión ecológica ordenada y se puede dividir en: formación de la película adquirida, colonización inicial y colonización secundaria y maduración de la placa.⁵ Tanto las bacterias cariogénicas como las periodontopatógenas se acumulan en la placa a lo largo del margen gingival y superficies proximales; el grosor disminuye conforme se aproxima a la superficie oclusal e incisal.^{10 15 16}

Está comprobado científicamente que el correcto, meticuloso y frecuente aseo de la boca elimina totalmente la placa dentobacteriana, que está compuesta por dos matrices: la capa salival y la capa formada por microorganismos; la cual se adhiere a las superficies dentales y zonas donde es difícil eliminarlos; esto contribuye a prevenir la caries y patologías periodontales, siendo más efectivo la remoción por medio del cepillo dental; que con un entrenamiento adecuado, cualquier técnica puede resultar eficaz. En la actualidad, la más popular es la Técnica de Bass.^{6 9 10}

Para el control de enfermedades provocadas por la placa, se ha hecho énfasis en las estrategias generales para reducir la caries: Estrategias Generales: Control mecánico de la placa (cepillo dental, hilo dental, irrigador o enjuague), Control químico de la placa (uso de fluoruros que inhiben la desmineralización y promueven la remineralización), disciplina con el azúcar y uso de selladores de fositas y fisuras. Estrategias Administrativas: Educación y Promoción de la Salud.^{15 16 17}

Cada enfermedad tiene su forma propia de evolucionar; Leavell y Clark, en su esquema distinguían tres periodos bien definidos: a) Prepatogénico: existen factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad: ambientales (bacterias productos químicos), conductuales (consumo de azúcar) o endógenos (sexo, edad, familia); b) Patogénico: presenta el estadio pre sintomático y el de la enfermedad clínica; y c) Resultado del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.^{15 17}

Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles: Prevención Primaria: utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, detenerla antes que se requiera tratamiento secundario preventivo; Prevención Secundaria: emplea métodos de tratamiento para acabar con un proceso patológico o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad y la Prevención Terciaria: utiliza medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes.^{10 15}

Tomando en cuenta lo anterior, así también como los efectos psicosociales, el efecto de la caries sobre la morbilidad bucal, los costos relacionados con su tratamiento tanto en la población adolescente como en adultos jóvenes; es necesario implementar estudios y estrategias efectivas de la promoción de la salud oral y prevención de estas enfermedades bucales; garantizando el desarrollo cognitivo, motriz y afectivo del individuo.^{14 16 18}

La familia juega el rol más importante en la formación de los niños, especialmente en la adquisición de hábitos alimenticios y de higiene oral. No olvidemos que la promoción de la salud debe iniciarse en el seno de la familia.^{8 19} Todo programa de promoción de salud bucal debe incluir medidas de control de placa personalizada; además los programas que no incluyen a la familia, tienden a fracasar.^{15 16 17}

La odontología preventiva busca principalmente: mantener sano al paciente o devolverle la salud y mantenerla.^{5 7 10} La prevención comprende todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad, aplicables en el periodo prepatogénico.¹⁵ La importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud es evitar la enfermedad y maximizar los niveles de salud respectivamente.^{7 10 17} Estas acciones tienen como propósito reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y eliminación de hábitos nocivos; así como controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales.^{11 16 17}

La Educación para la Salud es una función social que contribuye a la conservación del grupo humano y desarrollo de la sociedad.^{13 19 20} La salud bucal es un componente importante de la salud general, que conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, económicos y culturales; para facilitar cambios conductuales y ambientales que mejoren o protejan la salud oral que es fundamental para el adecuado desarrollo del individuo; además de mantener su bienestar físico, mental y social.^{19 20 21}

La promoción es definida como “el acto de fomentar el crecimiento o desarrollo de algo con los correspondientes apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales”,^{5 21} esta actividad se realiza en el campo social e incluye a la población como un todo y cuyo principal objetivo es la búsqueda de la ausencia de la enfermedad.^{22 23}

Un Programa Educativo es un conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que se realiza con la finalidad de que la población realice procedimientos preventivos por sí mismos y reconozcan la presencia de las enfermedades orales, obteniendo así un respectivo resultado.^{17 19 22} La prevención produce ganancias positivas, si el paciente inicia los programas preventivos en edad temprana, será posible alcanzar el periodo de vida libre de enfermedades por placa.^{15 23}

La efectividad del programa educativo depende de la precisión efectuada en su planificación y evaluación, logrando realizar un efecto deseado en el reconocimiento de la importancia de la salud; teniendo como fin fomentar la promoción y prevención

de la salud. Las actividades del programa educativo comprenden: educación, prevención, protección y legislación de salud pública positiva, bienestar y estilos de vida.^{19 21 22}

Por lo tanto es necesario implementar la promoción de la salud oral en escuelas, y realizarlas a partir de estas consideraciones previas: a) Adaptar el programa al centro donde se va a desarrollar: número de alumnos, participación de los padres, servicios que puede afectar el programa de higiene (comedor, cafetería); b) Consensuar entre todos los sectores de la comunidad educativa y ésta; c) Planificar la implantación, desarrollo y evaluación del programa: temporalizar su desarrollo inicial y final (número de horas a la semana).^{10 16}

Dávila²⁰ (2008), realizaron una investigación cuasiexperimental para medir el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas que tienen los estudiantes antes y después de la aplicación de un programa educativo, la población estuvo conformada por 85 estudiantes del Municipio Iribarren, Venezuela. Utilizaron juegos didácticos, videos, charlas y dibujos. El 66% reportó un nivel de conocimiento bueno. Concluyeron que el programa educativo facilitó el aprendizaje de enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas.

Crespo²⁴ (2010), realizaron una intervención educativa “Bella Sonrisa”. El objetivo fue incrementar conocimientos en Salud Bucal, en 50 estudiantes de 5º grado de la escuela “Lidia Doce Sánchez” en Cuba. Desarrollaron técnicas educativas, afectivas y

participativas y se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención. Al evaluar los conocimientos habían aumentado en 98% de los escolares. Concluyeron que la intervención fue un método eficaz y certero para incrementar conocimientos sobre Salud Bucal.

Noborikawa¹⁹ (2004), evaluaron la influencia del Programa Educativo de Salud Oral Sonrisas (“PESOS”) en una población de adolescentes peruanos del colegio “La Unión” del distrito de Pueblo Libre, Lima; fueron evaluados 132 alumnos de 1° y 2° secundaria a los cuales se les midió la higiene oral antes y después del programa. Se impartieron charlas sobre las estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales frecuentes y prevención en salud; se empleó el índice de higiene oral de Greene-Vermillion y un cuestionario. El nivel de índice de higiene oral mejoró, de 2.18 a 0.85; el nivel de conocimientos se incrementó de 61% a 74% de respuestas correctas. Concluyeron que tanto la higiene oral, como los conocimientos fueron mejorados, demostrando la importancia del uso de métodos creativos en programas educativos de salud oral en adolescentes.

En nuestro país existen altos índices de caries y enfermedades periodontales, por lo que deben realizarse trabajos para fomentar la promoción y la prevención de salud bucal, otorgando orientación a los adolescentes y a sus padres de familia, ya que éstos cumplen un rol importante en su acción cuidadora y tienen mayor responsabilidad de preservar la salud de sus hijos. Además el autocuidado de la salud debe adquirirse a tempranas edades, ya que es más fácil formar actitudes positivas en un niño, que

modificarlas en un adulto; por lo tanto este trabajo es realizado a fin de que los adolescentes puedan adoptar prácticas preventivas e instaurar hábitos saludables.

Por lo tanto, en el presente estudio determinó la eficacia de la intervención educativa en los alumnos del nivel secundaria de la I.E. Túpac Amaru II.

2.- Formulación del problema

¿Será eficaz la intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II?

3.- Hipótesis:

La intervención educativa es eficaz en el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II.

4.- Objetivos:

4.1 Objetivo General.

- Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II.

4.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la eficacia de una intervención educativa antes y después sobre el nivel de conocimiento de salud bucal, según género.
- Determinar la eficacia de una intervención educativa antes y después sobre la higiene oral, según género.

A. DEL DISEÑO METODOLÓGICO

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 | Descriptivo | Experimental |

1.2 Área de estudio.

Institución Educativa Túpac Amaru II – Florencia de Mora.

1.3 Definición de la población muestral:

1.3.1 Población:

La población estará constituida por los alumnos del 1º año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II del distrito de Florencia de Mora entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2015.

1.3.2 Muestra:

La muestra estuvo constituida por 50 alumnos (25 Grupo Control y 25 Grupo Experimental) del 1º año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II, entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2015; seleccionados aleatoriamente.

1.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Alumnos de 12 a 13 años de edad, matriculados en el nivel secundario de Institución Educativa Túpac Amaru II
- Alumnos sin alteración sistémica o congénita.
- Alumnos que cuenten con el consentimiento firmado por sus padres y/o apoderados.

1.3.1.2 Criterios de exclusión:

- Alumnos que falten frecuentemente a clases.
- Alumnos con aparatos ortodóncicos o protésicos.
- Alumnos con alteraciones de conducta.
- Alumno que no concluyó la encuesta.
- Alumno que durante la investigación abandonó el estudio.

1.3.2 Diseño estadístico de muestreo:

1.3.2.1 Unidad de Análisis:

Alumno del 1° año de secundaria matriculado en la Institución Educativa Túpac Amaru II del Distrito Florencia de Mora, Trujillo 2015.

1.3.2.2 Unidad de muestreo:

Alumno del 1° año de secundaria que cumpla con los criterios de selección establecidos.

1.3.2.3 Marco de muestreo:

La relación de todos los alumnos del 1º año de secundaria con matrícula regular en la Institución Educativa Túpac Amaru II del distrito de Florencia de Mora siendo 193.

1.3.2.4 Tamaño muestral:

El tamaño de muestra para el presente estudio fue:

Muestra Preliminar:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (P_1 Q_2 + P_1 Q_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dónde:

$Z_{\alpha/2} = 1.96$; que es un coeficiente de confianza del 95%

$Z_{\beta} = 0.845$; que es un coeficiente para una potencia de prueba de 80%

$P_1 = 0.80$ Que es la proporción para el grupo control (Muestra piloto)

$P_2 = 0.5$ Que es la proporción para el grupo experimental

$E = 0.3$ Que es el error

$N = 193$ adolescentes de primer año de la Institución Educativa Túpac Amaru II, Florencia de Mora. Noviembre del 2015 a Diciembre del 2015

$Q = 1 - P$

Luego reemplazando

$$n = 35.84 = 36$$

Muestra Final o Corregida:

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

Luego reemplazando

$$n = 24.8 = 25$$

Es decir, se necesitó aproximadamente 25 adolescentes de primer año de la institución educativa Túpac Amaru II, Florencia de Mora para el grupo control y 25 para el grupo experimental. Se utilizó el muestreo aleatorio simple para la captación de la muestra. (Anexo 11)

1.3.3 Método de selección

Probabilístico/Aleatorio

2 Métodos, Técnicas e Instrumento de recolección de datos

2.1 Método

Observacional/Cuestionario.

2.2 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 para su ejecución.

2.3 Descripción del Procedimiento

- Se realizó una intervención educativa a adolescentes de la Institución Educativa Túpac Amaru II para determinar la eficacia de ésta, para lo cual se estructuró un cuestionario (Anexo 1). Este cuestionario pasó por un proceso de validación a través de un juicio de 5 expertos constituido por especialistas y/o docentes universitarios (Anexo 6). Se les entregó a cada uno de ellos un sobre con dos documentos: el instrumento a ser validado

(el cuestionario) y el documento de validación que consistió en 5 preguntas, donde los expertos respondieron afirmativa o negativamente sobre los aspectos del cuestionario, también se verificó si el instrumento fue capaz de alcanzar los objetivos propuestos en el estudio (Anexo 8). Con los datos se elaboró el siguiente cuadro (Anexo 7), asignado el valor de 1 si está de acuerdo y 0 si no lo está. Finalmente después de la evaluación se obtuvo el resultado de 0.80 mediante V de Aiken (Anexo 9).

2.4 Para la obtención de los datos:

- Se acudió a la Institución Educativa Túpac Amaru II de Florencia de Mora, en el mes de noviembre, para solicitar el permiso respectivo.
- Se convocó a reunión de padres de familia en donde se les informó sobre la investigación, y quienes aceptaron, firmaron un consentimiento informado para formar parte del estudio (Anexo 3).
- Posteriormente se seleccionó a los participantes en dos grupos: 25 alumnos que pertenecieron al grupo experimental y 25 alumnos al grupo control; quienes fueron seleccionados aleatoriamente mediante un programa que usó el estadista, posteriormente todos los datos se transfirieron en la ficha de recolección de datos elaborado por el investigador (Anexo 4).

- Se trabajó con los grupos por separado, primero fueron llevados los alumnos del grupo experimental a un ambiente donde se les realizó el cuestionario e IHOS inicial, posteriormente se realizaron las charlas y explicaciones para poder hacer las siguientes evaluaciones. Luego fueron llevados los alumnos del grupo control a quienes solo se les realizó el cuestionario y el IHOS.

a) Del cuestionario:

- Se les entregó el cuestionario de pre evaluación para medir el nivel de conocimientos en salud bucal de los alumnos tanto del grupo experimental como del grupo control. Después y al mes de la intervención educativa se entregó nuevamente cuestionarios de post evaluación para ambos grupos y ver la eficacia de la intervención educativa respectivamente.

b) Del índice de Higiene Oral:

- Se realizó el examen de higiene oral para medir el nivel de higiene oral de los alumnos (Anexo 2). Se aplicó revelador de placa bacteriana a cada alumno para poder realizar la evaluación del IHOS tanto en el grupo experimental como en el grupo control, y luego se llenó los datos en las fichas del IHOS; éste examen se realizó antes, después y al mes de la intervención educativa. Para realizar la evaluación del estado de salud oral de los alumnos, se realizó una calibración al investigador. Para ello se coordinó con un especialista en el área de Periodoncia, quien ayudó a

verificar que el proceso cumpla con los requisitos necesarios (Anexo 10). Se obtuvo en la calibración inter examinador, un coeficiente Kappa superior 0.90 (**Kappa – K₀ = 1; p < 0.05**).

c) De la charla educativa:

- Se realizó previa coordinación con el Director y los docentes acerca de la investigación a realizar y la programación de actividades. Posteriormente se realizó la charla educativa sobre la salud bucal en adolescentes, con rotafolio y maqueta, la cual consistió sobre: partes de la boca, tipos de dentición, función de los dientes, caries dental y enfermedades periodontales, prevención en salud bucal, importancia de la higiene bucal y como realizar la técnica de cepillado, uso de flúor e hilo dental. (Anexo 12)

Finalizada la charla se les aplicó el cuestionario post evaluación para evaluar los contenidos aprendidos.

2.5 Del instrumento de recolección de datos.

Para medir el nivel de conocimientos se utilizó un cuestionario, el cual se aplicó antes y después del programa. (Anexo 1). Con la finalidad de que los resultados sean confiables se realizó una revisión teórica sobre el instrumento a emplearse para la medición de la higiene oral de los alumnos: Índice de Higiene oral (Greene-Vermillion). (Anexo 5).

2.6 Variables

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | TIPOS | | ESCALA DE MEDICION |
|---|--|---|--|---|---------------------|------------------|--------------------|
| | | | | | Según su Naturaleza | Según su función | |
| Intervención Educativa | Es un proceso de interferencia o influencia, con el fin de cambiar y mejorar una situación ¹⁶ | Realización de charlas a los alumnos en temas de salud bucal. | Conocimiento sobre partes de la boca, dentición, enfermedades y alteraciones bucales. Medidas preventivas en salud bucal. | Conocimiento de las partes de la boca y dientes. Conocimiento sobre placa bacteriana y caries dental y gingivitis. | Cualitativa | Independiente | Nominal |
| Nivel de conocimiento de los alumnos sobre salud bucal. | Es el conocimiento de los principales factores de riesgo del alumno en temas de salud bucal ¹⁷ | Se evaluará según las encuestas en: Muy bueno: 18 - 20 Bueno: 14 - 17 Regular: 9 - 13 Deficiente: 1 - 8 | | CUESTIONARIO Pre evaluación Post evaluación: Después de la intervención. Después 1 mes | Cualitativa | Dependiente | Ordinal |
| Grado de higiene oral | Es el estado de salud oral (presencia de bacterias cariogénicas y periodontopatógenicas) que presenta cada alumno ¹⁸ . De acuerdo al índice de Higiene Oral (BRM) | Según IHOS: Bueno: 0 – 0.5 Regular: 0.6 – 1.5 Malo: 1.6 – 3.0 | | IHOS Pre evaluación Post evaluación: Después de la intervención. Después 1 mes | Cualitativa | Dependiente | Ordinal |

2.7 Consideraciones éticas:

Se respetó las normas éticas, según la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en el 2012.

2.8 Procesamiento de datos y análisis de la información:

Análisis Estadístico

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

Para determinar si la Intervención Educativa fue eficaz en el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de Higiene Oral, se utilizó la prueba Chi Cuadrado de McNemar, considerando un nivel de significancia de 0.05.

Los datos fueron procesados con el apoyo de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS v23.

III. RESULTADOS:

Se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral, con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención educativa en alumnos de la Institución Educativa “Túpac Amaru II” de Florencia de Mora, la muestra fue comprendida por 50 alumnos, en donde se obtuvo lo siguiente:

En la tabla 1 se muestra la distribución de alumnos tanto del grupo control y experimental antes de la aplicación de la intervención educativa, el nivel de conocimiento de ambos son similares entre sí, así por ejemplo se observa que en el grupo control, el 32% su nivel de conocimiento es deficiente, el 60% es regular y solo un 8% su nivel es bueno; así mismo en el grupo experimental el 36% su nivel de conocimiento es deficiente, el 60% su nivel es regular y solo un 4% es bueno. La prueba estadística corrobora lo antes descrito dado que el valor de P de la Prueba estadística es mayor que 0.05; es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos por lo tanto son comparables.

En la tabla 2 se observa que después de la aplicación de la intervención educativa, el nivel de conocimientos entre los alumnos de los grupos control y experimental ya no son similares entre sí; así por ejemplo se observa que en el grupo control, el 24% su nivel de conocimiento es deficiente, el 72% su nivel es regular y solo un 4% su nivel de conocimiento es bueno; mientras que en el grupo experimental no se observa alumnos con nivel de conocimiento deficiente (0.0%), el 28% su nivel de conocimiento es regular y un 72% es bueno. La prueba estadística corrobora lo antes descrito dado que el valor de P es menor que 0.05, es decir si existe diferencia significativa entre ambos grupos por lo tanto se puede decir que el programa es eficaz.

En la tabla 3 se observa que después de un mes de la aplicación de la intervención educativa, el nivel de conocimiento entre los alumnos del grupo control y experimental no son similares, existiendo ahora una diferencia más amplia; así por ejemplo se observa que en el grupo control, el 4% su nivel de conocimiento es deficiente, el 96% su nivel es regular y no se observa alumnos con nivel de conocimiento bueno (0.0%), mientras que en el grupo experimental no se hallaron alumnos con nivel de conocimiento deficiente (0.0%), el 20% su nivel de conocimiento es regular y 80% su nivel es bueno; para un $p < 0.05$.

En la tabla 4 se muestra la distribución de alumnos tanto del grupo control y experimental antes de la aplicación de la intervención educativa, en cuanto al nivel de higiene oral se observa que en el grupo control, el 100% su nivel de higiene oral es malo; así mismo en el grupo experimental el 96% su nivel de higiene oral es malo, el 4% su nivel es regular. La prueba estadística corrobora lo antes descrito dado que el valor de P de la Prueba estadística es mayor que 0.05; es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos. En la tabla 5 se observa que después de la aplicación de la intervención educativa, el nivel de higiene oral entre los alumnos de los grupos control y experimental ya no son similares entre sí; así por ejemplo se observa que en el grupo control, el 68% su nivel de higiene oral es malo, el 32% su nivel es regular; mientras que en el grupo experimental el 4% su nivel de higiene oral es malo, el 96% su nivel es regular. Al parecer en esta fase después de la intervención educativa ya se observa cambios que son considerables en el nivel de higiene oral entre ambos grupos de investigación para un $p < 0.05$, es decir si existe diferencia significativa entre ambos grupos por lo tanto se puede decir que el programa es eficaz.

En la tabla 6 se observa que después de un mes de la aplicación de la intervención educativa, el nivel de higiene oral de ambos grupos cambió, así por ejemplo se observa que

en el grupo control el 64% su nivel de higiene oral es malo, el 36% su nivel es regular y sigue sin observarse alumnos con nivel de higiene oral bueno (0.0%); mientras que en el grupo experimental no se observa alumnos con nivel de higiene oral malo (0.0%), el 28% su nivel es regular y el 72% su nivel es bueno. En esta fase al igual que el nivel de conocimiento se observa gran un aumento en el nivel de higiene oral del grupo experimental para un $p < 0.05$.

En la tabla 7 se observa la evaluación de la intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal antes y después después de la aplicación según género; así por ejemplo se observa que antes de la aplicación el valor de P en las mujeres ($P = 1$) y en los hombres ($P = 0.5647$) no existe diferencia significativa; después de la aplicación de la intervención educativa se observa el valor de P en las mujeres ($P = 0.0001$) y en los hombres ($P = 0.0199$) si existe diferencia significativa, habiendo el grupo experimental aumentado su nivel de conocimiento en regular (hombres = 36.4%, mujeres = 21.4%) y bueno (hombres = 63.6%, mujeres = 78.6%) y después de un mes de la aplicación de la intervención educativa se observa el valor de P en las mujeres (0.0000) y en los hombres (0.0004) si existe diferencia significativa, en donde el grupo experimental aumento aún más su nivel de conocimiento en bueno (hombres = 72.7%, mujeres = 85.7%) y regular (hombres = 27.3%, mujeres = 14.3%). Esto quiere decir que la intervención educativa es eficaz para el aumento en el nivel de conocimiento en salud bucal de los alumnos del grupo experimental.

En la tabla 8 se observa la evaluación de la intervención educativa sobre el nivel de higiene oral antes y después de la aplicación según género; así por ejemplo se observa que antes de la aplicación el valor de P en las mujeres ($P = 0.3085$) y en los hombres ($P = 1.0$) no existe

diferencia significativa; después de la aplicación de la intervención educativa se observa el valor de P en las mujeres ($P = 0.0000$) y en los hombres ($P = 0.0110$) si existe diferencia significativa, habiendo el grupo experimental aumentado su nivel de higiene oral en regular (hombres = 100%, mujeres = 92.9%) y después de un mes de la aplicación de la intervención educativa se observa el valor de P en las mujeres (0.0000) y en los hombres (0.0007) existiendo diferencia significativa, en donde el grupo experimental aumento aún más su nivel de higiene oral en bueno (hombres = 72.7%, mujeres = 71.4%) y regular (hombres = 27.3%, mujeres = 28.6%). Esto quiere decir que la intervención educativa es eficaz para mejorar en el nivel de higiene oral de los alumnos del grupo experimental.

Tabla N°1: Evaluación de Conocimientos sobre Salud Bucal al Inicio según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV. 1 Inicio | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|--------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Deficiente | 8 | 32.0 | 9 | 36.0 | 0.392 | 0.821948 |
| Regular | 15 | 60.0 | 15 | 60.0 | | |
| Bueno | 2 | 8.0 | 1 | 4.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Tabla N°2: Evaluación de Conocimientos sobre Salud Bucal al Intermedio según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV. 1 Intermedio | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|------------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Deficiente | 6 | 24.0 | 0 | 0.0 | 26.041 | 2.21E-06 |
| Regular | 18 | 72.0 | 7 | 28.0 | | |
| Bueno | 1 | 4.0 | 18 | 72.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Tabla N°3: Evaluación de Conocimientos sobre Salud Bucal al Final según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV.1 Final | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Deficiente | 1 | 4.0 | 0 | 0.0 | 33.448 | 5.46E-08 |
| Regular | 24 | 96.0 | 5 | 20.0 | | |
| Bueno | 0 | 0.0 | 20 | 80.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Evaluación de Conocimientos sobre Salud Bucal al Inicio, Intermedio y Final según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

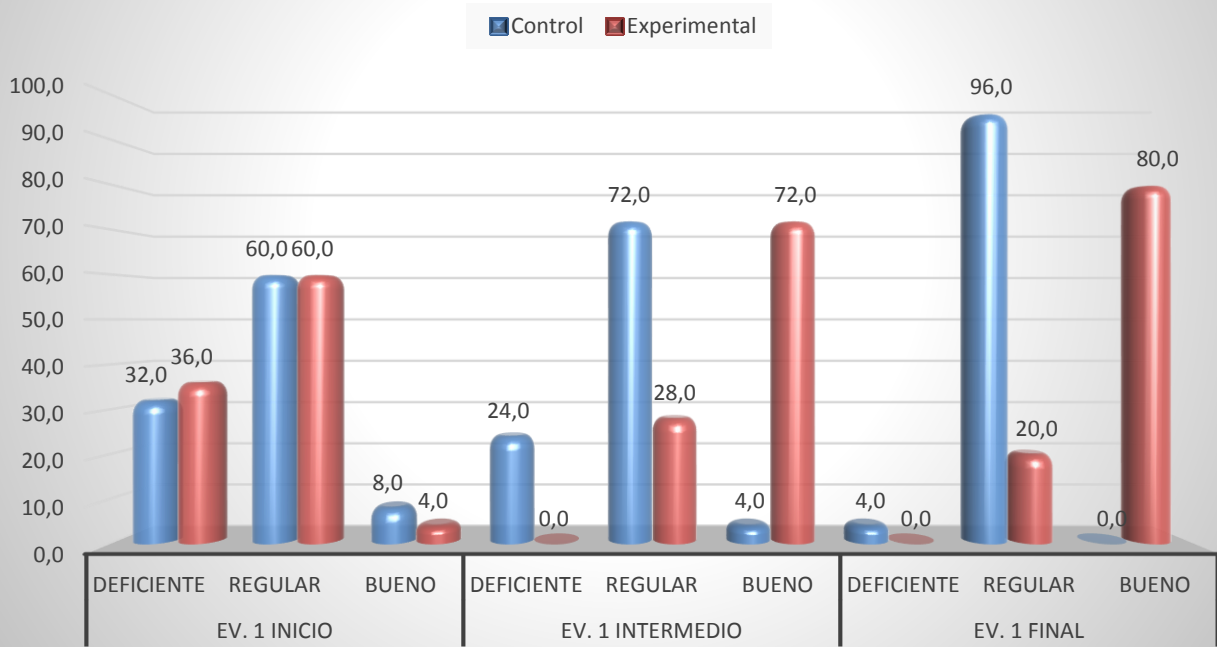


Tabla N°4: Evaluación del Índice de Higiene Oral al Inicio según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV2 (IPS) Inicio | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|------------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Malo | 25 | 100.0 | 24 | 96.0 | 1.02 | 0.312422 |
| Regular | 0 | 0.0 | 1 | 4.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Tabla N°5: Evaluación del Índice de Higiene Oral al Intermedio según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV2 (IPS) Intermedio | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|----------------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Malo | 17 | 68.0 | 1 | 4.0 | 22.222 | 2.43E-06 |
| Regular | 8 | 32.0 | 24 | 96.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Tabla N°6: Evaluación del Índice de Higiene Oral al Final según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

| EV2 (IPS) Final | Grupo de Investigación | | | | X ² | P |
|-----------------|------------------------|-------|--------------|-------|----------------|----------|
| | Control | | Experimental | | | |
| | ni | % | ni | % | | |
| Malo | 16 | 64.0 | 0 | 0.0 | 34.25 | 3.65E-08 |
| Regular | 9 | 36.0 | 7 | 28.0 | | |
| Bueno | 0 | 0.0 | 18 | 72.0 | | |
| Total | 25 | 100.0 | 25 | 100.0 | | |

Evaluación del Índice de Higiene Oral al Inicio, Intermedio y Final según Grupo de Investigación en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015

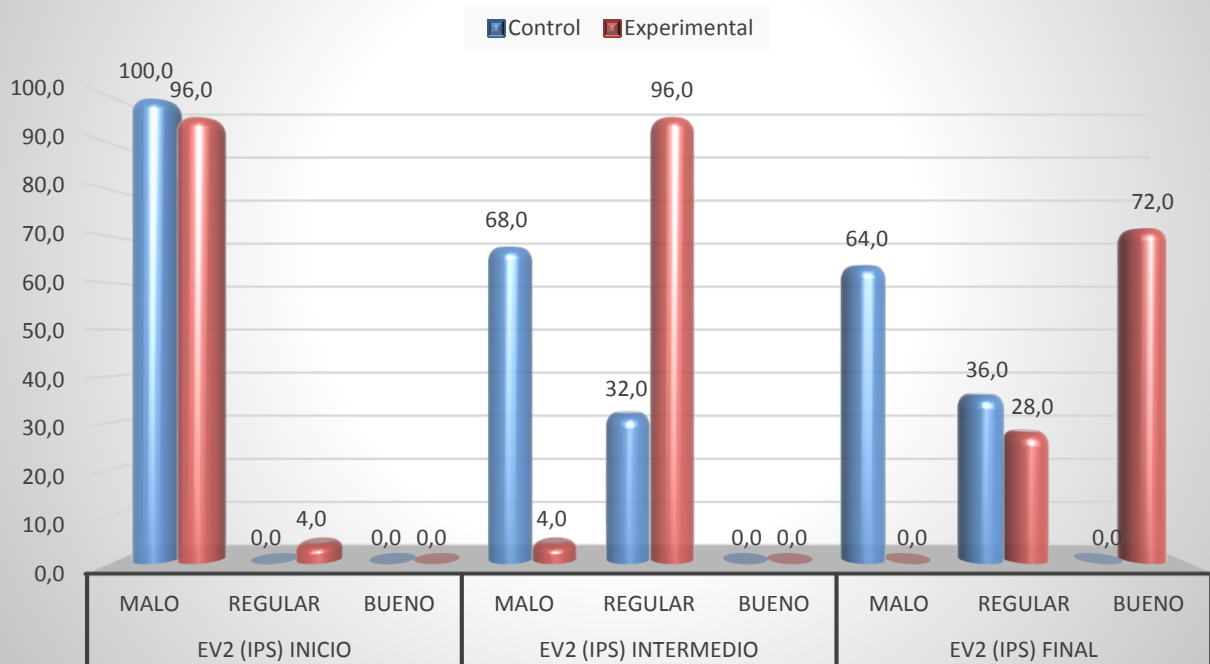


Tabla N°7:

Eficacia de una Intervención Educativa Antes y Después de la Aplicación del Programa sobre el Nivel de Conocimiento de Salud Bucal, según Género

| <i>Momento de Evaluación</i> | Sexo | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | <i>Mujer</i> | | | | <i>Hombre</i> | | | |
| | Grupo de Investigación | | | | Grupo de Investigación | | | |
| | <i>Control</i> | | <i>Experimental</i> | | <i>Control</i> | | <i>Experimental</i> | |
| | <i>ni</i> | <i>%</i> | <i>ni</i> | <i>%</i> | <i>ni</i> | <i>%</i> | <i>ni</i> | <i>%</i> |
| EV. 1 Inicio | | | | | | | | |
| <i>Deficiente</i> | 5 | 35.7 | 5 | 35.7 | 3 | 27.3 | 4 | 36.4 |
| <i>Regular</i> | 8 | 57.1 | 8 | 57.1 | 7 | 63.6 | 7 | 63.6 |
| <i>Bueno</i> | 1 | 7.1 | 1 | 7.1 | 1 | 9.1 | 0 | 0.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | | | <i>P=1</i> | | | | <i>P = 0.5647</i> | |
| EV.2 Inm. después | | | | | | | | |
| <i>Deficiente</i> | 4 | 28.6 | 0 | 0.0 | 2 | 18.2 | 0 | 0.0 |
| <i>Regular</i> | 10 | 71.4 | 3 | 21.4 | 8 | 72.7 | 4 | 36.4 |
| <i>Bueno</i> | 0 | 0.0 | 11 | 78.6 | 1 | 9.1 | 7 | 63.6 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | | | <i>P=0.0001</i> | | | | <i>P = 0.0199</i> | |
| EV.3 Al mes | | | | | | | | |
| <i>Deficiente</i> | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| <i>Regular</i> | 13 | 92.9 | 2 | 14.3 | 11 | 100.0 | 3 | 27.3 |
| <i>Bueno</i> | 0 | 0.0 | 12 | 85.7 | 0 | 0.0 | 8 | 72.7 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | | | <i>P = 0.0000</i> | | | | <i>P = 0.0004</i> | |

Tabla N°8:

Eficacia de una Intervención Educativa Antes y Después de la Aplicación del Programa sobre el Índice de Higiene Oral, según Género

| Momento de Evaluación | Sexo | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|-------------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | Mujer | | | | Hombre | | | |
| | Grupo de Investigación | | | | Grupo de Investigación | | | |
| | Control | | Experimental | | Control | | Experimental | |
| | <i>ni</i> | % | <i>ni</i> | % | <i>ni</i> | % | <i>ni</i> | % |
| EV2 (IPS) Inicio | | | | | | | | |
| Malo | 14 | 100.0 | 13 | 92.9 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| Regular | 0 | 0.0 | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | <i>P</i> = 0.3085 | | | | <i>P</i> = 1.0 | | | |
| EV2 (IPS) Inm. Desp. | | | | | | | | |
| Malo | 12 | 85.7 | 1 | 7.1 | 5 | 45.5 | 0 | 0.0 |
| Regular | 2 | 14.3 | 13 | 92.9 | 6 | 54.5 | 11 | 100.0 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | <i>P</i> = 0.0000 | | | | <i>P</i> = 0.0110 | | | |
| EV3 (IPS) Al mes | | | | | | | | |
| Malo | 10 | 71.4 | 0 | 0.0 | 6 | 54.5 | 0 | 0.0 |
| Regular | 4 | 28.6 | 4 | 28.6 | 5 | 45.5 | 3 | 27.3 |
| Bueno | 0 | 0.0 | 10 | 71.4 | 0 | 0.0 | 8 | 72.7 |
| Total | 14 | 100.0 | 14 | 100.0 | 11 | 100.0 | 11 | 100.0 |
| | <i>P</i> = 0.0000 | | | | <i>P</i> = 0.0007 | | | |

IV. DISCUSION

Las estadísticas en el Perú demuestran que la caries dental es una enfermedad que afecta al 95% de la población, iniciándose en etapas muy tempranas de la vida y con tendencia a incrementar paulatinamente conforme aumenta la edad.⁴

Los presentes resultados muestran que es eficaz la intervención educativa ya que se logró elevar el nivel de conocimiento de 4% a 72% en bueno y disminuyó del 60% a 28% en regular; mientras el nivel de higiene oral disminuyó el 96% a 4% en malo y se elevó de 4% a 96% en regular; y al mes de la intervención se eleva nuevamente el nivel de conocimiento de 72% a 80% en bueno y por lo tanto disminuyó en regular del 28% a 20%; del mismo modo el nivel de higiene oral aumento del 0% a 72% en bueno y disminuyó del 96% a 28% en regular y del 4% a 0% en malo. Se emplearon diferentes estrategias para motivar a los alumnos en la promoción de la salud oral, con el propósito de transmitir conocimientos y buenos hábitos de salud oral, como métodos visuales y técnicas demostrativas con charlas. En el trabajo se utilizó la misma encuesta en todos los alumnos y el nivel de higiene oral se evaluó el antes y después en la misma hora para no afectar los resultados al evaluar.

Los resultados encontrados son similares a Dávila²⁰ y cols. (2008) quienes realizaron una investigación para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral antes y después en 85 alumnos, aplicando un programa educativo, donde después de aplicar el programa

educativo se encontró un aumento (66%) en el nivel de conocimiento bueno, al igual que en el presente trabajo que aumento al 80% en nivel bueno.

Así mismo coincide con el estudio de Crespo²⁴ (2010), y de Noborikawa¹⁸ (2004) en donde encontraron que había aumentado el nivel de conocimiento y de higiene oral favorablemente después de la intervención educativa en un porcentaje alto en los escolares de 98% y 74% respectivamente. Además en este segundo se observa que mejoró en nivel de higiene oral bueno, de un índice de 2.18 a 0.85.

Además lo encontrado coincide con el estudio de Reyes²⁵ (2014) en donde evaluó la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en 80 gestantes. Se encontró similitud en los resultados obtenidos después de la intervención educativa, a pesar que el estudio lo realizo en otro grupo poblacional, observando que el conocimiento en salud bucal aumento de un nivel regular de 41.3% a 53.8% en nivel bueno.

En cuanto al IHOS, la intervención educativa fue eficaz, encontrándose después de esta, un incremento en nivel bueno de 72%.

Se deberían de implementar estos trabajos de estrategias en las escuelas, colegios y jardines, ya que contribuirían a una mejora de la salud oral desde niños, debido a que en edades tempranas es donde hay un mayor aprovechamiento en la captación de conocimientos sobre la prevención y enfermedades de la salud bucal; así mismo el aprendizaje de maniobras y técnicas para ayudar a evitar estas enfermedades.

V. CONCLUSIONES

- La intervención educativa fue eficaz, ya que elevó el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral de los alumnos de la I.E. Túpac Amaru II.
- El nivel de conocimiento en salud bucal antes de la intervención educativa fue bueno (4%), inmediatamente después de la intervención se elevó a 72% y al mes continuó siendo bueno (80%).
- El nivel de higiene oral antes de la intervención educativa fue deficiente (96%), inmediatamente después de la intervención disminuyó en 4% y aumentó el nivel regular (96%) y al mes se elevó el nivel bueno (72%).
- Según el género el nivel de conocimiento en salud bucal antes de la intervención educativa tanto en los hombres como en las mujeres fue regular y deficiente lo que nos indica que ambos grupos presentaron valores homogéneos y no existía diferencia significativa. Después de la intervención educativa, se observa un incremento de los valores del nivel bueno en el grupo experimental de ambos géneros, por lo tanto existe diferencia significativa.
- Según el género el nivel de higiene oral antes de la intervención educativa tanto en los hombres como en las mujeres fue deficiente y regular lo que nos indica que ambos grupos presentan valores similares y no existe diferencia significativa. Después de la intervención educativa, se observa que los valores han cambiado incrementándose en el nivel bueno en el grupo experimental de ambos géneros, por lo tanto existe diferencia significativa.

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar más programas educativos en alumnos, para lograr que tomen gran conciencia de lo importante que es la prevención de enfermedades en ellos y sus familiares.
- Promover la salud bucal en estas edades, para que modifiquen el enfoque que tienen sobre la salud, de tal forma que se sientan comprometidos, se identifiquen y participen activamente en programas educativos.
- Implementar programas educativos de salud oral en los colegios a largos plazos, porque participando de estos programas tendrán mayor captación de los temas impartidos en las charlas y no se les olvidara fácilmente.
- Elaborar programas educativos que incluyan participación de docentes y padres de familia para fortalecer las actividades y lograr un efecto multiplicador.

C. Referencias Bibliográficas:

1. González de Dios J, Monerris García E, Quesada de la Gala C, Gómez Gómez R, Calpena Vera M. y col. Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales. Anales Españoles de Pediatría; 1996; 45: 14-20. s.f.: 1-19
2. Pariajulca Fernández Israel. Ensayo comunitario: Programas de intervención para prevenir caries dental en niños en edad escolar, 1-19
3. Organización Mundial de la Salud, Febrero del 2007. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>, leído el 8 de febrero del 2010.
4. Iglesias Padrón Claudia Verónica. Intervención educativa en salud bucal en preescolares de Hueyapan, Morelos. [Tesis de Maestría]. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.
5. Ávila Herrera Rocío. Influencia del programa Educativo “Sonríe Feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del colegio “José Olaya Balandra”. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. 2009.
6. Stephen, H.; Scarlett, M. &Trost, L. (2007). Focus on dental caries management - beyond extension for prevention to minimal intervention. Oralhealth&Dental Practice en: <http://www.dentistryiq.com/articles/wdj/print/volume-3/issue-3/you-and-your-practice/focus-on-dental-caries-management.html>
7. Quintero Ortiz E, Méndez Martínez J, Medina Seruto M, Gómez Mariño M. Factores de riesgo y caries dental en adolescentes de 12 a 15 años. Camagüey: 1-7
8. Pisconte León Evelyn Giovanna. Relación entre la prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de sus madres sobre la salud dental. Distrito La

- Esperanza – Trujillo. 2010. [Tesis de Titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2010.
9. Ojeda Roca Sandra Elizabeth. Caries de Infancia Temprana: Etiología y Prevención. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011.
 10. Cuenca E, Manau, C & Serra, L (2002). Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson.
 11. Ministerio de Salud Guía Clínica. Salud Oral en adolescentes de 10 a 19 años: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries. Santiago de Chile. 2013.
 12. OMS. Etiología y prevención de la caries dental. Serie de Informes técnicos n° 494. Ginebra , 1972.
 13. Medina Solis Carlo, Maupomé Gerardo, Avila Burgos Leticia, Pérez Núñez Ricardo, Pelcastre Villafuerte y col. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Rev. Biomed. 2006 (17): 269-286.
 14. Jorge Eduardo Tascón, Gustavo Alonso Cabrera. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia Médica. 2005 (36): 73-78.
 15. Campos Ramos Maria Milagros. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1° año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua-Cañete. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. 2010.
 16. Katherine Rufasto Goche, Bernabé Saavedra Alvarado. Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(2): 82-90.
 17. Celis Figueroa Estefani, Flores Chirinos Cinthia, Santa Cruz Saavedra Ingrid. Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4

- y 5 años de una Institución Educativa en la provincia de Chiclayo-Lambayeque. [Tesis de Titulación]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2014.
- 18.** Andrés Kenichi Noborikawa Kohatsu, Carmen Rosa Kanashiro Irakawa. Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Revista Estomatológica Herediana*. 2009; 19(1): 31-38.
 - 19.** Inocente Díaz María Elena, Pachas Barrionuevo F. Educación para la salud en odontología. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2012 Oct-Dic; 22(4): 232-241.
 - 20.** Dávila, M. E. & Mujica, M. (2008). Aplicación de un programa educativa a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. *Acta Odontológica Venezolana*, 46(3), 1-6.
 - 21.** Rodríguez León Cristián Alfredo. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. [Tesis de Titulación]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2005.
 - 22.** Gonzales Ariza Sandra, Gonzalo Álvarez Luis, Amaya Bustamante Alejandra, Atuesta Durán Carmen, Betancur Salgado Glenn y col. Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín, 1-15.
 - 23.** Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Avances en Odontoestomatología*, 2012; 28(1): 17-23.
 - 24.** Crespo y col. Instrucción educativa sobre salud bucal en Escuela Primaria “Lidia Doce Sánchez”. Cuba. *MEDISAN*, 14(1), 232-242.

25. Reyes Gil Dalia Melissa. Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque”. [Tesis de Titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2014.
26. Portilla J, Pinzón ME, Huerta EN, Obregón A. Conceptos actuales e investigaciones futuras del tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. Revista. Odontológica Mexicana [Internet]. 2010 [citado 24 de noviembre del 2015]; 14(4):218-225. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104d.pdf>.
27. Benavente Lipa L, Chein Villacampa S, Campodónico Reátegui C, et al. Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol. Sanmarquina 2012; 15(1): 14-18.

ANEXO

ANEXO 1
EVALUACION INICIAL

CÓDIGO: _____ **EDAD:** _____
SEXO: _____ **FECHA:** _____

1.- ¿Cuáles son las partes de la boca?

- A) Fosas nasales, paladar y lengua
- B) Labios, paladar, lengua y dientes
- C) Dientes, lengua y párpado
- D) Faringe, lengua y dientes
- E) Encías, fosas nasales y dientes.

2.- Forman parte del diente:

- A) Corona
- B) Raíz
- C) Cuello
- D) Esmalte y dentina
- E) Todas las anteriores

3.- ¿Cuántos dientes tiene un adulto?

- A) 20 dientes
- B) 25 dientes
- C) 32 dientes
- D) 15 dientes
- E) Ninguna de las anteriores

4.- Los dientes son importantes para:

- A) La estética dental
- B) La pronunciación
- C) El aspecto personal
- D) Una buena digestión
- E) Todas las anteriores

5.- ¿Cuántos dientes tiene un niño?

- A) 25 dientes
- B) 20 dientes
- C) 15 dientes
- D) 32 dientes
- E) Ninguna de las anteriores

6.- ¿Cuáles son las principales enfermedades de la cavidad bucal?

- A) La gingivitis y halitosis
- B) La halitosis y la placa bacteriana
- C) La caries dental y la gingivitis
- D) La caries dental y placa bacteriana
- E) Ninguna.

7.- La caries es:

- A) Una parte de los dientes
- B) Una enfermedad que ataca las encías
- C) Una enfermedad que destruye los dientes
- D) Acumulación de comida en la boca
- E) Ninguna de las anteriores

8.- ¿Qué es la placa bacteriana?

- A) Una capa de flúor alrededor de los dientes
- B) Una capa formada por la pasta dental
- C) Una capa formada por bacterias que dañan encías y dientes
- D) Una capa protectora de dientes
- E) Una capa blanquecina y de mal olor

9.- La gingivitis se caracteriza por:

- A) Sangrado de encías
- B) Encías hinchadas
- C) Acumulación de placa bacteriana
- D) Encías enrojecidas
- E) Todas

10.- La caries dental se produce por:

- A) Por acción de los ácidos de las bacterias que desmineralizan los dientes
- B) Dieta a base de carbohidratos ricos en azúcares
- C) Por no realizarse el cepillado adecuado
- D) Por la ausencia del uso del hilo y enjuague dental
- E) Todas

11.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

- A) Nunca
- B) Una vez
- C) Dos veces
- D) Tres veces
- E) Después de cada comida

12.- ¿Qué tipo de alimentos son dañinos para tus dientes?

- A) Alimentos naturales, como las frutas
- B) Los alimentos dulces y pegajosos, como las golosinas
- C) Los cereales
- D) Los vegetales y ensaladas
- E) Todos

13.- ¿Qué elementos usas para lavarte los dientes?

- A) Cepillo
- B) Hilo dental
- C) Pasta dental
- D) Enjuague bucal
- E) Todas las anteriores

14.- ¿Qué debe tener siempre la pasta dental?

- A) Sabor a menta
- B) Flúor
- C) Color blanco
- D) Agradable olor
- E) Nada

15.- ¿Qué podemos lograr con un buen cepillado?

- A) Evitar que los dientes se rompan
- B) No tener dientes chuecos
- C) Retirar las bacterias de la boca
- D) Evitar que los dientes tengan frío
- E) Todas las anteriores

16.- ¿Por qué es importante tener mis dientes limpios?

- A) Para producir caries
- B) Para que los dientes no estén chuecos
- C) Para tener buena estética dental
- D) Para evitar que los dientes se caigan
- E) Todas las anteriores

17.- ¿Por qué es importante el flúor?

- A) No sé
- B) No es importante
- C) Fortalece los dientes
- D) Da sabor a la pasta dental
- E) Disminuye la placa bacteriana

18.- ¿Qué ayuda a tus dientes a protegerse de la caries?

- A) Caramelos
- B) Gaseosas
- C) Flúor y sellantes
- D) Esmalte y dentina
- E) Ninguno

19.- Forman parte de los pilares de la prevención

- A) Dieta hidratada y correcta
- B) Uso de enjuagues
- C) Sellantes y flúor
- D) Uso de pasta dental
- E) Todos los anteriores

20.- ¿Por qué es importante visitar al odontólogo?

- A) No es importante
- B) Nos ayuda a mantener una cultura bucal saludable
- C) Nos regala premios y caramelos
- D) Nos ayuda a cepillarnos los dientes
- E) Ninguno de los anteriores

Anexo 2
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU II
FICHA DE CONTROL DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (Greene-Vermillion)

CÓDIGO: _____ **SEXO:** _____
EDAD: _____

FECHA: _____

| Piezas | Valor |
|--------|-------|
| 1.6 | |
| 1.1 | |
| 2.6 | |
| 3.6 | |
| 3.1 | |
| 4.6 | |
| Suma | |
| IPS | |

PB

Resultado:

FECHA: _____

| Piezas | Valor |
|--------|-------|
| 1.6 | |
| 1.1 | |
| 2.6 | |
| 3.6 | |
| 3.1 | |
| 4.6 | |
| Suma | |
| IPS | |

PD

Resultado:

Índice de Higiene Oral:

$$\text{IHO} = \text{PB} + \text{PD} / 12$$

0.0 – 0.5 = BUENO

0.6 – 1.5 = REGULAR

1.6 – 3.0 = MALO

Anexo 1 - EVALUACION FINAL

CÓDIGO: _____ EDAD: _____
SEXO: _____ FECHA: _____

1.- ¿Cuáles son las partes de la boca?

- A) Fosas nasales, paladar y lengua
- B) Dientes, lengua y párpado
- C) Faringe, lengua y dientes
- D) Labios, paladar, lengua y dientes
- E) Encías, fosas nasales y dientes.

2.- Forman parte del diente:

- A) Raíz
- B) Cuello
- C) Corona
- D) Esmalte y dentina
- E) Todas las anteriores

3.- ¿Cuántos dientes tiene un adulto?

- A) 32 dientes
- B) 25 dientes
- C) 20 dientes
- D) 15 dientes
- E) Ninguna de las anteriores

4.- Los dientes son importantes para:

- A) El aspecto personal
- B) Una buena digestión
- C) La estética dental
- D) La pronunciación
- E) Todas las anteriores

5.- ¿Cuántos dientes tiene un niño?

- A) 25 dientes
- B) 15 dientes
- C) 32 dientes
- D) 20 dientes
- E) Ninguna de las anteriores

6.- ¿Cuáles son las principales enfermedades de la cavidad bucal?

- A) La gingivitis y halitosis
- B) La caries dental y placa bacteriana
- C) La caries dental y la gingivitis
- D) La halitosis y la placa bacteriana
- E) Ninguna.

7.- La caries es:

- A) Acumulación de comida en la boca
- B) Una enfermedad que destruye los dientes
- C) Una parte de los dientes
- D) Una enfermedad que ataca las encías
- E) Ninguna de las anteriores

8.- ¿Qué es la placa bacteriana?

- A) Una capa blanquecina y de mal olor
- B) Una capa formada por bacterias que dañan encías y dientes
- C) Una capa de flúor alrededor de los dientes
- D) Una capa protectora de dientes
- E) Una capa formada por la pasta dental

9.- La gingivitis se caracteriza por:

- A) Encías hinchadas
- B) Encías enrojecidas
- C) Sangrado de encías
- D) Acumulación de placa bacteriana
- E) Todas

10.- La caries dental se produce por:

- A) Por no realizarse el cepillado adecuado
- B) Por la ausencia del uso del hilo y enjuague dental
- C) Por acción de los ácidos de las bacterias que desmineralizan los dientes
- D) Dieta a base de carbohidratos ricos en azúcares
- E) Todas

11.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

- A) Nunca
- B) Una vez
- C) Dos veces
- D) Tres veces
- E) Después de cada comida

12.- ¿Qué tipo de alimentos son dañinos para tus dientes?

- A) Los vegetales y ensaladas
- B) Los cereales
- C) Los alimentos dulces y pegajosos, como las golosinas
- D) Alimentos naturales, como las frutas
- E) Todos

13.- ¿Qué elementos usas para lavarte los dientes?

- A) Enjuague bucal
- B) Pasta dental
- C) Hilo dental
- D) Cepillo
- E) Todas las anteriores

14.- ¿Qué debe tener siempre la pasta dental?

- A) Agradable olor
- B) Color blanco
- C) Sabor a menta
- D) Flúor
- E) Nada

15.- ¿Qué podemos lograr con un buen cepillado?

- A) Evitar que los dientes tengan frío
- B) Retirar las bacterias de la boca
- C) No tener dientes chuecos
- D) Evitar que los dientes se rompan
- E) Todas las anteriores

16.- ¿Por qué es importante tener mis dientes limpios?

- A) Para que los dientes no estén chuecos
- B) Para tener buena estética dental
- C) Para evitar que los dientes se caigan
- D) Para producir caries
- E) Todas las anteriores

17.- ¿Por qué es importante el flúor?

- A) Disminuye la placa bacteriana
- B) No sé
- C) Da sabor a la pasta dental
- D) No es importante
- E) Fortalece los dientes

18.- ¿Qué ayuda a tus dientes a protegerse de la caries?

- A) Flúor y sellantes
- B) Gaseosas
- C) Esmalte y dentina
- D) Caramelos
- E) Ninguno

19.- Forman parte de los pilares de la prevención

- A) Uso de pasta dental
- B) Dieta hidratada y correcta
- C) Uso de enjuagues
- D) Sellantes y flúor
- E) Todos los anteriores

20.- ¿Por qué es importante visitar al odontólogo?

- A) Nos ayuda a cepillarnos los dientes
- B) No es importante
- C) Nos regala premios y caramelos
- D) Nos ayuda a mantener una cultura bucal saludable
- E) Ninguno de los anteriores

Anexo 2
INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÚPAC AMARU II
FICHA DE CONTROL DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (Greene-Vermillion)

CÓDIGO: _____ **SEXO:** _____
EDAD: _____

FECHA: _____

| Piezas | Valor |
|--------|-------|
| 1.6 | |
| 1.1 | |
| 2.6 | |
| 3.6 | |
| 3.1 | |
| 4.6 | |
| Suma | |
| IPS | |

PB

Resultado:

FECHA: _____

| Piezas | Valor |
|--------|-------|
| 1.6 | |
| 1.1 | |
| 2.6 | |
| 3.6 | |
| 3.1 | |
| 4.6 | |
| Suma | |
| IPS | |

PD

Resultado:

Índice de Higiene Oral:

$$\text{IHO} = \text{PB} + \text{PD} / 12$$

0.0 – 0.5 = BUENO

0.6 – 1.5 = REGULAR

1.6 – 3.0 = MALO

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de Familia del menor:

Nombre del alumno: _____

Institución Educativa “Túpac Amaru II” – Florencia de mora - 2015

Tenemos a bien remitirle la presente para hacer de su conocimiento que su menor hijo(a) ha sido seleccionado (por estar incluido en el rango de edad) para participar en **“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de Higiene Oral de los alumnos del 1º año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II.**

Es preciso señalar que los procedimientos son sencillos y no van a significar riesgo alguno para la salud e integridad de su hijo, por el contrario el objetivo principal del trabajo será lograr en los alumnos seleccionados un aprendizaje sobre aspectos básicos para detectar y prevenir las principales enfermedades de la boca, todo ello mediante charlas educativas.

Las actividades serán realizadas en sesiones educativas de 30 minutos de duración, las cuales serán coordinadas de tal forma que no interfiera con las actividades escolares normales de su menor hijo. En estas sesiones se determinará el perfil epidemiológico en salud oral, dictarán charlas, ilustradas e interactivas, sobre aspectos normales de la cavidad bucal, enfermedades más frecuentes y métodos preventivos, éste último ítem abarcará consejos para una efectiva técnica de cepillado, consejos dietéticos, importancia del flúor, etc. Luego de lo cual se evaluará mediante cuestionarios y control de higiene.

Los resultados nos servirán para mejorar el programa preventivo y poder establecer un modelo educativo en salud bucal dirigido a los alumnos. Los procedimientos de dicho trabajo han sido aprobados por la Universidad Privada Antenor Orrego y contamos con el permiso de la Dirección del Centro Educativo.

Su firma al presente documento indica su consentimiento para la participación voluntaria de su menor hijo. Los beneficios para usted y su menor hijo(a) serán la información acerca del desarrollo de su hijo(a) en lo que concierne a conocimientos de las enfermedades bucales, su detección y su prevención, así como el aprendizaje de técnicas y hábitos de higiene bucal.

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____

Fecha: _____

DNI: _____

ANEXO 4 - Datos personales

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA TUPAC AMARU II, 2015.

| N° | Nombres y Apellidos | E D A D | G R A D O | Puntaje pre test | Puntaje post test | Puntaje 1 mes después |
|----|---------------------|------------------|-----------------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

Anexo 5 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Se obtiene evaluando las superficies vestibulares de las piezas. 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1; y de las superficies linguales de las piezas 3.6 y 4.6.

Para considerarlas evaluables, estas piezas deben haber alcanzado el plano de Oclusión. En caso de ausencia, destrucción coronaria o parcial erupción de las piezas 1.1 o 3.1, se toma las piezas 2.1 o 4.1 respectivamente.

En caso de ausencia o presencia de amplia destrucción coronaria de las piezas 1.6, 2.6, 3.6 o 4.6, utilice las piezas 1.7, 2.7, 3.7 o 4.7 respectivamente.

De no existir estas últimas, no tome un valor representativo de esta zona y coloque un guión en el casillero correspondiente. Para obtener el índice deben estar presentes en boca como mínimo 2 de las piezas señaladas, de lo contrario, el índice se obtiene evaluando todas las piezas presentes en boca.

Procedimiento:

a) Teñir las piezas indicadas con un algodón embebido en una sustancia Reveladora.

b) Indique al paciente que se enjuague la boca una sola vez.

c) Registra el valor de cada superficie según los siguientes criterios:

- **Grado 0:** Ausencia de placa bacteriana en la superficie dentaria.
- **Grado 1:** Presencia de placa bacteriana teñida que no cubra más allá del tercio cervical de la superficie dentaria.
- **Grado 2:** Presencia de placa bacteriana teñida que cubre total o parcialmente el tercio cervical como el tercio medio.
- **Grado 3:** Presencia de placa teñida que cubre desde cervical los 3 tercios de la superficie dentaria total o parcialmente (cervical, medio y oclusal).

Para la placa dura de la misma manera:

Grado 0: Ausencia placa dura

Grado 1: presenta 1/3 del diente placa dura

Grado 2: presenta 2/3 del diente placa dura

Grado 3: presenta placa dura en los 3/3.

El resultado se obtiene sumando los resultados de todos los dientes dividiéndolos entre el número de dientes examinados.

Los valores obtenidos se clasifican en:

Bueno: 0 – 0.5

Regular: 0.6 – 1.5

Malo: 1.6 – 3.0

Anexo 6
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo Carlos Morera Chávez
con COP 8084, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado
“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de
Higiene Oral en alumnos del 1° año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II” para optar el título de
Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewar Quezada Bellido, correspondiente a un
cuestionario estructurado de preguntas cerradas:

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser
aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente


Carlos Morera Chávez
2024 - RNE 1386

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo Jorge Luis Huaracaya López
con COP 10193, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado
**“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de
Higiene Oral en alumnos del 1° año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II”** para optar el título de
Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewar Quezada Bellido, correspondiente a un
cuestionario estructurado de preguntas cerradas:

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser
aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente


CD. Jorge Huaracaya López
C.O.P. 10193 - RNE 1279

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo MARCELA WONG GUTIERREZ
con COP 9919, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado
**"Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de
Higiene Oral en alumnos del 1° año de secundaria de la I.E. "Túpac Amaru II"** para optar el título de
Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewar Quezada Bellido, correspondiente a un
cuestionario estructurado de preguntas cerradas:

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser
aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente

*Marcela W
COP 9919*

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo Rosio Aramburi Vinasco, con COP 9291, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado **“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de Higiene Oral en alumnos del 1° año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II”** para optar el título de Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewar Quezada Bellido, correspondiente a un cuestionario estructurado de preguntas cerradas:

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente


CD. Rosio Aramburi Vinasco
C.O.P. 9291

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTOS PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo NELSON JONIER MEGO ZARATE con COP 8760, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado **“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de Higiene Oral en alumnos del 1° año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II”** para optar el título de Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewar Quezada Bellido, correspondiente a un cuestionario estructurado de preguntas cerradas:

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser aplicado para medir la variable principal del estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente



CD. Nelson Mezo Zárate
C.O.P. 8760 - RNE 472

ANEXO 7 - Tabla N° 1

CUESTIONARIO FINAL

| ITEM | JUECES | | | | | ACIERTOS | V de AIKEN |
|------|--------|---|---|---|---|----------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | | |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |

$$V \text{ de Aiken} = \frac{\text{TOTAL DE JUECES}}{\text{TOTAL DE ACIERTOS}}$$

Total Jueces = 5

Anexo 8
Validez del instrumento de recolección de datos
Respuesta de las 5 preguntas a los expertos

Anexo 8
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Usted cree que con estas preguntas se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

2. ¿Usted cree que las preguntas formuladas son claras?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

3. ¿Usted cree que el orden de las preguntas es adecuada?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

4. ¿Usted cree que el vocabulario es adecuado?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

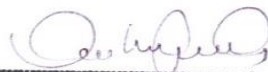
.....
.....

5. ¿Usted cree que el número de preguntas son las convenientes para el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....


.....
CD. Carlos Monera Chávez
C.O.P. 8084 - RNE 1386

Anexo 8
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Usted cree que con estas preguntas se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

Hay alguna pregunta que deba remplazarse.

2. ¿Usted cree que las preguntas formuladas son claras?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

3. ¿Usted cree que el orden de las preguntas es adecuada?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

4. ¿Usted cree que el vocabulario es adecuado?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

5. ¿Usted cree que el número de preguntas son las convenientes para el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:


CD. Jorge Huaracaya López
C.O.P. 10163 - RNE 1279

Anexo 8
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Usted cree que con estas preguntas se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si No

Observaciones y sugerencias:
Dirigir o enfocar mejor las preguntas
para no redundar en lo mismo

2. ¿Usted cree que las preguntas formuladas son claras?

Si No

Observaciones y sugerencias:
Un poco confusas

3. ¿Usted cree que el orden de las preguntas es adecuada?

Si No

Observaciones y sugerencias:
Están en desorden

4. ¿Usted cree que el vocabulario es adecuado?

Si No

Observaciones y sugerencias:
.....

5. ¿Usted cree que el número de preguntas son las convenientes para el estudio?

Si No

Observaciones y sugerencias:
Deben ser solo 10 -

Manalif
00P 9915

Anexo 8
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Usted cree que con estas preguntas se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si () No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

2. ¿Usted cree que las preguntas formuladas son claras?

Si () No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

3. ¿Usted cree que el orden de las preguntas es adecuada?

Si () No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

4. ¿Usted cree que el vocabulario es adecuado?

Si () No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

5. ¿Usted cree que el número de preguntas son las convenientes para el estudio?

Si () No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....


CD. Rosio Aramburú Vivanco
C.O.P. 9291

Anexo 8
Validez del Instrumento de Recolección de Datos

1. ¿Usted cree que con estas preguntas se van a alcanzar los objetivos planteados en el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

2. ¿Usted cree que las preguntas formuladas son claras?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

3. ¿Usted cree que el orden de las preguntas es adecuada?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

4. ¿Usted cree que el vocabulario es adecuado?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

5. ¿Usted cree que el número de preguntas son las convenientes para el estudio?

Si No ()

Observaciones y sugerencias:

.....
.....

Anexo 9 Resultado - V de Aiken

Validez de Contenido V de Aiken

| Ítems | Acuerdos (5 Jueces) | V de Aiken | P-Value |
|-------|---------------------|------------|---------|
| 1 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 2 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 3 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 4 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 5 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 6 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 7 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 8 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 9 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 10 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 11 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 12 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 13 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 14 | 4 | 0.8 | N.S. |
| 15 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 16 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 17 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 18 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 19 | 5 | 1 | < 0.05 |
| 20 | 5 | 1 | < 0.05 |

Lo anterior permite concluir que el instrumento cuenta con validez de contenido y solo el ítem 14 debe revisarse.

Es conveniente resaltar que la V de Aiken para el ítem 14, cuenta con una tasa de acuerdos de 0.80, lo que sugiere que el ítem es adecuado.

ANEXO 10

Hoja de Validación de la Calibración Inter-Examinador

Análisis de Concordancia

| Experto: <i>Nivel de IHO</i> | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------|----------|-------------|-------|
| Investigador: <i>Nivel de IHO</i> | Regular | | Malo | | Total |
| | ni | % | ni | % | |
| Regular | 3 | 30.0 | 0 | 0.0 | 3 |
| Malo | 0 | 0.0 | 7 | 70.0 | 7 |
| Total | 3 | 30.0 | 7 | 70.0 | 10 |

Prueba de Acuerdo

| Medida de acuerdo | Ko | P |
|-------------------|-------|--------|
| Kappa | 1.000 | 0.0016 |
| ni | 10 | |

Un valor mayor de 0.80 en el Índice kappa es considerado como un indicador de Alto grado de acuerdo inter-evaluador.

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

VALIDEZ DE EXPERTO PARA EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Mediante el presente documento hago constar que yo VILLARREAL BECERRA, Einar
con COP 11708, he revisado el instrumento de medición del proyecto de investigación titulado
**“Eficacia de una Intervención Educativa sobre el nivel de conocimiento en Salud Bucal y el nivel de
Higiene Oral en alumnos del 1º año de secundaria de la I.E. Túpac Amaru II”** para optar el título de
Cirujano Dentista del Bachiller en Estomatología Fredy Stewart Quezada Bellido, correspondiente al
IHOS de Greene-Vermillion.

De ésta manera concluyo que el instrumento en cuestión presenta validez de contenido y puede ser
aplicado para medir una variable en este estudio.

Doy fe de lo expuesto.

Atentamente


CD. Einar Villarreal Becerra
C.O.P. 11708

Anexo 11

Asignación Proporcional de la Muestra

| Grupos | Ni | nh | Muestra General | Estudiantes por aula |
|---------|-----|----|-----------------|----------------------|
| Mujeres | 108 | 14 | 28 | 7 |
| Hombres | 85 | 11 | 22 | 7 |
| | 193 | 25 | 50 | |

Grupo Control:

Debe estar formado por 14 mujeres y 11 Hombres seleccionados de manera aleatoria

Grupo Experimental:

Debe estar formado por 14 mujeres y 11 Hombres seleccionados de manera aleatoria

Se debe seleccionar 7 mujeres de cada aula y 7 hombres de cada aula (en una aula se seleccionaran 8 estudiantes para completar los 22 hombres de la muestra).

SELECCIÓN ALEATORIA DE LA MUESTRA:

| Mujeres | | | | | Hombres | |
|---------|----|----|----|----|---------|----|
| A | B | C | D | E | F | G |
| 24 | 25 | 9 | 24 | 4 | 12 | 12 |
| 1 | 7 | 27 | 6 | 11 | 4 | 17 |
| 20 | 9 | 13 | 12 | 9 | 27 | 5 |
| 14 | 11 | 21 | 16 | 16 | 10 | 11 |
| 8 | 18 | 26 | 22 | 29 | 18 | 23 |
| | | | | | 20 | |
| 4 | 12 | 15 | 2 | 25 | 16 | 20 |
| 19 | 6 | 3 | 21 | 22 | 25 | 10 |

Anexo 12

Descripción de la técnica del cepillado dental

La enseñanza de la técnica de cepillado fue estructurada de acuerdo al nivel cognoscitivo del grupo de intervención y como apoyo didáctico se utilizaron un cepillo y un modelo de arcada dental que contiene dientes artificiales (tipodont) grandes. La técnica se describió de la siguiente manera:

1. Se toma el cepillo con la mano que utilizan para dibujar o escribir.
2. Se coloca en la punta del cepillo un poco de pasta dental.
3. Se introduce el cepillo un poco inclinado en la boca.
4. Al inicio de la limpieza dental, el cepillo debe colocarse sobre la cara lateral de las muelas de arriba.
5. El movimiento del cepillo será en forma de barrido –de arriba hacia abajo- y éste barrido debe realizarse por lo menos cinco veces.
6. Enseguida, trasladamos el cepillo hacia la cara anterior del colmillo y dientes (incisivo lateral y central) y se procede a llevar a cabo el mismo movimiento de barrido (de arriba hacia abajo), cinco veces.
7. Continuar de la misma manera con los dientes y colmillo del lado opuesto.
8. Después con las caras laterales de las muelas.
9. Posteriormente, cepillamos las caras de adentro de las muelas y dientes, con la misma secuencia y los mismos movimientos de barrido.
10. Una vez concluido el cepillado de las caras laterales y externas de todos los dientes y muelas de arriba, colocamos el cepillo en las caras laterales de las muelas de abajo y el barrido será de abajo hacia arriba.
11. La secuencia del cepillado se realizará de la misma forma en que se llevó a cabo con los dientes y muelas de arriba.
12. Enseguida cepillamos las caras de las muelas con las que masticamos los alimentos, el barrido del cepillo puede ser en forma circular o de adelante hacia atrás.
13. Por último, cepillamos la lengua con movimientos de atrás hacia adelante.

ANEXO 13
ESQUEMA DE SESIONES EDUCATIVAS

| SESIONES | TIEMPO | CONTENIDO | OBJETIVO | AYUDA EDUCATIVA | CAMBIOS DESEADOS | METODOLOGIA |
|--|--------|--|--|---|---|---|
| “Mi boca y sus partes” y “Limpiando mi boca” | 30` | Estructuras de la CO. Tipos de dentición y su función. Funciones de los dientes en grupo. Importancia de la higiene bucal. Técnica de cepillado. Uso de hilo dental. | Identificar las estructuras bucales. Conocer los tipos y funciones de los dientes. Reconocer la importancia de la higiene bucal. Identificar los elementos básicos para la higiene bucal. Aprender la correcta técnica de cepillado. | Rotafolio Maquetas (macromodelo, macrocepillo). Imágenes. | Reconocer las estructuras bucales. Conocer las funciones de los dientes. Identificar los elementos y momentos del cepillado. Aprender el cepillado correcto. | Expositiva Demostrativa Participativa |
| ¿Por qué enferman los dientes y las encías? | 30` | Identificar caries dental como una enfermedad. Conocer las enfermedades de las encías. Reconocer sus causas y consecuencias. | Caries dental. Causas y consecuencias. Gingivitis: causas y consecuencias. | Rotafolio Maquetas (macromodelo, macrocepillo). Imágenes. | Identificar las enfermedades bucales más frecuentes, sus causas y consecuencias. | Expositiva Demostrativa Participativa |
| Cuidando mis dientes | 30` | Identificar los alimentos cariogénicos y no cariogénicos. Reconocer la importancia del flúor y sellantes. Identificar al odontólogo como profesional encargado de brindar salud bucal. | Alimentos cariogénicos y no cariogénicos. Flúor y sellantes. Función del odontólogo e importancia de visitarlo. | Rotafolio Maquetas (macromodelo, macrocepillo). Imágenes. | Reconocer alimentos saludables y no saludables. Conocer las medidas preventivas de enfermedades bucales. | Expositiva Demostrativa participativa |

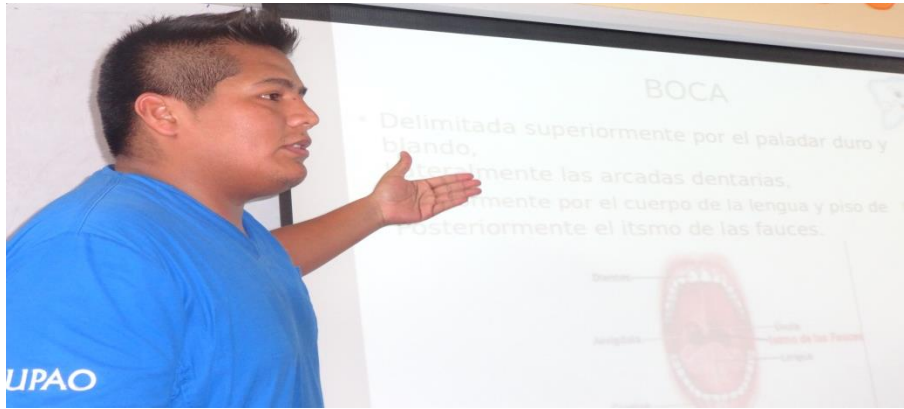
FOTOS DEL COLEGIO



FOTOS CON LOS ALUMNOS (ENCUESTA, IHOS Y CHARLAS)













ACTIVIDAD: CHOCOLATADA POR FIESTAS NAVIDEÑAS



Con la Directora y el Sub Director de la I.E. Túpac Amaru II

