

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**INTERVENCIÓN EN SALUD BUCAL EMPLEANDO DOS
MÉTODOS EDUCATIVOS EN EL NIVEL DE PLACA
DENTOBACTERIANA EN ESCOLARES. LA
ESPERANZA- TRUJILLO, 2016**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ESTOMATOLOGÍA**

AUTOR:

Br. ROCÍO LIZET TORRES VERÁSTEGUI

ASESORA:

Dra. MARÍA VICTORIA ESPINOZA SALCEDO

Trujillo, Diciembre 2016

DEDICATORIA

A Dios por poner en mi vida a
Los seres que más amo, mi familia.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Privada Antenor Orrego, institución que a través de sus docentes me guió y brindó los conocimientos necesarios para continuar con mi formación profesional.

Agradezco de manera sincera y especial a mi asesora la Dra. María Victoria Espinoza Salcedo por su apoyo, confianza y paciencia, que fueron fundamentales durante el desarrollo de mi tesis.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La esperanza. Trujillo.

Se dividió aleatoriamente a los escolares en tres grupos: método educativo audiovisual (49 alumnos), método educativo expositivo (43 alumnos) y control (33 alumnos); Posteriormente la investigadora evaluó el IHOS a todos los escolares. Después de una semana a un grupo se le aplicó el método educativo audiovisual, a través de un video sobre salud bucal dirigido a niños y a otro grupo se le aplicó el método educativo expositivo a través de una charla de salud bucal, la cual consistió en diversos tópicos, como partes de la boca, tipos de dientes, importancia de una boca sana, funciones de los dientes, bacterias orales causantes de la caries y enfermedad periodontal, dieta cariogénica, técnica de cepillado, luego de la cual se realizaron preguntas a los alumnos. Después de 1 semana de la intervención educativa se registraron los IHOS de los tres grupos (control, audio visual, y expositivo).

Los resultados mostraron que en el grupo del método expositivo en salud oral, el nivel de placa disminuyó de 2.94 a 1.19 y en el Método Audiovisual el nivel de placa disminuyó de 3.10 a 1.37. Se concluyó que existió diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La esperanza. Trujillo.

Palabras claves: *intervención educativa, salud oral, Índice de Higiene oral simplificado.*

ABSTRACT

The present study had as objective to determine the difference in the level of dentobacterial plaque using two educational methods in oral health in students between 10 and 11 years of the César Vallejo-La Esperanza Educational Center. Trujillo.

The students were randomly divided into three groups: audiovisual educational method (49 students), educational method (43 students) and control (33 students); Subsequently the researcher evaluated the IHOS to all the students. After a week a group was applied the audiovisual educational method, through a video on oral health directed to children and another group was applied the educational method expositive through an oral health talk, which consisted of several Topics such as parts of the mouth, types of teeth, importance of a healthy mouth, functions of teeth, oral bacteria causing cavities and periodontal disease, cariogenic diet, brushing technique, after which questions were asked of the students . After 1 week of the educational intervention IHOS of the three groups were recorded (control, audio visual, and expositive).

The results showed that in the group of expository method in oral health, plaque level decreased from 2.94 to 1.19 and in the Audiovisual method the plaque level decreased from 3.10 to 1.37. It was concluded that there was a difference in the level of dentobacterial plaque using two educational methods in oral health in students between 10 and 11 years of the César Vallejo-La Esperanza Educational Center. Trujillo.

Key words: educational intervention, oral health, simplified oral hygiene index.

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	8
III. MATERIAL Y MÉTODOS	25
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN	39
VI. PROPUESTA	42
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. BIBLIOGRAFÍA	44
IX. ANEXOS	50

I. INTRODUCCIÓN

La placa dentobacteriana es el principal agente etiológico de dos de las enfermedades bucales más comunes en la población (caries y enfermedad periodontal), así mismo la presente investigación se enfoca en su detección y posterior disminución mediante la enseñanza de dos métodos educativos en salud oral: audiovisual y expositiva.

Es difícil pero no imposible tratar de cambiar los hábitos de una persona adulta, ya que está acostumbrada a ciertos patrones de conducta en general, incluidos hábitos de higiene oral; por el contrario en los niños que son seres en proceso de formación conductual es más fácil arraigarles patrones correctos de conducta así como también hábitos y costumbres en cuanto a su autocuidado, higiene personal y oral.

Diversos estudios demuestran la eficacia de métodos audiovisuales en la enseñanza de hábitos de higiene oral, así como también charlas educativas dirigidas a niños en edad escolar.

II. MARCO TEORICO

La OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, social y mental, por lo tanto debe ser vista como un derecho humano fundamental. La salud oral es una parte integral de la salud general, ésta ha recibido poca o ninguna consideración en políticas nacionales de salud y en la planificación de programas nacionales de salud en muchos países en vías de desarrollo ¹.

En cambio, en las últimas dos décadas en muchos países industrializados, se ha visto una mejora significativa en la salud bucal entre los niños y adolescentes, especialmente con respecto a la caries dental. Como es el caso de Nueva Zelanda que ha implementado un organizado programa de salud oral dentro de las escuelas.² Por lo tanto, la implementación de diferentes técnicas para mejorar la educación en salud dental en niños ha demostrado ser efectivas. Los escolares son un grupo relativamente accesible y comparable con cualquier otro grupo poblacional con respecto a muchos programas de promoción de la salud. Las escuelas proporcionan una plataforma para la promoción de la salud y la salud oral, no sólo para los estudiantes, sino para todo el personal, familiares y miembros de la comunidad.³

Por otro lado, la Oficina General de Contabilidad de los Estados Unidos determinó que los estudiantes que poseen una pobre salud oral son 12 veces más propensos a perder días de clases que los que no la poseen. Por otro lado, el dolor y la pérdida dental resultantes de las enfermedades orales afectan la apariencia, nutrición, calidad de vida, crecimiento y desarrollo de los estudiantes. Un escolar con una boca saludable será capaz de hablar, comer y socializar sin sentimientos de incomodidad o vergüenza.¹

Basándonos en nuestra realidad, según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental fue de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia.⁴

La presente investigación se centró en el principal factor etiológico de la caries dental, y de la enfermedad periodontal: la placa dentobacteriana. La placa dental es un tipo de biopelícula definida como una comunidad microbiana diversa que se encuentra en la superficie dental embebida en una matriz de polímeros de origen

bacteriano y salival. La formación de la placa involucra la interacción de bacterias colonizadoras primarias y la película adquirida del esmalte⁵.

La población sobre la cual se realizó la presente investigación fueron escolares peruanos de 10 y 11 años de edad, los cuales de acuerdo a la ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) 2008, el 18% de los niños y niñas de 6 a 11 años presenta una talla por debajo de la esperada para su edad (desnutrición crónica). El acceso a los seguros de salud ha mejorado notablemente. El 77% de los niños y niñas de 6 a 11 años cuenta con algún seguro de salud al año 2009 y la mayoría (58%) se encuentra afiliado al Seguro Integral de Salud - SIS. Sin embargo, aún más de 800 mil niños y niñas entre los 6 y 11 años (26%) no cuentan con un seguro de salud.⁶ Esta realidad nos enfrenta ante un problema de salud pública, el cual afecta la salud general de nuestros niños y niñas peruanos. Realizar acciones que reviertan en algún grado el alto porcentaje de prevalencia de caries en esta población es, sin duda, una obligación para el odontólogo peruano. Es así que dentro de estas acciones ocupa en primer lugar, antes de la curación, la prevención. Dicha prevención se basa en la educación de nuestra población en cuanto a Salud Bucal, es en este ámbito donde entran a tallar las intervenciones educativas en salud bucal.

De este modo, una intervención es definida como un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. Uno de los factores que asegura el éxito de una intervención educativa es la planificación previa de la actuación docente. Aunque cuando se lleve a la práctica la intervención sea necesario realizar algunas modificaciones, e incluso improvisar para dar respuesta a las incidencias que se produzcan, disponer de un buen plan básico de actuación, llevar bien pensadas las actividades de aprendizaje que se van a proponer a los estudiantes y tener a punto los recursos educativos que se van a utilizar siempre facilitará las cosas.⁷

Se han probado muchos enfoques diferentes a nivel comunitario para estimular la conducta odontológica preventiva. Los métodos más usados son empleando campañas en medios masivos, o programas educativos en las escuelas. La escuela parece ser un lugar ideal para programas de salud dental. Tiene la facilidad de llegar

a los niños en una situación de aprendizaje durante un largo tiempo, y usar varias técnicas de comunicación y de dinámica de grupo, para influir la conducta odontológica. Estas ventajas han sido reconocidas por los educadores dentales, y la salud dental es enseñada en muchas escuelas.⁸

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. La educación en salud de niños y niñas tiene ventajas adicionales, ya que además de desarrollar desde edades tempranas actitudes y prácticas favorables para el mantenimiento de su salud, constituye un buen camino para la educación familiar.⁹

Así mismo en esta edad se establecen los patrones de conducta duraderos, hábitos de higiene, comportamiento, además se perpetúan los conocimientos en cuanto al cuidado del propio cuerpo, diferencias de género, aseo personal, y se adquieren destrezas psicomotoras que con el tiempo y la práctica se irán perfeccionando, con la adecuada orientación de padres, docentes y trabajadores de la salud que estén en contacto con los escolares entre 10 y 11 años.

Está comprobado científicamente que el correcto, meticuloso y frecuente aseo de la boca elimina totalmente la placa dentobacteriana; esto contribuye a prevenir la caries y patologías periodontales, siendo más efectiva 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.^{10, 11}

Por todo lo descrito podemos decir que una educación verdadera es aquella que suministra al niño un acumulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general.¹²

La promoción de salud alude a la ganancia de bienestar como un todo, es la modificación de estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades.¹³

Debe comenzar desde edades tempranas, pues es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud en un niño que modificarlas en un adulto. Su instrumento fundamental es la educación para la salud y dentro de ella las técnicas afectivo-

participativas ayudan a modificar actitudes pues el individuo participa en el proceso enseñanza-aprendizaje. Es más fácil educar que curar.^{13, 14, 15}

La carta de Ottawa define ampliamente la promoción de salud como un proceso que consiste en brindar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Ahí se afirma claramente que la promoción de la salud trasciende la idea de “formas de vida sanas”, para incluir las condiciones y requisitos para la salud, que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.^{16, 17}

Esta orientación revela 3 aspectos entrelazados de la estrategia de promoción de la salud:

- Acción intersectorial para lograr políticas públicas saludables, además de políticas de salud pública.
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud, para hacer elecciones saludables y obtener mayor control sobre su propia salud y su ambiente.
- Acción comunitaria por los cuidados en el nivel local. El fortalecimiento de la participación de la población y de la dirección de los temas relacionados con la salud, es el meollo de la estrategia de promoción de salud.^{16, 18}

En edades más tempranas se modifican los conocimientos con mayor facilidad, los niños se motivan grandemente en las actividades grupales, el niño aprende mientras juega y juega mientras aprende, con lo cual se logran resultados sustanciales. Los hábitos del cepillado adquiridos antes de los 12 años, tienen mayor estabilidad y durabilidad a lo largo de la vida.¹⁶

Es necesario que como una forma del ejercicio profesional odontológico se instaure como propósito fundamental la promoción de salud en las comunidades donde la familia ocupa una posición central para la comprensión de la salud, facilita el aprendizaje e influye en el comportamiento de sus miembros.¹⁹

ANTECEDENTES

Quezada (2015) Determinó 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”. Evaluó a 50 alumnos del 1° secundaria durante dos meses. Empleó un cuestionario antes, inmediatamente después y al mes; así mismo realizó el IHOS en los mismos tiempos; utilizó rotafolio, cañón multimedia, trípticos y maquetas. 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%. La intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en los alumnos.²⁰

Campos (2010) Aplicó un programa educativo en salud bucal en 102 escolares del primer año de secundaria, entre 11 y 13 años de edad, de la Institución Educativa San Antonio de Padua-Cañete, utilizó la Técnica de teatro de Claun. Evaluó del estado gingival mediante el Índice Gingival de Løe y Silness, y el estado de higiene oral mediante el índice simplificado de Green y Vermillion; luego realizó una prueba de entrada para conocer el nivel de conocimientos y actitudes sobre salud bucal que tenían los niños. Aplicó el programa educativo en 4 sesiones, en la primera y tercera sesión se aplicó la técnica de Claun y en la segunda y cuarta sesión se realizaron las sesiones de reforzamiento, incluyendo los temas de anatomía dental, enfermedades de la cavidad bucal, medidas de prevención y dieta. Los estudios mostraron un incremento en el promedio del nivel de conocimientos de un valor inicial 10,87 a un valor final de 15,33; y el nivel de actitudes inicial de 78,35 (nivel favorable) a un valor final de 90,19 (nivel muy favorable). Disminuyó el nivel de Higiene Oral inicial de 2.64 a uno final de 0.72 y el índice Gingival inicial de 1.10 a un índice final de 0.47. Concluyó que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los valores iniciales de los cuatro aspectos evaluados, y los que se obtuvieron al finalizar el programa, con un nivel de significancia menor de 0.05 ($p < 0.05$, prueba estadística de Wilcoxon); demuestra la efectividad del programa educativo de salud bucal en los escolares.²¹

González y col. (2010). Compararon la influencia de dos programas educativos en la salud bucal de preescolares de 3, 4 y 5 años en 224 preescolares y sus respectivos padres, divididos en dos grupos: grupo A: intervenidos con el programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, que solo utilizó metodología expositiva. Ambos programas tuvieron el mismo contenido y fueron impartidos por 6 meses. En los preescolares se evaluó: el estado de higiene bucal pre, en proceso y posintervención con el IHOS, el nivel de conocimiento en salud bucal pre y posintervención con una encuesta estructurada de ocho preguntas, considerando los valores: bueno (6-8), regular (3-5) y malo (0-2). En los padres se evaluó el nivel de conocimiento en salud bucal con un cuestionario. Ambos instrumentos fueron previamente validados. Se encontró que el IHO fue 1,08 y 1,56; el nivel de conocimientos fue 6,22 y 4,50; en los padres de familia el nivel de conocimiento fue 10,79 y 9,05. El programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ($p < 0,05$), tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.²²

Noborikawa y col. (2004), evaluaron la influencia del Programa Educativo de Salud Oral Sonrisas (“PESOS”) en una población de adolescentes del colegio “La Unión” del distrito de Pueblo Libre; 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.²³

Espinoza y col (2013) Hacen referencia a los programas preventivos promocionales de salud bucal, partiendo de la identificación de la problemática de salud bucal, con revisión de conceptos de los determinantes de la salud, prevención y promoción. Explican los componentes de un programa en el que se incluyen objetivos, metas, técnicas y estrategias, actividades, recursos, etapas y además se analiza la propuesta de la OMS. Los programas con fuerte contenido promocional basado en los principios de la promoción de la salud pretenden de un lado implementar políticas saludables en el cuidado de la salud, crear espacios saludables con énfasis en escuelas, orientar los servicios de salud a lo preventivo, organizar a la población y modificar conductas de riesgo a través de acciones de instrucción de higiene oral, disminución del consumo de carbohidratos, uso de pasta dental con flúor y visitas al dentista. Se obtuvo mejores resultados en la mejora de la salud bucal, cuando se emplearon ambos componentes, preventivo y promocional.²⁴

Muñoz y col. (2011) Evaluaron la intervención pedagógica de un video odontopediátrico educativo en el área de “Prevención y control del medio bucal en niños” a un grupo de alumnos que realizaron el curso de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Seleccionaron 124 alumnos, usaron un video educativo sobre técnicas de cepillado en preescolares. A los alumnos se les aplicó un test de selección múltiple previo y posterior a la exhibición del video. Para medir el rendimiento académico y analizar la intervención del video se aplicó el test t de Student y McNemar. Observaron que el video tuvo una intervención estadísticamente significativa con un incremento de conocimientos teóricos sobre técnicas de cepillado en preescolares.²⁵

Soto y cols. (2010) Evaluaron la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables. Realizaron un estudio de intervención en 80 niños y diez maestros, de una escuela de Río Chico, Estado Miranda. Evaluaron el índice de higiene bucal de los niños, y a las necesidades de aprendizaje de estos y sus maestros. Elaboraron un programa que incluyó como medios de enseñanza juegos didácticos y un software educativo. La

información se obtuvo por medio de encuestas y grupos focales. Obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también con respecto al índice de higiene bucal. Quedó evidenciada la aprobación del programa por parte de los niños, quienes consideraron su importancia con respecto a la salud bucal.⁸

Álvarez y cols. (2006) Analizaron la integración del componente educativo–recreativo–asociativo en las estrategias mediadoras de promoción de salud bucal implementadas en el Preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación, Maracaibo. El estado de salud–enfermedad bucal se determinó en 32 niños evaluando la caries inicial y manifiesta e índices de placa y gingival. Se conocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente se diseñaron y aplicaron actividades para lograr la re significación de los conceptos y obtener la adopción de conductas observables en padres y niños, empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. Concluyeron que el estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relacionó directamente con las acciones mediadoras implementadas y el compromiso asumido por los padres y docentes. Se recomienda la metodología empleada para planificar nuevas experiencias de enseñanza–aprendizaje.²⁶

Corchuelo y cols. (2011) Realizaron un estudio sobre la Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Se registraron los índices patrón, índice de O’leary, índice de detritus de Greene & Vermillion, el índice de placa de Silness-Löe, y el índice de higiene oral de uso comunitario (IPC), Examinaron 83 niños de quinto de primaria. Encontraron que el índice de placa de los escolares fue 80%, no encontrándose diferencias significativas del índice patrón con los índices de O’leary y el índice de higiene oral de uso comunitario. La sensibilidad medida fue respectivamente 96.8 (IC 95%: 95.5-97.9); 95.1 (IC 95%: 92.5-97.4); 75.2 (IC 95%: 73.1-77.1); 69.5 (IC 95%: 66-73) para los índices de O’leary, IPC, índice de detritus de Greene & Vermillion y el índice de Silness & Löe respectivamente. La especificidad que en promedio fue 75 no tuvo diferencias significativas entre los índices. Concluyendo que los índice de Silness & Löe y

Greene & Vermillion, son menos sensibles con diferencias significativas en relación con los índices de O'leary y el índice de placa comunitario.²⁷

Morales y cols. (2011) Determinaron la validez de cuestionarios de higiene oral para niños, que se emplean en los estudios epidemiológicos, y evaluaron su validez por el ingreso familiar y la educación de la madre. En una muestra de 1122 niños los niños recibieron exámenes dentales, y sus madres fueron entrevistadas en su casa. El gold standard para la higiene bucal fue el índice de higiene oral simplificado; Encontraron que la prevalencia global de la placa dental fue 37,0%. Concluyeron que los cuestionarios de higiene oral respondidas por las madres de los niños de cinco años no son un sustituto adecuado para la evaluación de la higiene oral directa por el examen clínico de la placa dental.²⁸

Siqueira y col. (2010) Evaluaron un programa de promoción de la salud oral dirigido a las madres de niños de tres guarderías públicas en la ciudad de João Pessoa (PB), en la región del noreste de Brasil. La muestra estaba compuesta por 219 niños, los cuales fueron sometidos a exámenes clínicos y procedimientos preventivos de higiene y la aplicación tópica de fluoruro en intervalos de 3 meses durante 12 meses. Las madres recibieron instrucciones de higiene oral de sus hijos. El índice CPOD y la presencia de manchas blancas activas (AWS) se registraron. La ausencia de higiene nocturna se asoció con AWS para los niños que recibieron la lactancia nocturna. Las variables más relevantes para el desarrollo de la caries dental fueron: grupo de edad, la falta de higiene bucal nocturna y lactancia nocturna; para AWS sólo la ausencia de higiene bucal nocturna fue significativa. Este programa de salud oral demostró ser eficaz en el mantenimiento de la salud oral. Los factores de riesgo más relevantes para la caries dental fueron la falta de higiene bucal nocturna y lactancia nocturna.³

Díaz y cols. (2011). Realizaron una estrategia de intervención educativa con el objetivo de capacitar a maestros de primero y segundo grado de primaria en diversos temas, para que puedan llevar a cabo actividades de promoción de salud. La muestra de esta investigación fue seleccionada no probabilística, y la

constituyeron 82 maestros. Al finalizar la intervención educativa, el 75,6 % de los encuestados alcanzaron calificaciones de excelente, elevándose la capacitación de estos docentes en relación con temas de salud bucal, logrando conocimientos superiores en los niños de los grados iniciales de la enseñanza primaria.²⁹

Crespo y cols. (2010) Realizaron una intervención grupal educativa para incrementar los conocimientos sobre salud bucal en 50 educandos de quinto grado de la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". Para lo cual se aplicó un programa educativo denominado "Bella Sonrisa", que incluía técnicas educativas, afectivas y participativas, así como juegos didácticos. Las diferencias observadas antes y después de la intervención, según resultados de la prueba estadística de Mc Nemar y del coeficiente de variación, fueron altamente significativas. Siete meses después, al evaluar nuevamente los conocimientos sobre salud bucal, se halló que estos habían aumentado favorablemente en 98 % de los escolares y que la acción educativa demostró ser eficaz, de manera que podría efectuarse en otras instituciones de la enseñanza primaria en el territorio.³⁰

Albert y cols. (2009) Identificaron el nivel de conocimientos sobre salud e higiene bucal en los niños de la escuela primaria "Gerardo Medina" del municipio Pinar del Río, antes y después de realizada la intervención educativa, evaluando así su eficacia en 142 niños, 70 del sexo masculino y 72 del femenino, en edades comprendidas entre los 9 y 11 años. Se les aplicó una encuesta con el fin de determinar sus conocimientos sobre salud bucal y se determinó el IHB-S para evaluar su higiene bucal antes y después de realizada la intervención. Los estudiantes de estomatología actuaron como promotores de salud bucal. Los resultados mostraron que antes de la intervención existían bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal, así como deficiente higiene bucal en la mayoría de los niños, mostrando ambas variables una estrecha relación; después de la intervención se alcanzó una mejoraría significativa en los conocimientos y la higiene bucal.³¹

García y cols. (2000) Realizaron un estudio experimental para evaluar la eficacia del crucigrama estomatológico como método didáctico para fortalecer el conocimiento sobre salud bucal en la comunidad. Se formaron 2 grupos, uno de estudio y otro de control, asignados al azar, y se tuvo en cuenta la condición de simple ciego; se evaluó el Índice de higiene bucal (IHB-Love) y el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la introducción de la charla educativa, demostración del cepillado y crucigrama con consejo de salud en el grupo de estudio y de charla educativa y demostración del cepillado en el grupo control. Tanto el IHB como el conocimiento sobre salud bucal, en ambos grupos al inicio del estudio, era similar. Después de la segunda medición ambos grupos mostraron mejor IHB y más conocimiento sobre salud bucal, pero estos parámetros fueron mejores en el grupo de estudio. Los individuos del grupo estudio demostraron tener un conocimiento significativamente mayor que los del grupo control, lo que demuestra la eficacia del crucigrama y de los consejos de salud bucal.³²

Ankita y cols. (2016) Determinaron la salud oral de los estudiantes relacionada con el conocimiento, las actitudes y enfoques de los profesores de la escuela pre-primaria y primaria en la ciudad de Mumbai. Utilizaron un cuestionario administrado a 511 maestros, los cuales demostraron conocimiento inadecuado o incompleto en relación con la salud oral de los niños. Sólo el 53,2% sabía que una persona tiene dos juegos de dentición. Por otra parte, sólo el 45,4% de los profesores sabía que una dentición primaria consta de 20 dientes. Sólo el 56,9% de los profesores exigen a sus niños cepilla sus dientes después de comer bocadillos durante el horario escolar. 45,0% de los profesores no tenían conocimiento de pastas de dientes con flúor, mientras que el 78,9% de ellos no tenían conocimiento de los programas de fluoración del agua de la escuela, el 54,8% de los profesores nunca discutió la salud bucal de los niños con sus padres durante las reuniones de padres. Concluyeron que los maestros de las escuelas estudiadas demostraron un conocimiento incompleto de la salud bucal, prácticas inapropiadas orales, y enfoques desfavorables para la salud oral de los niños. Hay una necesidad definida e inmediata para la formación organizada de los maestros en el conocimiento básico de la salud oral.³³

Sukhabogi, y cols. (2014), evaluaron y compararon el estado de higiene oral, el estado gingival y experiencia de caries entre niños de las escuelas públicas y privadas en Andhra Pradesh-India. El examen fue realizado por tres investigadores entrenados y calibrados, en 604 niños entre 12 y 15 años de edad (331 de escuelas públicas y 273 de escuelas privadas). La media de índice de higiene oral simplificado (OHI-S) fue mayor entre los niños de las escuelas del gobierno (2,9 [1,1]) los niños de las escuelas privadas en comparación (0,6 [0,4]). La puntuación media gingival y la media de los dientes perdidos obturados cariados también fueron más altas entre los escolares del gobierno en comparación con los niños de las escuelas privadas. Un número significativamente mayor de los niños en las escuelas del gobierno tenía mal estado de higiene oral, de moderada a severa experiencia de la gingivitis y la caries. Concluyeron que la prevalencia de las enfermedades orales fue relativamente menor entre los niños de las escuelas privadas en comparación con los de las escuelas públicas. Por lo tanto, los niños de las escuelas públicas deben tener la prioridad en comparación con los niños de las escuelas privadas en todos los programas de salud dental escolares planificadas a nivel estatal.²

Prahlad Gupta y cols. (2014) Correlacionaron la prevalencia de caries dental al índice de masa corporal, la ingesta diaria de azúcar, y el estado de higiene oral en escolares de 12 años de edad. El estudio fue transversal e incluyó 100 niños en edad escolar de 12 años (50 niños y 50 niñas) que fueron seleccionados al azar de dos escuelas. El peso corporal / altura se registró y se calculó el IMC y se representa en CDC-IMC para las tablas de crecimiento de edad / curvas para niños y niñas para la obtención de la clasificación percentil. La caries dental se registró usando WHO. El estado de higiene bucal se evaluó mediante el índice de higiene oral simplificado. Los datos relativos a la ingesta diaria de azúcar se determinaron según la dieta de recordatorio gráfico de frecuencia de 24 horas. Sólo 27 sujetos fueron afectados por la caries. El CPOD / CPOD fue de $0,37 \pm 0,79$ y $0,12 \pm 0,60$, respectivamente. El análisis estadístico reveló que sólo el estado de higiene oral tuvo un efecto

significativo en la prevalencia de caries ($OR = 5,061$, $P = 0,004$), mientras que el consumo de azúcar al día y el índice de masa corporal no tuvo ningún efecto significativo.³⁴

Chandrashekar y cols. (2014), realizaron un estudio donde evaluaron a los profesores de escuelas secundarias para promover la higiene oral entre los alumnos de Hyderabad, Andhra Pradesh. Evaluaron a 116 estudiantes de secundaria, escogidos de manera aleatoria, provenientes de 6 escuelas; así mismo los profesores fueron entrenados en temas de salud bucal, luego se formaron 3 grupos: el grupo 1 no recibió educación en salud oral, el grupo 2 recibió educación en salud oral por parte de sus profesores y el grupo 3 recibió educación por parte de profesionales odontólogos cada tres meses. Se evaluó la higiene oral de los alumnos mediante los índices de Higiene Oral Simplificado (OHI-S) y el Índice de Placa (PI). El segundo examen fue realizado seis meses después de la intervención para encontrar el OHI-S y el PI. Obtuvo como resultado que en el grupo 2 los índices OHI-S y PI fueron significativamente bajos.¹

Keramat y cols. (2014), determinaron la influencia del estilo de vida de las madres en la salud oral de sus niños, seleccionaron 383 niños y sus madres provenientes de 6 escuelas primarias en Tehran, a los cuales aplicó cuestionarios relacionados a conocimientos, actitudes y comportamientos en salud bucal, es decir una escala de comportamiento en higiene oral (Oral Hygiene Behavior - OHB) así mismo dos odontólogos calibrados evaluaron el índice de higiene oral simplificado (OHI-S), el índice periodontal comunitario (CPI) y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (DMFT). Encontraron que las madres con mayores conocimientos, mayor nivel educativo y actitud positiva obtuvieron bajos índices DMFT, CPI los cuales se asocian significativamente a un elevado estado de salud oral de sus niños. Concluyeron que la salud oral de los niños está directamente influenciada por el nivel de conocimientos de sus padres, comportamientos y creencias, lo cual afecta la higiene oral y los hábitos saludables.³⁵

Hou y col. (2014) realizaron una investigación en estudiantes de tres escuelas secundarias de El Tibet, encontraron una prevalencia de caries dental de 39.96%, un Índice de higiene oral simplificado de 0,69 y un Índice de fluorosis de 0.29; así mismo los cuestionarios aplicados a los alumnos mostraron que tenían deficientes prácticas de higiene oral, así como inaccesibilidad a los servicios de salud. Concluyeron que los estudiantes tibetianos poseen una elevada prevalencia de enfermedades dentales y poco acceso a los servicios de salud; así mismo influyeron el medio ambiente geográfico, los hábitos alimenticios, actitud frente a la higiene oral y poco acceso a educación y promoción de la salud.³⁶

Bankole y col. (2013) evaluaron la efectividad de videos de educación en salud oral en lenguaje nativo Yoruba, utilizado en el suroeste de Nigeria, dirigido a los niños de estratos socioeconómicos muy bajos. En este estudio participaron 120 niños entre 11 y 12 años, seleccionados al azar de tres escuelas públicas primarias en Ibadan, Nigeria. Los participantes fueron distribuidos en tres grupos: el grupo 1 observó el video, el grupo 2 recibió educación verbal sobre salud oral en lenguaje Yoruba, y el grupo 3 fue el control. Después de esto, cada participante recibió una profilaxis oral completa, y seis semanas después su higiene oral fue evaluada utilizando el Índice de Higiene Oral simplificado de Greene y Vermillón. Encontraron que la higiene oral de los participantes del grupo que observó el video fue significativamente mejor. Este estudio demostró que un video culturalmente apropiado en una lengua nativa puede mejorar significativamente la higiene oral de los escolares de estratos socioeconómicos bajos, en Nigeria.³⁷

Ojahanon y cols. (2013) Determinaron el estado de higiene oral de niños huérfanos. Treinta y ocho huérfanos de cuatro orfanatos de la ciudad de Benin, Estado de Edo de Nigeria fueron examinados clínicamente y su estado de higiene oral se determinó utilizando el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion (OHI-S). Obtuvieron como resultado que el índice de higiene oral fue mejor en mujeres que en hombres, así mismo concluyeron que un elevado porcentaje de huérfanos presentaban una inadecuada salud bucal. Existe la necesidad de la instauración de

programas adecuados de higiene oral y un mejor acceso a los servicios de salud dirigidos a estos niños vulnerables³⁸.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio será relevante y a la vez de importancia social, pues se determinará el método educativo más eficaz para disminuir el nivel de placa dentobacteriana en la población elegida, escolares entre 10 y 11 años, debido a que diversos estudios demuestran que esta población es ideal para la enseñanza e instauración de adecuados hábitos de higiene. Estos resultados podrán ser comparados con estudios similares tanto a nivel nacional como internacional. Además se podrá transmitir esta información a los padres de familia, para que de esta forma se pueda mejorar los hábitos y esto permita controlar la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de la población estudiada.

La presente investigación servirá para determinar el método más adecuado educativo en salud bucal, y así poder aplicarlo en forma masiva en un futuro, previniendo que los escolares muestren índices elevados de placa dentobacteriana.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La esperanza. Trujillo?

Hipótesis

Es diferente el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo-La esperanza. Trujillo.

Objetivos

Objetivo General.

- Determinar la diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La esperanza. Trujillo

Objetivos Específicos.

1. Determinar la distribución por edad de los escolares de los tres grupos.
2. Determinar la distribución por género de los escolares de los tres grupos.
3. Comparar el nivel de placa antes de la aplicación de la intervención educativa en los tres grupos.
4. Comparar el nivel de placa después de la aplicación de la intervención educativa en los tres grupos.
5. Identificar el nivel de placa promedio en los escolares de los tres grupos, después de la intervención educativa en salud oral, según género.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se respetarán las normas éticas, según la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en el 2012, donde especifica que la investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los

aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento, así mismo deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.³⁹

Así mismo se respetará la Ley General de Salud y el Código de Ética del Colegio de Odontología.

Artículo 14 de la Ley General de Salud.- Toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente en programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva.⁴⁰

Artículo 15.h de la Ley General de Salud.- A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.⁴⁰

Artículo 2° del Código de Ética del Colegio de Odontología: Principios fundamentales El ejercicio profesional del cirujano-dentista se fundamenta en principios básicos que son inherentes a la persona humana respetando: la vida, la salud, libertad, justicia, igualdad, bienestar, integridad moral, física y psíquica y la no discriminación.⁴¹

I. MATERIAL Y MÉTODOS.

1. Material :

1.1. Población

Todos los escolares matriculados en el 5to grado que son 125.

1.2. Muestra

Se incluyeron en el presente estudio a todos los escolares matriculados en el quinto grado (125).

1.3. Unidad de análisis

Escolar que participe del estudio que se encuentre matriculado en el 5to grado

2. Método:

1.4. Tipo de estudio

Experimental

1.5. Diseño de investigación

Prospectivo, longitudinal, comparativo.

DE LA CALIBRACIÓN DE LA INVESTIGADORA

La investigadora se entrenó por un especialista en el área de periodoncia y realizó la validación inter examinador mediante el índice de Kappa = 0.8 (Anexo 2).

DE LA TOMA DE DATOS

- a) Se acudió a la Institución Educativa 80821 César Vallejo Mendoza para obtener los permisos correspondientes. (Anexo 1)
- b) 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). el cual informaba sobre el procedimiento de la evaluación, además del objetivo del presente estudio e incluyó la aceptación para la evaluación de su menor hijo. (Anexo 4).
- c) Se realizaron las coordinaciones correspondientes con las tutoras de cada aula del quinto grado, para determinar la fecha de las intervenciones, de modo que éstas no intervengan con otras actividades escolares.

- d) Se seleccionó a los escolares de 10 y 11 años de edad matriculados en el quinto grado, quedando 125 alumnos de acuerdo a los criterios de selección, de una población inicial de 127, ya que durante la investigación un alumno no asistió a la segunda sesión y otro no llevó el consentimiento informado.
- e) La investigadora empleó los siguientes materiales: ficha de recolección de datos, pastilla reveladora de placa, algodón, agua, espejo, tipodont, cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, cartilla motivadora, video educativo en salud oral, laptop, parlantes, retroproyector.

PRIMERA VISITA:

La investigadora separó aleatoriamente a los escolares en tres grupos:

- GRUPO 1: CONTROL (33 alumnos)
- GRUPO 2: MÉTODO EDUCATIVO AUDIOVISUAL (49 alumnos)
- GRUPO 3: MÉTODO EDUCATIVO EXPOSITIVO (43 alumnos)

DE LA OBTENCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA ANTES DE LA INTERVENCION

Se seleccionó a los escolares y se les explicó sobre el procedimiento a realizar.

La evaluación se realizó previamente al receso de los alumnos, de esta forma se evitó el consumo de alimentos que podrían alterar los

resultados. Se colocó a cada uno un gorro descartable y su respectivo campo descartable como protección. Se proporcionó las pastillas reveladoras de placa a cada uno de los escolares, advirtiéndoles previamente sobre el correcto uso de las mismas. Posteriormente la investigadora evaluó los resultados vaciando la información a las fichas elaboradas con el IHOS (Anexo 5) y demás datos de los escolares.

Para el registro del índice de higiene oral simplificada de Greene y Vermillón, se examinaron 6 piezas dentarias según la metodología de este índice: 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular); incisivo central superior permanente derecho (Superficie vestibular); 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar permanente inferior izquierdo (superficie lingual); incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular) y 1° molar permanente inferior derecho (Superficie lingual). El IHO-S consta de dos componentes: el índice de residuos blandos y el índice de cálculo, cada componente se evalúa en una escala de 0 a 3. Teniendo los siguientes criterios:⁴³

0– No hay residuos o manchas.

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

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

3– Los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie dentaria expuesta

Para obtener el índice individual de IHO-S se requirió sumar la puntuación de los códigos en cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas. Si una de las piezas mencionadas para la evaluación no se encontraba presente, el

código correspondiente fue no registrable (NR). Al presentar este código, la suma de las otras piezas fue dividida entre el número de piezas analizadas sin incluir las de código NR. Este procedimiento se realizó tanto para el componente de residuos blandos como para el de cálculo o residuos sólidos, obteniendo 2 resultados los cuales se sumaron y se obtuvo el IHO-S individual, una vez establecido, se procedió a determinar el grado clínico de higiene bucal: ⁴³

Bueno: 0,0 – 1,2

Regular: 1,3 – 3,0

Malo: 3,1 – 6,0

Una vez registrados los índices de placa de todos los alumnos, se les condujo al área donde los alumnos pudieron realizar la técnica de cepillado propuesta por el odontólogo (técnica de Bass modificada). Así mismo se les obsequió a todos los alumnos una pasta dental y un cepillo dental.

DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

SEGUNDA VISITA:

GRUPO 2: MÉTODO EDUCATIVO AUDIOVISUAL

- Al grupo 2 se le aplicó el método educativo audiovisual, para lo cual se trasladó a los escolares a un ambiente adecuado previamente con sillas, proyector multimedia, parlantes, y se les proyectó un video sobre salud bucal. Se utilizó un video educativo en salud oral, dirigido a niños, proporcionado a la

investigadora por la empresa Colgate durante un taller de capacitación realizado con anterioridad. (Anexo 6).

GRUPO 3: MÉTODO EDUCATIVO EXPOSITIVO.

- Al grupo 3 se le aplicó el método educativo expositivo, para lo cual se trasladó a los escolares a un ambiente adecuado para la exposición de la charla de salud bucal, la cual consistió en diversos tópicos, como partes de la boca, tipos de dientes, importancia de una boca sana, funciones de los dientes, bacterias orales causantes de la caries y enfermedad periodontal, dieta cariogénica, técnica de cepillado, luego de la cual se realizaron preguntas a los alumnos. Dicha charla se realizó de forma dinámica, y en un lenguaje fácil de entender para los alumnos.

TERCERA VISITA:

Se realizó después de una semana de la intervención educativa.

La evaluación se realizó previamente al receso de los alumnos, de esta forma se evitó el consumo de alimentos que podrían alterar los resultados.

Se registró los IHO de los tres grupos (control, audio visual, y expositivo).

1.6. Variables y operativización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional e Indicadores	Tipo de variable		Escala de medición
			Naturaleza	Función	
Intervención en salud bucal	La intervención es un proceder que se realiza para promover un cambio positivo con respecto a la salud bucal; de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas, que se	-MÉTODO EDUCATIVO EXPOSITIVO -MÉTODO EDUCATIVO AUDIOVISUAL	CUALITATIVA	INDEPENDIENTE	NOMINAL

	constata evaluando los datos antes y después de la intervención ⁷				
Nivel de placa dento bacteriana	Acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, rodeada por Una matriz hidratada de polisacáridos y proteínas, y forman una delgada capa. ⁵	Se consideró la valoración numérica del IHOS (antes y después de la intervención)	CUANTITATIVA	DEPENDIENTE	INTERVALO
COVARIABLE Género	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. ⁴²	M (masculino) F (femenino)	CUALITATIVA	INDEPENDIENTE	NOMINAL

1.7. Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró una ficha de recolección de datos específicamente para el presente estudio en donde se consignó, código del alumno, edad, sexo e Índice de Higiene oral simplificado. (Greene-Vermillion). (ANEXO 5)

1.8. Análisis Estadístico e Interpretación de la Información

Para la presente investigación se utilizó el programa Excel y SPSS 24. La prueba estadística utilizada fue el Análisis de Varianza considerando un nivel de significancia de 0.05.

II. RESULTADOS

En el presente estudio de intervención educativa utilizando dos métodos educativos en el nivel de placa dentobacteriana realizado en 125 alumnos entre 10 y 11 años de edad del distrito de La Esperanza, Trujillo-Perú durante el periodo julio-noviembre 2016; se encontraron los siguientes resultados:

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal, donde los resultados arrojaron que en el método Expositivo en salud

oral, el nivel de placa disminuyó de 2.94 a 1.19 y en el Método Audiovisual el nivel de placa disminuyó de 3.10 a 1.37. (Tabla 1).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra teniendo en cuenta la edad y el género.

En cuanto a la edad promedio de los tres grupo: control, audiovisual y expositivo, el valor de $p = 0.1399$ indica que no existe diferencia entre los grupos respecto a la edad, por lo tanto son homogéneos. (Tabla 2).

En cuanto a la distribución por género dentro de cada grupo, Se determinó un valor de $p = 0.176$ lo que significa que no existe diferencia entre los grupos de investigación respecto al porcentaje de hombres y mujeres. (Tabla 3)

Antes de la intervención educativa el promedio del nivel de placa encontrado en los alumnos fue: Para el grupo audiovisual 3.10, para el grupo expositivo 2.94 y para el grupo control 2.89. Se determinó el valor de $p = 0,174$ (mayor que 0.05). Lo que determina que los grupos son comparables entre sí. (Tabla 4 y Gráfico 1)

Después de la intervención educativa el nivel de placa encontrado en los alumnos fue: Para el grupo audiovisual 1.37, para el grupo expositivo se registró 1.19, y para el grupo control fue 2.25. Se observa que existe diferencia estadísticamente significativa, dado que el valor de p es menor que 0.05. Se puede decir que los grupos que recibieron la intervención educativa en salud oral disminuyeron el nivel de placa. (Tabla 5 y Gráfico2)

Finalmente, se identificó el nivel de placa promedio en los escolares de los tres grupos, después de la intervención educativa en salud oral, según género. Se observan similitudes en los resultados del nivel de placa dentro de cada grupo según género. (Tabla 6).

Tabla N° 1

Diferencia en el nivel de placa dentobacteriana en los tres grupos, empleando dos métodos educativos en salud bucal.

Método Educativo							
	Audio Visual en Salud Oral		Expositivo en Salud Oral		Grupo Control		p
ANTES	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
	3.10	0.533	2.94	0.603	2.89	0.472	0,174
DESPUÉS	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
	1.37	0.405	1.19	0.329	2.25	0.526	p < 0.05
Diferencia	1.73		1.75		0.64		

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016

Prueba de DUNCAN

<i>Método Educativo</i>	<i>ni</i>	<i>Grupos para alfa = 0.05</i>		
		<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G3</i>
<i>Expositivo en Salud Oral</i>	43	1.188		
<i>Audio Visual en Salud Oral</i>	49		1.373	
<i>Grupo Control</i>	33			2.248

Esta prueba nos demuestra que grupos son diferentes entre sí. Se observa que todos ellos difieren entre si luego de la aplicación de la intervención educativa en salud oral.

Tabla N°2

Promedio de Edad entre escolares de los tres grupos de Investigación.

<i>Método Educativo en salud oral</i>						<i>p</i>
<i>Audio Visual en Salud Oral</i>	<i>Expositivo en Salud Oral</i>		<i>Grupo Control</i>			
<i>\bar{x}</i>	<i>S</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>s</i>	<i>\bar{x}</i>	<i>s</i>	
10.43	0.500	10.58	0.499	10.36	0.489	0.1399

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016.

Tabla N°3

Distribución por género de los escolares en los tres grupos de Investigación

Género	Método Educativo en salud oral						p
	Audio Visual en Salud Oral		Expositivo en Salud Oral		Grupo Control		
	ni	%	ni	%	ni	%	
Mujer	20	40.8	25	58.1	19	57.6	0.1755
Hombre	29	59.2	18	41.9	14	42.4	

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016.

Tabla N^o4

Comparación entre el Promedio de nivel de placa en escolares de los tres grupos de Investigación. Antes de la Intervención educativa en salud oral.

Método Educativo						p
Audio Visual en Salud Oral		Expositivo en Salud Oral		Grupo Control		
\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
3.10	0.533	2.94	0.603	2.89	0.472	0,174

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016.

Gráfico 1

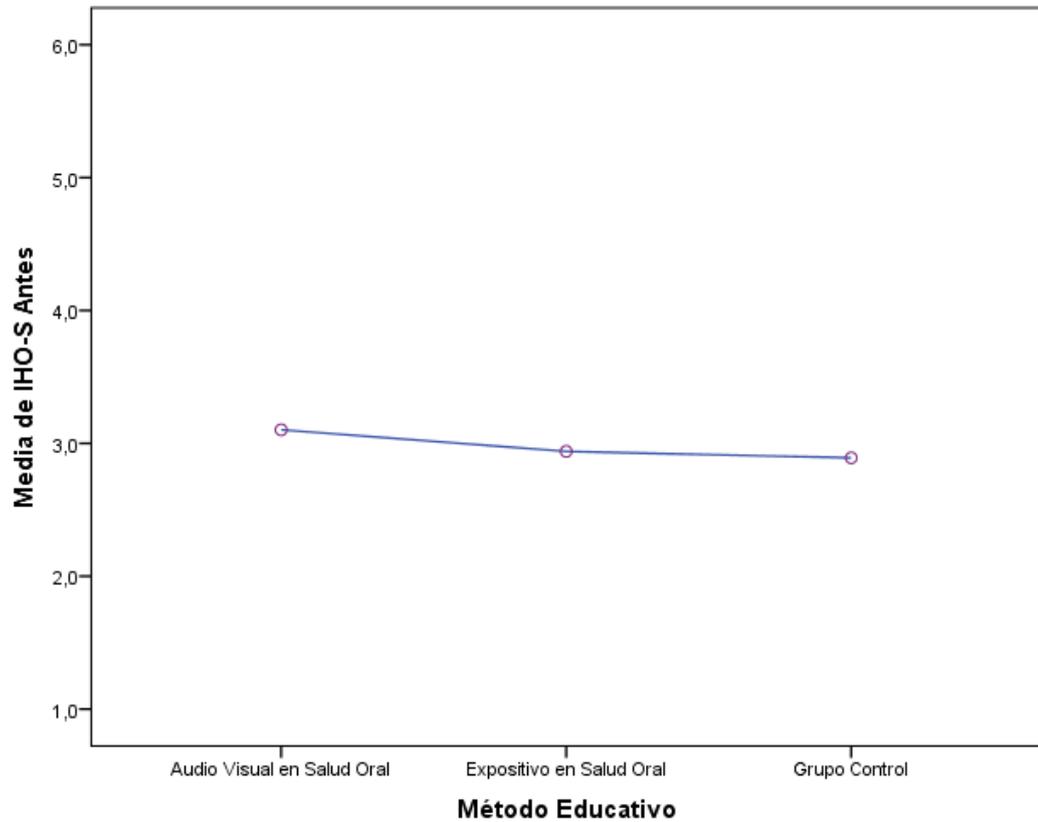


Tabla N°5

Comparación entre el Promedio de nivel de placa en escolares de los tres grupos de Investigación. Después de la Intervención educativa en salud oral.

Método Educativo						p
Audio Visual en Salud Oral		Expositivo en Salud Oral		Grupo Control		
\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
1.37	0.405	1.19	0.329	2.25	0.526	p < 0.05

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016.

Gráfico 2

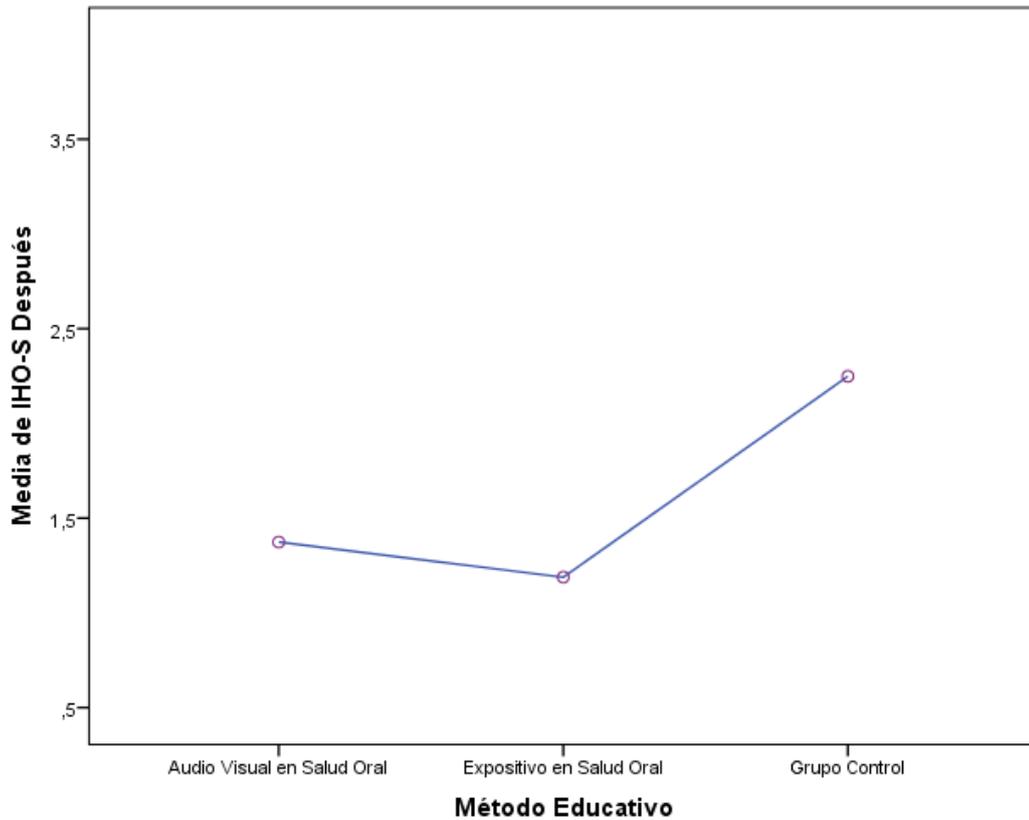


Tabla N°6

Índice Promedio de nivel de placa en escolares de los tres grupos de Investigación. Después de la Intervención educativa en salud oral. Según género.

Género	Método Educativo					
	Audio Visual en Salud Oral		Expositivo en Salud Oral		Grupo Control	
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>s</i>
Mujer	1.33	0.39	1.16	0.27	2.13	0.56
Hombre	1.40	0.42	1.23	0.40	2.41	0.44

Fuente: Fichas de recolección de datos 2016

III. DISCUSIÓN

Las intervenciones educativas en salud oral tienen como objetivo principal generar un cambio de conducta positivo en los hábitos de higiene, prevención y dieta no cariogénica, en las personas que las reciben. Es en este contexto que, el grupo poblacional del presente estudio, al ser escolares, son niños en una situación de aprendizaje, influenciados en cuanto a adoptar nuevas conductas que poco a poco se convertirán en hábitos que se perpetuarán durante toda su vida.

En el presente estudio se determinó la diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La Esperanza – Trujillo. Determinándose que en el método Expositivo en salud oral, el nivel de placa disminuyó de 2.94 a 1.19 y en el Método Audiovisual el nivel de placa disminuyó de 3.10 a 1.37. Esto pudo deberse a que ambos métodos llamaron la atención de los escolares, al explicárseles a través de imágenes las graves consecuencias de una inadecuada higiene oral; así mismo se les enseñó la técnica de cepillado, técnica que luego ellos repitieron a manera de juego, en el caso del método expositivo.

A nivel nacional, los resultados encontrados concuerdan con los estudios de Campos²¹ (2010) aplicado en escolares entre 11 y 13 años de edad, utilizando la Técnica de teatro de Claun y charlas, demostrando la efectividad del programa educativo de salud bucal en los escolares. Así mismo con González²² y cols. (2010) Compararon la influencia del programa “Sonrisa feliz” empleando metodología demostrativa, participativa, lúdica, y actividades de refuerzo; grupo B: intervenidos con el programa “Tradicional expositivo”, Donde el programa “Sonrisa feliz” influyó significativamente ($p < 0,05$), tuvo mayor aceptación en los preescolares y sus padres, demostrando la relevancia del uso de diversas metodologías en los programas de salud bucal dirigidos a los niños.

Los resultados de este estudio coinciden también con los de Noborikawa²³ y cols. (2004). Donde demostraron la importancia del uso de métodos creativos en programas educativos de salud oral en adolescentes.

Al comparar estos resultados con estudios internacionales, se observó que concuerdan con los resultados de Soto⁹ y cols. (Venezuela, 2010) y Álvarez²⁶ y cols. (2006) donde concluyeron que el estado de salud bucal de los niños mejoró significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual coincide con los resultados obtenidos en este estudio.

Por otro lado los resultados coinciden con los realizados en Cuba por Crespo³⁰ y cols. (2010) y Albert³¹ y col. (2009). Así mismo García³² y cols.

(Cuba 2010) realizaron un estudio experimental para evaluar la eficacia del crucigrama estomatológico como método didáctico para fortalecer el conocimiento sobre salud bucal en la comunidad, evaluaron el Índice de higiene oral y el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la charla educativa, demostración del cepillado y crucigrama con consejo de salud. Los individuos del grupo estudio demostraron tener un conocimiento significativamente mayor que los del grupo control, lo que demuestra la eficacia del crucigrama y de los consejos de salud bucal; demostrando la eficacia de la intervención educativa en salud oral.

En la India, Chandrashekar¹ y cols. (2014), evaluaron a los profesores de escuelas secundarias para promover la higiene oral entre los alumnos. Evaluaron a 116 estudiantes de secundaria, escogidos de manera aleatoria; así mismo los profesores fueron entrenados en temas de salud bucal, luego se formaron 3 grupos: el grupo 1 no recibió educación en salud oral, el grupo 2 recibió educación en salud oral por parte de sus profesores y el grupo 3 recibió educación por parte de profesionales odontólogos cada tres meses. Se evaluó la higiene oral de los alumnos mediante los índices de Higiene Oral Simplificado (OHI-S) y el Índice de Placa (PI). El segundo examen fue realizado seis meses después de la intervención para encontrar el OHI-S y el PI. Obtuvo como resultado que en el grupo 2 los índices OHI-S y PI fueron significativamente bajos; resultados que coinciden con los encontrados en el presente estudio.

Por otro lado nuestros resultados concuerdan con los de Bankole³⁷ y cols. (2013) donde evaluaron la efectividad de videos de educación en salud oral dirigidos a 120 escolares entre 11 y 12 años, de estratos socioeconómicos muy bajos Los participantes fueron distribuidos en tres grupos: el grupo 1 observó el video, el grupo 2 recibió educación verbal sobre salud oral en lenguaje Yoruba, y el grupo 3 fue el control. Después de esto, cada participante recibió una profilaxis oral completa, y seis semanas después su higiene oral fue evaluada utilizando el Índice de Higiene Oral simplificado de Greene y Vermillón. Encontraron que la higiene oral de los participantes del grupo que observó el video fue significativamente mejor.

Finalmente se sugiere continuar con estudios similares a este para seguir estimulando la correcta prevención en salud oral en los niños.

IV. PROPUESTA.

Se propone continuar con este tipo de estudios a nivel local y nacional para poder determinar con exactitud el método educativo en salud oral adecuado que logre disminuir el nivel de placa en la población escolar.

Aplicar métodos educativos en salud oral que sean de larga duración, y en los cuales se pueda realizar un seguimiento en el tiempo de la población para determinar resultados en el tiempo.

Realizar estudios con la finalidad de evaluar la efectividad de programas de prevención en salud oral que están siendo aplicados en la actualidad, con la finalidad de mejorarlos.

Realizar material audiovisual propio, que puede incluir cuentos, historietas, enseñanza divertida de técnicas de cepillado, dieta no cariogénica, que llamen la atención de los niños y puedan lograr el objetivo principal que es lograr cambios positivos en su conducta.

Crear otros métodos educativos en salud oral como por ejemplo: show de títeres, concursos de la boca mejor cuidada, concurso de los que más saben en cuanto a prevención en salud oral, crucigramas, pupiletras, libros para colorear, creación de cuentos, concurso de dibujo y pintura relacionados a salud oral, experimentos con placa bacteriana.

V. CONCLUSIONES.

1. Existe diferencia en el nivel de placa dentobacteriana empleando dos métodos educativos en salud bucal en escolares entre 10 y 11 años del Centro Educativo César Vallejo- La esperanza. Trujillo.
2. En cuanto a la distribución por edad de la muestra, no hubo diferencia entre los tres grupos, antes de la Intervención educativa en salud oral.

3. En cuanto a la distribución por género dentro de cada grupo, no existió diferencia entre los grupos de investigación respecto al porcentaje de hombres y mujeres, antes de la Intervención educativa en salud oral.
4. Antes de la intervención educativa el promedio del nivel de placa encontrado en cada uno de los tres grupos, fue comparable entre sí.
5. Se observaron similitudes en los resultados del nivel de placa dentro de cada grupo según género, después de la intervención educativa en salud oral,

VI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Chandrashekar BR. y cols. The use of school teachers to promote oral hygiene in some secondary school students at Hyderabad, Andhra Pradesh, India: A short term prospective pilot study. J Fam Community Med 2012;19:184-9. [citado 23 ago 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515958/>
2. Sukhabogi JR, y cols. Oral health status among 12- and 15-year-old children from government and private schools in Hyderabad, Andhra Pradesh, India. Ann Med Health Sci Res 2014;4:272-7. [citado 2 ago 2016] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267754130_Oral_Health_Status_among_12-_and_15-Year-

Old Children from Government and Private Schools in Hyderabad Andhra Pradesh India

3. Siqueira, y cols. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. 2010. Brasil. [citado 2 ago 2016] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n4/a05v25n4.pdf>
4. MINSA (Internet). Perú: MINSA; 2016 [citado 23 ago 2016] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
5. Perez A. La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental. Rev Estomatol Herediana 2005;15(1): 82 – 85. [citado 23 ago 2016] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/File/1984/1981>
6. UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Hecho en Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú N° Primera edición. Lima, febrero de 2011. Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa. [citado 23 ago 2016] Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
7. Jordán M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: 4 jul 2016];33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%20011/tema17.htm>
8. Ripa L. y col. Manejo de la conducta odontológica del niño. Editorial Mundi Saic y F. Buenos Aires. Argentina. 1984. Pp. 257 – 261.
9. Soto U. y cols. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. Medisur [Accesado el 20 de junio 2016]. 2014, vol.12, n.1, pp. 24-34. ISSN 1727-897X. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180030081004.pdf>
10. Ojeda E. Caries de Infancia Temprana: Etiología y Prevención. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011. [Accesado el 20 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SANDRAELIZABETHOJEDAROCA.pdf>
11. Cuenca E. y col. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson. 2002.

12. Cisneros G. y cols. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [Internet]. 2011 Oct [citado 2016 Jul 14]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.
13. Tan N. y cols. Educación Comunitaria en Salud Bucal para niños. Rev Hum Med [Internet]. 2003 Ago [citado 2016 Jul 14]; 3(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200005&lng=es.
14. Flores O. Educação em ou practica de saúde enquanto practica social? ACAO Coletiva 1999; 2 (2): 19-24. [Accesado el 2 de junio de 2016]. Disponible en <http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/730d46d4a631922c03256e66003b370c?OpenDocument>
15. Rigel R. y cols. Enseñanza-aprendizaje en servicios de salud y comunidad. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva 2000; (julho): 75-85. [Accesado el 24 de junio de 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200005
16. Crespo M. y cols. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN 2009; 13(1). [Accesado el 2 de julio de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.pdf
17. Sosa M. y col. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías practicas de estomatología. La Habana: Ciencias Médicas, 2003: 493 – 514. [Accesado el 2 de julio de 2016]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.htm
18. Milton Terris. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. OPS. Promoción de salud: una antología: OPS, 1999: 36 – 43.
19. Tan N. Promoción de Salud: Un camino para la Estomatología del futuro. Rev Hum Med [Internet]. 2005 Abr [citado 2016 Jul 14] ; 5(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100009&lng=es.

20. Quezada F. “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 de titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. 2015. [Accesado el 2 de julio de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2029>
21. Campos M. 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. [Accesado el 20 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAMILAGROSCAMPOSRAMOS.pdf>
22. González R. y García C. Comparación de dos programas educativos y su influencia en la salud bucal de preescolares. KIRU. 2013; 10(1):4. [citado 2016 Jul 14]. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/kiru/kirus/revista_kiru_2013_vol%2010_N1.pdf#page=25
23. Noborikawa, A. Influencia del programa educativo de salud oral "sonrisas" en una población de adolescentes peruanos en el año 2004. [Tesis de título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. [citado 01 ago 2016] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1815/1825>
24. Espinoza E. y col. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-108. [citado 01 ago 2016] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/37/29>
25. Muñoz P. y col. Valoración e intervención de un video educativo odontopediátrico como actividad docente. Rev Educ Cienc Salud 2011; 8 (2): 89-97. [citado 01 ago 2016] Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol822011/artinv8211a.htm>
26. Álvarez C. y cols. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev Cubana

- Estomatol [Internet]. 2006 Jun [citado 2016 Jul 14] ; 43(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000200005&lng=es.
27. Corchuelo Jairo. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colomb. Med. [Internet]. 2011 [cited 2016 July 13] ; 42(4): 448-457. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000400005&lng=en.
28. Morales Cascaes A, y col. Validity of 5-year-old children´s oral hygiene pattern referred by mothers. Rev. Saúde Pública 2011; 45.
29. Díaz Y. y col. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Feb [citado 2016 Jul 13]; 33(1): 52-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100008&lng=es.
30. Crespo M. y cols. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN [Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Jul 14] ; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014&lng=es.
31. Albert J. y cols. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina". Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Jul 14] ; 13(2): 80-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200010&lng=es.
32. García B. y cols. El crucigrama educativo estomatológico, un método para la prevención de las enfermedades bucodentales. Rev Cubana Estomatol 2000;37(3):176-81. [citado 01 ago 2016] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_3_00/est08300.pdf
33. Ankita M. y cols. Oral Health Knowledge, Attitude, and Approaches of Pre-Primary and Primary School Teachers in Mumbai, India. Hindawi Publishing Corporation Scientifica Volume 2016, Article ID 5967427, 8 pages. [citado 2016 Jul 14] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5967427>
34. Prahlad G, y cols. Prevalence of Dental Caries in relation to Body Mass Index, Daily Sugar Intake, and Oral Hygiene Status in 12-Year-Old School Children in Mathura City: A Pilot Study. International Journal of Pediatrics, Volume 2014, Article ID 921823, 5 pages. [citado el 14 Jul 2016] Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijpedi/2014/921823/>

35. Keramat N. y col. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. Iran Red Crescent Med J. 2014 February; 16(2):e16051. [citado el 14 Jul 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965884/>
36. Hou y cols. Oral health survey and oral health questionnaire for high school students in Tibet, China. Head & Face Medicine 2014 10:17. [citado el 14 Jul 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049488/>
37. Bankole O. y col. Effects of information dissemination using video of indigenous language on 11-12 years children's dental health. Ethiop J Health Sci. Vol23,Nº03. Nigeria 2013. [citado 01 ago 2016] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847529/>
38. Ojahanon PI, y cols. The oral hygiene status of institution dwelling orphans in Benin City, Nigeria. Niger J Clin Pract 2013;16:41-4.
39. Universidad del Desarrollo (Internet) Chile: UDD; [citado el 23 ago 2016]. Disponible en: http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf
40. MINSA (Internet). Perú: MINSA; 2016 [citado 23 ago 2016] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
41. Colegio Odontológico del Perú (Internet) Perú: COP; 2016 [citado el 23 agos 2016] Disponible en: http://www.cop.org.pe/pdf/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
42. OMS (Internet). Región de Las Américas: OMS; [citado 23 ago 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
43. Moses Augusto AX. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013 [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC; 2014 [cited 2016 May 5]. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/322242>

VII. ANEXOS

1. Permiso otorgado por la Institución Educativa César Vallejo
Mendoza – La Esperanza.
2. Constancia de Calibración.
3. Consentimiento Informado
4. Asentimiento Informado
5. Ficha de Recolección de Datos
6. Fotos.

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA**

CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, C.D. Esp. Dr. Ángel Steven Asmat Abanto. Hago constar que he calibrado a la alumna en el Proyecto de Investigación Titulado:

**INTERVENCIÓN EN SALUD BUCAL EMPLEANDO DOS
MÉTODOS EDUCATIVOS EN EL NIVEL DE PLACA
DENTOBACTERIANA EN ESCOLARES. LA ESPERANZA-
TRUJILLO, 2016**

Del Bachiller: **TORRES VERÁSTEGUI, ROCÍO LIZET.**

Identificada con **ID N° 000036592**

Se expide el presente con fines convenientes.

Dr. Ángel Steven Asmat Abanto

Trujillo, Noviembre del 2016

**ANÁLISIS DE CONCORDANCIA PARA EVALUAR LA CALIBRACIÓN
INTEREVALUADOR SOBRE IHO**

<i>IHO Realizado por Investigador</i>	<i>IHO Realizado por Especialista</i>			<i>Total</i>
	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	
<i>Bueno</i>	0	0	0	0
<i>Regular</i>	0	7	0	7
<i>Malo</i>	0	1	7	8
<i>Total</i>	0	8	7	15

Kappa 0.867

P	0.000702
ni	15

Los resultados anteriores muestran que cuando el coeficiente kappa es por lo menos 0.80 entonces se dice que existe una alta concordancia entre evaluadores

**Consentimiento para participar en un estudio de investigación
- (PADRES) -**

Instituciones : Universidad Privada Antenor Orrego
Investigador : C.D. Rocío Lizet Torres Verástegui.
Título: "Intervención en salud bucal empleando dos métodos educativos en el nivel de placa dentobacteriana en escolares entre 10 y 11 años. La Esperanza- Trujillo, 2016"

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio llamado "Intervención en salud bucal empleando dos métodos educativos en el nivel de placa dentobacteriana en escolares entre 10 y 11 años. La Esperanza- Trujillo, 2016". Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Antenor Orrego. Estamos realizando este estudio para determinar la eficacia de dicha intervención en salud oral.

Riesgos:

No se prevén riesgos para su hijo(a) por participar en esta fase del estudio. La pastilla reveladora de placa está compuesta por colorantes que no son dañinos para la salud.

Beneficios:

Su hijo se beneficiará de una evaluación clínica intraoral, así mismo como la detección de su nivel de placa dentobacteriana. Se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los exámenes realizados. Los costos de todos los exámenes serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos

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

Confidencialidad:

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

Uso de la información obtenida:

La información de los resultados de su hijo(a) será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad y permitiendo la evaluación de medidas de control del nivel de placa dentobacteriana, se contara con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Datos del investigador: C.D. Rocío Lizet Torres Verástegui, Número de colegiatura: 29095. Teléfono: 949494946. Correo electrónico: rocíotorresv19@hotmail.com

CONSENTIMIENTO

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

Padre o apoderado

Nombre:
DNI:

Fecha

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

**Asentimiento para participar en estudio de investigación
(Menores de 12 años)**

Institucion : Universidad Privada Antenor Orrego

Investigador : C.D. Rocío Lizet Torres Verástegui.

Título: "Intervención en salud bucal empleando dos métodos educativos en el nivel de placa dentobacteriana en escolares entre 10 y 11 años. La Esperanza- Trujillo, 2016"

Propósito del Estudio:

Hola _____ mi nombre es _____,
estamos realizando una intervención en salud oral.

La Placa dentobacteriana es la causante de la caries y de la enfermedad periodontal por lo que es necesario que detectemos el nivel de placa en tus diente y enseñarte a eliminarla.

No deberás pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirás dinero, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la eficacia de la intervención en salud oral.

No tienes que colaborar con nosotros si no quieres. Si no lo haces no habrá ningún cambio

en tu casa o en tu colegio.

¿Tienes alguna pregunta?
¿Deseas Colaborar con nosotros?

Si () No ()

Testigo (Si el participante es analfabeto)
Nombre:
DNI:

Fecha:

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha:

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA CÉSAR VALLEJO MENDOZA – LA ESPERANZA
FICHA DE CONTROL DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO
(Greene-Vermillion)**

CÓDIGO: _____ **SEXO:**

EDAD: _____

FECHA: _____

Piezas	1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	Suma	IPS	PB	RESULTADO
valor										

FECHA: _____

Piezas	1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	Suma	IPS	PD	RESULTADO
valor										

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (Greene-Vermillion)

Bueno: 0,0 – 1,2

Regular: 1,3 – 3,0

Malo: 3,1 – 6,0

Material audiovisual utilizado en la Intervención educativa, método audiovisual.



Grupo de alumnos que recibieron el método educativo audiovisual.



Grupo de alumnos que recibieron el método educativo audiovisual, observando el video.



Alumnos recibiendo su cepillo y pasta dental.



Grupo de alumnos que recibieron el método educativo expositivo en salud oral.



Grupo de alumnos que recibieron el método educativo expositivo en salud oral.



Alumno demostrando la técnica de cepillado en macro modelo.

