

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**



**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A ELEVAR EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD  
BUCAL Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN ALUMNOS DEL  
PRIMER GRADO DE LA I.E.P SEMINARIO DE SAN CARLOS Y  
SAN MARCELO DEL DISTRITO  
DE TRUJILLO**

**TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN EDUCACIÓN**

**MENCION: DIDÁCTICA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**AUTORA** Br. Lourdes Elvira Fernández Guarniz

**ASESOR** Dr. Lorenzo Eduardo Matos Deza

**Trujillo, abril 2015**

## DEDICATORIA

*A Dios, a Jesucristo y la Virgen María, a mis queridos padres Elvira y Santiago por sus ejemplos de vida y enseñanzas, mi hermano Gastón por su incondicional apoyo, mi hija Fátima el motor de mi vida y a mi esposo Gilbert*

*A todos ellos gracias por el apoyo brindado en mi desarrollo profesional y formación académica.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Lorenzo Matos Deza, asesor de la presente investigación, por su confianza y desinteresado apoyo.

A todas las personas que colaboraron de alguna forma en la elaboración del presente trabajo.

## RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de demostrar que el programa educativo denominado Sonrisas , es efectivo en la medida que modifica favorablemente los conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo en el periodo de marzo a junio del 2014 previo consentimiento informado, se evaluó el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención mediante un cuestionario de 25 preguntas , a través de la técnica de entrevista, relacionados con higiene bucal, caries dental, enfermedad de las encías, dieta cariogénica y flúor; que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción.

Los resultados obtenidos muestran que el programa educativo, aplicado, fue efectivo.El nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, luego después del programa fue bueno y excelente con un 42.9% y 45.2%.

**Palabras claves:** Programa educativo, salud bucal, promoción de salud.

## **ABSTRACT**

An investigation was carried out with the objective to demonstrate the educational program called Smiles is effective to modify knowledge of major oral diseases and preventive measures in first grade I.E.P Seminario San Carlos y San Marcelo district of Trujillo in the period from March to June 2014 subject to consent reported, there was measured knowledge on oral health before and after the intervention. surgery by a questionnaire of 25 questions, through the interview technique, related to oral hygiene, tooth decay, gum disease, diet and fluoride, and dental caries served evaluated to assess the information they possessed before the action .The results show that the applied educational program was effective, the level of knowledge of the school before the program was inadequate for 59.5% and 30.9% corresponded to a level of bad and regular knowledge ,then after the program was good and excellent with a 42.9% and 45.2.%.

**Keys words:** Educative programme, oral health, health promotion.

# ÌNDICE

	<b>Página</b>
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Índice de cuadros	vii
Índice de figuras	viii
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	8
MATERIAL Y MÉTODO	19
III.1 Material	19
Población	19
Muestra	19
Unidad de análisis	19
III.2 Método	20
Tipo y nivel de investigación	20
Diseño de investigación	20
Variables y su operacionalización	21
III.3 Procedimientos	21
Procedimiento e instrumento	21
Modelo estadístico para el análisis de los datos	24

RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	38





## I. INTRODUCCIÓN

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. (Limonta E, 2000)

La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas buco dentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras. (Rodríguez A, 1996)

En el Perú, las enfermedades bucales más frecuentes en los preescolares y escolares son la caries dental y las periodontopatías, ya que afectan al 90% de esta población. (Romero J,2007)

Por esas razones consideramos que nuestro mayor esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades. (Restrepo H,1995)

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes. (Pineda I, 1999)

Actualmente se ha despertado un gran interés en ese sentido, por cuanto se aspira a modificar actitudes en relación con hábitos bucales incorrectos, para lo cual se impone la motivación del paciente, que en opinión de algunos autores como Restrepo, Limonta entre otros se trata de una tarea harto difícil para la odontología, pues depende de numerosos factores, entre los que pueden citarse: familiares, heredados, imitativos y conductuales de grupos. (Sincok R, 2001)

El odontólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado buco dental y eviten la aparición de posibles enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud. (Restrepo HE, 1995)

Las actitudes se adquieren durante toda la vida: no se nace con ellas; sin embargo, es de suma importancia que en la niñez y la adolescencia se guíe convenientemente el trabajo de educación para la salud, pues si eres capaz de formar comportamientos positivos al respecto en esas etapas, no tendrás que modificarlos después, lo cual se convierte en un proceso mucho más difícil y complejo. (Lopez H, 2004)

La escuela es el lugar donde se encuentran grupos homogéneos a los que debe dedicarse la educación para la salud. Los niños no sólo tienen

desarrolladas al máximo las capacidades cognitivas y afectivas, sino que además se encuentran en una edad en la que están ansiosos por adquirir habilidades nuevas; sociales y comunicativas; época en la que, por último, existe el mayor riesgo para desarrollar problemas dentales. Por lo tanto, es muy importante que sigan aplicándose y mejorándose programas educativos escolares de salud dental. (Gómez G,1997)

En estudios realizados, la elevación del conocimiento sobre salud bucal ha sido grandemente atribuida a la aplicación de técnicas afectivo-participativas, a la creatividad en busca de soluciones y a la diversidad de juegos didácticos como herramientas fundamentales en el trabajo educativo, teniendo en cuenta que los entretenimientos constituyen la base más importante para el desarrollo saludable de los niños y su interacción con los adultos, además de ofrecer a los primeros magníficas oportunidades para adquirir nuevas habilidades y transformar las experiencias pasivas en activas, lo cual implica acción y participación favorecedoras del surgimiento de la conciencia, la autonomía y el pensamiento creador. (Cala M , 2006)

Lo antes expuesto fundamenta la motivación para realizar una investigación, a través de la cual buscamos determinar:

### **1.1 Enunciado del problema:**

¿En qué medida, el programa educativo denominado “Sonrisas”, eleva el nivel de conocimientos sobre las principales enfermedades bucales y medidas preventivas a los escolares del primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo, año 2014?.

## **1.2 Objetivos:**

### **1.2.1. Objetivo general:**

Determinar que el programa educativo denominado “Sonrisas” , eleva el nivel de conocimientos sobre las principales enfermedades bucales y medidas preventivas a los escolares del Primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo, año 2014

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

1.2.2.2 Determinar el nivel de conocimientos de los niños sobre salud oral y medidas preventivas de las enfermedades bucales antes de la aplicación del Programa educativo denominado “Sonrisas”.

1.2.2.3 Determinar el nivel de conocimientos de los niños sobre salud oral y medidas preventivas de las enfermedades bucales después de la aplicación del Programa educativo denominado “Sonrisas”.

**1.2.2.4** Demostrar la efectividad del programa denominado “Sonrisas”, dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas.

## **1.3 Hipótesis:**

El programa educativo denominado “Sonrisas” es efectivo en la medida que modifica significativamente los conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo , año 2014.

### **Encontrando Estudios Previos como:**

Belloso N(1999), que realizó un ensayo experimental para comprobar la efectividad del programa de educación de salud en 296 niños de dos unidades escolares, una pública y una privada, en Maracaibo - Venezuela. Donde se utilizaron dos métodos: instrucción-supervisión e instrucción supervisión- reforzamiento-estimulación. El programa incluyó examen clínico, enseñanza continua de las técnicas de cepillado, charlas de reforzamiento a los niños, padres y maestros. En ambos colegios se observó una mejora de salud gingival estadísticamente significativa.

También Álvarez C. (2006), realizó un estudio en el que se analiza la integración del componente educativo-recreativo-asociativo en las estrategias de promoción de la salud. Se procedió a una evaluación clínica antes y después de implementar las estrategias, para facilitar el aprendizaje se emplearon técnicas expositivas, dinámicas grupales, actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. La re - significación de los conceptos en salud bucal y las conductas observables se vieron afectadas positivamente, lo que es atribuido a las múltiples estrategias utilizadas por lo cual se concluye que este programa educativo busca que el niño aprenda, se apropie de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida.

Limonta E. (2000), realizó un estudio de intervención grupal educativa para modificar los conocimientos sobre salud bucal en 123 alumnos del tercer grado de Santiago de Cuba, para lo cual aplicó un cuestionario que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. El

programa denominado “SALUD BUCAL” incluía 6 reuniones apoyada en técnicas participativas y retroalimentadas a través del juego, el 94,3% de los niños tenían un conocimiento inadecuado antes de la labor educativa, tres meses más tarde se les volvió a aplicar el cuestionario y el 87,9% obtuvo la categoría de adecuado, los cambios observados antes y después de las reuniones fueron altamente significativas.

Castillo J (2001), realizó un estudio comparativo de intervención educativa para comprobar que el juego es una alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud, se incluyó 300 niños de 9-11 años divididos en dos grupos. Se aplicó un cuestionario previo a la intervención. Después de la intervención educativa, la calificación media fue de 9,3 +/- 0,8 puntos para el grupo A, frente a 7,5 +/- 1,1 para el grupo B, los resultados de este estudio muestran que la utilización de un juego en el que se incluyeron mensajes sobre salud e higiene es una herramienta útil en la enseñanza de los conceptos básicos de salud en la población infantil.

Reyes W. (2005-2006), realizó un estudio de intervención educativa pre-experimental en 72 niños de sexto grado con el propósito de elevar su educación buco-dental. Se aplicaron cuestionarios al inicio y al final de la intervención en la cual se discutieron temas de higiene bucal, orientación dietética, hábitos deformantes y enfermedad gingival, desarrollando diferentes técnicas educativas a través de juegos, canciones, cuentos, demostraciones, dramatizaciones, adivinanzas, completamiento de frases y medios audiovisuales como láminas, afiches y software. Antes de la intervención ningún niño practicaba adecuadamente el cepillado ni

conocía el momento oportuno para efectuarlo, luego de recibir las actividades el 91,7% ya conocen dicha técnica, se observó también diferencias significativas de lo que conocían antes y después de la información.

Beltrán (2006), realizó un estudio de intervención grupal educativa en escolares de cuarto grado en Cuba. Se realizaron 45 técnicas grupales y juegos didácticos que integraron el programa SONRISA SANA. El nivel de información sobre salud bucal antes de la intervención fue adecuado en un 11,6% y después de la intervención educativa fue 97,6 %, se demostró que aplicando los juegos educativos se crece en conocimientos, aunque no cambiamos los estilos de vida. El juego posee un carácter social educativo y una forma de reflejo creador de la realidad, alegra a individuo, lo complace y convierte esa realidad en algo más importante.

Es por ello que la importancia de la presente investigación radica en que a través de ella se busca mejorar el nivel de conocimiento de los niños, elevando su efectividad y alcance al dirigirse a un grupo de escolares, partiendo de que son la población más afectada en el mundo y en la comunidad escogida, además a través de ellos también se logra alcanzar al resto de la familia al motivarlos a modificar sus hábitos incorrectos como forma de apoyo al trabajo desarrollado en sus hijos. Este programa, puede constituir un importante apoyo para mejorar los estilos de vida e indicadores de salud oral de esta población, pues la metodología propuesta resulta de fácil adecuación a las características propias de cualquier tipo de comunidad, pudiendo ser una importante herramienta a ser aplicada.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Educación en salud

“La educación del paciente es un acto terapéutico”. No es “educación para el tratamiento sino educación como tratamiento” (OMS, 2004).

Entendemos por educación al proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

La educación para la salud fue definida por la OPS y la OMS como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Esta educación interacciona de manera directa con las acciones de prevención primaria y secundaria, y resulta fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no sanos. Ahora la educación para la salud abarca un concepto más amplio dando énfasis en la prevención, la que se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de auto cuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable, dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defiendan sus espacios y alcancen salud y calidad de vida, por eso decimos que en la educación para la salud participan varias disciplinas claramente



diferenciadas como las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación.(Cala, 2006)

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de autocuidado desde la niñez, debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta. (Pinto, 2009)

## **2.2 Modelos de educación para la salud**

Hasta ahora el modelo de salud dominante ha sido el "Modelo Médico". En términos de educación para la salud consiste en dar información sobre la etiología de las enfermedades e instrucciones a la población sobre cómo deberían comportarse. (Jacob, 1989)

Este enfoque ha sido criticado porque:

- asume que la gente de la calle cree que "los expertos saben más".
- implica la imposición de los valores médicos al paciente.
- puede inducir sentimientos de culpabilidad si el paciente decide no seguir el régimen prescrito por el profesional.
- asume que el comportamiento individual es la causa primaria de la enfermedad, sin tener en cuenta el ambiente.
- asume que los individuos tienen libertad para elegir estilos de vida saludables, olvidando que ésta está condicionada por factores económicos y sociales. (Gómez, 1997)

Este enfoque de educación para la salud se definió como "culpabilización de la víctima", pues culpa a la gente de su propio estado de salud o

enfermedad, cuando de hecho son víctimas de sus circunstancias (Ewles, 1987).

Un segundo modelo es el "Modelo Psicológico", en el que la educación para la salud dental considera las expectativas y experiencias individuales, las normas de grupo y el proceso de socialización. La educación para la salud basada en este modelo parte de las creencias y sentimientos de las personas sobre sí mismas y de su potencial para la salud, y emplea las técnicas que serían precisas para un cambio de comportamiento.

En un tercer modelo, llamado "Modelo Socio-Ambiental", el propósito de la educación para la salud es cambiar el ambiente, para facilitar la elección de estilos de vida más saludables.

Estos tres modelos no son mutuamente excluyentes, y todos son apropiados en determinadas circunstancias. (Jacob, 1989)

### **2.3 Modelo teórico para la acción**

Una nueva educación para la salud debe considerar que la información es una condición necesaria, pero de ninguna manera es suficiente para evitar que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y su comunidad.

Para hacer más efectiva la transmisión de información se debe adoptar una concepción de salud comunitaria (modelo de competencia) y conocer las nuevas aportaciones teórico-prácticas sobre el proceso de comunicación, y la metodología para hacerlo eficaz a nivel individual, grupal y comunitario, a través de diferentes estrategias.

El modelo de competencia pretende socializar el conocimiento científico y desarrollar habilidades y recursos en los ciudadanos, con el propósito que éstos sean más competentes en la vigilancia y cuidado de su salud y en el comportamiento del desarrollo de sus trabajos y profesiones. (Cala M, 2006)

La adopción de este modelo supone redefinir los roles de los recursos humanos en la dirección siguiente:

- **Estomatólogo:** Es responsable junto al médico y el resto del equipo de la salud individual y colectiva en su comunidad o área. Posee el nivel científico suficiente para asesor a la comunidad, utiliza lenguaje asequible y técnicas educativas, discute con la comunidad las medidas y planes de salud y busca al paciente-usuario para prevenir y promover.
- **Usuario:** Es un entendido, puede aprender, puede opinar y sugerir; controla y desarrolla competencia de auto vigilancia y cuidado. (Cala, 2006)

El modelo de competencia ayuda a extender la acción de salud más allá del estricto ámbito de influencia del profesional especializado, por medio del personal preparado para ello (promotores de salud y otros) cuya utilidad ha sido apoyada por las investigaciones. Una nueva educación para la salud en este contexto debe facilitar el protagonismo de la comunidad, de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales, a través de coloquios, discusiones, talleres, etc. Esto permitirá neutralizar con gran efectividad la influencia de muchas de

las actitudes negativas que existen hacia determinadas prácticas de salud. (Reyes, 1999)

#### **2.4 La escuela y la educación para la salud**

La educación para la salud en la escuela viene definida como "el conjunto de oportunidades educativas a favor de la salud, tanto dentro como fuera de la escuela; que actúe para armonizar los mensajes de salud procedentes de diversas fuentes que afecten a los alumnos y que capaciten a los niños y jóvenes a actuar a favor de una vida sana y de mejores condiciones de salud" (OMS, UNESCO, UNICEF, 1991).

El cuidado de la mente y del cuerpo ha estado presente en todas las culturas en mayor o menor grado y, lógicamente, vinculado siempre a la acción educativa. La salud como valor, debería ser, sin lugar a dudas, uno de los ejes centrales sobre el que se apoye el proceso educativo. Por tanto, la escuela constituye el espacio socioeducativo privilegiado donde se desarrolla una función educativa con valor propio, por su importante contribución a la configuración de la persona en todas sus dimensiones.

Desarrollar tempranamente las capacidades necesarias para mantener y fomentar la salud de los niños y niñas es, de manera especial, responsabilidad de la escuela, aún reconociendo el relevante papel que desempeña la familia, el entorno, los medios de comunicación y otros agentes sociales. Educar en el cuidado de la salud implica instaurar un currículum democrático e integrado, lo cual sitúa a la escuela en un conflicto permanente frente a la vieja tendencia del "currículum planificado" en materias separadas y centrado en disciplinas, donde el

conocimiento dominante y las destrezas separadas están perfectamente definidas y, por tanto, choca frontalmente con el modelo de Escuela Democrática en la búsqueda permanente de una educación más significativa para el alumnado (González, 2008)

El sistema de creencias y valores de una sociedad da lugar a una cultura determinada y la escuela representa uno de los agentes más importantes desde la que se transmite esta cultura. Los valores implican una visión del mundo, una concepción de la persona, una manera de percibir los problemas y de intervenir sobre ellos, en consecuencia, una manera de concebir la salud y sus cuidados.

Abordar estos cuidados desde el modelo biologicista conlleva una intervención desde la escuela de carácter prescriptivo dirigida fundamentalmente hacia determinados aspectos físicos. Desde esta perspectiva, la responsabilidad de la escuela se reduce a un pequeño programa de apoyo formalista y superficial: algunas charlas aisladas, desayuno saludable, semana de la fruta, etc. Por el contrario, educar en la dirección del compromiso a favor de la salud es una tarea permanente, profunda y abierta a la vida que, desde los primeros años predisponen a los niños y niñas a ser agentes activos en la búsqueda del bienestar individual y social.

Los problemas de salud que se identifican en la actualidad tienen un sustrato común: pueden prevenirse en una proporción elevada y están vinculados a comportamientos individuales y colectivos no saludables, ¿la educación es la alternativa? Si promocionar la salud es facilitar a las personas la capacidad de intervenir sobre su propia salud y la de los

demás con el objetivo de mejorarla, es evidente que educar sí es la alternativa (González de Haro, 2005).

La educación para la salud en el ámbito escolar ha de conseguir tres finalidades importantes (López Santos, 2000):

Aportar los elementos conceptuales y metodológicos para que los niños y niñas sean capaces desde sus primeros años de vida de cuidar de su propia salud y de la de los demás.

Promover en el alumnado el interés central por la salud y la adopción de estilos de vida saludables mediante el conocimiento crítico del entorno y el desarrollo de habilidades personales y sociales que le permita tomar decisiones informadas, libres y responsables.

Crear en los niños y niñas la necesidad de participar activa y responsablemente en la conservación y creación de entornos saludables mediante el análisis y control de los determinantes.

Aún reconociendo el protagonismo de otros agentes sociales en la educación en general y particularmente en todo lo relacionado con el cuidado de la salud, especialmente en los primeros años de vida, la intervención de la escuela es decisiva y, lejos de entender que en la etapa de Infantil es fundamentalmente la familia la que debe inculcar hábitos saludables a los niños y niñas, desde el ámbito escolar debería asumirse que, en muchos casos, la escuela es el único espacio donde las criaturas tienen la oportunidad de contrastar, afirmar, negar o incorporar lo que viven en el entorno familiar, o bien suplir determinadas carencias. Procurar y facilitar la corresponsabilidad educativa con las familias y el entorno cercano es un elemento clave en el proceso educativo, evitar

disonancias cognitivas es importante, aunque en muchas situaciones es algo difícil o inalcanzable. En cualquier caso, la escuela, por principios, tiene una responsabilidad irrenunciable para educar en el cuidado de la salud, teniendo en cuenta que, en este sentido, los logros no son permanentes a no ser que el conjunto de la sociedad exija, controle e impulse los cambios sociales, políticos, económicos y educativos necesarios que garanticen el principio de equidad en salud (González de Haro, 2006:81)

Un centro educativo saludable es aquel que contribuye a mejorar las condiciones de vida y de salud de los niños, padres de familia, docentes y comunidad, con la participación activa y responsable de los diferentes sectores e instituciones. (Garrigo, 2003)

## **2.5 Educación en salud oral**

La educación en salud oral es el medio generalmente utilizado para promover la salud en la poblaciones, la educación como componente funcional de la promoción en salud puede ser abordada desde diferentes perspectivas: para generar la adopción de apropiadas actitudes y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que puedan ser presentadas y con el fin de suscitar el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud (Rodríguez, 1996).

La educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y

restablecimiento de la salud. Es importante considerar que la educación en salud oral tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar (Restrepo, 1995).

Las enfermedades bucales, la caries dental y periodontopatías son las que presentan una mayor prevalencia, pues una vez establecidas son persistentes y no tienen curación espontánea. Estas figuran entre las más comunes del género humano y que no hay en el mundo, país y territorio que esté libre de ella. Lo cual se ha evidenciado en numerosas encuestas epidemiológicas, según estudios de un comité de expertos de la OMS. (Rodríguez, 1995; Restrepo, 1996)

Los factores de riesgo pueden estar presentes en todas las etapas de la vida, pero en los niños en edad escolar son de gran importancia, ya que son preocupantes las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se asocian con un incremento de la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades o desviaciones de la salud en esta etapa. (Pineda, 1999; Hirose, 2002)

La mayoría de esta población tiene grandes problemas de salud en donde los más frecuentes son en materia de salud bucal y resultando pacientes difíciles de tratar, de prevenir y curar. (Rodríguez, 1996)

En el conocimiento y manejo de las enfermedades está la base fundamental para que la población conserve todos sus dientes durante toda la vida, de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de sus problemas y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo énfasis en la higiene bucal, dieta, visitas periódicas al estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales. (Limonta, 2000)



El añadir salud a la vida depende en gran parte de las acciones de promoción de salud dirigidas a modificar los estilos de vida insanos y a promocionar estilos de vida positivos. Las prácticas de higiene bucal son un asunto individual pero es necesario educar al individuo y a las colectividades para desarrollar los hábitos que les permitan mantener una higiene bucal adecuada. Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación par la salud es conocer las actitudes pues mediante ellas es que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida, para lo cual es fundamental la motivación que se desarrolle en los individuos. (Astrom, 2002; Rodriguez C 1996)

Enseñar no es una actividad del patrimonio exclusivo de los educadores profesionales, por el contrario son muchas las profesiones que incluyen un considerable componente educativo en su labor con la comunidad. Los profesionales de salud es uno de los claros ejemplos que deben asumir un importante rol educativo como parte de sus funciones. (De la Llera Suárez, 2001)

## **2.6 Principios a considerar en un programa educativo de salud dental:**

A la hora de planificar un programa educativo de salud buco dental deben tenerse en cuenta una serie de aspectos importantes:

- Adopción de un enfoque integral flexible y uso de rutinas, filosofías y personal ya existentes.
- Integración del programa educativo de salud dental dentro de los programas de educación para la salud general y compatibilidad con la cultura local, el sistema educativo y las metas sociales.

- Uso de mensajes seguros científicamente, consistentes internamente y compatibles con otros mensajes y realidades prácticas de las vidas de los sujetos.
- Diseño de programas para las necesidades específicas de subgrupos de la población con mayor riesgo.
  - Inclusión de gran parte de actividad y participación del sujeto.
- Tomar en cuenta las influencias de las "personas significativas" como la familia, líderes del grupo, vecinos etc. para conseguir un cambio de comportamiento de los sujetos.
- Evitar el "culpar a la víctima" o el énfasis didáctico duro. Inclusión del desarrollo de la responsabilidad y elección individual en las actividades que comprometan la salud.
- Selección de un material educativo apropiado para cada tipo de audiencia.
- Revisión periódica de los programas de educación para la salud dental por un comité asesor.
- Coordinación entre el personal de la escuela y el personal sanitario.
- Integración de la educación sanitaria dental en el curriculum escolar, sin hacer exigencias adicionales a los profesores. (Gómez, 1997)

## **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1 MATERIAL:**

#### **3.1.1 POBLACIÓN**

La presente investigación se llevó a cabo en la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo. La población estuvo constituida por todos los estudiantes matriculados (42 estudiantes) en el primer grado de dicha escuela en el año 2014.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Menores matriculados en primer grado
- Menores cuyos tutores aceptaron la participación de su hijo en el estudio y firmaron consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión:**

- Menores cuyos tutores no aceptaron continuación de su hijo en el estudio.
- Menores que se ausentaron de la escuela por más de 2 meses.

#### **3.1.2 MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por los 42 estudiantes matriculados en el primer grado "A" de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo en el año 2014, cuyos padres aceptaron su participación.

#### **3.1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Alumnos del primer grado

## **3.2 MÉTODO**

### **3.2.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación de intervención educativa se considera:

Experimental, según la interferencia del investigador

Prospectiva, según periodo que se capta la información

Longitudinal, según evolución del fenómeno estudiado

Aplicada, según el criterio de la utilidad

Se realizó entre los meses de marzo y junio del 2014 en la I.E.P

Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo.

### **3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Para llevar a cabo la investigación se ha tenido en cuenta el siguiente diseño:

Investigación con un solo grupo intacto.

Investigación con medición previa y posterior

El esquema de diseño es experimental de tipo Pre experimental

$$O_1 \quad X \quad O_2$$

donde

$O_1$  = Nivel de conocimientos sobre salud bucal y medidas preventivas antes de aplicado el estímulo

X= Estímulo: programa educativo

$O_2$  = Nivel de conocimientos sobre salud bucal y medidas preventivas después de aplicado el estímulo

### 3.2.3 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Programa educativo	Contenidos	Efectivo (Sí /No)	Cualitativa	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento	Conocimientos Esperados	Excelente (20 a 25 puntos) Bueno (14 a 19 puntos) Regular (8 a 13 puntos) Malo (menor o igual a 7 puntos)	Cuantitativa	Intervalo

### 3.3 PROCEDIMIENTOS

#### 3.3.1 PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se pidió la autorización para la realización de la investigación a la dirección de la institución educativa elegida. Luego hubo una reunión con los padres de los niños para explicar en qué consistía el estudio y los objetivos que se pretendían alcanzar; al final de esta reunión se les proporcionó una síntesis escrita del proyecto y la carta de consentimiento para la participación de sus hijos. (Anexo 1)

Durante los 4 meses de duración de la investigación, se aplicó a los escolares un instrumento tipo cuestionario (antes y después de la aplicación del programa educativo) a través de la técnica de entrevista, realizada por la autora de la investigación, para determinar

el nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales y medidas de prevención. (Anexo 2)

Este instrumento se validó su contenido a través del juicio de cinco expertos (odontólogos) con el propósito de determinar la correspondencia entre las preguntas del cuestionario y las dimensiones de las variables estudiadas. Dicho cuestionario estuvo conformado por 25 preguntas que miden el nivel de conocimiento. La valoración dada al cuestionario (antes y después de la aplicación del programa educativo) se realizó en función del número de respuestas correctas correspondientes al área de salud oral que comprende: enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. La escala que se empleó para clasificar el nivel de conocimiento de los niños fue: excelente (20 a 25 puntos); bueno (14 a 19 puntos); regular (8 a 13 puntos); malo (menor o igual a 7 puntos).

**El Programa Educativo al que denominamos “Sonrisas”** siguió la modalidad educativa del aprendizaje significativo. Se utilizaron estrategias como los juegos didácticos, simulaciones, demostraciones, videos, charlas y dibujos para colorear e identificar la estructura del diente.

Involucró las siguientes técnicas educativas:

Charla y juego activo

Video explicativo de cómo limpiarse los dientes

Taller de cepillado dental

Juego de mesa

Narración de la historia: “La casita del Ratón Pérez”

Carteles para la divulgación de medidas preventivas de enfermedades bucales

Obra de teatro: La Guerra de las bacterias

Concurso de dibujo: Cómo cuido mis dientes

El programa educativo denominado “Sonrisas” consistió en 6 talleres, previo a los cuales se confeccionó el material de apoyo visual e impreso para trabajar en cada taller durante el desarrollo del programa educativo.

Se solicitó un ambiente dentro del mismo centro educativo, acondicionándolo para hacerlo ameno y facilitar el aprendizaje.

Se realizó además una discusión grupal con los padres o tutores acerca de cómo mantener una buena salud bucal durante la etapa escolar ya que ellos constituyen una fuente de apoyo fundamental en la confirmación de los conocimientos en los menores.

La aplicación de este programa educativo fue efectuada por los alumnos del curso de Odontopediatría, bajo la supervisión de su docente: la investigadora. Los alumnos recibieron una capacitación previa acerca de los puntos y estrategias a usar en el programa.

### **3.3.2 DISEÑO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

La información recogida en los formularios se llevó a hojas de vaciamiento y los datos se ordenaron en tablas que facilitan su procesamiento estadístico.

Los datos fueron procesados de manera automatizada con el auxilio del paquete estadístico SPSS v. 12.

Se hicieron pruebas de estadística descriptiva con obtención de porcentajes, medias y desviación estándar de los puntajes obtenidos y se presentaran en tablas.

Para la comparación del nivel de conocimientos antes y después de la aplicación del Programa Educativo, se aplicò la Prueba estadística t-student para determinar la diferencias de medias, el cual nos permite observar si existen diferencias estadísticas significativas.

El nivel de significación considerado para nuestro estudio fue del  $p < 0,05$  que es el valor recomendado para la investigación en ciencias de la salud y educación.



## IV. RESULTADOS

La muestra de la presente investigación estuvo constituida por los 42 estudiantes matriculados en el primer grado “A” de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo en el año 2014, cuyos padres aceptaron su participación.

La mayor parte de los integrantes de la muestra estudiada (90.4 %) tenían un conocimiento inadecuado sobre salud bucal antes de la aplicación del programa (**Tabla 1**); pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, respectivamente.

**Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares, antes del programa educativo**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Excelente	0	0.0
Bueno	4	9.6
Regular	13	30.9
Malo	25	59.5
Total	42	100.0

Pero después de la aplicación del programa educativo denominado Sonrisas, el nivel de conocimientos de los escolares sobre

enfermedades bucales y su prevención mejoró notablemente la situación, pues 88,1 % obtuvieron un nivel de conocimientos entre excelente y bueno (45.2% y 42.9%, respectivamente). **Tabla 2.**

**Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares, después del programa educativo**

<b>Nivel de conocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Excelente	19	45.2
Bueno	18	42.9
Regular	5	11.9
Malo	0	0.0
Total	42	100.0

Como se puede observar en la tabla 3, el promedio que tuvieron los escolares después del programa educativo denominado Sonrisas, fue de 18.02, comparado con el promedio obtenido antes que fue de 8.0, determina que la aplicación del programa educativo fue efectivo en cuanto a modificar el nivel de conocimientos.

Realizando el análisis de la prueba T de medias para muestras independientes y así determinar la efectividad del programa, se afirma en la tabla N° 3 con un 95% de confiabilidad que el promedio obtenido después de la aplicación del programa fue significativamente mayor que el obtenido por el grupo antes de éste, en cuanto a conocimientos sobre las enfermedades bucales y medidas de prevención.

Los cambios observados antes y después de los encuentros fueron altamente significativos ( $p < 0.01$ ), pues se aplicó un proceder que garantizó la cohesión, la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimientos. **(Tabla 3)**

**Tabla 3. Promedio de puntuación obtenida antes y después de la aplicación del Programa educativo**

Antes			Después		
N	$\bar{x}$	de	n	$\bar{x}$	De
42	8	3.31	42	18.02	3.68
t = 13.13			p < 0.01		

## V. DISCUSIÓN

En nuestro trabajo, 88.1 % de los escolares alcanzó un adecuado nivel de conocimientos, pues desde el primer encuentro hubo participación activa mediante juegos e intervenciones.

La prueba estadística detecta que al inicio de la investigación los alumnos poseían muy pocos conocimientos en relación a temas de salud bucal con un promedio de 8.0, al final del estudio se observa un cambio positivo pues alcanzaron un promedio de 18.02, lo cual nos muestra que se ha elevado el nivel de conocimientos evidenciando lo efectiva de las técnicas empleadas en el Programa educativo denominado Sonrisas,, con las cuales se pueden lograr cambios favorables en los conocimientos de la población como indica el resultado de la Prueba T.

Los resultados encontrados en el presente trabajo son similares a los encontrados por Belloso (1999) en Venezuela donde estableció un programa educativo en el plan de estudios de los alumnos de una escuela primaria, mediante el cual pudo constatar la alegría de los estudiantes cuando eran protagonistas de sus propias propuestas de trabajo, así como también que a los tres años de aplicación de su programa había mejorado sensiblemente la higiene bucal en ellos; así como también en los resultados del trabajo de Álvarez (2006) en el estudio en el que se analiza la integración del componente educativo-recreativo-asociativo en las estrategias de promoción de la salud. Se procedió a una evaluación

clínica antes y después de implementar las estrategias, para facilitar el aprendizaje se emplearon técnicas expositivas, dinámicas grupales, actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal donde se concluye que este programa educativo busca que el niño aprenda, se apropie de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida.

Por lo que es importante considerar que la educación en salud Oral tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar; y, a la hora de planificar un programa educativo de salud bucodental se debe tener en cuenta: Adopción de un enfoque flexible y uso de rutinas, filosofías y personal ya existentes., y además; integración de la educación sanitaria dental en el curriculum escolar, sin hacer exigencias adicionales a los profesores. (Gómez , 1997)

Considerando que promocionar la salud es facilitar a las personas la capacidad de intervenir sobre su propia salud y la de los demás con el objetivo de mejorarla, es evidente que educar sí es la alternativa.

Además se debe aportar los elementos conceptuales y metodológicos para que los niños y niñas sean capaces desde sus primeros años de vida de cuidar su propia salud y la de los demás; promoviendo en el alumnado el interés central por la salud y la adopción de estilos de vida saludables.

Y es en el conocimiento y manejo de las enfermedades la base fundamental para que la población conserve todos sus dientes durante la vida, de ahí la importancia que adquiera conciencia de sus problemas y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo

énfasis en la higiene bucal, dietas, visitas periódicas al estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales.

## VI. CONCLUSIONES

1. El programa educativo denominado Sonrisas, elevò los conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo.
2. El nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, respectivamente.
3. El nivel de conocimientos de los escolares sobre enfermedades bucales y su prevención después del programa fue excelente y bueno (45.2% y 42.9%, respectivamente).
4. El programa educativo denominado Sonrisas, aplicado es efectivo al modificarse favorablemente el nivel conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas;siendo el promedio obtenido por los escolares mayor (18.02) después de la aplicación que antes del mismo (8.0). Así lo confirma el resultado de la prueba "t".

## VII. RECOMENDACIONES

- Establecer un programa de educación continua para la salud en estomología a escolares de centros educativos de Trujillo, donde con técnicas educativas se ofrezca información referente a salud bucal teniendo en cuenta grupos de riesgo, espacio geográfico, variables sociodemográficas y recursos existentes.
- Incluir en el programa docente temas de salud bucal que bien pudieran complementarse con la participación del personal médico de la jurisdicción, con énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención.
- Sugerencia de contenidos básicos de un programa de salud bucal para docentes y padres de familia:
  - Caries dental
  - Índice higiene oral
  - Loncheras saludables
  - Fluor



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Àlvarez, C. (abril-junio 2006). *Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en pre-escolares*. Revista cubana de estomatología, Vol. 43, Nº 2.

Astom A, Mashoto K. (2002 ).*Determinants of state of oral health same-appraised among the school children in northern Tanzania*. Int J Peadiatr Dent Mar; 12(2):90-100

Belloso N. (1999).*Efectividad de los programas de educaron para la salud bucal en niño en edad escolar*. Ensayo experimental. Acta Científica Venezolana, 50: 42- 47.

Beltran Y, Carcases A. ( noviembre 2005-marzo 2006).*Intervención educativa sobre salud bucal en escolares de 4to grado*. Guantánamo,

Bordon N, Bella H, Gamba H, Doño R, Piovano S, Marcántoni M, Squassi A. (1999). *Efecto del autocepillado con Fosfato de Fluor Acidulado* ph. 5,6. bol Asoc Argent Odontol P Niños 28 (1): 14-8.

Cala M.F.(2006). *Intervención educativa en salud bucal dirigida a educandos de la escuela bolivariana primaria: "Pedro Maria Urena" 2006* [Tesis Bachiller]. Venezuela.

Càrdenas M, Sala MR.(1996). *En busca de la excelencia en Estomatología ¿ Por qué no?. Departamento Nacional de Estomatología*. La Habana: MINSAP.

Castillo J. (2001).*El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud*. Revista Panamericana de salud 9(5).

De la Llera E.(2001) *Modo y Estilos de Vida*. En: R.Álvarez Sintés .  
Temas de Medicina General Integral. Vol 1. La Habana, Cuba:  
Ciencias Médicas; p. 39-44 .

Duque RJ, Rodríguez A, Countín MG, Riveron HF.. *Factores de riesgo asociados con la Enfermedad de Caries Dental en niños*. [En línea] ; [1página]. Disponible en : URL:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40\\_2\\_03.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03.htm)

Ewles L., Simmet I. (1987) *A practical guide to health education*.  
Chichester. John Wiley & Sons Ltd., p: 30-38.

García AB, De Armas G, Benet M. (2000).*El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de enfermedades bucales*. Rev Cubana Estomatol; 37 (3) : 176 - 81.

Garrigo MI, Sardiñas S, y col. (2003) J et al. *Guías Práctica Clínica de Caries Dental*. En: Colectivo de autores. *Guías Prácticas de Estomatología*. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Medicas, p. 23-36.

Gómez G.(1997). *Educación para la salud dental*. *Gaceta Dental* ;  
Nº 80: 64-68.

González de Haro D. (2008). *La educación para la salud: "asignatura pendiente" para la escuela*. Revista de Educación ; 10:  
123-136.

González de Haro D (2005). *La educación para la salud en las etapas escolares de infantil y primaria: dificultades y alternativas*.  
Michigan USA: proquest informations and learning company

Hirose Lòpez M. *Programa de Educación para la Salud del Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional*

Jacob M C,(1989).*The Practice of Primary Dental Care*. Cambridge: Butterworth & Co. Ltd., 122-146

Limonta E , Araujo T. (2000). *Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado* [artículo en línea]. MEDISAN;4(3) <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_3\\_00/san.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san.htm) > [consulta: 5 jun 2009].

OMS. (2004). Manual informe técnico. *Las enfermedades bucales constituyen problemas de salud mundial*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1996). *Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción*. Washington, DC : OPS/ OMS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Declaraciones internacionales y enfoques teóricos en que se fundamenta la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud En: Escuelas Promotoras de Salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012*. Washington, DC : OPS: 2003.p. 40-52.

Pineda I, Mulet D,(1999). *Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín*. Bol Estomatol Acción ; 1(1):8 – 12.

- Pinto H. (2009). *Estrategias de intervención educativa en odontología dirigida a escolares con deficiencia auditiva*. UNMSM [Tesis Bachiller] Lima – Perú
- Proenza CO, Ortueta IZ, Calzadilla RA. *Diagnóstico educativo y capacitación periodontal*. Rev Cubana Estomatol 2002 ; 39 (3): 1-8.
- Restrepo HE. (1995). *Promoción de la salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública*. Educ Med Salud ; 29(1):76-91.
- Reyes W.(1999) .*¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?* Rev Cubana Med Gen Integr ;15(2):176-83.
- Rochas A, Ribeira I.(1999) *Percepcao e practica de saúde bucal de escolares de primeiro grau no municipio de Ríó de Janeiro*. ACAO Coletiva ; 2 (4): 37-9.
- Rodríguez A.(1996). (1996) *Diagnóstico de salud bucal*. Rev Cubana Estomatol ; 33(1):5-11.
- Rodríguez A, Duque RJ. (2001). *Factores de riesgo en predicción de las principales enfermedades bucales en los niños*. Rev Cubana Estomatol ; 39 (2): 111-9.
- Rojas R, Baez J,(2001). *Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro*. Rev fac odontol univ chile; 19 (1): 9-19.
- Romero J.( Nov. 2007). *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal. Ponencia en el Congreso Internacional de Salud Pública Bucal*; Lima, Perú.

Sinkoc RC.(2001). *Educação em saúde bucal e a motivação do paciente*. Rev Odontol Univ Santo Amaro ; 6(1,2):40-3.

Sosa RM, Salas AM. (2003). *Promoción de salud bucal y prevención de enfermedades*. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; p. 493-9.

Suarez DM. (2001) . *Desarrollo psíquico en la infancia*. En: F. Núñez de Villavicencio. Psicología y Salud. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; p. 135-36.

Yee R, Mc Donald N.(2004). *The decay experience of schoolchildren 5-6-year old and 12-13 year old in Nepal central and western*. *Community Dent Health* . Dec;21(4):265-704.

## ANEXO 1

### AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Por la presente, yo ..... doy mi consentimiento para que mi menor hijo ..... participe del trabajo de investigación: **“ Programa Educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del Primer Grado del I.E.P Seminario de San Calos y San Marcelo del distrito de Trujillo”**”, habiéndome explicado en detalle los procedimientos a realizar y la finalidad del estudio.

Trujillo, de del 2014

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO

### PRE Y POST TEST

Ficha No. ....

Hábitos de Higiene Bucal

Productos que utilizas para realizar la higiene y mantener el cuidado de tu boca:

	SI	NO
Cepillo dental	( )	( )
Pasta dental	( )	( )
Flúor	( )	( )
Hilo dental	( )	( )
Enjuague bucal	( )	( )

Momentos que realizas la Higiene Bucal para tener una buena salud bucal

	SI	NO
Después del desayuno	( )	( )
Después de la lonchera escolar cepillo y pasta dental para el colegio	( )	( )
Después del almuerzo	( )	( )
Después del lonche	( )	( )
Después de la cena o antes de dormir	( )	( )

Momentos que no realizas la higiene Bucal y tienes una mala salud bucal

	SI	NO
Al levantarse y antes del desayuno	( )	( )
No se cepilla después de la lonchera escolar	( )	( )
Cepillado después del almuerzo	( )	( )
No se cepilla después del lonche	( )	( )
No se cepilla antes de dormir	( )	( )

Alimentos que consumes para tener una buena Salud Bucal

	SI	NO
Galletas	( )	( )
Gaseosa	( )	( )
Frutas	( )	( )
Caramelos	( )	( )
Verduras	( )	( )
Leche	( )	( )
Huevos	( )	( )

Enfermedades comunes que trata el odontologo mas comunes:

	SI	NO
Caries	( )	( )
Inflamación de encías (Gingivitis)	( )	( )
Dientes en mal posición ( Malposición dentaria)	( )	( )